

Octavio Márquez Mendoza posee conocimientos y trabaja en varias áreas del saber científico, que complementan e interrelacionan diferentes profesiones con un único fin común: ayudar al resto de la sociedad.

Por la amplitud de conocimientos y de prácticas de Octavio Márquez Mendoza recogidos en múltiples publicaciones: artículos en revistas indexadas nacionales e internacionales, capítulos de libros colectivos y libros individuales en Estados Unidos, España, Argentina... y México, ha permitido a Miguel-Héctor Fernández-Carrión seleccionarlos y agruparlos como las *Obras completas* de Octavio Márquez Mendoza, cuyo primer volumen se titula *Bioética, neurociencia y salud mental*.

El presente tomo está constituido por siete capítulos sobre salud mental, neurociencia y bioética, además contará con una "Introducción" elaborada por Fernández-Carrión, un "Cuestionario sobre salud mental" respondido por el propio Octavio Márquez y una bio-bibliografía sobre el autor.

Octavio Márquez Mendoza

Obras completas
I Bioética, neurociencia y salud mental

Obras completas I Bioética, neurociencia y salud mental

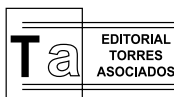
Octavio Márquez Mendoza



Obras completas I Bioética, neurociencia y salud mental

Octavio Márquez Mendoza

Edición, prólogo, introducción, selección y notas de
Miguel-Héctor Fernández-Carrión



Primera edición: 2017

© Octavio Márquez Mendoza
© Miguel-Héctor Fernández-Carrión
© Editorial Torres Asociados

Coras, manzana 110, lote 4, int. 3, Col. Ajusto
Delegación Coyoacán, 04300, México, D.F.
Tel/Fax 56107129 y tel. 56187198
editorialtorres@prodigy.net.mx

Edición conjunta con el Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina y el Instituto de Estudios Históricos y Económicos de la Universidad Complutense de Madrid
www.ciecal.org

Esta publicación no puede reproducirse toda o en partes, para fines comerciales, sin la previa autorización escrita del titular de los derechos

Obras completas de Octavio Márquez Mendoza
ISBN: 978-607-7945-96-3

Tomo I Bioética, neurociencia y salud mental
ISBN: 978-607-7945-97-0

ÍNDICE

PRÓLOGO BIOÉTICA, NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL	5
INTRODUCCIÓN BIOÉTICA, NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL	9
CAPÍTULO I SALUD, BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS	179
1. Bioética y derechos humanos	181
2. Ética y derechos humanos: un cambio de paradigma en la atención de la salud	211
3. Ética profesional médica y paramédica: antes los avances tecnológicos y culturales	321
CAPÍTULO II CUESTIONES DE PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA	331
4. Neurosis depresiva	333
5. Algunos desencadenantes de reacciones depresivas	348
6. Proceso de duelo	353
CAPÍTULO III PSICOTERAPIA DE GRUPO	363
7. Evolución de la psicoterapia de grupo y el concepto de regresión	365
8. La coterapia en la técnica grupal	377
CAPÍTULO IV TEORÍA Y PRÁCTICA EN TERAPIA GRUPAL	385
9. Evocación de la palabra en el proceso grupal	387
10. La resonancia fantasmática en un grupo terapéutico	402
11. Grupos terapéuticos en instituciones carcelarias	414
12. La co-coordinación de un grupo dentro una institución carcelaria	425

CAPÍTULO V SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA Y LA NEUROCIENCIA	429
13. Análisis de la problemática de salud mental y la administración en el área de la bioética	431
13. Neurociencia	502
CAPÍTULO VI PENA DE MUERTE A LA LUZ DEL PSICOANÁLISIS Y LA BIOÉTICA	507
15. Pena de muerte y bioética	509
CAPÍTULO VII ESTUDIO DE CASO	545
16. Estudio de caso: terapia psicoanalítica	547
Cuestionario sobre salud mental	571
BIBLIOGRAFIA GENERAL	572
BIOGRAFÍA DE OCTAVIO MÁRQUEZ MENDOZA	576

PRÓLOGO

BIOÉTICA, NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL

Octavio Márquez Mendoza posee conocimientos y trabaja en varias áreas del saber científico, que complementan e interrelacionan diferentes profesiones con un único fin común: ayudar al resto de la sociedad, o como dijera en propias palabras el autor “para aplicar a mis semejantes con un espíritu de servicio”.¹

Médico-cirujano licenciado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); maestro en Administración de Instituciones de Salud por la Universidad Lasalle, México; doctor en Ciencias con especialidad en Bioética por la UNAM; doctor en Humanidades con especialidad en Ética por la Universidad Autónoma del Estado de México; médico especialista en psiquiatría y psicoanálisis por la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo A.C. y el Hospital Central Militar de la ciudad de México; exbecario del Programa Fogarty-Flacso Argentina dentro del Programa de entrenamiento en investigación ética de las Américas de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de Norte América, y miembro del Sistema Nacional de Investigación de México Nivel I.

¹ En el proceso de curación adquiere relevancia la catarsis. NE *Catharsis* es el vocablo griego empleado por Aristóteles para designar el proceso de purga o eliminación de las pasiones que se produce cuando el espectador asiste en el teatro a la representación de una tragedia. El término fue empleado por Freud y Josef Breuer, quienes, en los *Estudios sobre la histeria*, denominaron método catártico al procedimiento terapéutico mediante el cual un sujeto logra eliminar sus afectos patógenos, y después abreaccionarlos, al revivir los acontecimientos traumáticos a los que aquéllos están ligados (Roudinesco, Plon, 1998: 162-163).

Por la amplitud de conocimientos y de prácticas de Octavio Márquez recogidos en múltiples publicaciones: artículos en revistas indexadas nacionales e internacionales, capítulos de libros colectivos y libros individuales, en Estados Unidos, España, Argentina... y México, ha permitido a Miguel-Héctor Fernández-Carrión seleccionarlos y agruparlos como las Obras completas de Octavio Márquez Mendoza, cuyo primer volumen se titula *Bioética, neurociencia y salud mental*.

El presente primer tomo de las obras completas de Octavio Márquez está constituido por siete capítulos sobre salud mental, neurociencia y bioética, además contará con una “Introducción” elaborado por Fernández-Carrión, un “Cuestionario sobre salud mental” respondido por el propio Octavio Márquez y una bio-bibliografía sobre el autor.

El primer capítulo con el título de “Salud, bioética y derechos humanos”, agrupará tres apartados generales que comprende el estudio de la bioética, la ética y los derechos humanos en torno a los profesionales de la medicina y paramedicina. El segundo capítulo alude a diferentes “Cuestiones sobre psicoanálisis y psiquiatría”, que analiza algunos desencadenantes de reacciones depresivas, la neurosis depresiva en particular y el proceso de duelo. El tercer capítulo se centra sobre la “Psicoterapia de grupo”, al tratar sobre la evolución de la psicoterapia de grupo y la coterapia dentro de la técnica grupal, todo ello en torno al proceso de regresión. El cuarto capítulo amplía algunos aspectos específicos de la “Terapia y práctica en la terapia grupal”, como sería la evolución de la palabra en el proceso grupal; la resonancia fantasmática en un grupo terapéutico y la comprensión de esta terapia grupal dentro de una realidad específica de una institución carcelaria. El quinto capítulo trata de la “Salud mental desde la perspectiva de la bioética y la neurociencia”, a partir de la elaboración de un análisis

de la problemática de la salud mental y la administración en el área de la bioética. El capítulo sexto se refiere a la “Pena de muerte a la luz del psicoanálisis y la bioética”, mostrando los aspectos coincidentes o que deben conjuntarse, así como las diferencias existentes de la pena de muerte vista desde la perspectiva del psicoanálisis y de la bioética. Por último, en el sexto capítulo se presenta un estudio de caso, a partir de la aplicación de la terapia psicoanalítica sobre una paciente, cuyo diagnóstico es F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Junto a estos siete capítulos se completa con un “Cuestionario” general respondido por el propio Octavio Márquez que da respuesta a su dedicación profesional a la salud mental. Asimismo se incluye una bibliografía específica que alude a la procedencia bibliográfica de los textos presentados en cada uno de los siete capítulos, junto a una bio-bibliografía general de artículos y libros de Márquez. A través de la bibliografía de procedencia se apreciará los espacios de edición previa, así como la fragmentación o compendio del contenido realizado por Fernández-Carrión de todos los textos incluidos en el presente libro.

Previo al inicio del primer capítulo Fernández-Carrión elabora una “Introducción” sobre bioética en general y en especial sobre neurociencia, neurobioética y salud mental, que servirá como referente teórico para los lectores en la comprensión de los temas tratados por Márquez Mendoza en el presente primer volumen de sus obras completas. Por último, se incluyó unas notas aclaratorias sobre algunos conceptos o aspectos específicos de la bioética, la neurociencia y la salud mental que contiene el presente libro.

Las obras completas de Octavio Márquez Mendoza y en especial este primer volumen sobre “Bioética, neurociencia y salud mental” está destinado fundamentalmente a estudiantes y profesionales de la medicina, la bioética,

la neurociencia, la psiquiatría y el psicoanálisis, para apoyarles desde la teoría y la práctica profesional desarrollada durante décadas.

INTRODUCCIÓN

BIOÉTICA, NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL

I BIOÉTICA, NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL: INTRODUCCIÓN

Haciendo coincidir la evolución de la asistencia sanitaria con el origen de la bioética, en 1970², se ha pasado de un enfoque/tratamiento centrado en las enfermedades hacia otro cuyo eje principal son las personas/pacientes que sufren enfermedades. En todos los órdenes de la vida, pero especialmente en la salud mental la bioética adquiere una especial relevancia, pues aunque algunos problemas éticos que se plantean en la salud psíquica son comunes a los de otras especialidades médicas, como por ejemplo, la intimidad, la confidencialidad o el consentimiento informado; sin embargo, hay situaciones específicas en las que se cuestionan la autonomía o la capacidad para decidir por si mismo o la información del estado mental del paciente pueden añadir mayor complejidad a la atención psiquiátrica, psicológica o de cuidados sanitarios en general.

² El oncólogo norteamericano Van Ressaer Potter, escribía: “La humanidad tiene la necesidad urgente de una nueva sabiduría que provea el ‘conocimiento de cómo usar el conocimiento’ para la supervivencia del hombre y para el mejoramiento de la calidad de vida. Este concepto de la sabiduría como una guía para la acción –el conocimiento de cómo usar el conocimiento para un bien social– podría ser llamado ‘la ciencia de la supervivencia’ (...) propongo el término ‘Bioética’ para poder enfatizar los dos más importantes componentes para lograr la nueva sabiduría que tan necesariamente necesitamos: conocimiento biológico y valores humanos” (Potter, 1970: 127-153).

En los inicios del siglo XXI, el futuro de la psiquiatría (como se pregunta Alcázar) y del psicoanálisis como “especialidades”,

sólo se podrá responder logrando la convergencia e integración de distintos vértices y planteamientos teóricos que hasta ahora habían seguido, aparentemente, por senderos muy distintos [en particular] el estudio de la interrelación entre la mente y el cerebro, puede ser asumido desde muchas disciplinas, cada una con su metodología y lenguaje particular [unido a la aplicación de la inter y multidisciplinariedad], requiriéndose puntos de encuentro para proseguir cada una de ellas con sus respectivas investigaciones con el interés común de desarrollar una Neuropsicología cognitiva de bases cada vez más sólidas (Alcázar, 2002: 1)

e innovadoras. De igual forma apunta Alcázar que

si bien aún no tenemos una comprensión biológica para muchos de los procesos mentales, en los últimos años se han hecho progresos verdaderamente notables, y en la medida que los biólogos afinan más sus esfuerzos en el estudio de mente-cerebro, muchos de ellos parecen convencerse de que para la Biología del siglo XXI, el estudio de la mente será lo que el estudio de los genes ha sido para la del siglo XX (Alcázar, 2002: 1).

En esta línea de pensamiento, se presenta la preocupación de Freud, en el primer cuarto del siglo XX, al señalar, que

dada la íntima tramazón entre las cosas que separamos como corporales y anímicas, cabe prever que llegará el día en que desde la biología de los órganos y desde la química se abrirán caminos de conocimiento, esperamos que de tratamiento hacia el campo de los fenómenos neuróticos

[por ejemplo]. Ese día parece aún lejano; en el presente esos estados patológicos nos resultan inaccesibles desde el lado médico (Sigmund Freud, 1926)

Preocupación que hace extensible Kandel, desde la perspectiva exclusiva de la biología, al señalar que

Mi argumento básico es que la biología en el próximo siglo [XXI], está en efecto en una buena posición para responder algunas de las preguntas acerca de memoria y deseo [y emociones], y que estas respuestas serán mucho más ricas y significativas si son fraguadas por un esfuerzo sinérgico de la biología y el psicoanálisis. A la vez las respuestas a estas preguntas, y el propio esfuerzo de ponerlas en conjunto con la biología, proporcionarán una base más científica al psicoanálisis (Eric Kandel, 1999)

Asimismo Kandel se pregunta sobre ¿cuál es la contribución real de los genes a la conducta? y ¿cómo se regula la expresión de los genes en las neuronas en los procesos de desarrollo y aprendizaje? (Kandel et al., 2000), en la demanda de una neurociencia como fusión de la biología molecular, la neurofisiología, la anatomía, la embriología, la biología celular y la psicología. Hasta principios del siglo XXI se confirma la aseveración planteada por Alcázar de que

hace ya más de un siglo que Freud concibió el Psicoanálisis como una disciplina que proporcionara un método de investigación de procesos mentales y un método psicoterapéutico basado en esta investigación; hasta ahora ninguna disciplina ha realizado mayor aporte en la explicación de los misterios de la mente humana, al igual que se ha constituido en uno de los movimientos intelectuales de más influencia durante el siglo XX” (Alcázar, 2002: 1). [De igual forma] en la psiquiatría contemporánea el papel de la teoría y la técnica

ca psiconanalítica continúa coexistiendo con los avances de la neurociencia (Alcázar, 2002: 2).

El psicoanálisis, en particular, ha desentrañado en gran medida la estructura mental funcional, la existencia de procesos mentales inconscientes y su papel en la determinación de la conducta y las emociones, así como la función de las relaciones tempranas en la estructuración de la psiquis, las representaciones internas de los vínculos significativos...; no solo es clave en la interrelación mente-cerebro, sino también entre el consciente y el inconsciente, así como ha favorecido el desarrollo sin trauma (devenir) del ser humano en sociedad (FC). Mientras que, la psiquiatría es “la especialidad médica que por excelencia integra las perspectivas biológicas y psicosociales, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. La práctica clínica óptima exige evitar un reduccionismo biológico o psicológico” (Alcázar, 2002: 2), pues como igualmente apunta Gabbard (2000)

si la especialidad fuera reducida a la prescripción de fármacos, otros médicos podrían reemplazar fácilmente al psiquiatra. Si se circunscribiera a las intervenciones psicoterapéuticas, igualmente otros especialistas podrían tener funciones similares. Es el arte en el manejo de ambas herramientas, con la comprensión clínica inherente, lo que da la singularidad de nuestra práctica (cfr. Alcázar, 2002: 2),

a todo esto se une los avances de la neurociencia.

II MENTE Y CEREBRO

La idea de que la mente y el cerebro son entidades separadas, referidas con el mismo dualismo cartesiano, que alude a la diferencia existente entre el sujeto y el objeto, y las

conexiones causales existentes entre éstos; pero, “la mente nunca existe sin el cerebro, de igual forma que el cerebro nunca está exento de la mente. La mente es considerada con el conjunto de operaciones que el cerebro lleva a cabo” (Alcázar, 2002: 1). En cambio, Casanova entiende por cerebro el órgano del sistema nervioso central que funciona recibiendo los estímulos internos y externos del individuo, integrándolos entre sí y con la experiencia cognitiva, emocional y motivacional, dando respuesta dentro o fuera del organismo, que es estudiado por las ciencias experimentales. Mientras que por mente se entiende el conjunto de actividades y procesos psíquicos, ya sean conscientes como inconscientes, especialmente de carácter cognitivo o afectivo como comparecen en la experiencia subjetiva del sujeto (Casanova, 2014: nota 8, 97). Las acciones del cerebro no sólo son el sustrato de conductas motoras simples, como caminar o comer, por ejemplo, sino también todas las acciones cognitivas complejas, como pensar, hablar; las creativas, etc. (Kandel et al., 2000). La subjetividad de la conciencia, a partir de lo que entiende William Jamesla como “conciencia”, se conceptualiza como un proceso más que una “sustancia”. Actualmente, se considera la mente una parte de la que emana la función cerebral (Siegel, 2000).

La diferenciación existente entre mente y cerebro, denota

la controversia entre el estudio de los fenómenos no materiales dominados por la mente y el estudio de los fenómenos materiales ubicados en el cerebro. La motivación y el deseo versus la materia y la neurobiología. Si integramos ambos fenómenos llegamos a la conclusión de que hay más correlaciones y puntos de unión que dicotomías o separaciones entre la biología del órgano más sofisticado del cuerpo humano y la generación de la neurosis [por ejemplo, o cualquier otra enfermedad mental] (Alcázar, 2002: 1).

De acuerdo a la neurociencia, las neuronas son el resultado de la combinación de los genes, experiencias y el ambiente. De igual forma, la estructura y la función cerebral son el resultado de la transacción de varios factores, incluyendo los genéticos, fisiológicos y las variables derivadas de la experiencia. En particular, el desarrollo del cerebro requiere de formas específicas de la experiencia para dar origen y fomentar el crecimiento de los circuitos neurales involucrados en los procesos mentales, que comprenden la atención, la memoria, la emoción y la autoreflexión. Así la experiencia va dando forma al programa de desarrollo genético del sistema nervioso central (Siegel, 2000). En cambio, Price, Adams y Coyle señalan que el cerebro está compuesto de aproximadamente cien billones de neuronas; cada neurona está conectada alrededor de otras diez mil más a través de uniones sinápticas. La liberación de neurotransmisores en estas uniones promueve o inhibe la excitación de las membranas neuronales postsinápticas con un potencial de acción que manda una señal eléctrica hacia su axón, que a la vez influencia a otras neuronas. Existen por tanto cientos de trillones de conexiones dentro de las redes neuronales, dando lugar a incontables combinaciones de posibles perfiles de activación; es por esto, que una de las características del cerebro es su extraordinaria plasticidad neuronal en cuanto a su conectividad y función en todos los niveles de organización (Price, Adams, Coyle, 2000).

II.I BASES PARA UNA NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LA MENTE

Desde el siglo XIX los neurólogos examinaban los cerebros de pacientes por autopsia y encontraban alteraciones microscópicas de la estructura cerebral, fáciles de demostrar en algunas enfermedades pero no en otras, por ello Kandel

señala que en cuanto a la psicopatología, la tendencia que se había mantenido desde el siglo decimonónico hasta la actualidad había sido clasificar los trastornos psiquiátricos como aquellos que se originaban en el cerebro, en la forma de orgánicos o biológicos, en los cuales se podían evidenciar una lesión, con las características de demencias (como la enfermedad de Alzheimer); las causadas por las psicosis tóxicas (consumo crónico de alcohol o drogas) y las basadas en la mente: funcionales o psicológicas, que coprenden los diferentes síndromes depresivos, la esquizofrenia, neurosis, etc. (Kandel et al., 2000).

Las terapias psiquiátricas se clasificaban entre las que impactan a la mente (psicoterapias) y las que originan en el cerebro (somáticas), pero en la actualidad, en base a la neurociencia contemporánea y del nuevo marco conceptual de la psiquiatría –según Kandel– debe pensarse que todos los procesos mentales son biológicos y por tanto cualquier alteración de estos procesos es orgánico; además, atendiendo al determinismo biológico el aprendizaje, etc. produce variaciones en la eficacia de las conexiones nerviosas, “siendo que los sucesos de cada día –la estimulación sensorial, la privación y el aprendizaje– pueden debilitarlas o fortalecerlas (cfr. Alcázar, 2002: 8); pero desde la perspectiva del determinismo neuronal, las opciones neuronales en el funcionamiento del cerebro están marcadas por el inconsciente.

Adreasen, Price, Adamsy Coyle, entre otros, consideran, influenciados por el determinismo biológico, que en general la psiquiatría estudia las enfermedades mentales como aquellas que se manifiestan en una mente que surge del funcionamiento del cerebro; pero también consideran la forma en que la experiencia mental afecta al cerebro, tal como ha mostrado diferentes estudios elaborados sobre la repercusión de lo ambiental en la plasticidad cerebral (Adreasen, 1997; Price, Adams, Coyle, 2000).

III CONCEPTO Y TIPOLOGÍA DE LA MEMORIA

Una de las teorías claves del psicoanálisis son la interpretación de los sueños³ y la inconsciencia de muchos “acontecimientos” de la vida mental, este conocimiento confirma el sistema múltiple de memoria y de procesamiento emocionales, considerado a partir de que las redes neurales son capaces de responder a la experiencia a través de la activación de determinados patrones de respuesta.

La memoria es la capacidad o función del cerebro que posibilita al organismo codificar, almacenar y recuperar la información del pasado de experiencias y sucesos propios y ajenos a través de imágenes y texto (FC). Algunas teorías sobre la memoria consideran que surge como resultado de las conexiones sinápticas repetitivas entre las neuronas, creando redes neurales o la llamada potenciación a largo plazo.

La memoria puede clasificarse –según Fernández-Carrión– atendiendo al concepto del tiempo, como corto, medio y largo plazo. La periodización a corto plazo alude al

³ Interpretación, este término tomado del vocabulario corriente, y empleado por Sigmund Freud en *La interpretación de los sueños* (“El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis”, Amorrortu, vol. 12) para explicar el modo en que el psicoanálisis puede dar una significación al contenido del sueño, a fin de sacar a la luz el deseo inconsciente del sujeto. Por extensión, el término designa toda intervención psicoanalítica que apunta a hacer comprender al sujeto la significación inconsciente de sus actos o de su discurso, puesta de manifiesto por una palabra, un lapsus, un sueño, un acto fallido, una resistencia, a través de la transferencia (Roudinesco, Plon, 1998: 537-540).

Junto a la interpretación psicoanalítica adquiere relevancia el concepto de desplazamiento. El desplazamiento, consiste en el proceso psíquico, teorizado por Freud principalmente en el marco de la interpretación de los sueños. El desplazamiento, por medio de un deslizamiento asociativo, transforma los elementos primordiales de un contenido latente en detalles secundarios de un contenido manifiesto (Roudinesco, Plon, 1998: 217-218).

tiempo inmediato, presente, que se va a producir en seguida o inmediatamente; estos plazos se pueden dar de forma mediata hacia el futuro o hacia el pasado (FC). Dentro de esta tipología de la memoria en el tiempo, a largo plazo, de acuerdo a la función de recuperación de la información se puede aludir a la memoria explícita (declarativa) e implícita (no declarativa). La memoria explícita se refiere a hechos y sucesos, mientras que la implícita alude a la sensibilización, capacidades y hábitos (de procedimiento) (FC), o al aprendizaje asociativo –como apunta Alcázar–: condicionamiento clásico y operante y aprendizaje no asociativo: habituación y “sensibilización” (Alcázar, 2002: 4 y 21). De acuerdo a la nomenclatura empleada por Squire y Schacter, se denomina memoria explícita o declarativa a lo que habitualmente se considera memoria consciente (acerca de personas, lugares, objetos, hechos y sucesos) y memoria implícita o procedimental a lo que antes se llamaba memoria inconsciente (que comprende los hábitos, la sensibilización y el condicionamiento clásico, además de destrezas perceptivas y motoras). La memoria implícita no es un único sistema sino un conjunto de procesos en los que intervienen distintos sistemas cerebrales ubicados en la corteza del cerebro. Por ejemplo, en la asociación de sentimientos (temor o felicidad) interviene la amígdala; mientras que, la formación de nuevos hábitos motores demanda del cuerpo estriado, y el aprendizaje de originales destrezas motoras o actividades coordinadas dependerán del cerebelo (Kandel, 2007: 160).

En relación con el tiempo también se puede aludir a diferentes tipos de mentes, de acuerdo a su intencionalidad en el tiempo, dando lugar a memoria permanente, cambiante, alterna y recurrente.

La memoria también puede ser tipificada a partir de su vinculación con el espacio, pudiendo ser local, supralocal y

global; dependiendo de la ubicación en el que se encuentre la persona o grupo analizado con respecto del colectivo o punto referencial (FC).

Según Siegel la percepción y la memoria avalan la idea de que la mente tiene estructuras organizacionales que codifican la interpretación de los datos sensoriales y los traslada a los sistemas de la memoria, específicamente a la memoria de largo plazo, formando los modelos o esquemas mentales, que son estructuras altamente organizadas, derivadas de las experiencias pasadas, que interpretan las experiencias actuales y que influyen en las conductas futuras; estos modelos mentales son inconscientes (Siegel, 2000).

Las memorias más recurrentes teóricamente son las denominadas memorias explícitas o declarativas, que involucran la sensación consciente de algo que debe ser recordado en el momento de la recuperación y posibilita el conocimiento de lo autobiográfico o conocimiento fático que es compartido, frecuentemente de forma verbal, con otros, se puede relacionar también con la identidad (FC), y se almacena en la corteza asociativa (Alcázar, 2002: 5).

Este sistema de memoria explícita requiere de la atención focal y de la activación del hipocampo dentro de los circuitos de memoria del lóbulo temporal medial, para la codificación y la recuperación. Aquellos ítems que son atendidos focalmente son ubicados en la memoria de trabajo, son procesados y luego van a la memoria de largo plazo./ Después de un período de semanas a meses se piensa que estos ítems van a un proceso llamado de consolidación cortical que los coloca en la memoria permanente, donde su recuperación no requiere la función del hipocampo (Alcázar, 2002: 5).

Antes de que la memoria explícita autobiográfica (Alcázar) o identitaria (FC) comience a estar disponible (Al-

cázar) o ser empleada (FC), desde los tres primeros años de edad (tiempo durante el cual el hipocampo y el cortez orbitofrontal han madurado suficientemente), una forma de memoria denominada “implícita” tiene lugar y permanece activa durante toda la vida de dicho sujeto. La memoria implícita se almacena en circuitos perceptivos motores y emocionales, siendo que el cerebelo y el núcleo amigdalino pueden participar en ciertas formas de esta memoria (Alcázar, 2002: 5). Asimismo, la memoria implícita alude al proceso de aprendizaje asociativo (condicionamiento clásico y operante) y no asociativo (habitación y sensibilización) y aprendizaje de procedimientos (capacidades y hábitos).

Cuando esos circuitos se activan en la recuperación, no hay la sensación de algo que se está recordando⁴(...) La existencia de una recolección implícita intacta en ausencia de memoria explícita se encuentra en varias condiciones, incluyendo la anestesia quirúrgica, los efectos adversos de ciertas benzodiacepinas condiciones neurológicas como el síndrome de Korsakoff, atención disociada y amnesia infantil. También en respuesta a una situación traumática⁵ en un individuo con trastorno disociativo. Así, en pacientes con trastorno de estrés post traumático se puede encontrar que tienen una incapacidad para recordar un evento traumático y a la vez evitar el contexto de un estímulo similar al del trauma inicial con evidencia de respuestas de alarma con ansiedad, al igual que pueden presentar imágenes per-

⁴ Por ejemplo, cuando se maneja una bicicleta la persona puede no recordar que lo haya aprendido ni que lo este recordando. De forma similar una persona con miedo a los perros puede ser incapaz de explícitamente recordar (conscientemente) cualquier evento que pudiera explicar tal conducta emocional (Alcázar, 2014: 5).

⁵ Trauma psíquico, se denomina a un acontecimiento de la vida de un sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a el adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en su organización psíquica (Laplanche-Pontalis, 198).

ceptivas intrusivas; todo lo cual, puede ocurrir en presencia de un deterioro de la memoria explícita con elementos conductuales, emocionales y perceptuales intactos de memoria implícita (Alcázar, 2002: 5).

La existencia de estos sistemas múltiples parece avallar la existencia del inconsciente. Hay un tipo de memoria que por su naturaleza puede ser traída a la mente –memoria declarativa– y otro tipo de memoria que es inconsciente, en el sentido que su conocimiento es expresado a través de la realización sin, necesidad, de tener ningún conocimiento consciente del contenido de la memoria⁶, aludida anteriormente por Kandel (2007). Fernández-Carrión entiende que la memoria explícita (declarativa), atendiendo al tipo de funcionamiento es una memoria lenta, mientras que la memoria implícita (no declarativa), es una memoria rápida. El funcionamiento de la memoria en relación directa en el tiempo muestra un tipo permanente, cambiante, alterna y recurrente. Asimismo, Fernández-Carrión considera igualmente a nivel teórico que se podría distinguir entre memoria como también neuronas masculinas y femeninas, dependiendo de las características biológicas de género; así como memoria y neuronas con identidad y no, a las primeras las haría depender del yo y del consciente mientras que a las segundas del ello e inconsciente. Neuronas aunque también se puede hacer extensible a la memoria con conciencia individual (cuando la función de las primeras y la capacidad de las segundas se predispone a la noción o condición de unidad/individuo) y de igual forma se puede aludir a las colectivas. De la misma manera que existe memoria explícita o declarativa o memoria consciente y memoria implícita o no declarativa

⁶ Las experiencias tempranas o pasadas (FC pueden afectar la conducta posterior, pero la experiencia puede persistir y afectar la conducta y ser una memoria recurrente, sin haber ser incluida en recuerdo de evento como tal.

o memoria inconsciente, se podría aludir a neuronas de tipo consciente e inconsciente. De acuerdo a la asimiliación para el almacenamiento de información es memoria sensorial, significativa, mecánica, visual, textual, topográfica, semántica, episódica, declarativa y procedimental. Según la codificación de la información es memoria masculina, femenina, identitaria, no identitaria, individualista, colectivista; y conforme a la aplicación práctica de la información, con la interpretación de los estímulos, personalidad, etc. es memoria creativa, perceptual, lógica, abstracta.

C. III.I.I Tipología de memorias

Tiempo	Recuperación de la información A largo plazo	Niveles de conciencia	Espacio	Según el tipo de funcionamiento
Corto plazo				
Medio plazo				
Largo plazo	explícita (declarativa)	consciente		lenta
	implícita (no declarativa)	inconsciente		rápida
			Local	
			Supralocal	
			Global	
permanente				
cambiante				
alterna				
recurrente				
				Asimiliación de la información

				sensorial
				significativa
				mecánica
				visual
				textual
				topográfica
				semántica
				episódica
				declarativa
				procedimental
				Según la codificación de la información
				Masculina
				femenina
				Identitaria
				No identitaria
				individualista
				colectivista
				Aplicación práctica de la información
				creativa
				perceptual
				lógica
				abstracta

Fuente: Elaboración propia

Es importante –según Fernández-Carrión– atender a los mecanismos no sólo de acumulación, sino sobre todo de codificación e incluso de recuperación de la memoria, en relación al tiempo y al espacio donde se encuentra y desarrolla individual y en sociedad cada sujeto, para conocer el origen o las causas y las consecuencias de la acción que motiva la memoria personal, y constatar los efectos patológicos, los

trastornos, la adecuación o socialización y las condiciones físicas y mentales de recuperación.

IV CONCIENCIA

El término conciencia es aplicado en psicología fisiología para designar, por una parte, el pensamiento en sí y el sentido que tiene la mente de sus actos y de sus estados y, por otro lado, el conocimiento que posee el propio sujeto y su relación consigo mismo y con el resto de la sociedad. Por extensión se entiende también por conciencia la propiedad que tiene la mente de generar juicios espontáneos y meditados (Roudinesco, Plon, 1998: 184-185).

La conciencia es una actividad permanente del cerebro que conlleva capacidad: FC9, atención, intencionalidad y autoconciencia. La autoconciencia en particular conlleva la percepción perse y el conocimiento de las percepciones (Schwartz, 2000). Estas percepciones cuentan con una dimensión tiempo-espacio, que conlleva un sentido espacial y de continuidad, unido a un procesamiento de conceptos semánticos como son los sentimientos, valores y los significados de las acciones.

Asimismo, Thomas Nagel (1974) considera que la conciencia es específica de la primera persona (aunque existe el concepto de conciencia colectiva, según Émile Durkheim⁷, Anthony Giddens, William McDougall y José Mi-

⁷ El término fue creado por Durkheim y aplicado en varias de sus obras (*De la division du travail social* –1893–, *Les règles de la méthode sociologique* –1895–, *Le suicide* –1897– y *Les formes élémentaires de la vie religieuse* –1912–), considera que “el conjunto de creencias y sentimientos comunes al término medio de los miembros de una misma sociedad, forma un sistema determinado que tiene vida propia, podemos llamarlo conciencia colectiva o común. Es, pues, algo completa-

guel Millán Durán, entre otros), que se diferencia de cualquier otro fenómeno natural. En cambio, Francis Crick y Christof Koch entienden que la conciencia es una integración de la actividad nerviosa con un mecanismo similar al acoplamiento que se produce entre los diferentes aspectos integrados de la sensación, para producir una percepción unificada; asimismo, la conciencia depende de unas descargas sincronizadas de las neuronas corticales con una frecuencia de 40 Hz (cfr. Schwartz, 2000). Mientras Gerald Edelman apunta que la conciencia es el resultado de varias funciones fundamentales de la actividad cerebral, como son la memoria, el aprendizaje, la distinción de lo propio⁸ y, lo más importante, la reentrada, que es: la comparación por regiones cerebrales distintas (cfr. Schwartz, 2000). Existen otros autores que consideran que este mecanismo de reentrada se localiza específicamente en los circuitos del sistema talamocortical; cuestión esta que se une con lo que actualmente es probable que sea lo más discutido: qué partes del cerebro intervienen en la actividad de la conciencia, y del sistema neural en su conjunto (FC).

Otra problemática que está siendo estudiada en el presente es que el procesamiento efectivo de representaciones mentales no requiere del conocimiento consciente (como avalan los experimentos de Lieb, aludidos más adelante); sin embargo, las alteraciones intencionales estratégicas en los patrones de dicho procesamiento “pueden” necesitar que se involucren la conciencia para adquirir “un nuevo resultado” (Alcázar, 2002: 4) “así la conciencia no es requerida para muchos procesos mentales, pero sí lo es para obtener resultados

mente distinto a las conciencias particulares aunque sólo se realice en los individuos” (1893).

⁸ Lo “propio” analizado por Fernández-Carrión “Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética” (2012: 97-104) y “Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos” (2015: 77-99).

distintos que implican transformaciones de representación”⁹ (Alcázar, 2002: 4); pero lo que no actúa –según Fernández–Carrión– es la conciencia, entendida como se hace actualmente (conciencia convencional) sino la proconciencia (un nuevo tipo de inconsciente-consciente, cuando en sueño o vigilia lo inconsciente actúa o se asume en la mente como consciente, estudiado en particular en el apartado IV.I). Un ejemplo de esto, es que como señala Alcázar, muchos pacientes psiquiátricos experimentan sentimientos profundos de discontinuidad y confusión que podrían tener que ver con la disfunción de este “hacer sentido”, y el sentido de continuidad, que da la función de la conciencia; por ello, síntomas como la despersonalización y desrealización pueden ser entendidos como alteraciones en las funciones de conciencia (Alcázar, 2002: 4).

IV. I CONSCIENTE E INCONSCIENTE

El consciente, junto al preconscious y el inconsciente es una de las tres instancias de la primera tópica freudiana. Este término es ideado y aplicado por Freud, como adjetivo para calificar un estado psíquico, o bien como sustantivo, para indicar la localización de ciertos procesos constitutivos del funcionamiento del aparato psíquico. Tanto como adjetivo como sustantivo, Freud emplea consciente como sinónimo de conciencia, menos cuando se trata de la conciencia moral, entendido como el proceso psíquico relacionado

⁹ Un ejemplo del empleo de la conciencia para obtener resultados distintos, se aprecia en un tipo de memoria –la explícita– que requiere de una atención consciente focal para codificar eventos (Alcázar, 2014: 4).

con la constitución del ideal del yo¹⁰ y del superyo (Roudinesco, Plon, 1998: 192-194).

El concepto de inconsciente es empleado por primera vez como término técnico, en 1751, por el jurista escocés Henry Home Kames (1696-1782), con la significación de no consciente. Se popularizó más tarde finales del siglo XVIII en Alemania, en época del romanticismo, romántica, designando un depósito de imágenes mentales, una fuente de pasiones cuyo contenido escapaba a la conciencia. En Francia, es introducido, hacia 1860, por el escritor suizo Henri Amiel (1821-1881), con la significación de vida inconsciente, siendo recogido por el *Dictionnaire de l'Académie française* en 1878.

En psicoanálisis, el inconsciente corresponde a “un lugar” (Roudinesco, Plon, 1998: 519) y agrupa pensamientos, impresiones e imágenes (FC) desconocidos para la

¹⁰ Ideal del yo, expresión utilizada por Sigmund Freud para designar el modelo de referencia del yo, a la vez sustituto del narcisismo perdido de la infancia y producto de la identificación con las figuras parentales y sus relevos sociales. La noción del ideal del yo es clave en la evolución del pensamiento freudiano, desde los reordenamientos iniciales de la primera tópica hasta la definición del superyó. En, 1916, *El yo y el ello*, en el título del tercer capítulo alude a la diferencia entre “El yo y el superyó (ideal del yo)”; pero en 1933, en las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, Freud relaciona el ideal del yo con el “precipitado de la antigua representación parental, la expresión de la admiración por esa perfección que el niño les atribuía a sus progenitores”. Mientras que Lacan en su seminario de 1953-1954, en *Los escritos técnicos de Freud*, sostiene que Freud distingue en su tópica: “El Ich-Ideal, el ideal del yo, es el otro en tanto que hablante, el otro en tanto que tiene con el yo una relación simbólica, sublimada, que en nuestro manejo dinámico es a la vez semejante y diferente de la libido imaginaria. El yo idea, formación esencialmente narcisista, se construye, según Lacan, en la dinámica del estadio del espejo; pertenece entonces al registro de lo imaginario y se convierte en una “aspiración” o un “sueño” (Roudinesco, Plon, 1998: 501-503).

conciencia, en suma es “otra escena”. En la primera tónica elaborada por Sigmund Freud constituye una instancia o un sistema (Ics) de contenidos reprimidos que se sustraen a las otras instancias de la psiquis: el preconscious y el consciente (Pcs-Cs). En la segunda tónica no es ya una instancia, sino una característica del ello y, en gran medida, del yo y el superyó (Roudinesco, Plon, 1998: 519-524).

El preconscious es empleado por Sigmund Freud como sustantivo, para designar una de las tres instancias de su primera tónica, y como adjetivo, califica los contenidos de esa instancia o sistema, que, aunque no estando presentes en el consciente, son accesibles para ella, sin ser propiamente inconsciente. Dentro de la segunda tónica freudiana, el preconscious, distinto del yo y especialmente de la parte inconsciente de este último, está no obstante inscrito en el dominio de dicha instancia. El término preconscious se aplicaba antes de que lo hiciera Freud, principalmente en filosofía y psicología alemana del siglo XIX, en particular en la *Filosofía del inconsciente* de Eduard von Hartmann (1842-1906), publicada en 1868 (Roudinesco, Plon, 1998: 830-832).

El concepto de proconscious –ideado por Fernández-Carrión– consta de los pensamientos, impresiones e imágenes coincidentes del consciente e inconsciente (componentes de la primera tónica del aparato psíquico freudiano); actúa uno como si lo hiciera el otro, indistintamente, es decir, son los sueños que nos cuesta entender no ha sido realidad y viceversa. Normalmente se alude al proconscious con las siguientes frases: “actúa inconscientemente”, “actúa como autómatas”, etc. o puede alcanzarse dicho estado con una especial ensoñación que causa mirar a un punto fijo abandonando la mente y dejando al mismo tiempo la mente en blanco. También se puede llegar a este estado cuando el consciente ha tomado como propio muchas de las formas de actuar que realizaríamos en un estado de inconsciencia, a causa de hayarse en un

estadio leve de enfermedad mental o por un alto grado de libertad personal (donde el inconsciente o/y el ello dicta la conducta), actuando queriendo por tanto con menos condicionantes de censura y represión externa e interna o sin querer también se puede actuar de igual forma por razones neurales o de otra índola aún desconocida (FC).

IV. II YO¹¹, ELLO¹² Y SUPER YO

¹¹ Ego psychology (psicología del yo) Conjuntamente con el neofrudismo culturalista (Karen Horney, Abram Kardiner, entre otros), al anna-freudismo, la Escuela de Chicago (Franz Alexandr), y posteriormente la Self Psychology, y la Ego Psychology (Rudolph Loewenstein, Ernst Kris, Erik Erikson, David Rapaport y especialmente Heinz Hartmann, es una de las grandes corrientes de la historia del freudismo norteamericano, y principalmente de la Escuela de Nueva York (New York Psychoanalytic Society –NYPS–). La Ego Psychology tiene en común con todas las otras corrientes del freudismo norteamericano que se basa en la idea de una posible integración de las personas a una sociedad, a una “comunidad”, incluso, después de 1970, a una identidad sexual, a una diferencia (locura, margen), etnia, etc.; aunque resalta la adaptación pragmática de todo sujeto a la sociedad, toma en cuenta de manera crítica los desarraigos y las diferencias vinculadas al ideal adaptativo norteamericano. En general, el freudismo norteamericano, en todas sus tendencias, privilegia al yo (ego), el self o el individuo, en detrimento del ello, el inconsciente y el sujeto. “De allí la generalización de un psicoanálisis mdicalizado y asimilado a la psiquiatría, contra el antiguo psicoanálisis vienés profano, obsesionado por la merte, el anonadamiento del individuo y el nihilismo terapéutico” (Roudinesco, Plon, 1998: 249). La corriente de la Ego Psychology se desarrolló a partir de 1939 en el interior de la IPA. En 1950, en “Comments on the psychoanalytic theory of the ego”, Hartmann introdujo una distinción entre el yo (ego) como instancia psíquica, y el sí-mismo (self), en el sentido de personalidad o persona propia; posteriormente, Kohut, hizo del self una instancia específica y única capaz de explicar los trastornos narcisistas

Ego Psychology soslaya la pulsión de muerte, y recentra el inconsciente en el preconscious. En cuanto al concepto de transferencia, en la cura, el terapeuta del ego debe ocupar el lugar de ese yo “fuerte” al que el paciente quiere asemejarse para conquistar la autonomía del yo. En el plano técnico, la revisión de la Ego Psychology se traduce en el privilegio acordado al análisis de las resistencias, en detrimento de la interpretación de los contenidos (en vinvulación con el anna-freudismo). Mientras en Francia, Jacques Lacan critica la Ego Psychology, y en vez de distinguir entre ego y self, lo hace entre je y moi, para construir el conceto del “sujeto representado” por un significante (Roudinesco, Plon, 1998: 248-250).

¹² Ello, término introducido por Georg Groddeck, en 1923, y conceptualizado ese mismo año por Sigmund Freud, para designar una de las tres instancias de la segunda tópica freudiana, junto con el yo y el superyó. Ello es concebido como un conjunto de contenidos de naturaleza pulsional y de tipo inconsciente. Freud lo introduce por primera vez en su ensayo titulado *El yo y el ello* (Amorrtu, vol. 19) (Roudinesco, Plon, 1998: 257-259).

Estadio del espejo es una expresión creada por Jacques Lacan, en 1936, para designar un momento psíquico y ontológico de la evolución humana, localizado entre lo seis y los dieciocho meses de vida, durante el cual el niño(a)

La segunda tópica constituida según Freud por el yo, ello y super yo, deberíamos entenderla en su aplicación con un grado de libertad y automatismo variable, determinado por los condicionantes sociales y personales, y por tanto del nivel de libertad personal y público o colectivo en el que se vive; a todo ello debemos unir –según Fernández-Carrión– una escala de corto, medio y largo plazo, es decir, cuando el yo actúa como tal (con la función establecida por Freud) pero con un alto grado de libertad a largo plazo podríamos hablar de un yo confirmado; si este grado de libertad es algo menor o se ha venido dando en un corto período de tiempo, sería de un yo tan solo reforzado y cuando la libertad es ocasional o no se ha dado plenamente o acaso se ha iniciado a darse se hablaría de un débil yo. De igual forma tendríamos que hablar del ello y del super yo confirmado, reforzado o débil. A todo esto también habría que añadir un cuarto estadio de la persona que denomina Fernández-Carrión como “nosotros”¹³, que está caracterizado por una concienciación de ser parte de un colectivo, una especie de nosotros social, donde se impone los intereses o propósitos del colectivo por encima de los deseos y aspiraciones propios; por tanto se puede aludir a un ser individual y un complemento social

anticipa el dominio de su unidad corporal mediante una identificación con la imagen del semejante y por la percepción de su propia imagen en un espejo (Roudinesco, Plon, 1998: 279-281).

¹³ Al igual que Jung establece una clara diferenciación entre el funcionamiento consciente “puramente efímero, que se acomoda sólo al presente inmediato y a su propia circunstancia” del inconsciente “ni concentrado, ni intenso, sin crepuscular hasta la eternidad... guarda juntos, de modo paradójico, los elementos más heterogéneos, disponiendo, además, de una masa inmensurable de percepciones subliminales...” (Jung, 2013), Fernández-Carrión distingue entre los componentes convencionales de la segunda tópica –freudiana– propios de la primera persona o que piensa y actúa a título exclusivamente personal, de los que corresponde a un posicionamiento en tercera persona o que piensa o actúa en relación a los demás, al que denomina “nosotros” (FC).

(colectivo), o de un yo personal diferenciado o completado, según el caso de cada persona, con un nosotros social (FC).

Kandel (1999) realiza una revisión crítica sobre el concepto de inconsciente de Freud, en relación con el inconsciente biológicamente delineado, estableciendo tres procesos mentales inconscientes:

1. Freud empleó el término inconsciente de forma estructural para aludir al inconsciente reprimido o inconsciente dinámico. Este inconsciente es lo que el psicoanálisis clásico considera como lo inconsciente: comprende no solamente el ello sino también parte del yo que contiene impulsos inconscientes, “las defensas y los conflictos” (Alcázar, 2002: 6); en este inconsciente dinámico, se evita que la información acerca de los conflictos y pulsiones llegue a la conciencia con el empleo de mecanismos de defensa como la represión.
2. Freud propone que además de las partes reprimidas del yo, habría otras partes del yo que no pertenecen a lo reprimido inconsciente, en tanto no tienen que ver con las pulsiones o conflictos derivados de éstas y que a diferencia de lo preconsciente no podían ser accesibles a la conciencia a pesar de no estar reprimidas. Este inconsciente alude a los hábitos y habilidades perceptivas y motoras. Para Kandel podría estar comprendido en lo que es la memoria procesal y por tanto lo denomina inconsciente procesal.
3. Freud emplea asimismo el término de una forma descriptiva, en un sentido amplio en el llamado preconsciente inconsciente, para referirse a la mayoría de las actividades mentales, los pensamientos y todos los recuerdos que pueden entrar en la conciencia a través de un esfuerzo de atención (Alcázar) o de forma intencionada (FC). Desde esta perspectiva gran parte

de la vida mental, se desarrolla en el inconsciente y se hace consciente a través de la percepción sensorial con las palabras e imágenes.

Kandel considera que de estos tres procesos mentales inconscientes aludidos, sólo el que sé consideró como inconsciente procesal corresponde con el que los neurocientíficos denomina memoria procesal. Llegando a la conclusión que esta correspondencia de conceptos de la neurociencia cognitiva y el psicoanálisis tiene importancia para la consideración de lo que sucede en un tratamiento psicoterapéutico; pero de igual forma que la distinción entre memoria procesal y memoria declarativa que propone la neurociencia, tiene utilidad en el psicoanálisis; aunque, aún no se conoce completamente –según Kandel– el correlato biológico, para clarificar totalmente el proceso a seguir por el conocimiento procesal¹⁴.

V CEREBRO, MENTE, GENES Y SOCIALIZACIÓN

Desde una perspectiva del determinismo biológico, se puede indicar que “los procesos cognitivos necesitan ser considerados como la forma en que la mente emerge de lo genético, fisiológico y factores experienciales que dan forma y desarrollo a la función mental” (Alcázar, 2002: 6-7), por ello se aludirá a continuación al factor genético, al proceso

¹⁴ Como líneas de investigación sobre la memoria Kandel propone un correlato de distinción entre la memoria procesal y la memoria declarativa de la neurociencia con la biológica, para clarificar el proceso del conocimiento procesal; asimismo, en términos de conducta aprecia el correlato anatómico de este subsistema de la memoria procesal, al igual que dilucidar cómo actúan los otros dos tipos de memoria inconsciente, conceptualizados como inconsciente dinámico y preconscious-inconsciente.

de socialización y al desarrollo personal del aprendizaje, para terminar refiriéndonos a los sueños y a los trastornos mentales.

A partir del nacimiento hasta una edad variable, dependiendo del tipo de desarrollo neuronal que demande las capacidades mentales personales (FC), aunque de forma general podríamos seguir el esquema de las cuatro etapas de desarrollo cognitivo establecido por Piaget. Como el cerebro humano se desarrolla más lentamente que los demás órganos corporales, y como además se vive en sociedad, el cerebro del infante demanda del apoyo o hace uso de la ayuda que le concede del cerebro, consejos... de los mayores que le cuida, hace la función de un cerebro infante en vasos comunicantes con los cerebros adultos que le “acompaña” en esos primeros años de vida (FC). Las relaciones interpersonales adquieren por tanto suma importancia para el desarrollo del cerebro del infante; aunque dependa del grado de apego o sociabilidad tenga el niño y de grado de patología pudiera incubar o tener (FC). “Se piensa –según Alcázar– que la comunicación cooperativa del cuidador del niño, que permite que se dé el apego entre ambos, es el cimiento para el desarrollo emocional así como también para el razonamiento abstracto y las habilidades cognitivas” (Alcázar, 2014: 6); pero también hay que considerar que es de suma importancia las relaciones que el niño tiene con las diferentes personas que infieren directa e indirectamente en su vida en sus primeros años, no sólo su “cuidador”, según apunta Alcázar, sino del resto de familiares, vecinos, amigos, desconocidos, personas anónimas que pasan por delante de su vida y observa o escucha, pero con personalidad, carácter, entonación, etc. distintas entre si, que interactúan en su cerebro a la manera de un coctel selectivo, en un sentido positivo o negativo de atracción o rechazo, marcado por su personalidad en proceso de desarrollo (FC).

Un factor clave de socialización para el desarrollo cerebral es el apego, que se puede considerar como un proceso social que tiene igualmente bases neurobiológicas, y cuenta con vías neuroquímicas múltiples, así como representaciones anatómicas diversas (Insel, 1997); pero junto al apego debe entenderse también el desarrollo del desapego (según Fernández-Carrión), así como el proceso de socialización y antisocialidad (FC) (esta última función daría pie a lo que se denomina persona antisocial); en estos cuatro casos se da un proceso de amor y odio hacia al entorno inmediato de la persona (“cuidadores”, según Alcázar, familia, vecinos, amigos, etc. y la sociedad en general –FC–).

Esta conducta del apego –según Alcázar– implica “búsqueda de proximidad y respuestas a la separación” (Alcázar, 2002: 7), pero también se debe pensar en los conceptos de protección, apoyo, guía, dependencia, vínculo, parentesco, etc. (FC). Ninguna forma de apego es exclusiva del ser humano, sino que también se da en los animales, por ello dirá Alcázar “lo que sugiere que las bases neurales pueden ser investigadas en modelos animales” (Alcázar, 2002: 7); pero los animales cuentan con diferentes tipos de conducta de apego, según las especies de la que se trate (por ejemplo, los lobos se comportan distinto que los búhos), mientras que los seres humanos tienen apegos individualizados, aunque mantienen un comportamiento grupal generalizado (FC). Biológicamente el apego es un proceso social que se manifiesta a través de diferentes conductas que se hace depender de lo interno (endocrino) y externo (social). “Aun en modelos animales (...) la disregulación del vínculo del apego madre-infante puede llevar a un discreto aspecto de la función aun cuando no haya pérdida o separación aparente” (Alcázar, 2002: 7). Este proceso de apego implica cambios en lo sensorial, cognitivo y motor, según Insel (1997), quien señala que la oxitocina y la vasopresina

(dos neuropéptidos cerebrales) están relacionadas en la medicación del apego. También otros sistemas neuroquímicos están implicados en la conducta maternal o de “apego materno-filial” (FC); en el de la madre (prolactina, opioides, dopamina, GABA) y en el del hijo (opioides, serotonina, GABA). El estudio de estos neuropéptidos en el cerebro humano favorece la comprensión de diversas patologías psiquiátricas, dependientes de los apegos sociales disfuncionales, en especial el autismo.

En esta misma línea, Amini (1996) indica que la memoria implícita en las relaciones tempranas de apego, comunicadas vía el lenguaje de la función afectiva, constituye una estructura neural permanente que puede influir tanto en la regulación emocional como en la conducta de la vinculación. Por lo que Ogden (1986), señala que a la psiquiatría se le impone la función de integrar los descubrimientos neurofisiológicos con la comprensión psicodinámica de la vida emocional, en los que son claves las relaciones tempranas y los “primitivos” vínculos, como responsables de la “matriz de la mente” (Ogden, 1986).

VI EL FACTOR GENÉTICO

La función genética puede ser definida tanto por el modelado de la información como por la transcripción de las proteínas que determinan la estructura neural. La experiencia –según Alcázar–, el aprendizaje, la capacidad mental y la disposición (criterios sociales, etc. –FC–) dan forma directamente a la manera de la selección y el tiempo (Alcázar) en que la actividad de los genes influyen en la estructura del cerebro; siendo esenciales para los procesos emocionales, cognitivos (Alcázar) y sensitivos (FC).

Los genes parecen contribuir de forma importante a la función mental y pueden repercutir igualmente en el desarrollo de una enfermedad mental (Kandel, 1998). En cuanto a la aparición de enfermedades mentales, la existencia de ciertos genes “no es lo que determina únicamente la aparición de la enfermedad (...) parece ser relevante la concurrencia de éstos con factores de desarrollo y ambientales” (Alcázar, 2002: 8), además que puede darse a consecuencia de enfermedades hereditarias o por una patología interna personal. Recientes experimentaciones confirman que existen ciertas “ventanas de tiempo”, en las que un gen presenta una acentuada vulnerabilidad para que por influencias ambientales determine su expresión. Estos se cumple principalmente en los períodos de mayor cambio estructural en la formación cerebral: infancia temprana (de 15 meses a 4 años), infancia tardía (6 a 10 años), pubertad y adolescencia media (Gabbard, 1999; Ornitz, 1996).

Atendiendo al aporte de la función modeladora del ADN (entendida como los aspectos heredables de la acción genética), por lo que nos podríamos preguntar ¿cómo contribuyen los genes a la conducta? (Alcázar) y ¿cómo contribuyen al desarrollo de la función neurológica? (FC). No parece estar demostrado que los genes no codifican de forma directa a la conducta, pues como señala Alcázar

La conducta es generada por los circuitos neurales que involucran multitud de células, siendo que cada una de ellas expresa genes específicos que dirigen la producción de proteínas específicas. Los genes expresados en el cerebro codifican proteínas que son importantes en algún paso del desarrollo, mantenimiento y regulación de los circuitos neuronales que fundamentan la conducta. Una amplia variedad de proteínas –estructurales y catalíticas– son requeridas para la diferenciación de una célula nerviosa simple, y muchas células y muchos más genes son requeri-

dos para el desarrollo de una función en un circuito neural (Alcázar, 2002: 8).

Según apunta Kandel incluso la conducta por sí misma puede también modificar la expresión genética (Kandel, 1998). La función modeladora del gen es trasmitible pero no es de por sí reguladora; de igual forma, existe un aspecto de la función genética que es regulado pero no trasmitido (Kandel, 1998). Estudios de aprendizaje en animales, como el caracol marino *Aplysia*, demuestra como las conexiones sinápticas pueden ser permanentemente alteradas o fortalecidas por medio de la regulación de la expresión genética, conectada con el aprendizaje ambiental; lo que confirma lo dinámico de la estructura cerebral y su plasticidad, así como la relación entre los procesos sociales y los biológicos en la formación de la conducta.

Asimismo, estudios sobre la plasticidad sináptica confirman que existen dos etapas que se superpone en el desarrollo y mantenimiento de la sinapsis:

1. En la primera etapa se dan los pasos iniciales de la formación de la sinapsis; sucede principalmente en las fases tempranas del crecimiento y está bajo control de los procesos genéticos y del desarrollo.
2. En la segunda etapa, surge el ajuste por la experiencia de las sinapsis desarrolladas; se inician en las fases tardías del crecimiento y se prolonga en cierta medida durante toda la vida.

Esta modificación de la sinapsis a lo largo de toda la vida –para Kandel– significa que la totalidad de la conducta de una persona se crea a consecuencia de mecanismos genéticos y del desarrollo que actúan en el cerebro, es decir, todo lo que el cerebro produce, desde los pensamientos más

escondidos a los actos más públicos, debe entenderse como un proceso biológico. De esta forma los factores ambientales y el aprendizaje producirán capacidades específicas, alterando la eficacia o las conexiones anatómicas de las vías ya existentes (Kandel, 1998). También existen estudios –según apunta Alcázar– que avalan que algunos rasgos del carácter tienen vinculación con determinadas configuración genética, como la timidez, dependencia, búsqueda de estímulos novedosos, la extroversión o la introversión, la persistencia, etc. (Alcázar, 2002: 9).

V.II EL APRENDIZAJE

Existen autores –como apunta Alcázar– que consideran que las situaciones traumáticas inducen cambios en la neuro-modulación y la reactividad fisiológica, que se manifiestan en ansiedad asociada con expectativas de daño, con el consecuente aumento de la atención; es decir, los traumas tempranos alteran el cerebro medio, el sistema límbico y las estructuras del tallo cerebral, a través de una modificación de las señales de alarma interna. De igual forma, el desarrollo cortical podría estar retardado por experiencias de abandono y de privación tempranas, limitando así la modulación de estos sistemas en las respuestas ante el miedo y el peligro, por ejemplo (Alcázar, 2002: 9).

De esta forma, los estímulos nocivos y placenteros cuentan con efectos dobles:

1. Desencadenan respuestas autónomas y endocrinas integradas por estructuras subcorticales que alteran de forma inmediata los estados internos, preparando así al organismo para la autodefensa, huida, sexo u otras conductas adaptativas.

2. Posteriormente intervienen un conjunto de mecanismos que afectan a la corteza cerebral (Alcázar, 2002: 11).

Es importante atender al papel que desempeña la función del aprendizaje en el desarrollo de las emociones. El aprendizaje considerado como el proceso por el que adquirimos el conocimiento sobre el mundo, o la realidad presente (FC), mientras que la memoria es el proceso mediante el cual es codificado, almacenado y posteriormente recuperado la información presente en el cerebro.

Un ejemplo de esto es que existen condiciones como en las que sucede la adquisición y posterior recuperación del trastorno de estrés post-traumático, en las que se puede ver un modelo para el aprendizaje y reaprendizaje en el ámbito emocional (Goleman, 2000). Los síntomas del trastorno del estrés post-traumático como la hipervigilancia, las pesadillas y la sobreacción a estímulos benignos, que de alguna manera pueden resonar con los eventos traumáticos, son signos de una reacción de sobreexcitación de la amígdala; lo que incita a que los recuerdos del trauma continúen realizando intrusión en la conciencia. Estas memorias traumáticas codificadas en la amígdala actúan como resortes que hacen ativar la alarma fisiológica en presencia del menor indicio de que el trauma original pudiera estar ocurriendo de nuevo (cfr. Alcázar, 2014: 11). Este fenómeno de “disparo automático” podría ser la marca del trauma emocional de todos los tipos, incluyendo el del abuso repetido en la infancia, por ejemplo. A pesar de que el trastorno del estrés post-traumático es el resultado de un episodio simple, puede tener resultados similares los maltratos emocionales, sexuales o físicos o severas experiencias adversas infligidas durante largos períodos de tiempo, en especial durante la infancia.

VI CONDUCTA, EMOCIONES, EXPERIENCIAS, EXPECTATIVAS, ACTITUDES VALORES...

Con relación al papel que desempeña la emoción, primero habría que dar respuesta a lo que se entiende por emoción, considerado como el sistema de valores del cerebro que permite activaciones que pueden ser selectivamente reforzadas (Alcázar, 2002: 9). Las respuestas emocionales que se perciben como: miedo, placer, ira o satisfacción, por ejemplo, reflejan la interacción entre centros cerebrales superiores y regiones subcorticales como el hipotálamo y el núcleo amigdalino; por ello las emociones se conciben como el resultado de una integración dinámica, quizá a nivel del núcleo amigdalino, de factores periféricos mediados por el hipotálamo y factores centrales mediados por la corteza cerebral (Kandel, 2000). Asimismo, Magda Arnold considera que la emoción es el producto de la evaluación inconsciente del potencial dañino o beneficioso de una situación, mientras que el sentimiento es una tendencia a responder de determinada manera, no la propia respuesta. Las emociones difieren por que desencadenan distintas tendencias a la acción (cfr. Kandel et al., 2000).

La descripción de la forma en que se generan las emociones sigue varios procesos: en primer lugar, una evaluación inconsciente e implícita de un estímulo, seguida de tendencias de acción, posteriormente de respuestas periféricas y finalmente de la propia experiencia (Alcázar, 2002: 10). En este mismo sentido, estudios realizados por Joseph Le Dux, Michael Davis y Michael Fanslow señalan que la evaluación inconsciente de la importancia emocional de un estímulo se inicia antes del procesamiento consciente del mismo. Asimismo, los sistemas nerviosos de almacenamiento de recuerdos (inconscientes/respuesta somática) son distintos de los responsables del recuerdo del sentimiento consciente. La

lesión del núcleo amigdalino, consta de un sistema que se ocupa de la experiencia y el recuerdo del miedo, y elimina la capacidad que tiene un estímulo cargado emocionalmente para desencadenar una respuesta emocional inconsciente. Por el contrario, conscientemente, interfiere el recuerdo de las características cognitivas del temor, apreciando dónde estaba el estímulo que provocó el miedo y en que contexto sucedió. Mientras que los sistemas cognitivos presentan una elección de acción, los sistemas de valoración inconsciente limitan las opciones a unas cuantas elecciones de importancia adaptativa (Alcázar, 2002: 10).

Un aspecto importante de este tema es la comprensión de la alineación de la emoción con los estudios respecto al almacenamiento de la memoria, que son los sistemas de memoria consciente (explícita) de los hechos y de los sucesos personales, y los sistemas de memoria inconsciente (implícita) de la experiencia motora y sensitiva. La memoria de los estados emocionales (respuestas autónomas y somáticas) implica el almacenamiento de la memoria implícita, mientras que el recuerdo de los sentimientos está involucrados con en el almacenamiento de la memoria explícita (Kandel et al., 2000). La emoción parece dirigir de esta forma la activación de los circuitos específicos del cerebro, tales como la focalización en los procesos cognitivos, en elementos de lo interno y del ambiente externo.

Otro de los niveles de procesamiento emocional incluye la elaboración de las emociones en grupos más específicos, denominados emociones categóricas: alegría, interés, sorpresa, miedo, tristeza, vergüenza, etc. Estas emociones tienen expresiones faciales universales que se encuentran presentes en todas las culturas y que pueden terminar presentando distintas manifestaciones psicopatológicas. La discriminación de expresiones faciales, motivadas por estados de emoción particular, se procesan en dos sistemas de loca-

lización anatómica independientes: uno ubicado en la corteza inferotemporal, que participa en la memoria implícita de los indicios adecuados, que marca las emociones expresadas en la cara. De acuerdo con esta propuesta, los estudios que emplean las técnicas de neuroimagen funcional de tomografía por emisión de positrones (PET) y resonancia magnética funcional (RMf) indican que el núcleo amigdalino participa en el reconocimiento de la expresión facial¹⁵.

VII LOS SUEÑOS Y SU INTERPRETACIÓN DESDE EL PSICOANÁLISIS, PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LA PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA

VII. I LOS SUEÑOS

Al igual que hay sueños profundos durante estados de vigilia o sueño leves, en vinculación directa con el consciente e inconsciente; pues como apunta Fernández-Carrión durante los sueños profundos domina el inconsciente, en los mediados se da una superposición de momentos inconscientes con conscientes, y en medios sueños que es cuando se tiene los ojos cerrados pero a penas se pierde la consciencia, en este caso es igual que decir que no se ha entrado en la inconsciencia. Se puede pensar que lo mismo que ciertas pesadillas se pueden interrumpir despertándose uno de forma súbita, también en los estados mentales patológicos se

¹⁵ En un experimento que se le solicita a un grupo de personas que miren fotografías de caras temerosas o alegres, las respuestas en el núcleo amigdalino, en especial las del núcleo amigdalino del hemisferio izquierdo, eran considerablemente más intensas ante expresiones de miedo que ante expresiones de alegría. Además, la respuesta del núcleo amigdalino aumenta con el incremento del miedo y disminuye a medida que se incrementa la alegría (cfr, Alcázar, 2014: 10).

puede sobreponer de ellos con choc, con sobresaltos, intentando llevarnos a la realidad, pero estos deben ser consentidos por el paciente, para no ser similares a los empleados de forma clásica por la psiquiatría, a la manera de electroshock, sino desde una visión de consentimiento que da paso a la antipsiquiatría.

Los sueños –según Fernández-Carrión– son una sucesión o secuencia de imágenes que inconscientemente muestra una forma de pesadilla en ocasiones recurrente o por el contrario se aprecian como formas gratificantes logrando dar respuesta a algunos de nuestros anhelos o pesadumbres vitales. Esas secuencias pueden seguir una narración o lógica o realista –como resultado de su interpretación– a pesar de trabajar en el inconsciente, o ilógica o abstracta cuando son guiadas por una patología mental. Las patologías asemejan el resultado de la imposición de un estado inconsciente con una ilógia permanente que se sobrepone a la realidad. Los sueños ilógicos pueden ser reprimidos, pero también pueden ser fomentados por el sujeto, a consecuencia de una patología del estado mental (se entiende como estado mental patológico, cuando el sujeto desea vivir otra realidad, desde los dictámenes internos provocados por el TOC, neurosis, etc.

VII. II INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS

Es importante señalar que cuando la investigación biológica no puede alcanzar a explicar el funcionamiento cerebral y mental, el psicoanálisis, la psicología clínica y la psiquiatría contemporánea aportan nuevos medios de interpretación de los sueños, en particular.

Según Reiser, en la actualidad, los datos relativos a la mente y al cerebro durante los sueños aportan nueva infor-

mación sobre el “problema” mente-cerebro (Reiser, 2000). En particular, el psicoanálisis tiene acceso a “aspectos” (Alcázar), recuerdos y anhelos (FC) particulares sobre el carácter, las emociones y los sentimientos de las personas (FC), muchas veces “desconocidas” (A) o no consideradas o pensadas conscientemente (FC) por el “soñante” y que no son accesibles a los métodos de investigación biológicos. De esta forma el psicoanálisis aporta su método de interpretación de los sueños, en el que la persona soñante conjunta recuerdos del pasado con ahelos o angustias del presente (FC), lo que muestra la interrelación entre memoria, emoción, sentimientos e imágenes oníricas, es por tanto la conjunción gráfica (semántica) de ideas, palabras e imágenes oníricas (FC).

Cada persona –según Reiser– dentro de su sistema mente-cerebro cuenta con una red de memorias codificadas con imágenes que fueron percibidas durante diferentes experiencias emocionales significativas. Tales imágenes, e incluso las memorias que codifican, se vinculan a través de un potencial compartido para evocar complejos sistemas de emoción, idénticos, similares o distintos. Estas redes están organizadas en torno a imágenes o palabras o pensamientos centrales o algún fragmento de imágenes o pensamiento que codifican las memorias de los eventos tempranos o del pasado que fueron experimentados con una alta emocionalidad durante la infancia o del pasado remoto (FC), a veces hasta como experiencias impactantes. A lo largo de la vida, esta red de imágenes y pensamientos se extiende o amplía y se vincula con conflictos o estados emocionales similares. Las imágenes, palabras o pensamientos codificados que se conectan de forma intensa, recurrente y próximo a muchas otros en la red conforman los puntos nodales en las rede de memoria de mente-cerebro de la persona.

Para Reiser la emoción es una parte prominente de los sueños y desempeña una función clave tanto en generar

como en darle forma a los sueños, pues las emociones pertenecen tanto a la mente como a las manifestaciones corporales fisiológicas. También la memoria adquiere un papel importante en los sueños –según Reiser– particularmente en las imágenes; pero habría que añadir que debe conjugarse también la incidencia que repercute igualmente en los sueños los anhelos o esperanzas personales, los sentimientos, los complejos... hasta las alteraciones mentales pasajeras, momentáneas o permanentes (FC). Los “afectos” (Reiser, cfr. Alcázar) o más bien las emociones, sentimientos, complejos... (FC) organizan esta red, llevando a las asociaciones que conectan las imágenes codificadas tempranamente y las memorias dolorosas (Reiser, cfr. Alcázar), pero también imágenes condificadas con alegría y anhelos... e incluso añaden de forma aleatoria imágenes no codificadas (FC). Los circuitos corticolímbicos que subyacen a las redes de memoria neural podría ser el sustrato para los mecanismos que se refieren a las redes de memoria nodal en la mente (Reiser, cfr. Alcázar, 2002: 12).

Los avances que están teniendo lugar en las tecnologías de imágenes, unido a la sofisticación de las técnicas de psicología cognitivas posibilitan que los sueños adquieran un “aspecto ideal” entre la relación mente y cerebro (Alcázar, 2002: 12).

VII. III INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA

El psicoanálisis es una ciencia que estudia la mente y lo que ella genera. Freud, su creador, pensó y señaló públicamente que en algún momento histórico se lograría contar con recursos técnicos por parte de la biología, la fisiología y la química y por ende la neurología que pudieran explicar o dar respuesta de la mente que se planteaba el psicoanálisis,

como al final lo hizo la neurociencia (como se analiza en X.I). Pero mientras que los conocimientos disponibles por los métodos anatómicos y fisiológicos eran insuficientes, el psicoanálisis prosiguió su desarrollo lejos de la neurociencia, pues no había un método que relacionara los datos psicológicos y neurológicos (Solms, 1998), quizá sea esta una de las condiciones que hizo que el psicoanálisis creara un procedimiento clínico propio para analizar los estratos inconscientes de la mente. Ahora, puede ser el momento, como demandara con anterioridad Freud, para que el psicoanálisis reintroduzca sus perspectivas en las investigaciones neurocientíficas, para ello Solms (1999) propone que se realicen investigaciones psicoanalíticas de pacientes con lesiones neurológicas focales, y Kandel et al. (2000) llega a reevindicar al psicoanálisis como el punto de vista intelectual “más coherente” en el estudio de la mente. Por otra parte, Bleichmar (2001) afirma que el psicoanálisis además del diálogo con la psicología cognitiva y la neurociencia, debe proseguir un proceso de “transformación interna” que posibilite continuar presentando aportes al estudio de la complejidad del psiquismo, de los procesamientos inconscientes y especialmente de las reglas operativas que regulen –segun Bleichmar– los siguientes aspectos mentales:

1. Combinar las representaciones conscientes e inconscientes, y relacionar entre sí los diferentes tipos de procesamientos inconscientes.
2. Organizar los distintos sistemas de memoria: procesal, declarativa; los límites en que la memoria procesal puede ser reinscrita como declarativa, y con ello determinar el lugar del insight en el campo terapéutico, así como en la práctica de nuevas experiencias emocionales.

3. Cómo la cognición activa ciertos estados emocionales, pero también, cómo esos estados de la emoción guían la cognición consciente e inconsciente. Durante el tratamiento, los estados afectivos que el paciente va desplegando son la vía regia al inconsciente, bien sea en el material del relato de un sueño, de una relación que el paciente mantiene con una figura externa o la forma como se está relacionando con el terapeuta.
4. Considerar el conocimiento de la acción de numerosos sistemas motivacionales, en términos de procesos detallados como son el apego o la sexualidad, por ejemplo, para la defensa de estímulos aversivos y para la agresividad, en relación a la perspectiva de género que conforma una identidad y una sexualidad diferenciada.

El psicoanálisis –según Ogden– debe estar preparado para el “cambio”, pues el “principal objetivo del psicoanálisis clínico es la recuperación progresiva de la experiencia personal autoalienada, aislada del discurso intrapersonal e interpersonal, un proceso que permite al analizarlo un reconocimiento y una comprensión íntegra de quién es y en quién se está convirtiendo” (Ogden, 1986), y sobre todo indagar con el inconsciente tan importante para la comprensión neural del ser humano (FC). “Este cometido debe cumplirse en lo posible, dilucidando cuáles modificaciones de la técnica pueden ser posibles, manteniendo a la vez los preceptos básicos del trabajo psicoanalítico, y estudiando las modificaciones posibles al servicio de las técnicas derivadas de ella en relación al tipo de tratamiento que esté indicando realizar” (Alcázar, 2014: 17). En la base de una mayor autenticidad y libertad para el paciente estaría cómo desde la clínica se dan esos “momentos de encuentro” (Stern, 1998), en el medio intersubjetivo que se ex-

perimenta entre el paciente y el analista, que permiten el conocimiento mutuo de lo que está en la mente del otro al servicio del tratamiento; una interacción reguladora a través de un nuevo conocimiento implícito relacional, pero siempre atendiendo quien es el analista y quien el paciente (FC). Las intervenciones del analista se amplían, considerando las necesidades de cada paciente en particular, con relación a su sufrimiento –responsabilidad optima– (Bacal, 1998) y las demandas de cambio de la persona (FC). Se atiende a la necesidad del analizando de trasladar esas “experiencias ganadas” (Alcázar) en el entorno analítico fuera de éste, posibilitando a través del trabajo analítico que el paciente añada sus esfuerzos conscientes, con la práctica en la adquisición de nuevas capacidades (Power, 2000), o dicho con criterio social, alcanzar la mejor readaptación a una sociedad, donde queriendo o sin querer debe mantenerse incluido, por su propio bien, para su integridad física, visto desde la perspectiva del psicoanálisis recuperador (FC).

O como señala Alcázar

(...) podemos inferir que el cerebro tiene una estructura y funcionamiento que se mantienen a través del tiempo en un constante estado dinámico. El cerebro y el medio se comunican interactivamente, influenciándose en una manera bidireccional. Los cambios químicos y anatómicos probablemente ocurren a lo largo de toda la vida patiendo desde lo genético y las experiencias del desarrollo en un complejo interjuego con las fuerzas ambientales y es probable que éstas continúen influenciando en la estructura y función celular, dando a su vez forma a las habilidades y conductas del individuo. Las teorías psicodinámicas con sus métodos particulares se confirman a la luz de estos conocimientos emergentes. Ambas disciplinas [psicoanálisis y neuroética] le ofrecen a la psiquiatría las posibilidades que le dan la capacidad sin precedentes de gestionar y probar cambios

en el cerebro/mente a través de intervenciones psicológicas, modificaciones ambientales, de la psifarmacología, de la biología molecular, que pueden de igual manera continuar entregando nuevos elementos para la investigación e integración de las distintas disciplinas con sus métodos particulares (Alcázar, 2002: 17).

A todo lo apuntado por Alcázar podría añadirse la incidencia que tiene lugar en el cerebro humano, por parte de las subpartes del cerebro y los sueños. La realidad vivida por cada persona, la memoria, los recuerdos, etc. están presentes en el inconsciente como en un consciente latente (o una especie de protoconsciente), por tanto no controlado directamente por el consciente real, a la manera de un teatro de sombras, con imágenes tras un velo casi transparente (FC).

VII. IV LA TEORÍA PSICOANALÍTICA APLICADA A TRAVÉS DE LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia es un proceso que logra cambios en la conducta de un enfermo mental y por ende modifica sus vivencias experienciales y la interacción con su entorno a través del aprendizaje y la acumulación de nuevas experiencias, lo que conlleva –según Kandel– alteraciones de la expresión genética, que producen nuevos cambios estructurales en el cerebro, demandando de una modificación del tratamiento psicofarmacológico (Kandel, 1998) y psicoterapéutico.

Freud en “Recordar, repetir y elaborar” (1914) indica que lo que no recuerda el paciente, será repetido en las secciones de psicoanálisis con el analista, lo que Alcázar interpreta como la forma de relación del paciente con el analista “da una valiosa información” de los conflictos inconscientes y sus relaciones significativas internalizadas

o “relaciones de objeto”¹⁶. Este concepto de la transferencia¹⁷ freudiana es útil para los estudios de los procesos de la memoria, pues denota las formas en que se desarrollan durante el tratamiento y cómo es empleado este fenómeno en términos de uso contemporáneo (Gabbard, 1999). Este mismo proceso en épocas tempranas de las personas, Gabbard alude a Amini (1996), resaltar que las relaciones de apego tempranas son internalizadas¹⁸ y codificadas como memoria procesal, confirmando de esta forma que la transferencia está relacionada en parte con la memoria procesal. Estas configuraciones de relación codificadas en la memoria procesal también son implícitas, porque operan fuera del conocimiento consciente; de forma parecida las defensas¹⁹ pueden ser coceptualizadas como una forma de

¹⁶ El concepto de relación de objeto, es muy utilizado en el psicoanálisis contemporáneo para referirse al modo de relación del sujeto con su mundo, vínculo que es resultado complejo de una determinada organización personal, unido a una aprehensión más o menos fantaseada (o idealizada –FC–) de los objetos (ideas –FC–) y de unos tipos de defensa predominantes (Laplanche-Pontalis, 1983), en los distintos momentos cambiantes de la vida del sujeto (FC).

¹⁷ Transferencia es entendida como el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos (o ideas, FC), dentro de la relación establecida con ellos y de un modo especial, en la vinculación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento en la actualidad (Laplanche-Pontalis, 1983).

¹⁸ El término de internalización es sinónimo al de introyección, que consiste en un proceso –puesto en evidencia por la investigación analítica–, en el que el sujeto hace pasar de forma fantaseada de “afuera” a adentro objetos y cualidades inherentes a estos objetos. Tiene relación con la identificación (Laplanche-Pontalis, 1983).

¹⁹ Las “defensas” aluden al conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del sujeto biopsicológico. En la medida en que el yo se constituye como la instancia que encarna esta constancia y que busca mantenerla, lo que puede ser descrito como “lo que está en juego” y el agente de estas operaciones (Laplanche-Pontalis, 1983).

conocimiento procesal que se codifica en la regulación de diferentes estados afectivos asociados con las relaciones de objeto internalizadas; por esto Alcázar señala que la transferencia puede ser considerada una nueva relación de apego (Alcázar, 2002: 13). En este mismo sentido, Kandel (1999) alude al trabajo realizado por Clyman, quien destacó la importancia que adquiere la memoria procesal en el contexto de la emoción y la comprensión de lo que sucede durante la transferencia y durante el proceso del tratamiento psicoterapéutico de carácter dinámico. Esta misma idea ha sido retomada en el tiempo por otros psicoanalistas –como indica Fonagy, Target, 1997 y Emde, 1998, cfr. Stern, 1998– para sugerir que la forma en que se producen los cambios durante el proceso analítico no tiene que ver con la posibilidad de comprensión (insight) en el ámbito consciente, sino que más bien sucede en el dominio del conocimiento y la conducta inconsciente procesal, no verbal (cfr. Stern, 1998).

Los cambios que se producen dentro de la relación de transferencia entre el paciente y el terapeuta o psicoanalista, así como la interrelación entre ambos, no requieren necesariamente que lo inconsciente se combierta en consciente, sino que sólo es necesario que se adquiera un nuevo grupo de memorias implícitas que a su vez conlleven cambios de conducta, incrementando el rango de estrategias procesales para proseguir progresando, en el sentido de nuevas dinámicas para la acción, que se reflejan en la manera como el sujeto interactúa con otras personas, en sociedad, incluyendo la relación transferencial con el medio en general. Se piensa –según apunta Alcázar– que se produce un doble circuito de memoria, que tiene su correlación emocional; de igual forma se puede creer que existe ciertas experiencias que se inscriben directamente en el inconsciente sin pasar por la conciencia, en estos casos –según Alcázar– no es factible recuperar el recuerdo (pero no es así, casi todo

es codificado, siendo redimido de una forma u de otra por el consciente o por el proconsciente, FC). De igual manera, la inscripción en la conciencia no sería capaz de deshacer totalmente lo que esta inscrito en el inconsciente, aunque si es capaz de modularlo (tal vez por medio de la corteza frontal, que adecua la reacción emocional que tiene lugar en la amígdala). Todo esto implica –según Alcázar– que la psicoterapia demana de una doble forma de intervención: la ampliación de la conciencia y, la acción sobre el inconsciente (Alcázar, 2002: 14).

Por esto, no se puede decir que todo lo que sucede durante el proceso de transferencia está fundamentado en la memoria procesal, sino que también puede estarlo en la memoria declarativa, que implica esta última los fenómenos tales como las creencias y las expectativas conscientes. En ocasiones, la confrontación de este tipo de creencias y expectativas, tanto conscientes como inconscientes, motiva que la memoria implícita esté disponible para la reflexión consciente (Alcázar, 2002: 14). Está demostrado que el desarrollo de estos insight favorece al paciente en su desarrollo mental, así como fomenta la mejoría de sus relaciones objetuales y su autoestima.

Alcázar, en base a los planteamientos de otros autores como Laplanche-Pontalis (1983), considera que cuando el tratamiento psicoterapéutico es exitoso en los trastornos de neurosis o de carácter, por ejemplo, “debería ser capaz de producir cambios cerebrales, tanto funcionales como estructurales”; al igual que el éxito en el tratamiento psicofármacos, “debe ayudar a consolidar los cambios biológicos surgidos de la psicoterapia” (Alcázar, 2002: 14), transformaciones que se pueden constatar a través de las técnicas de neuroimagen.

*VII. V INTERPRETACIÓN MULTIFACTORIAL
DE LOS TRANSTORNOS MENTALES*

En el análisis de la persistencia de cambios habidos en el funcionamiento mental, se ha podido demostrar en algunos casos que estas alteraciones funcionales involucran la expresión genética (Kandel, 1998). Esto da pie a considerar que en el estudio de los cambios específicos subyacentes a estados mentales persistentes, tanto normales como patológicos, se debería investigar sobre la alteración de la expresión genética, pues es conocido que la susceptibilidad de presentar enfermedades psiquiátricas “mayores”, como la esquizofrenia, neurosis, histeria y el trastorno afectivo bipolar es hereditaria. Estas enfermedades mentales en particular reflejan alteraciones en la función moduladora del gen (en la secuencia de nucleótidos de un número de diferentes genes que portan anomalías del ARN mensajero (ARNm) y de poroteínas. Por ende debe pensarse, pero falta por demostrar, que también otros trastornos psiquiátricos como el estrés post-traumático, por ejemplo, que es adquirido por la experiencia, es posible que sea producido también por una alteración en la función de transcripción genética o en la regulación de la expresión genética; por ello, se puede indicar que existen personas que son más propensas que otras en adquirir algunos tipos de enfermedades psiquiátricas, por razones genéticas.

Pero la expresión genética puede ser alterada por el propio desarrollo biológico, los factores hormonales, el aprendizaje, las situaciones continuadas de estrés (FC) y la experiencia social o proceso de socialización (FC), que modifica los enlaces de los controladores de transcripción de uno a otro, y las regiones reguladoras de los genes. Es posible que algunos trastornos neuróticos o ciertos componentes del mismo, pueden ser el resultado de defectos reversibles de la regulación genética, lo cual podría ser debido a

alteraciones de vinculación de proteínas de ciertas regiones que controlan la expresión genética; de igual forma se podría pensar que es causa de la adicción al alcoholismo y las drogas, a través de defectos reversibles de la regulación de los genes (cfr. Alcázar) o al cambio de hábito por el carácter adquirido en vida en familia o en sociedad en general (FC). Se puede indicar que los trastornos psiquiátricos mayores pueden ser conceptualizados como enfermedades del cerebro, pero asimismo afectan a múltiples factores, al igual que sucede con todos los trastornos que implican alteraciones de la función mental; por tanto debe investigarse sus causas, así como la prevención y su tratamiento. Esta redefinición en términos biológicos, desde la perspectiva de un modelo biopsocial disminuye en gran medida la estigmatización social de las enfermedades mentales mayores (Price, Adams, Cyle, 2000).

VII. VI OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS A TRAVÉS DE TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN

Las nuevas técnicas de imagen se conforman como un medio técnico capaz de observar el cerebro, para analizar posteriormente las modificaciones de la estructura y la función cerebral y neuronal. Permiten el estudio del cerebro viviente tanto en condiciones normales como patológicas, a través de los métodos de la tomografía por emisión de positrones (PET) y la resonancia magnética por espectroscopia (MRS), así como las imágenes por resonancia magnética (MRI) y la topografía computarizada de emisión simple de fotones (SPECT) (Nemeroff, 1999). Como estas técnicas de neuroimagen posibilitan apreciar el estado del cerebro, le da pie a Nemeroff a hacerse las siguientes preguntas ¿Qué es un estado cerebral? ¿Como se relaciona con las manifestacio-

nes de la conducta? Las neuroimagen permiten identificar las regiones cerebrales en las cuales la actividad está correlacionada con algunas medidas de base, pero no responden cómo este patrón de actividad cerebral actúa dependiendo de determinada conducta. Este será el problema difícil de resolver para esta tecnología y uno de los pendientes para el siglo XXI (Nemeroff, 1999), pero parte de la respuesta viene dada por el desarrollo teórico de la neurociencia.

Con estos medios tecnológicos se posibilitan una exploración no invasiva del cerebro humano en el ámbito de la biología celular y la neurología (FC), con el nivel de resolución suficiente para comprender los mecanismos biológicos y neurales (FC) de funcionamiento mental y, en consecuencia, de los trastornos mentales; lo que se aplica actualmente en el estudio en particular de la esquizofrenia y la depresión (Kandel et al., 2000).

*VII. VII CONVERGENCIA DEL TRATAMIENTO
PSICOTERAPEÚTICO Y PSICOFARMACOLÓGICO, MONITOREADA
CON LAS TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN*

Un ejemplo de la convergencia del tratamiento psicoterapéutico y la psicofarmacología que pueden ser monitoriado con las técnicas de neuroimagen es el estudio realizado sobre pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por tener pensamientos recurrentes no deseados, obsesiones, actos rituales conscientemente realizados de forma compulsiva, que parecen tener el propósito de luchar con la ansiedad generada por los pensamientos obsesivos. El tratamiento psicofarmacológico se realiza con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), mientras que el tratamiento psicoterapéutico se efectura con inter-

venciones cognitivo-conductuales; ambos o la combinación de los dos han demostrado ser efectivos con esta patología.

Algunos investigadores consideran el sistema cerebral cortico-estriatal-talámico claves en el surgimiento de los síntomas del TOC; mientras que otros estudios lo han asociado con una hiperactividad de la región de la cabeza del núcleo caudado. Posteriormente, del tratamiento con un IRSS (como fluoxetina) únicamente, o con una modificación cognitiva conductual sola, se aprecia una gran disminución en la actividad de la cabeza del núcleo caudado derecho (medido como la rata de glucosa metabólica). Según recoge Kandel (2000) en un estudio realizado sobre 29 pacientes con TOC que respondieron a la terapia cognitivo-conductual, fueron comparados con pacientes que no respondieron al tratamiento y se descubrió que quienes respondieron mostraron una significativa disminución de la rata de glucosa metabólica en el núcleo caudado en forma bilateral (Kandel et al., 2000).

VIII PSICOLOGÍA ECONÓMICA

Se emplea este término cuando alude a un posicionamiento interdisciplinar, que conjunta la disciplina de la psicología pero con la complementaridad de los conceptos y teorías económicas, como sería por ejemplo la aplicación de gran parte de la teoría económica, como la teoría del valor, con el empleo del concepto de utilidad y valor en las acciones mentales de las personas. Esta utilidad puede ir destinada a la sobrevivencia o al suicidio, en este sentido una persona aplica un porcentaje de utilidad para sobrevivir, o lo reduce para el suicidio. Teoría del valor marginal, etc.

El hacer uso de la utilidad no debe pensarse en una teoría del utilitarismo exclusivamente, al igual que el ten-

der a sobrevivir es sinónimo exclusivamente de una teoría de sobrevivencia. El utilitarismo se aplicará por igual para calcular el grado de sobrevivencia como de condicionaes para el suicidio. Del mismo modo se puede aplicar la teoría del valor marginal, por ejemplo.

IX EL PENSAMIENTO COMPLEJO Y LA TRANSDISCIPLINARIEDAD EN LA COMPRESIÓN DE LA MENTE

Desde la perspectiva de la trandisciplinariedad se puede atender a los diferentes niveles de realidad, percepción, de consciencia e inconsciencia.... En cambio desde la comprensión del pensamiento complejo el principio dialógico o de dialogización: “El principio de dialogización es un principio de conocimiento que une o pone en relación ideas o principios de dos lógicas que de suyo son antagónicas. Esto es, él une dos principios o idas que se excluyen mutuamente, pero que son inseparables dentro de una misma realidad o fenómeno” (Gómez Marín, et al., 2002: 116-120).

El principio de recursión: “En términos de complejidad, la noción de recursividad está asociada a la idea de bucle retroactivo, pero lo supera largamente; por tanto, va más allá de la idea cibernética de regulación./El principio de recursividad conduce al pensamiento complejo a las ideas de autoproducción y autoorganización. Estas dos ideas, junto con el principio de recursividad, sirven para la comprensión científica de los sistemas complejos: la vida, el universo, la sociedad, etc.” (Gómez Marín, et al., 2002: 116-120).

El principio hologramático: “Es una organización, el todo está inscrito en cada una de sus partes...”. Se presenta en tres modalidades:

Cuadro IX.I Tipología del principio hologramático

Modalidad	Definición	Ejemplo
Holonómica	El todo, en tanto que todo, puede gobernar las actividades locales	El cerebro, en tanto que todo, gobierna los núcleos de neuronas que lo gobiernan
Hologramática	El todo puede, aproximadamente, estar inscrito o engramado en la parte inscrita en el todo	En cada célula está la totalidad de la información genética del organismo
Holoscópica	El todo puede estar contenido en una representación parcial de un fenómeno o de una situación	Es lo que ocurre en los procesos de rememoración y de percepción

Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez Marín, et al., 2002: 117-118.

El principio de auto-eco-organización: En virtud del principio de auto-eco-explicación no puede haber descripción ni explicación de los fenómenos fuera de la doble inscripción y de la doble implicación en el seno de una dialógica compleja que asocia de manera complementaria, concurrente y antagonista las lógicas autónomas e internas propias del fenómeno por un parte y las ecológicas de sus entornos por la otra. El principio de auto-eco-organización nos muestra, entonces por un lado, que la explicación de los fenómenos debe considerar tanto la lógica interna del sistema como la lógica externa de la situación o entorno” (Morin, 2006).

El principio de la borrosidad: se opone a la idea de que todos los enunciados y conceptos propios de las organizaciones complejas se puedan poner en blanco o negro, sin ambigüedad. El principio de borrosidad le permite al pen-

samiento razonar con enunciados y conceptos inciertos o indecibles./ El principio de borrosidad es un principio que se opone al principio de bivalencia y a la tendencia a no reconocer entidades de medianía. Es pues, un principio que nos ayuda a concebir entidades mixtas o mezclas, producidas en el seno de una organización compleja (...). Si bien no se propone de manera directa un principio tal, creemos es un principio activo del pensamiento complejo y, de una forma u otra, está presente en él” (Morín: 2006).

Estos principios del pensamiento complejo se contraponen con los “cuatro grandes principios lógicos, o núcleos del pensamiento lógico-clásico” según Gómez Marín, et al., 2002: 108-115).

1. Principio de la identidad: “Su contenido filosófico afirma la indiscutible necesidad que un término dado mantenga consigo mismo relaciones de igualdad y de mismidad”.
2. El principio de no-contradicción: “Garante d la coherencia y la consistencia de los enunciados de la razón clásica”.
3. El principio del tercero excluido: “Este principio afirma que, dado un enunciado cualquiera y su negación, uno de ellos, y sólo uno, es verdadero”.
4. El principio de bivalencia: “Este principio impone de entrada un espacio alético constituido por sólo dos posibles valores de verdad: verdadero (V o 1) y falso (F ó 0)” (Gómez Marín et. al.: 2002, 108-115).

Se ha expuesto los aspectos teóricos generales de la transdisciplinariedad y principalmente del pensamiento complejo, que puede aplicarse en el estudio de enfermedada-

des mentales, en particular, pero por razones de espacio se tratará en otro escrito con posterioridad²⁰.

X NEUROCIENCIA Y NEUROBIOÉTICA

X. I NEUROCIENCIA

Aunque en 2002 se formaliza el término de neuroética, con anterioridad abordan el tema neurólogos como Damasio, Edelman, Churchland... y filósofos como Changeux y Ricoeur (2001, sobre *La naturaleza y la norma: lo que nos hace pensar*), Dussel (1998, *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*), entre otros.

El resto de información sobre Neurociencia, para no reiterarla, se presenta elaborada conjuntamente con Octavio Márquez en el Capítulo V en el apartado 14. Neurociencia, del presente libro.

X. II NEUROÉTICA

Con los avances de la neurociencia se podrá diagnosticar, prevenir y tratar distintas enfermedades neurales, como la arteriosclerosis, la demencia senil, esquizofrenia, bipolaridad... o el alzheimer, así como mejorar las capacidades cognitivas, la memoria y la atención; pero también, permite

²⁰ Sobre las condiciones de los migrantes y teoría general de pensamiento complejo y transdisciplinariedad es tratado por Fernández-Carrión en “Migración e imagen: de la multidisciplinariedad a la transdisciplinariedad” (2014: 187-227) y “De la multidisciplinariedad a la transdisciplinariedad: migración entre la realidad y la imagen” (2016: 273-280) y “Incidencia del pensamiento complejo y la transdisciplinariedad ante el cambio educativo en la sociedad global” (2016: 15-58).

conocer el porque de la conducta, así como diagnosticar, prevenir y tratar tendencias violentas, depresivas, etc. Estos avances de la neurociencia por una parte pueden tener repercusiones positivas para la humanidad; pero en otras también pueden ser utilizadas por el poder contra sus oponentes, como se hiciera pero sin tanta sofisticación –sin aparato de investigación neuroético, como se conoce actualmente– en la Unión Soviética durante el período stalinista, principalmente²¹, pues como indica Canabal:

El desarrollo tecnológico a menudo no va acompañado de un planteamiento de las repercusiones éticas que surgen del mismo. Los temas que han generado las mayores controversias en los últimos años como: los que afectan a la memoria y conciencia, el estudio de la lesión cerebral, aspectos legales y de consentimiento en la investigación, afecciones en la infancia de enfermedades neuropsiquiátricas, progresos en técnicas de neuroimagen y sus implicaciones sobre enfermedades y/o más inquietante que es el comportamiento humano, los concomientos sobre regeneración neuronal y fisiopatología de la enfermedad mental, los nano robots para el tratamiento de la enfermedad oncológica cerebral, la estimulación cerebral profunda, etc. todos y cada uno de estos progresos deberá ser valorado en sus aspectos éticos, solo así se podrá considerar un auténtico progreso para el hombre, respetando su intimidad, su libertad y privacidad, proporcionando oportunidades para mejorar su salud y sus condiciones de vida (Canabal, 2013: 60).

Las semejanzas y las diferencias existentes entre la neurociencia y la psicología social, es que mientras que la

²¹ Realizó una investigación sobre neuroética, para lo que efectuó una búsqueda documental en internet, en el 2012, que puede servir para hacernos una idea general sobre el estudio que existe en el mundo, principalmente anglosajón, sobre neurociencia y neuroética (Canabal, 2013: 50).

psicología social describe los procesos cognitivos y las estructuras que influyen en el comportamiento en sociedad, superando el ámbito personal, la neurociencia tiene repercusión psicosocial en la explicación, evaluación y tratamiento sobre el comportamiento de la persona, entre otros aspectos generales del ser humano, dentro del contexto legal, psicología jurídica y forense, etc., así como en los estudios y las explicaciones sobre la psicopatía, la violencia, el desarrollo mental, la detección de la verdad o mentira, etc. hasta alcanzar a dar con el funcionamiento interno de los comportamientos sociales y personales complejos (Canabal, 2013: 60).

Desde principios del siglo XXI, se ha hecho evidente los numerosos y significativos cambios surgidos en el terreno de la psicofarmacología, la revisión e investigación sobre las técnicas de la estimulación cerebral profunda, el desarrollo de implantes mecánicos u orgánicos, así como los avances en la neuroimagen, para el conocimiento de las “interioridades del cerebro” y el funcionamiento neuronal, cuyo desarrollo aliviaría a muchas personas enfermas mentales y con severas minusvalías físicas; pero, asimismo se demanda de su control ético, para vigilar su mal uso contra la humanidad.

Desde los medios de comunicación o desde la práctica de la neuroética podremos afirmar y asimismo podemos preguntarnos –como lo hace Javier Sampetro–: “La neurociencia ya puede predecir el comportamiento. Pero ¿debe hacerlo?”; dilema que se presenta muy próximo a la problemática que analiza John Gabrieli et al. del MIT (Massachusetts Institute of Technology, en Boston)

durante más de un siglo comprender el cerebro humano ha dependido de daños neurológicos acaecidos de manera natural, o de las consecuencias imprevistas de la neurocirugía [pero con la aplicación de las tecnologías de neuroimagen se ha comenzado a medir la “neurodiversidad humana” para predecir –entre otras funciones– el compor-

tamiento futuro de las personas](...).Esta predicción puede constituir una contribución humanitaria y pragmática para la sociedad, pero ello va a requerir una ciencia rigurosa y una serie de consideraciones éticas(...). El sistema judicial ya está plagado de solicitudes (por parte de los jueces, de fiscales o de los abogados de una de las partes) de predicción del comportamiento futuro del procesado, que se utilizaran para elaborar dictámenes sobre qué fianza imponer, qué sentencia dictar, o qué régimen de libertad condicional imponer (cfr. Sampedro, 2015: 2-3).

Pero como bien razona Sampedro

el objetivo de los científicos no es llegar a la sociedad policial caricaturizada en *Minority Report*, sino personalizar las prácticas pedagógicas y clínicas para hacerlas mucho más eficaces y serviciales para la gente (...). La cuestión principal es encontrar formas legales de garantizar que toda esa información predictiva se utilice para ayudar a los ciudadanos y no para que las empresas o las instituciones [públicas] seleccionen a la gente que tiene más probabilidad de éxito [y también puede utilizarse legal, judicial, social o empresarialmente en contra de otras personas distintas a uno mismo]. Este, de hecho, es un problema tan difícil que cabe preguntarse [en el momento presente, al inicio del desarrollo tecnológico y comienzo de su empleo de] la neuroimagen va a causar más daño que beneficio social (Sampedro, 2015: 2,4).

De igual forma, los avances de la neurociencia son cuestionados, desde la perspectiva ética²², por Roskies

²² Previo a la aplicación de la neuroética, por cuestiones cronológicas, la bioética tiene utilidad humana, pues los casos contra la salud pública por parte del Estado se hace evidente desde principios del siglo XX; en 1904, la legislación del Estado de Pennsylvania y, en 1907, en el Estado de Indiana se promulgaron leyes con fines eugenésicos, por las que se preveía la esterilización obligatoria de criminales, “idiotas” y violadores. Posteriormente, en 1932, comenzó el “estudio” sobre sífilis

(2008), Lavaza y De Caro (2010), por ejemplo, al tratar de apreciar las dificultades que existen para interpretar los datos obtenidos a través de las técnicas de neuroimagen, o desde la perspectiva de la comprensión del beneficio de esta actividad científica (cfr. Cortina, 2011: 32-36). Con estas preocupaciones morales Cortina, por ejemplo, está aludiendo, aún sin indicar el título que le corresponde, la teoría principialista de bioética propuesta por Beauchamp y Childress: beneficencia, no maleficencia y autonomía, por este orden, a la que habría que añadir la de justicia. Dicho brevemente

No maleficencia: es la obligación de no lesionar la integridad física y/o moral del ser humano.

Beneficencia: es la obligación de procurar el bien a aquél de quien me siento responsable, respetando sus propios valores y proyectos de vida.

Autonomía: es la obligación de cada sujeto, a respetar sus propios principios y valores, y a desarrollar el proyecto de vida que ha elaborado en función de los mismos.

Justicia: es la obligación de no discriminar a ningún ser humano (Márquez, 2012: 93).

Frente al principialismo, desarrollado fundamentalmente en Estados Unidos, coexiste la bioética personalista, propuesta en Europa, por Paul Schotsmans en “Personalism in medical ethics” (1999)²³ (aunque el precursor filosófico del concepto es Kant, a través de su *Antropología filosófica*,

en Tuskegee, igualmente en Estados Unidos; un año después, en 1933, se promulgó la Ley de esterilización en Alemania nazi. De esta forma se constata que la medicina se ideologizó en Estados Unidos y la Alemania nazi, como se ha indicado anteriormente, poniendo medidas para la “higiene racial” y eutanasia (eliminación de minusválidos, en Alemania) y la experimentación no-voluntaria y otros actos “profesionales” como ejecuciones, torturas y ensayos de guerra bacteriológicas, etc., en Estados Unidos y Alemania.

²³ Como lo analiza María Liliana Lukac en “Fundamentos filosóficos de la bioética contemporánea” ([2007]: 5).

seguido de Kierkegaard, Jacques Maritain, Mounier, entre otros), pues ponen énfasis en la persona, y tiene como finalidad promover el bien íntegro del ser humano²⁴, al señalar que

Personalism as it has been described creates an ethical and even pedagogical framework for the medical profession, medical practice and medical decision-making. The promotion of the humanly desirable provides three challenges for medicine: the creative development of the medical profession as a fully relational commitment; the creative development of a full responsibility and the creative participation in a good society, where justice reigns. Finally, such an approach inspires to do justice to the sick, the elderly and dependent patients. And isn't that what it is all about? (Schotsmans, 1999: 19).

Existe un tercer posicionamiento bioético social, con marcado interés por el bienestar y los derechos de la comunidad global, que desde una perspectiva unificadora de la bioética de América Latina, es presentada por Fernández-Carrión en “La bioética latinoamericana” (2016: 47-72).

²⁴ Para el caso específico de Europa Schotsmans elabora una breve historia de la bioética en el continente europeo, con intención de acentuar las metas que quieren alcanzar en esta materia la sociedad europea, para terminar destacando su contribución internacional, como es el concepto de “personhood”, “solidarity as the Founding Value of European Health Care Systems”, dignidad humana, para terminar concluyendo que “The continental European approach to bioethics is multifaceted. The respect for the dignity of the human person in his relational and societal involvement is much more dominant than it is in the Anglo-American approaches to bioethics. This is also translated in the regulatory and legal systems of the different European bodies. I presented the European Group on Ethics, with its moderate view on human stem cell research, and the –more important– European Convention on Human Rights and Biomedicine. I do express therefore a sincere hope that bioethics may always and everywhere integrate this many-sided approaches to medicine and health care (Schotsmans, 2013: 45).

Aparte de las barbaridades contra la salud pública cometidas durante el primer tercio del siglo XX en Estados Unidos y Alemania, expuestas en nota 17, el avance en la biología molecular genética, creó nuevos casos de preocupación social, a partir de la identificación y marcadores genéticos responsables de enfermedades; surgió la preocupación por el empleo indebido y el acceso a los datos personales de salud y el conocimiento de los marcadores genéticos, por terceras personas o instituciones públicas. A pesar de que políticamente se establecen el Código de Núremberg (1947), el Código Internacional de Ética Médica (1949), el Código de la Asociación Médica Británica (1949), la Declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki (1964), el Informe Belont (1972, National Commission for the Protection of Human Subjects, 1978)..., que sentaron los principios éticos de la investigación y práctica médica con seres humanos, en la práctica existe un malestar público por el empleo indebido y la custodia de los datos referentes a la salud de cada persona, aunque quedan reducidos a la demanda judicial de algunos afectados de una mala práctica o negligencia médica y la crítica expresada en los medios de comunicación.

En neuroética, en particular, existen numerosos neurocientíficos así como expertos en ética, que han trabajado el tema, como analiza Pfaff (1983), y la “International Brain Research Organization”, fundada bajo auspicios de las Naciones Unidas, en 1960; más tarde, en 1995, el Comité Internacional de la Unesco de Bioética (CIB, creado en 1993), que desarrolla un estudio similar sobre bioética y neurociencia (Vincent, 1995: 1-8).

El concepto de “neuroética” ha venido siendo empleado en el siglo XX, de forma general, relacionado con el papel que representa el neurólogo como asesor ético y como miembro de los comités de ética institucionales, cuando se

vincula con temas de neurología en particular (Cranford: 1985, 1986, 1989) o al referirse a cuestiones neuroéticas relacionadas directamente con el cerebro (Churchland: 1989, 1991, 2002, 2006, 2007, 2011, desde una perspectiva moral)²⁵. Previamente a estas fechas lo trabaja Zubiri al vincular la inteligencia con la moral (1983)²⁶; pero es sobre todo en 2002, a partir de la convocatoria por parte de la Universidad de Stanford, Universidad de California y la Fundación Dana²⁷ en San Francisco, el 13 y 14 de mayo, del Congreso fundacional sobre “Neuroética: esbozando un mapa del terreno” (“Neuroethics: Mapping the Fields”)²⁸, que se

²⁵ En el caso particular de Churchland su concepto de moral no es equiparable con religiosidad –lo contrario que sucede con Cortina–, pues como señala el primer autor la moral “no [debe entenderse] como un producto de procesos sobrenaturales, sino de nuestros cerebros” (Churchland, 2006: 3); mientras que Cortina, por el contrario, de acuerdo a su proyecto de vida y opción religiosa personal piensa de otra forma, aunque en sus escritos no muestra una relación directa entre moral y religión, pues como dirá “de la misma forma que hay bases psicológicas y sociales de la moral, hay también bases cerebrales, lo cual significa que constituyen el fundamento de la vida moral” (Cortina, 2011: 46).

²⁶ Aún en una publicación postuma *Inteligencia y razón* Manuel Ramiro H lo considera un antecedente (2015: 396).

²⁷ Editora de la revista *Cerebrum*.

²⁸ Congreso comentado por William Safire con el título de “The But-What-if-Factor” en *The New York Times*, 2002a, s/n, se cuestiona el origen de la neuroética en Villa Diodati, en los alrededores de Ginebra, en las reuniones de Lord Byron, Shelley, Polidari y Mary Schelley, este último en su novela *Frankenstein: el Prometeo moderno*, aplica el concepto de neuroética al “crear un hombre más perfecto con ayuda, ahora, de las neurociencias”. Con posterioridad, Cortina establece una comparativa entre el contenido propuesto por este Congreso con el tratado en la Asimolar Conference on Recombinant DNA, organizada por Paul Berg, en Asimolar Sate Becach, en febrero de 1975, donde se discute sobre los posibles riesgos biológicos y la regulación de la biotecnología, y en particular elabora las directrices para garantizar la seguridad del ADN, recombinante tecnología, al señalar Cortina que “las diferencias entre los dos encuentros son muy notables. En Asimolar los científicos, entusiasmados por el potencial de la nueva genética, pero preocupados por

considera el inicio de la neurociencia, entendida como una nueva disciplina que conjunta la ciencia (en torno a la neurología) y la filosofía (desde la perspectiva de la ética), y se define en sus actas como “el estudio de las cuestiones éticas, legales y sociales que surgen cuando los descubrimientos científicos acerca del cerebro se llevan a la práctica médica, las interpretaciones legales y las políticas sanitarias y sociales” (Marcus, 2002: III).

Unas décadas antes, en los ochenta, uno de los primeros en estudiar lo que posteriormente se denominaría neuroética, Gazzaniga confecciona una nueva filosofía de la vida basada en el cerebro, que la define como “el análisis del modo en el cuál queremos situarnos frente a las cuestiones sociales de la enfermedad, la normalidad, la mortalidad, del estilo de vida y de la filosofía de la vida, enriquecidos con el conocimiento de los mecanismos cerebrales involucrados” (Gazzaniga, 2005).

La neuroética no se limita a evaluar los problemas éticos que surgen de la aplicación de las neurotecnologías, que existen actualmente –como expone Boella, 2008: 21-22– sino que relacionando la ética, la filosofía, la psicología, etc. al intentar responder a la pregunta sobre qué significa existir como seres pensantes (Levy, 2008).

Un año después de celebrarse el congreso fundacional de la neuroética, en 2003, la Society for Neuroscience organiza por primera vez una importante conferencia sobre neuroética y en 2005 convoca varias conferencias sobre el diálogo entre la neurociencia y la sociedad. En 2006, se constituye la Neuroethics Society, que sirve de aglutinador

las consecuencias indeseables que podría tener tanto en la investigación como en la aplicación, dieron un ejemplo de prudencia al imponerse a sí mismos una moratoria. Por el contrario, el Congreso de San Francisco invitó a todos los participantes a pisar a fondo el acelerador y aprovechar los grandes beneficios que podrán seguirse de los progresos en las neurociencias” (Cortina, 2011: 27-28).

para neurocientíficos, clínicos y profesionales de diferentes áreas del conocimiento que tratan sobre los avances de las neurociencias. Ese mismo año, de 2006, un editorial de la revista *Nature*, con el título de “Neuroethics Needed. Researchers Should Speak Out on Claims Made on Behalf of Their Science”, trata sobre el desarrollo de las tecnologías con iniciativa privada que investigan sobre la imagen cerebral para aplicarse como detector de mentiras u otras medidas relacionadas con la seguridad pública. En 2007, un editorial de la revista *Science*, con el título de “On Neuroethics”, propone que la financiación y el apoyo de las instituciones públicas y privadas a la investigación y desarrollo de la neurociencia debía ir acompañada de un mismo tipo de ayuda y financiación a la neuroética, considerando que era la única forma de regular éticamente todas las investigaciones y progresos de la neurociencia. En 2008, la editorial Springer publica la primera revista específica de neuroética, titulada *Neuroethics*, bajo la dirección de Neil Levy, reconocido autor de esta materia (Levy, 2007: 346). Un año antes, en 2007, se funda el centro de investigación sobre neuroética: el National Core for Neuroethics, creado por la University of British Columbia en Vancouver (Canadá), con la misión de estudiar y analizar las implicaciones éticas, legales, políticas y sociales de la investigación neurocientífica, de igual forma el The Wellcome Oxford Centre for Neuroethics, fundado por la University of Oxford (Gran Bretaña), en 2009, se propone como objetivo el estudio de los efectos que la neurociencia y las neurotecnologías tendrán en diversos aspectos de la vida humana. En 2011, destaca la obra de Judy Illes y Barbara J. Sahakian bajo el título de *Oxford Handbook of Neuroethics*, que repasan los inicios del desarrollo de la neurociencia, desde finales del siglo XX hasta 2011.

La neuroética –según Judy Illes– Barbara J. Sahakian (2011) y Illes-Thomas Raffin (2002)– es una nueva disci-

plina bioética que ha surgido formalmente en 2002, para agrupar todos aquellos temas teóricos y prácticos que tienen consecuencias éticas y sociales en las ciencias neurológicas, tanto en el ámbito de laboratorio, como en la atención sanitaria o en la vida social en general. Mientras Safire la define –en la “Introducción”– como “aquella disciplina [neuroética] que se ocupa de la valoración de aquello que es correcto o equivocado, bueno o malo, sobre el tratamiento, el perfeccionamiento o la invasión indeseada y la preocupante manipulación de la mente humana” (Safire, 2002b: 5), y las actas del *Congreso de Neuroética* de San Francisco de 2002, como “el examen de lo que es correcto e incorrecto, bueno y malo, en el tratamiento, bien clínico, quirúrgico o ambos, del cerebro humano. O también la invasión no deseada de forma alarmante y la manipulación del cerebro humano” (Safire, 2002c: 3-9), y añade que tiene relación con la conciencia y la identidad humana. Según algunos autores, la posición de Safire interrelaciona teóricamente la neuroética con la bioética; sin embargo, este autor, como otros, rechaza esta posibilidad, por considerar que la “ciencia del cerebro” presenta cuestiones que ninguna otra ciencia posee, y por tanto debe tratarse aparte, pues como indica:

Neuroethics in my lexicon is a distinct portion of bioethics, which is the consideration of good and bad consequences in medical practice and biological research. But the specific ethics of brain science hits home as no other research does in any other organ. It deals with our consciousness, our sense of self, and as such is central to our being (Safire, [2002d]).

Aunque Juli Illes, Racine y Kirschen piensan que Safire sí considera a la neuroética como un puente entre la neurociencia y la bioética clásica (Illes, 2006: 151). Desde esta misma perspectiva Adina Roskies, subdivide a la neu-

roética, en la que toma en consideración la problemática que atiende la bioética clásica –que se ha venido a denominar “neurobioética”–, y la que atiende a la “neurociencia de la ética” para conocer los procesos de toma de decisiones morales y al ser humano en particular (cfr. Gini, Miranda, 2011: 3). Esta segunda postura, es la que alude al “problema mente-cerebro” (“Mind-Body-Problem”), denotando la dificultad de constatar la unidad existente entre las experiencias subjetivas (Casanova, 2014: 97) o funciones y acciones ejercidas por el cerebro (FC), así como los “órganos materiales” implicadas en ella (Casanova) y las partes del cerebro y mente que las provocan y la ejecutan (FC).

La neuroética se puede entender –según Canabal– como la “parte de la bioética que surge de la reflexión y deliberación de los conocimientos adquiridos con el progreso de la neurociencia, su relación con la mente humana, su impacto en el comportamiento y la identidad del propio ser” (Canabal, 2013: 49), y la investigación que se desarrolla en general sobre el sistema neural de los seres vivos (FC). Es por tanto una disciplina que estudia las implicaciones éticas, políticas, legales y sociales de la investigación de neurociencia (Bird, 2005: 1310-1316). La neuroética “al investigar el cerebro y los fenómenos más íntimos de la persona (pensamientos, decisiones, emociones, valoraciones, etc.) toca lo que e considera lo más esencial del ser humano, su supuesta dimensión de identidad libre y espiritual” (Sánchez-Migallón, s/f).

Estos avances han proporcionado nuevas perspectivas del “yo” y la relación del sujeto con la sociedad, con repercusión en aspectos clínicos y filosóficos en particular, facilita la manera de comprender la complejidad de las personas y los condicionantes biológicos de su comportamiento (Illes, Bird, 2006: 511-517). Sus funciones cognitivas y emocionales con implicaciones con la enfermedad, posibi-

lita la comprensión de la mente y los nuevos tratamientos de las enfermedades mentales, con terapias que modifican la biología cerebral, desde la comprensión multidisciplinar (Sánchez-Migallín, Gímenez ([2009])).

El congreso fundacional de neurociencia de 2002 se desarrolla inicialmente a partir de cuatro líneas de trabajo e investigación: 1. Las neurociencias y el yo. 2. Las ciencias sociales y las políticas sociales. 3. La ética y la práctica de las neurociencias. 4. Las neurociencias y el discurso público.

En relación con el título y propuesta general del congreso, el bioeticista Albert R. Jonsen en su ponencia titulada “Mapping the Future of Neuroethics”, propone un mapa sobre las futuras tareas de la neuroética, clasificada en tres niveles:

1. Nivel tectónico de las ideas, o estructura básica (o “específico”, equivalente al que Jonsen considera “nivel local”, –según FC–, en el que se plantea cuestiones de índole filosófico como la consideración de la libertad por parte de la voluntad propia o el reduccionismo, por ejemplo.
2. Nivel geográfico (o “epistermológico”, FC), que corresponde al estudio epistemológico, sobre las formas de conocimiento, sobre aspectos geográficos o de otra índole.
3. Nivel local (“local” propiamente dicho, que alude a su aplicación en un espacio geográfico concreto, próximo al investigador o al paciente o sujeto de investigación, FC), de supuestos concretos, afín a la neuroética aplicada, interdisciplinar, con cuestiones entorno a la problemática que surge de la investigación con sujetos humanos, el tratamiento, análisis y “mejora” del cerebro... y la responsabilidad en cuestiones de justicia criminal.

4. Abría que añadir un cuarto nivel global –según Fernández-Carrión–, que aluda a la repercusión global de la investigación, los resultados y aplicación de la neurociencia a nivel de toda la humanidad.

Cuadro X. II. I Funciones y repercusiones de la neuroética

Jonsen		Fernández-Carrión	
Niveles	Funciones	Niveles	Funciones
Tectónico	Estructura básica	Específico	Estructura básica
Geográfico	Epistemológico	General	Epistemológico
Local	Neuroética aplicada	Local	Espacial local
		Global	Repercusión global

Fuente: Jonsen 2002: 274-277 y Fernández-Carrión, 2017

Atendiendo a las funciones y repercusiones de la neuroética, se puede atender –según criterio de Roskies, 2002– a dos especialidades de la neurociencia:

1. La ética de la neurociencia, como una especialidad de la bioética, desarrolla el marco ético que regula la conducta de la investigación neurocientífica y su aplicación en el ser humano.
2. La neurociencia de la ética, alude al impacto del conocimiento y prácticas neurocientíficas en la comprensión de la ética, o dicho de otra forma se ocupa de las bases neuronales de la “agencia ética”.

Roskies incidirá sobre todo en la primera, la moralidad en el desempeño de las investigaciones neuroética en general, y las que conciernen a la evaluación del impacto ético y

social de los resultados obtenidos con las técnicas de experimentación neuroética en particular. En esta línea se puede incluir a Safire que alude igualmente a los problemas éticos derivados de la experimentación y manipulación del cerebro humano (Beorlegui, 2008). En cambio, Gazzaniga en su obra titulada *Cerebro humano*, aunque estudia la misma problemática desde la perspectiva de la ética de la neurociencia y la neurociencia de la ética, de forma similar que lo hiciera Roskies, se centra en la primera de ellas, con la que trata los dilemas éticos que se producen con la aplicación de la neurociencia, como son: durante el inicio de la vida cerebral en el desarrollo embrionario, muerte encefálica, manipulación de la capacidad intelectual, la memoria, la personalidad y la responsabilidad moral y penal en sujetos con daño cerebral severo, dentro del debate libertad-determinismo neuronal.

No es lo mismo ética, que moral, y menos aún ética y religión; para un gran número de autores de la ética está próxima al pensamiento filosófico, de igual manera que para otros la moral tiene mucha relación con la religión. En el caso particular de Churchland su concepto de moral no es equiparable con religiosidad –lo contrario que sucede con Cortina–, pues como señala Churchland la moral “no [debe enterse] como un producto de procesos sobrenaturales, sino de nuestros cerebros” (Churchland, 2006: 3). Cortina, por ejemplo, de acuerdo a su proyecto de vida y opción religiosa personal piensa de otra forma, aunque en sus escritos no muestra una relación directa entre moral y religión, pues dirá, que “de la misma forma que hay bases psicológicas y sociales de la moral, hay también bases cerebrales, lo cual significa que constituyen el fundamento de la vida moral” (2011: 46); por esta razón, Cortina no entiende el criterio de Slachevsky que considera que “las investigaciones en neurociencias nos están permitiendo comprender, entre otras cosas, las bases neurobiológicas de la conciencia, de

los comportamiento sociales, de la moralidad, de la toma de decisiones y de las principales enfermedades psiquiátricas”, defiende con esta postura todas las condiciones y las acciones del propio ser humano como una consecuencia de su propia decisión, no de un “agente externo” (entiéndase como tal a Dios o los dioses); lo cual según Cortina “nos permite comprender los fundamentos de lo que somos, nuestra esencia, lo cual tendría consecuencias para la forma en que nos pensamos como personas, agentes morales y seres espirituales” (Cortina, 2011: 239, nota 29); esta autora debería saber que no todas las personas son “seres espirituales” ni quieren serlo²⁹, ni por designación ni por convicción, y por esto el criterio de Slachevsky se puede considerar una continuación, a su manera, del personalismo propuesto en su tiempo por Kant, pues como termina señalando Slachevsky la neuroética –tal como el la entiende– provoca dos tipos de ventajas: tener una concepción del ser humano y modificar el comportamiento de los [propios] seres humanos (Slachevsky, 2007: 12-13).

Existe un tercer posicionamiento que en parte complementa el criterio de la ética en la neurociencia y la neurociencia de la ética, que sería la neurologización de la neuroética, que consiste en el estudio de las bases neurológicas y fisiológicas del comportamiento ético; según Allman (2003) y Mora (2002), por ejemplo, el ser humano está capacitado para dar valor moral a sus acciones, por la carga genética y la naturaleza biológica de un cerebro evolucionado. Asimismo, Patricia S. Churchland en su libro *El cere-*

²⁹ Por esto, Cortina dedica un apartado al tema de “El pugilato ‘natural-sobrenatural’: una obsesión caduca”, señalando que “evidentemente, es posible recurrir a instancias sobrenaturales, pero con igual evidencia existe un buen número de teorías éticas que, admitiendo la realidad del evolucionismo, entienden que el criterio y fundamento de la moralidad no se toma de la evolución, ni tampoco de una sobrenaturaleza” (Cortina, 2011: 92-94).

bro moral, pioneras de la neurofilosofía³⁰, considera que la moralidad se origina biológicamente en el cerebro, aunque asimismo señala que para investigar las bases cerebrales de la moralidad, se necesita contar con una teoría moral de la cual comenzar a identificar tal dominio de la capacidad moral por parte de la base biológica y cerebral; para Churchland la clave de esta problemática es partir de una visión “no radicalizada” de los avances habidos sobre el conocimiento científico del cerebro, para ello se debe considerar que aunque se conozcan con mayor precisión los aspectos fisiológicos del funcionamiento del cerebro, no por ello se puede saber –según la autora– cuáles son las claves de los contenidos mentales; asimismo, entiende las dificultades metodológicas que existe en la investigación del funcionamiento cerebral (Churchland, 2012).

Un cuarto posicionamiento, viene marcado por la neurofilosofía (como se ha iniciado en exponer anteriormente, al aludir a la postura propuesta por Churchland, que reduce la mente a cerebro). Como se ha indicado anteriormente, la neurofilosofía estudia las consecuencias filosóficas de la aplicación y el conocimiento de la neurociencia. En esta línea hay que incluir a Cortina, que reivindica la filosofía moral en la investigación neural, proponiendo una filosofía de vida con fundamento cerebral. La filosofía moral es un ámbito del saber racional que trasciende a la neurociencia y las teorías evolucionistas, y considera que los criterios establecidos por las tendencias evolucionistas y neocientíficas difícilmente avalan la existencia de una ética universal (Cortina, 2011, 2012).

Northoff (2009) establece una tipología de la neurofilosofía, distingue entre neurofilosofía teórica, práctica y empírica; la primera, consiste en una filosofía de la ciencia de

³⁰ En su texto fundador *Neurophilosophy: Toward a Unified Science of the Mind/Brain*, en 1986.

la investigación neurológica; mientras que la segunda, trata desde una doble perspectiva la relación entre ética y las neurociencias, y la tercera, relaciona conceptos filosóficos con datos empíricos de la neurobiología.

Dentro de esta perspectiva de estudio de la neurociencia, a partir de su comprensión filosófica, hay que aludir al criterio de Damasio que en su libro titulado *El error de Descartes: emoción, razón y cerebro humano*, trabaja sobre la relación existente entre la mente, el cuerpo, los sentimientos y las bases neurobiológicas neurales. En cuanto la interrelación de la mente y el cuerpo, Damasio rechaza el dualismo de sustancias o el reduccionismo biológico, así como la actividad mental desde los aspectos contrapuestos más simples a los más complejos, que del cerebro y el cuerpo a la vez. El cuerpo –según Damasio– tal como está representado en el propio cerebro equivale a algo más que al simple soporte o marco de referencia para los procesos neurales, sino que además proporciona la materia básica para todas las representaciones cerebrales; incluso más, el cerebro con el resto del cuerpo constituye un organismo completo e indisoluble integrado por circuitos reguladores bioquímicos y neurales que se relacionan con el ambiente o sociedad (FC), produciendo una interacción en conjunto con la actividad mental (Damasio, 1996).

En cambio, Illes (2009), se refiere a otros tipos de neuroéticas: neuroética teórica y reflexiva, clínica, paliativa, pragmática, pública, de las mujeres, de la salud pública, de la salud global y de la salud global mental.

Al igual que no existe una “verdad absoluta” intemporal y universal, tampoco en el tiempo y espacio hay –según Fernández-Carrión– una “ética universal”, como pretende anhelar Cortina en el capítulo II de su libro *Neuroética y neuropolítica* (2011: 53-76), con el epígrafe de “La promesa de una ética universal basada en el cerebro”, al señalar que

“afirmar en el siglo XXI que la ética debe ser universal es una obviedad” (2011: 54); pero universal no es global, la primera consiste en que es entendida de igual forma en todos los países y la segunda es que además es aplicada por igual (FC); pero igualmente Fernández-Carrión entiende que ni antes, ni ahora, ni nunca se ha dado ninguna de las dos formas de ética.

Como primera opción a favor de la existencia de la ética universal, fundamentado –según Pautassi– en la “unidad total” del ser humano: cerebro-cuerpo, suge un “principio ético universal” (Pautassi, 2013: 6). En cambio para Cortina la ética universal en general tiene sentido, pero cuando se quiere relacionar con el cerebro surgen las dudas, o mejor dicho sus críticas, por ello dirá que el proceso de “esbozar” los trazos de una ética universal basada en el cerebro³¹, es acertado; pero posteriormente, presenta una serie de variantes teóricas para ultimar negando la existencia de una ética universal. Esta negación, lo fundamenta Cortina en un principio doble de proceso moral:

en ocasiones se parte de la existencia de una suerte de universales éticos antropológicos, en otros momentos, se toma como punto de partida nuestro modo de formular juicios morales (...)./ Consiste el primer camino en considerar, siguiendo a James Q. Wilson, que parecen existir ciertos instintos morales rectores de alcance universal, como por ejemplo, que todas las sociedades creen que el asesinato y el incesto están mal, que hay que cuidar a los niños y no abandonarlos, que no debemos mentir ni incumplir las promesas y que debemos ser fieles a la familia [pero menos la primera acción, el resto no es aceptado ni en el tiempo y en el espacio por la totalidad de las sociedades, véase a este respecto los trabajos de Malinowski *Magia, ciencia y religión* (1994) o *Crimen y costumbre en*

³¹ Se lo cuestiona en el apartado dedicado a “El mito de los juicios morales presentes en todas las culturas” (Cortina, 2011: 59-61).

la sociedad salvaje (1986), entre otras, y la autora también llega a esta conclusión al final de este apartado 2.2: 60]./ Es verdad que llamar “instintos” a estos juicios valorativos no parece muy apropiado (...)./ Por qué se llama morales a estos presuntos instintos tampoco queda claro (...). podemos contentarnos con considerar esos contenidos pura y llanamente como juicios valorativos y tratar de constatar si es verdad que están presentes en todas las culturas (...)./ Realmente, en cuanto entramos en el terreno de los contenidos morales, resulta imposible encontrar algunos que hayan valido y valgan universalmente, tanto en el tiempo como en el espacio (Cortina, 2011: 59-60).

La segunda opción, se basa en la intuición, de acuerdo al criterio de Gazzaniga, 2006; Mora, 2007; Levy, 2007; Roskies, 2007 y Hauser, 2008. Conforme a la mayor parte de los neurocientíficos –apunta Cortina– los juicios morales son intuitivos y los justificamos post hoc con argumentos, si se nos pide razones, y al mismo tiempo se puede contemplar cómo actúan los demás, en particular con la ayuda de las neuronas espejo³², que permiten comprender o copiar las acciones ajenas. En esta línea se muestra algunos neurocientíficos que consideran que para considerar una ética universal es clave atender a la disonancia cognitiva entre los juicios morales que son intuitivos y sus apoyos argumentativos, acorde al criterio de Jonathan Haidt, como aparece reflejado en los títulos de dos de sus artículos: “El perro emocional y su cola racional” (2001) y “Desconcierto moral: cuando las intuiciones no encuentran razones” (junto a Björklund y Murphy, 2005).

No existe ética universal, atendiendo a la existencia de diferentes éticas dependientes del conocimiento general (religiosas: católica, protestante..., políticas: marxista...,

³² Sobre neuronas espejo es importante los trabajos realizados por Rizzolatti y Sinigaglia (2006).

etc.) y las condiciones mentales de cada uno de los sujetos sociales; por ello, no es posible que se produzca un consenso en los valores mínimos y suficientes para que se de una ética universal humana (FC). Aunque existe una “Red Internacional de Ética Universal”³³, que ha publicado a título institucional privado la “Declaración de principios para una ética universal”³⁴; cuyos principios se aprecian incompletos y muestran contradicciones, como por ejemplo cuando dice: “Entendemos los valores éticos como aquellos que producen un bien moral, es decir, que respetan, mejoran y perfeccionan la condición humana” (3), “el bien común ha de ser la meta más elevada” (4) o “no habrá paz ni justicia social sin una ética individual” (5), e incluso coexiste con un Observatorio de Ética Universal; pero a pesar de la Declaración y del observatorio de una supuesta ética universalista, las diferentes religiones³⁵, ideologías, políticas nacionales, costumbres ancestrales, pertenencia a grupos

³³ <http://www.eticauniversal.net>.

³⁴ Que presentó Miguel Ángel Padilla, como presidente de la Red de Ética Universal, en la *I Semana Hispano Marroquí de Amistad y Cooperación*, celebrada en Rabat, Marruecos, del 9 al 14 de noviembre de 2015.

³⁵ En este sentido se puede traer a colación la ocho cartas que se escriben Umberto Eco y el cardenal Carlo Martia Martini, arzobispo de Milán, en las que reflexionan sobre la filosofía contemporánea y los problemas humanos, como hacen en las dos últimas cartas en la que se refieren al problema de la ética. En “¿Dónde encuentra el laico la luz del bien? El cardenal Martini plantea la interrogante: “¿Cómo se puede llegar a decir, prescindido de la referencia a un absoluto [Dios], que ciertas acciones no se pueden hacer de ningún modo, bajo ningún concepto, y que otras deben hacerse de todas maneras cueste lo que cueste?”, no niega que una ética “laica” pueda dar respuesta a esta cuestión, y de hecho reconoce valores y normas morales válidas para la convivencia humana; pero para que estos valores no sean entendidos simplemente como costumbres, formas de comportamiento social funcional, sino que asuman el carácter de un “verdadero y propio absoluto moral” es necesario –según el religioso– que no estén sujetos a un principio “mutable o negociable alguno”. Mientras que Eco responde con “Cuando los demás entran en escena nace la ética” (Eco, Martini: 1998).

étnicos o la identificación con un grupo social, profesional, etc. identitario concreto hace imposible la existencia de una ética con valor universal. Junto a estos múltiples elementos que intervienen en la conformación o no de una ética universal se encuentra lógicamente el cerebro humano, en este sentido tiene razón Cortina al indicar que “No hay ética universal fundamentada en el cerebro” (Cortina, 2011: cap. III, 77-96).

Según Umberto Eco la universalidad de la ética adquiere sentido cuando se reconoce la existencia de “universales semánticos”, es decir, nociones elementales, comunes a la humanidad que pueden ser expresadas en todas las lenguas [y espacios, FC]. En realidad, estas nociones existen más allá de las que se refieren a las simples percepciones del espacio y del tiempo, como son las nociones comunes de bienestar y del temor, del amor y del dolor, etc. Esta semántica se convierte –según Eco– en la base de la ética.

...debemos, ante todo, respetar los derechos de la corporalidad ajena, entre los que se cuentan también el derecho a hablar y a pensar (...). Si nuestros semejantes hubieran respetado estos derechos no habrán tenido lugar la matanza de los santos inocentes, los cristianos en el circo, la noche de san Bartolomé, la hoguera de los herejes, los campos de exterminio, la censura, los niños en las minas, los estrupos de Bosnia (...). La dimensión ética comienza cuando entran en escena los demás. Cualquier ley, pormoral o jurídica que sea, regula siempre relaciones interpersonales, incluyendo las que establecen con quien la impone (...). ¿Cómo es que entonces hay o ha habido culturas que aprueban las masacres [de propios y/o ajenos], el canibalismo, la humillación de los cuerpos ajenos? Sencillamente porque en ellas se restringe el concepto de los “demás” a la comunidad tribal (o a la etnia) y se considera a los [demás como] “bárbaros” como seres inhumanos (Eco, Martini, 1988: 24-28).

En esta línea de pensamiento Cortina trata de decir que se debe tender a una “gramática moral universal, más que ética universal” (Cortina, 2011: 103-105), pero esto no es lo mismo que lo que expresa Eco, pues este habla de semántica del reconocimiento de la alteridad como base de una posible ética universal, mientras que Cortina propone la sustitución de una gramática moral por una ética igualmente universal, entre medias se presenta los trabajos de Marc D. Hauser (2008) y Neil Levy (2007), que diseñan una ética universal con base cerebral y perspectiva adaptacionista; sobre el conjunto de la moral escogen la función de las normas, entendiendo como tales “la generalización de aquellas expectativas que tenemos unos respecto a otros, y justamente lo que permite a las sociedades sobrevivir es que haya normas estables, justas y que las gentes estén dispuestas a cumplirlas en una proporción alta” (cfr. Cortina, 2011: 103).

Por otra parte Haidt distingue entre dos modelos de filosofía y de psicología (fundamentado en Jean Piaget y Lawrence Kohlberg) sobre los juicios morales: los racionalistas y los intuicionistas. Los modelos racionalistas consideran que se logra el conocimiento y el juicio moral a través de un proceso de razonamiento; en el que las emociones pueden afectar a este proceso de la razón, pero no son causa del juicio moral. Mientras que el modelo intuicionista, entiende que la intuición moral, incluida las emociones morales, proceden primero y causan directamente los juicios morales; este último criterio Haidt lo denomina “modelo intuicionista social”, al entender que los juicios morales son intuitivos, aunque cuenta con carga emocional, y le prosigue el razonamiento para dar explicación o excusar las razones de lo hecho y el por qué lo efectuó tal como lo hizo. A este respecto –se pregunta Cortina– “¿y si las intuiciones no cuadran con la teoría [razones dadas a posteriori], no será que

dependen de cómo está estructurado nuestro cerebro?” (Cortina, 2011: 65); pero esto es una deducción lineal, dada desde una perspectiva disciplinaria, muy alejada por supuesto del pensamiento complejo, pero también de la interdisciplinaria, pues lógicamente no podemos hacer depender todos nuestros actos de la constitución e incluso funcionamiento de cada cerebro, pues existen otros muchos factores del que se hace depender nuestra forma de vida particular: hábitos, costumbres, conocimientos aprehendidos, modas, constitución genética... e “impronta personal” (FC), como resultado de la conjunción en un mayor o menor grado, en cada uno de los momentos de vida de cada persona. Como muestra de lo último expuesto, se puede aludir a los ejemplos de comportamiento moral propuestos por Unger (1996), Foot (1967) y Hauser (2008), pero además habría que añadir la circunstancia de que los sujetos reaccionan de forma distinta ante los dilemas morales personales que los impersonales (FC). Para conocer las reacciones del cerebro es de gran utilidad la técnica de neurociencia del estudio de la formación de imágenes en la “lectura cerebral”³⁶, que permiten resaltar las zonas del cerebro que parecen intervenir cuando se formulan juicios morales, por ejemplo, como se aprecia en los trabajos realizados por Greene et al. (2001, 2004).

Atendiendo a los casos estudiados por Unger hasta Greene cabe preguntarse ¿qué sucede en el cerebro de cada persona mientras valora una situación y responde? Ante los dilemas personales se produce una activación muy significativa de la corteza prefrontal medial, de la corteza singular posterior y de la amígdala. Estas regiones desempeñan un papel fundamental en la elaboración y en el procesamiento de las emociones. Mientras que ante dilemas morales im-

³⁶ Con el empleo de las tecnologías de la resonancia magnética funcional (RMF), el registro de la actividad eléctrica del cerebro y los sensores de calor entre otros métodos de la neurociencia.

personales, las áreas que se activan son las relacionadas con las capacidades cognoscitivas de la persona (Gazzaniga, 2006: 114-115).

Siguiendo con el debate sobre la existencia o no de una ética universal se debe considerar más correctos los criterios de “librepensador” (con propuestas personales ajenas a las influencias políticas, religiosas, etc. imperantes en el momento presente), que el criterio de un neurocientífico cualquiera, pues el cerebro es el inicio del pensamiento, pero la interconexión, complementariedad y anulación entre pensamientos propios y ajenos, de una misma y entre distintas culturas (realidades políticas, sociales, etc.) son las que realmente pueden conformar la posible existencia de una ética universal, como apunta Eco (con una “gramática moral universal”), entre otros. A pesar de esta idea, vamos a atender a las conclusiones “implícitas” propuestas –recopiladas por Cortina– por diferentes neurocientíficos sobre la posibilidad o no de la existencia de una ética fundamentada en el cerebro.

1. Gracias a las técnicas de neuroimagen ha sido posible comprobar que existe una vinculación entre ciertas áreas cerebrales y nuestros razonamientos morales [como trabaja Gazzaniga³⁷, 2006 y Takahashi³⁸, 2008, entre otros].

³⁷ Reconoce el papel fundamental del córtex frontal orbital, la amígdala y el surco temporal superior (donde se ubican las neuronas espejo), con el tallo cerebral y el eje límbico.

³⁸ Llega a la conclusión de que los seres humanos pueden haber desarrollado sistemas neurocognitivos diferentes para evaluar las conductas reprobables, que son las de los tramposos, y las dignas de alabanza, que son las de los cooperadores. La valoración positiva de la belleza moral se asocia con la corteza orbitofrontal, mientras que la de la depravación se relaciona con el surco temporal posterior superior. En su estudio toma en consideración el criterio de Haidt de que para entender mejor la moralidad hemos de poder explicar cómo las personas se ven

2. Existen unos juicios morales, presentes en todas las culturas, que parecen tener que surgir de alguna base común [Cortina, 2011: 79].
3. Los juicios morales están mediados en muy alto grado por las emociones, cuando la concepción mayoritariamente extendida había venido siendo que se generan mediante argumentos racionales [influenciados por las teoría de los psicólogos Jean Piaget y Lorenz Kohlberg, y estudiados por Damasio, 2005, 2006, De Souza, 1987, entre otros].
4. Es posible, incluso necesario, hablar de una naturaleza humana, a cuyos rasgos no se accedería a través de la metafísica, sino a través de la neurociencias [como propone Fukuyama, 2002, Buchanan, 2011].
5. La moral es un mecanismo adaptativo, un conjunto de normas, virtudes o valores que nos sirven para adaptarnos y sobrevivir [Wilson, 1993, Cortina, 2011].
6. Nos afectan más los dilemas personales que los impersonales, porque llevamos impresos por la evolución en el cerebro unos códigos morales, que prescriben la defensa del grupo, de los cercanos, desde la época de los cazadores-recolectores [Morgado, 2010, cap. I].
7. Esos códigos ordenan prudencialmente cuidar la relación con los cercanos y rechazar a los que pueden representar un peligro para la propia supervivencia [o hacia lo desconocido, por temor a su propia identidad, Fernández-Carrión, 2015: 77-99].
8. La evolución salva al grupo porque es la forma de salvar a la persona [Hume, 197: 708].

afectadas por la visión de un extraño ayudando a otro, que podemos tener un sentimiento estético en los actos virtuosos y estar atraídos por la belleza (Takahashi, 2008: 12032-12038).

9. Las neurociencias nos permiten tranquilizar a las gentes, asegurando que existe un orden natural en el que pueden confiar [según apunta Gazzaniga, 2006, 179, que demanda “una ética universal, a través de la cual se puedan alcanzar valores y normas morales asumidos y respetados por todos los seres humanos (conformada como una nueva “fe” que podría descansar en el poder de la empatía a partir de las neuronas espejo, si se atiende a Lacoboni, 2007: 159)].

En este sentido cabe preguntarse ¿Cuál es la razón de que los juicios sobre dilemas morales personales implican mayor actividad en las áreas cerebrales asociadas con las emociones y la cognición social, que las cuestiones impersonales? Una de las razones es aportada por Greene (2007), Gazzaniga (2006: 172-173) y Mora (2007: 99 ss.) que la relaciona con los códigos de funcionamiento del cerebro con fundamento en el pasado más primitivo del ser humano, su condición recordada de vida tribal, próxima a su vez al período de evolución del *Homo habilis* al *Homo sapiens sapiens*, de hace 2 millones de años hasta 40.000 años. De acuerdo a este planteamiento existe una capacidad universalmente extendida, pero homogenizada en sus valores, de distinguir entre el bien y el mal, que tendría una función adaptativa –según Cortina (2011: 71)–, atendiendo a las neuronas espejo; pero nuevo insiste en señalar Fernández-Carrión que la notoria diferencia de unas sociedades de otra, por razones de la cultura, ideología, religión, etc., provoca el existente “choque de civilizaciones” ante de una posible homogenización total de la humanidad, que posibilitaría en ese caso la conformación de una ética global (FC). En la actualidad, con el desarrollo de internet, desde el último cuarto del siglo XX, se produce el efecto contrario, el fomento y la defensa institucional de lo propio de cada uno de los ciu-

dadanos, como analiza Fernández-Carrión de forma general en “Identidad, la defensa de lo propio y derechos humanos” (2015), y desde una visión particular en “Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética” (2012), así como lo estudian igualmente desde diferentes ángulos Rawls (1996) y Chaterjee (2004), o como lo dijera con otras palabras Cortina “Amarás al cercano y rechazarás al extraño” (Cortina: 74-76)³⁹. Frente a estos particularismos existen autores que defienden la existencia de una ética universal (Gazzaniga, 2006) y otros aluden a una especie de benevolente ética universal con base cerebral y perspectiva adaptacionista (Hauser, 2008 y Levy, 2007) y la proclamación de que todo ser humano, por el simple hecho de serlo tiene derecho a la vida, la libre conciencia, la libre expresión y asociación y cuantos otros derechos generales y particulares (falta aludir específicamente –aunque existen quien lo cree– a una ética universal por dictado de la ONU) se reconocen en los artículos que componen la *Declaración Universal de Derechos Humanos* de las Naciones Unidas, de 1948 en adelante.

Esta capacidad adaptativa –referida por Hauser y Levy–, es entendida en este momento desde la perspectiva de la sociología a partir de la comprensión del control social y cultural, de la sociedad en su conjunto sobre el sujeto social, a lo que políticamente habría que añadir el control político e ideológico que se practica sobre la ciudadanía,

³⁹De igual forma Cortina aludirá a “la [supuesta] regla de oro genética: obra con los demás según la medida en que compartan tus genes” (Cortina, 2011: 109-11) o “regla de Hamilton”, que se enuncia de igual forma (1964 a, 1964 b); lo que realmente se produce en la vida actual –a la que aludimos en este momento– en su mayoría, aunque no podemos asegurar empíricamente que sucede por igual en todo el mundo, donde por lo general después de la defensa exclusiva del yo e sucede la defensa de lo genético (o familia), y todo ello siempre en perjuicio de los demás FC.

además del laboral por parte de la empresa privada o pública... e incluso el religioso y étnico en algunos otros casos (FC). Cortina reduce todos estos tipos de controles, en *Neuroética y neuropolítica*, con el paso “del ‘es’ cerebral al ‘debe’ moral”, para su defensa señala que “la vieja falacia naturalista (“de un ‘es’ descriptivo no puede seguirse un ‘debe’ moral” –como estudia Muguerza– 1977: cap. II y VI-), queda superada, pues “entre el mundo del ser natural y el del debe ser (los códigos morales) existiría un lazo adaptativo que prescribiría establecer como normas éticas aquellas conductas capaces de favorecer la supervivencia” (Cortina, 2011: 72). Mientras que Gazzaniga demanda encontrar un conjunto universal de respuestas biológicas para los dilemas morales, una especie de ética integrada en el cerebro (Gazzaniga, 2006: 17) y que Mora termina considerándola con los siguientes términos

ética universal, a través de la cual se puedan alcanzar valores y normas morales asumidos y respetados por todos los seres humanos (...) los valores éticos tan diferentes, para grupos étnicos tan diferentes, pueden converger en reglas y normas establecidas por la neuroética, basadas en el funcionamiento del cerebro humano, base común de todos los hombres (Mora, 2007: 159).

Este pensamiento se nos muestra simplista en el mundo presente, como no sea en el contenido de una novela o en la obra utópica de tipo *Ciudad del sol* de Campanella; pues, actualmente, se impone lo contrario de lo expuesto por Mora: la diferenciación. El apoyo institucional se dirige a sobrevalorar a los distintos, que en décadas anteriores en el mundo occidental han sido discriminados en beneficio de la unificación y las mayorías, como sucede con los homosexuales, entre otras minorías. En la misma línea se expresa Cortina al señalar que “si esas normas inscritas en el cere-

bro fueran morales, entonces no tendrían más remedio que obligar moralmente” (Cortina, 2011: 73); pero debe saber la autora que el cerebro por si mismo no tiene total autonomía, sino que depende de los hábitos, etc. que ha adquirido la persona a imitación de sus semejantes o para diferenciarse de ello; de manera que al igual que hay personas morales y existen otras amorales. Esta defensa extrema del cerebro sobre la conducta del ser humano sólo beneficia a los estados totalitarios o “democracias totalitarias” (FC), como Estados Unidos actualmente –desde 1992 en adelante– que intentan lograr ciudadanos “automatizado o robotizados”, es decir “sin cerebro o capacidad de autonomía suficiente” (FC), pues los Estados y especialmente el “entorno político global de EEUU” (FC) quieren pensar por ellos. Precisamente por esto, es importante el criterio de Greene (2007), entre otros autores, que diferencia entre el ser y el deber ser.

El planteamiento propuesto por Cortina sobre las normas morales inscritas en el cerebro tiene relación con su idea de que no es lo mismo “base” que “fundamento”, así como tampoco lo es “condición necesaria” que “condición suficiente”, pues se impone preguntarse –según apunta Cortina– de “¿hacia dónde debe hacerlo?” el comportamiento humano “ésta es la pregunta por el fundamento, no por las bases” (2011: 239, nota 29); en el fondo la autora atendiendo a sus convicciones religiosas entendería el asunto desde un posicionamiento aristotélico –aunque no está con la moda científica, y por ello probablemente no lo hace público–. Según Aristóteles la forma sustancial del hombre, su alma, es la causa formal, final y eficiente de todas sus características como ser vivo y racional; el ser humano es el único entre los seres de la naturaleza capaz de lograr su finalidad por medio del conocimiento de lo universal a partir del conocimiento sensible o la captación de la forma de las cosas por medio de los conceptos.

En realidad el comportamiento humano no es simplemente intuitivo, es una conjunción en el tiempo de su crecimiento personal, intuitivo a veces y razonado en la mayoría de las ocasiones (FC). El comportamiento (o acción humana consensuada) parte en ocasiones de una intuición y sobre todo de un razonamiento, que puede ser abductivo (surge a partir de una descripción hasta llegar a una conjetura, explicación o entendimiento), deductivo (que se deduce), e inductivo (a partir de la observación y/o experimentación); entre estos dos últimos existen los contrastes (diferencia entre el razonamiento deductivo e inductivo). A la razón le sigue los siguientes principios lógicos: de identidad (evidencia que un concepto o idea es ese mismo: A es A); de no contradicción, que un concepto o idea no puede ser otra distinta (A no es negación de A), y tercero excluido, que entre el ser o no ser de un concepto o idea no puede existir la situación intermedia, A es, o no es). A los principios lógicos se le podría añadir los propios del pensamiento complejo, propuestos por Morin y los fundamentos de la transdisciplinariedad; de estos últimos se aludirá, por ejemplo, al tercero incluido, aunque Nicolescu le da a su aplicación una preponderancia religiosa, podemos extrapolarlo para el resto de realidades sociales del ser humano —como propone Fernández-Carrión—, equivaliendo a un concepto o idea que puede aportar conceptos e ideas distintas a ella misma, sin que por ello la desnaturalice (A es A pero también puede contener parte de B), coincide con las aparentes contradicciones de una persona, pero en muchas ocasiones lo que sucede es que esta actúa de una forma cambiante, pues está teniendo en consideración dos posturas distintas de comportamiento, por ejemplo. Asimismo, un razonamiento puede o no estar argumentado, es la explicación dada para la justificación o refutación de una idea, pensamiento o acto propio o ajeno (FC).

Celebrado el congreso fundacional de Neuroética (“Neuroética: esbozando un mapa del terreno”, “Neuroethics: Mapping the Fields”), en 2002, se crean institutos, centros de investigación y cátedras universitarias en algunos países, como: *National Core for Neuroethics* de la Universidad de Vancouver (2007), con el propósito de estudiar las implicaciones éticas, legales, políticas y sociales de las investigaciones de neurociencia; *The Wellcome Centre for Neuroethics* en Oxford, en Inglaterra (2009), con la pretensión de atender los efectos que las neurociencias y las neurotecnologías que repercuten en la vida humana. Asimismo, se inicia la publicación de libros y revistas especializadas, como: *American Journal of Bioethics-Neuroscience*, de la *Neuroethics Society* en Asilomar (2006); *Neuroethics*, de la editorial Springer Netherlands, bajo la dirección de Neil Levy (2008); la Universidad de Valencia publica el libro colectivo titulado *Bioética, neuroética, libertad y justicia* (2012)⁴⁰, bajo la edición de López Frías et al.; Cortina edita *Neuroética y neuropolítica: sugerencias para la educación moral* (2011)... y en México: Mayorca-Madrigal hace público el trabajo individual sobre “Neuroética. Nuevas pistas para filosofar” (2013) y Ramos-Zuñiga sobre “Neuroethics are more than the bioethics of neuroscience” (2015).

La moda científica ha favorecido que muchos investigadores en vez de preocuparse en ahondar en descubrir teorías o desarrollos prácticos, se hayan perdido elucubrando sobre posibles neologismos, como ha sucedido por ejemplo con la neurociencia, que aunque sería correcto aludir a la propia neurociencia, neuroética y neurobioética, no lo es tanto hacerlo sobre conceptos ideados por algunos autores

⁴⁰ Aunque algunos de los capítulos aluden a la bioética y no a la neurociencia, como por ejemplo, el de Mayorca-Madrigal, con el título de “alcanzar acuerdos en la pluralidad. Un desafío para la bioética” (2012: 424-436).

que aluden a una “neurocultura”, por ejemplo; como es el caso de Judy Illes, editora de *American Journal of Bioethics-Neuroscience* que, en 2009, atiende a los siguientes neologismos: neurofilosofía, neuroteología, neuroestética, neuropolítica, neuroderecho, neuroeducación, neuroeconomía, neuromarketing, neurodeterminismo, neuroexcepcionalismo, neurorealismo, neuroesencialismo, neurosurrealismo, neurodiscurso, neurotiempo y neuroedad (cfr. Conill, 2004, cap. IV); en este conjunto de neologismos propuestos, faltaría por ejemplo –dicho con ironía–: neurojuego, neurodadatismo, etc. (FC)⁴¹. De igual forma algunos autores muy religiosos quieran hablar de neuroteología, por ejemplo, o algunos otros como Churchland o Cortina, por ejemplo, atendiendo a sus planteamientos morales, deberían hacerlo, atendiendo a la diversidad de conceptos de la neuroética– como neuromoral. En cambio, los conceptos de neurociencia, neuroética y neurobioética son corretos, pues en el primer caso se alude a prácticas científicas y en el segundo y tercero a la aplicación de la ética y la bioética, respectivamente, en la investigación o la práctica de la neurociencia con fines éticos o bioéticos con repercusión positiva para la humanidad.

⁴¹ En este juego del disparate, Moreno señala que “los modos en que la ciencia y la tecnología dirigidas al cerebro y al sistema nervioso han de gestionarse para el bien público [habría que preguntarse que entiende este autor por “bien público”: ¿los fines que establecen los políticos a la sociedad o los deseos de la propia población?; por lo que se aprecia Moreno alude a la política en vez de la comunidad], y los medios que los estados democráticos[?] han de desarrollar para protegerse de sus adversarios [¿políticos, terroristas o ciudadanos contrarios a sus políticas corruptas?, estas acciones son las que se aplicaban en la URSS durante el período fundamentalmente stalinista, y EEUU emplea en su propio país y en el resto del mundo y ha extendido por los países “occidentales” como un “modelo de control democrático de la sociedad vigilada”, desde la década de los setenta, como estudió Packard (1970)] (Moreno, 2006, 162); para lo cual propone la creación de un comité nacional de neuroseguridad, análogo al actual Consejo Nacional de Bioseguridad.

X. III NEUROÉTICA Y NEUROBIOÉTICA

X. III. I NEUROBIOÉTICA

A parte de los aspectos generales que sobre la neurobioética se ha expuesto en el apartado anterior X. II dedicado a la neuroética, a continuación nos centraremos brevemente sobre la neurobiética en particular.

El neologismo “neurobioética” (neurobioethics) fue creado por James Giordano, en 2005, para reconocer la importancia que adquiere la naturaleza, interactiva, de la información neurocientífica cuando son considerados los dilemas bioéticos surgidos y sus aplicaciones (cfr. Gini, Miranda, 2011). Mientras que la bioética –según *Encyclopedia of Bioethics*– se define como el “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales” (Reich, 1995: 36), y “comprende en sus intereses al trabajo del neurocientífico” (Casanova, 2014: 98). El término bioética es utilizado por primera vez por el bioquímico norteamericano Van Rensselaer Potter en el artículo “Bioethics, The Science of Survival”, en 1970, y la primera institución en ostentar el título bioética en su nombre comercial fue, también, el primer centro de bioética “The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of the Human Reproduction and Bioethics”, fundado en Washington, bajo la dirección del médico holandés André Hellegers. Tanto Potter como Hellegers aportaron particularismos al concepto de bioética. Potter estableció un vínculo entre la ciencia, referida a la vida y el ambiente, y las humanidades, centrada en torno a la ética; mientras que Hellegers la situa al servicio de la sociedad y la dirige a la investigación con repercusión social.

Antes de adentrarnos en el concepto de la neurobioética, se debe establecer una transición de la bioética a la neuroética, como propone Jorge Sebastián Pautassi, quien lo hace a su vez a partir del criterio inicial de Llinás al señalar que “existe una base fisiológica, una base biológica no solo para el pensamiento, sino para el pensamiento ético (...). La relación entre la ética y la naturaleza humana es profundamente cercana (...)” (Llinás, 1999)⁴², lo que en el caso de Pautassi da lugar a tres ideas generales sobre esta transición: en primer lugar, los seres humanos –según Pautassi– son éticos por naturaleza, en cuanto a las bases neurológicas que facilitan los juicios y las conductas éticas; en segundo lugar, el cerebro necesita ser educado, orientando su base biológica hacia la vida por medio de una ética formal: “‘dar forma’ a la plasticidad cerebral en consecución de una vida ética”, y en tercer lugar, la ética como posibilidad y dimensión humana no sólo en el cerebro, sino en toda la persona, por lo que se puede hablar de “persona-ética” y no tanto de “neuroética” (Pautassi, 2013: 2).

Previamente se puede establecer el paso de la ética a la bioética, para ello se considerará que de la ética formal, entendida como racionalidad filosófica se trasciende hacia una ética material que reflexivamente se apoya en los resultados de las ciencias experimentales que algunos autores han denominado la “biologización de la ética” (como hace, por ejemplo, Moreno Lax⁴³ en “Biologización de la ética”, 2001: 187). El propio creador de la bioética Van Rensselaer Potter señalará que “La bioética como yo la considero, se esfuerza-

⁴² Con posterioridad Llinás tratará sobre la relación particular de “el cerebro y el mito del yo” (2002).

⁴³ Que caracteriza a través de tres tipos de pensamientos éticos, con “fundamento material de tipo biológico”, el de Hans Jonas en “El principio de la responsabilidad” (2000), Habermas en “El futuro de la naturaleza humana” (2002) y Dussel en “Ética de la liberación en la época de la globalización y de la exclusión” (1998).

rá por engendrar una sabiduría, un saber relacionado con la manera de utilizar el conocimiento para el bien social, sobre la base de un conocimiento realista de la naturaleza biológica del hombre y del mundo biológico” (Potter, 1970).

La bioética además de atender a los aportes teóricos que propone la filosofía moral, se establece como un puente entre el pensamiento humanista y las ciencias experimentales, y en particular en relación con la biología; separación que se inició de forma determinante en el siglo XVII, con el criterio de Bacon y Descartes. La transición de la ética a la bioética se ha entendido como una “tercera cultura”, comprendida entre la cultura de las humanidades y las de ciencias, tal como lo considera Damasio que al “situar la construcción de la mente humana en la historia de la biología y de la cultura, abre el camino que lleva a reconciliar el humanismo tradicional (filosofía moral) con la ciencia moderna (neurociencias), de modo que (...) la dignidad humana no sólo se conserve, sino que salga reafirmada (Damasio, 2006), coincidente este criterio con el pensamiento de Potter sobre el tema.

Asimismo Pautassi entiende que el cuerpo y el cerebro es parte de un todo, que no puede haber cerebro sin cuerpo; por lo que más que hablar de neuroética, hay que aludir a una neuroética global, y de igual forma se refiere a una bioética global de la vida en su totalidad.

Mientras que la neuroética alude a la aplicación de la ética en las investigaciones sobre el cerebro y en especial sobre las neuronas, o como señalara Cranford (1985, 1986, 1989) de forma general está relacionada con el papel que representa el neurólogo como asesor ético y como miembro de los comités de ética institucionales, o cuando se vincula con temas de neurología o del cerebro en general (Churchland: 1989, 1991, 2002, 2006, 2007, 2011, desde una perspectiva moral), la neurobioética sustituye la ética por los dictados de

la bioética para realizar las mismas funciones indicadas anteriormente para la neuroética, pero con las especificaciones propias de la bioética.

Para la comprensión de esta diferenciación entre neuroética y neurobioética, partamos del criterio de Pautassi de considerar “la vida como fin de la neuroética”, para lo cual indica, que

una integración y retroacción entre el cuerpo-cerebro, lo psico-social y lo espiritual (...), se supera el biologicismo materialista, el dualismo espiritualista y el consciencialismos formalista (...) [y] siguiendo este enfoque antropológico no reduccionista, sino sistemémico, el sistema persona, se afirma que el origen y desarrollo de la moralidad ‘se da desde lo biológico (cuerpo-cerebro), lo psicológico (lo social, sentimientos...) y lo espiritual (la inteligencia racional, la creatividad, la decisión de la voluntad...’ (Pautassi, 2013: 6-7).

Estas tres dimensiones aludidas por Pautassi: biológica, psicológica y espiritual, desde una perspectiva de la neurobioética, se “integran en la persona”, que es “cada sujeto con su cuerpo-cerebro, su contexto psico-social y su dimensión espiritual” (Pautassi, 2013), lo que coincide en gran medida con el criterio de Morin de que “el conocimiento humano es a la vez cultural, espiritual, cerebral” (Morin, 1999b)⁴⁴. Próximo a la idea de Pautassi se encuentra Damasio, cuando señala que hay tres momentos en el desarrollo moral de la persona humana que tienden a mantener la vida: la estructura y las funciones biológicas, la intervención de la sociedad y “las estrategias de supervivencia suprainstitinta [que] generan algo que probablemente es único de los seres humanos: un punto de vista moral que a veces puede trascender los in-

⁴⁴ Desde la perspectiva educativa lo trabaja Morin en el reconocido libro titulado *Los siste saberes necesarios para la educación del futuro*.

tereses del grupo inmediato e incluso de la especie” (Damasio, 2006), pues como insiste en señalar Damasio

Aunque la biología y la cultura suelen determinar nuestro razonamiento, directa o indirectamente, y puede parecer que limitan el ejercicio de la libertad individual, hemos de reconocer que los seres humanos tenemos realmente un cierto margen para dicha libertad, para desear y realizar acciones que pueden ir en contrapelo de la biología y la cultura (Damasio, 2006).

Las bases neurológicas de la conducta están unidas al proceso evolutivo, desde los primeros organismos vivos, que cuentan con cierta conciencia para orientar sus vidas hacia la supervivencia, desde la perspectiva darwinista; pues como señala Hans Jonas “el saber aumenta empezando en el más oscuro sentir que se produce en alguno de los peldaños más bajos de la escala animal, incluso en la más elemental estimulación de la sensibilidad orgánica: en ésta ya se ‘experimentan’ germinalmente de alguna manera otredad, mundo y objeto, es decir, se hacen subjetivos” (Hans Jonas, 2000). En este proceso evolutivo de la conciencia de los seres vivos, por medio del cerebro, las personas crean juicios constatativos-descriptivos que logran generar “condiciones mentales superiores”, que posibilitan la elección y el juicio (juicios éticos) conductuales útiles para la supervivencia en sociedad (FC); porque según Dussel, el encéfalo busca por sí la vida física (Dussel, 1998), así como el PFC (córtez pre-frontal) en unión con el cerebro posibilita elegir (Pautassi) o mejorar (FC) la vida en su diversidad: física, psicológica, social... En este sentido, la función principal del cerebro “es regular la vida” (Pautassi) o alcanzar la supervivencia, no sólo del cuerpo, sino “que da[r] a la persona la posibilidad de hacer elecciones conscientes [e

inconscientes] hacia la vida y de crear culturas para la vida” (Pautassi, 2013: 4). En particular,

la corteza pre-frontal es la estructura cerebral más compleja y más desarrollada en los humanos. Este complejo desarrollo y su organización funcional es una característica particular de la especie [humana, cuyas funciones básicas son la programación, la regulación y el control de la conducta humana, además puede supervisar los impulsos originados en otras zonas del cerebro y tener una] influencia supresora sobre el tálamo para la transmisión de la información sensorial (Flores, Ostrosky-Shejet, 2012),

con base neurológica de la conducta. A ello hay que añadir la función del cuerpo-cerebro (Pautassi) que permite el desarrollo, la relación y la ejecución de los sentidos, desde el consciente al inconsciente, para evaluar e interpretar la información, atendiendo a las experiencias del pasado y los significados memorizados, unido a los elementos sociales implícitos y explícitos; además, se atiende a los estímulos emocionales y sentimentales en la evaluación no racional del comportamiento, que en su conjunto infiere en la elaboración de juicios éticos (Forbes, Grafman, 2010).

Los componentes neuronales básicos para elaborar juicios éticos parecen ser similares a los ejecutados por los conocimientos sociales, pues “muchas regiones neuronales claves implicadas en la cognición social se superponen con las involucradas en los juicios morales” (Forbes, Grafman, 2010). De igual forma, cuando se presentan dilemas personales las áreas de la cognición social involucran también áreas de las emociones sentimentales: el encéfalo; por el contrario, cuando los dilemas son impersonales afectan áreas asociadas con el control cognitivo: el córtex prefrontal. Al mismo tiempo, el CPFVM (córtex pre-frontal ventromedial) desempeña un papel importante para la convivencia con las normas sociales, los valores culturales

en la socialización, y para la elaboración de juicios éticos; además, coexiste con otras áreas del cerebro, de forma que se puede aludir a estructuras de eventos complejos (SEC), cuya orientación final es guiar la conducta y las percepciones sensoriales, así como orientar semántica y temporalmente y sensibilizar dichos juicios con el medio ambiente (Forbes, Grafman, 2010) y la sociedad en general (FC). Las emociones entendidas como cambios internos del organismo humano (biológico) que se exteriorizan en los modos faciales o posturales; son “procesos no conscientes que en ocasiones pueden dar lugar a un contenido consciente (...). Las emociones hicieron que la materia se despertara y permitieron desarrollar un espíritu dinámico, flexible y abierto (Evers, 2010). También las emociones inciden en la elaboración de juicios morales, desde que se ha cuestionado la idea de que este tipo de juicios son únicamente productos del control racional lógico (Kohlberg, 1992), a partir de aceptar la acción que conlleva la influencia de las “emociones sentimentales” y los procesos de socialización, que tienen su localización cerebral en las áreas suborticales especialmente en el sistema límbico (Mora, 2007b). Estas áreas en particular inciden en los cambios que se producen en los estados emocionales y motivacionales, y son claves para integrar y evaluar la información presente vinculada con experiencias del pasado.

Al mismo tiempo, las emociones van acompañadas de sensaciones personales (subjetivas) que se denominan sentimientos, que son “las experiencias subjetivas por las cuales se conocen las emociones y las marcas distintivas de las emociones desde el punto de vista del sujeto que tiene la experiencia” (Evers, 2010); pero, como todos los procesos neurales, están interrelacionados, las estructuras del encéfalo anterior “procesan las señales emocionales participan en distintas funciones encefálicas complejas, como una

toma racional de decisiones, la interpretación y la expresión del comportamiento social, e incluso los juicios morales” (Evers, 2010), de forma que la “visión de conjunto proporciona tratamiento de juicios cognitivos y morales” (Forbes, Grafman, 2010). La mayoría de las regiones del PFC., como la corteza órbita-frontal, el córtex pre-frontal ventromedial y el cortex pre-frontal dorso-lateral, integran todos los aspectos del proceso de la percepción y de las emociones (Forbes, Grafman, 2010).

Existe una teoría dual por la que intervienen tanto la racionalidad como la emoción en cierta competencia con los dilemas morales (Forbes, Grafman, 2010), que coexisten con una teoría integracionista, en la que actúa con sinergia los conocimientos racionales explícitos, como los impulsos emocionales básicos, ambos influenciados por el contexto socio-cultural y el proceso de socialización. Desde la perspectiva de la neurociencia el PFC desempeña un papel importante en los juicios explícitos racionales y la actividad de las regiones subcorticales en los juicios implícitos emocionales; pero también se da una interrelación de ambos juicios, integrando el PFC y las regiones del encéfalo (Forbes, Grafman, 2010). Todo esto permite a Pautassi concluir que “puede haber una relación de continuidad, es decir, una relación integracionista si la socialización de las emociones y las valoraciones van en la misma dirección que el razonamiento moral, de lo contrario habrá pugna entre emoción y razonamiento y un predominio de uno de los dos” (Pautassi, 2013: 5).

X. III. III PROCESO DEL SISTEMA CUERPO-CEREBRO

Pautassi propone una “simplificación del proceso del sistema cuerpo-cerebro-psíquico-espíritu de la persona”, a través de los siguientes pasos:

1. Estímulos ambientales externos e internos.
2. Sensación a partir de los sentidos.
3. Percepción y la “categorización perceptual” (Dussel, 1998: 95): el cuerpo-cerebro interrelaciona la información sensorial con las estructuras y la memoria neuronal.
4. Desestabilización o cambio en lo físico-biológico, que es la emoción y los sentimientos consecuentes.
5. Categorización conceptual, por el que se relacionan ideas, creencias y valores con las emociones sentimentales.
6. Categorización del valor, se establece una evaluación valorativa pre-conductural.
7. Actuación en conductas.

Ademas de los sentidos, las personas tienen un sistema memoria-experiencial, unas emociones sentimentales y un sistema lógico que conceptúa, categoriza y valoriza la acción en general y la conducta moral en particular (Dussel, 1998). A lo que habría que añadir la capacidad que tiene todas las personas de “diferenciar entre 1 El valor meramente estímulo, que exige respuesta inmediata y necesaria y 2 El juzgar o valor humano que se refiere a la posibilidad o no de la reproducción y desarrollo de la vida del sujeto humano” (Dussel, 1998).

X. III. IV VOLUNTAD LIBRE O DETERMINISMO NEURONAL

Un aspecto importante a tener en cuenta entono a la comprensión del comportamiento y la conducta humana es considerar si que cuenta con voluntad libre o está determinada neuralmente.

Bonete considera que existe tres debates teóricos a este respecto: el debate cerebro-mente, entre la libertad-determinismo, y el deontologismo-consecuencialismo.

Nos centraremos en el segundo de los debates, que surge de la pregunta “¿deciden las neuronas, no la voluntad libre”, existen distintos experimentos neurocientíficos a este respecto, como los que elaboran Libet, Gleason, Wright y Pearl (1983), entre otros, a los que aludiremos más adelante, para iniciar con lo que responde Cortina (2011: 151-176) a este respecto que “sí”, a partir de la consideración del “determinismo neurocientífico”; pero no es así –según Fernández-Carrión–, más que en casos específicos patológicos. Desde la perspectiva determinista, como hace público el neurocientífico alemán Wolf Singer, en el acto oficial de celebración del cincuenta cumpleaños de la canciller alemana Angela Merkel, organizado por el seminario de Hamburgo *Die Zeit*, el 11 de febrero de 2009, al afirmar que “el hombre no posee una voluntad libre, en realidad es conducido por neuronas. El hombre ya está determinado en sus decisiones entre el bien y el mal” (Singer, 2004: 235-256). En la misma línea se muestra los autores de la serie televisiva norteamericana *Mentes criminales*, en los que recomponen el perfil mental de los delincuentes, dando por seguro que existen unas pautas mentales en la base de las conductas delictivas, que en unos casos se vislumbran genéticas y en otras son patologías cerebrales. El criterio general de este determinismo es en parte similar al que marcaba en tiempos pasados la teoría pseudocientífica de la frenología, desarrollada por el neuroanatomista alemán Franz Joseph Gall, sin ninguna validez científica, que afirmaba la determinación del carácter, los rasgos de la personalidad, así como las tendencias criminales de las personas basándose exclusivamente en la forma del cráneo. Esto mismo sucede con las teorías de Lombroso, que señalaba que las

causas de la criminalidad están relacionadas con la forma, causas físicas y biológicas de las personas, el delito lo consideraba resultado de tendencias innatas, de orden genético, observables en ciertos rasgos físicos o fisionómicos de los delincuentes habituales, como sería la asimetrías craneales –coincidente en este aspecto con la frenología–, forma de la mandíbula, orejas o arcos superciliares, et., pero también alude a factores climatológicos, la orografía, el grado de cultura, la densidad de la población, la alimentación, el alcoholismo (actualmente se añadiría drogadicción), el grado de educación, la condición económica y estado religioso (Lombroso, 1902); esta segunda parte de su teoría (la incidencia de los condicionantes económicos, etc.) mantiene sentido con el pensamiento actual, aglutinador de factores diversos internos (genéticos) y sobre todo externos (sociales, culturales, educativos, etc.), que repercuten en la conducta de las personas (FC). En la misma línea se aprecia las teorías del determinismo neuronal (no “determinismo neurocientífico” como indica Cortina, 2011: 151). En el origen del determinismo neurocientífico se encuentran los trabajos de dos neurólogos alemanes: Kornhuber y Deecke (1965), el primero de ellos considera que existe un “potencial de disposición no consciente” que precede a los actos voluntarios de un segundo de tiempo, por ello señala que no es necesario que la volición sea una manifestación de la atención consciente, sino que el cerebro es volicional de manera no consciente previamente (Kornhuber, 1984), con lo que relacionaba la libertad de la conciencia al estar actuación voluntariamente. Pero, es Benjamin Libet (1982, 1983, 1991, 1999a y b) quien en compañía de otros autores (Freeman y Sutherland et al) a través de la lectura cerebral obtiene los resultados que indica que el potencial de disposición no consciente es el que lleva la iniciativa en el momento de

empezar una acción, en vez de la conciencia, aunque en un principio pretendía demostrar lo contrario.

Existe una posición, denominada “compatibilistas”, que intenta hacer compatible el determinismo natural con la libertad personal, contrario por tanto de las posiciones anti-deterministas, incompatibilistas o las simplemente libertarias

En cambio, Kant considera que somos realmente libres, como gran número de autores piensan igual. Destaca entonces dos tendencias de pensamiento sobre el tema bien diferenciadas: los que consideran que somos libres en nuestros actos y los que piensan lo contrario, que estamos determinados por nuestras neuronas. El determinismo ha existido desde tiempos inmemoriales, con el determinismo cosmológico defendido por Heráclito, los estoicos y los chamanes en América, pasando por el teológico (Reforma y Concilio de Trento); el determinismo geográfico, propuesto por la escuela geográfica alemana de finales del siglo XIX y principios del XX, encabezada por Friedrich Ratzel (sus seguidores conforman la Escuela de Múnich); hasta las diversas modalidades de determinismo científico, como el neurocientífico apoyado por el alemán Singer.

En sentido contrario, Bonete representan el posicionamiento exético, de que se pueda demostrar científicamente que las acciones neurales responde a un propósito o intención que surge de una decisión voluntaria y libre, o por el contrario son resultado de una ilusión que es resultado de la actividad del inconsciente (entendidas como acciones producidas por el cerebro de forma inconsciente sin ser por tanto ejercidas por la libertad, aunque se tenga la impresión de consistir en un acto propulsado por la voluntad personal) (Bonete, 2010). En la misma línea se muestra Giménez-Amaya y Murillo, que en el debate entre la libertad y los diferentes determinismo, consideran importante la aplicación de la investigación multidisciplinar, entre la posición biológica y la filosofía,

en particular, al considerar que las nuevas técnicas de neuroimagen no han logrado mostrar el funcionamiento del cerebro en su conjunto, ni en particular la comprensión de la cognición, la afectividad y la memoria.

A continuación analizaremos el experimento desarrollado por Libet et al., porque los trataremos de explicar teóricamente, con un resultado distinto al demostrado por el profesor de neurofisiología en la Universidad de California, que lo inicia en 1958, con el propósito de poder relacionar las actividades cerebrales con la aparición de la experiencia consciente de la acción propuesta. La investigación consistía en que los sujetos de experimentación se situaban delante de una esfera de reloj, en la que se iba moviendo un punto en la dirección de las agujas del reloj, en el momento indicado por el investigador la persona debía señalar con un dedo o con la mano derecha, fijándose en el lugar en que se encontraba el punto y anotar esa posición. El movimiento real de la persona se media con un electromiograma, que descifra la actividad bioeléctrica de los músculos, en concreto durante el momento exacto en que los nervios transmiten la orden motora al aparato muscular, creía que podría demostrar que el punto en que el sujeto toma la decisión de mover el dedo o la mano es anterior a la puesta en marcha del potencial de disposición; sin embargo, logró como resultado lo contrario: la decisión conciente de realizar dicha acción está precedida por una carga eléctrica del cerebro, lo que Kornhuber y Deecke denomina “potencial de disposición” inconsciente. Unos años más tarde, en 1983, Libet vuelve a realizar el mismo experimento, en el que además de lo indicado anteriormente logra demostrar que el potencial de disposición suele predecir a la decisión de la voluntad entre 500 y 350 milisegundos, por lo que nunca coincide el momento de decisión con la puesta en marcha de ese potencial. Parece que el cerebro propone un “potencial de

disposición” específico para cada clase de acción, antes de que dicha persona “se decida” conscientemente a realizar el acto determinado. Este experimento además de incidir sobre la interrogante ¿deciden las neuronas o es libre la voluntad (o conciencia)”, trata asimismo de constatar –según Cortina– la secuencia temporal entre el proceso neural y la vivencia subjetiva, demostrando que “los procesos cerebrales determinan las acciones conscientes, sin que el acto de la voluntad desempeñe un papel causal” (Cordina, 2011: 165) y la falta de libertad en la toma de decisión, al actual en primer lugar una determinación no consciente.

El experimento de Libet produce dos reacciones en el tiempo, por una parte confirma –su autor– la hipótesis de que la conciencia sólo es una manifestación del cerebro y que no existe libertad conciente de elegir una acción neuronal, por lo que cuando estamos decidiendo un acto, el “cerebro lo ha hecho con antelación”, por lo que no somos libres de obrar de una forma distinta de cómo lo hacemos, pues los actos conscientes (demandan de doscientas mil milésimas de segundo, son más lentos que los inconscientes), y los inconscientes están guiados por procesos neuronales “deterministas” (Roth, 2003 y W. Singer, 2004)⁴⁵.

Este planteamiento, sigue el criterio propuesto por la teoría del inconsciente, planteada desde finales del siglo XIX, por Hermann von Helmholtz al fundar la fisiología de la percepción, que desarrolla el concepto de atención no consciente en términos de inferencias inconsciente, uniendo los datos que proceden de los órganos de los sentidos con los conocimientos previos del mundo que se almacenan en la memoria. Asimismo, Freud con su teoría psicoanalítica,

⁴⁵ Planteamientos de Roth y Singer, analizados desde una posición hegeliana por Álvarez (2007), como se aprecia en el discurso de ingreso en la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas de España y en la “contestación” que imparte a su anterior interviniente: Cerezo (2007).

resalta que el inconsciente funciona de modo activo en la conducta humana, aún sin alcanzar el estado de conciencia⁴⁶.

El determinismo neuronal, sugido tras los experimentos de Libet, es contrario a la libertad de acción, entendida como lo hace Rubia, al estar constituida con los siguientes condicionantes:

1. La voluntad es la autora originaria de la acción y no es, por ello, causada.
2. Se puede obrar de otro modo como se obra, si se quiere.
3. El hombre es responsable de su acción, en tanto que es libre.
4. De donde se sigue que la acción es imputable al sujeto libre (Rubia, 2009, 73).

Dentro de esta postura, la autonomía de las acciones radica en la capacidad del cerebro para actuar movido por su propio impulso neural, la libertad sería entonces una ilusión creada por el cerebro o una construcción social, pues no existe libertad entendida como voluntad consciente (Rubia, 2009: 73).

Asimismo, esta postura teórica sigue las leyes deterministas generales “del resto del universo”, según este determinismo, el cerebro funciona como un dispositivo automático, cuyas operaciones están preestablecidas, como así lo entienden Colin Blakemore (1988), Gazzaniga (2006) o Rubia (2009), por ejemplo.

Por el contrario, existe otros autores, que consideran el cerebro cómo un órgano dinámico, variable y activo tan-

⁴⁶ La gran mayoría de las funciones cerebrales son inconscientes, mientras que la conciencia es sólo una parte emergente del iceberg mental, como dijera Freud, aunque Rubia considera que es una idea original del músico y matemático alemán del siglo XIX Theodor Fechner (Rubia, 2009: 101).

to consciente como inconsciente, y evidencian en el impacto de la cultura que se almacena epigenéticamente, como así lo consideran Dehaene, Edelman, Lain Entralgo, LeDoux (1999) o Evers (2010), por ejemplo.

Según los partidarios de la libertad consciente, cumple los cuatro requisitos que apunta Rubia —expuestos con anterioridad—:

La voluntad es la autora originaria de la acción y no es, por tanto, causada (...) (Rubia, 2009: 73).

En esta línea, contrario a los pretendidos resultados del experimento de Libet, se muestra Dennett (2004), al considerar que en el momento antes de que el cerebro vaya a ejecutar una acción, tiene que haber hecho algo antes de que se pueda ejecutar esa decisión en concreto, de lo que no se es consciente; pareciera por tanto que cuando se piensa que se está tomando una decisión, no se hace más que contemplar, con un retraso de 500 a 30 milisegundos, siguiendo un “vídeo interno” de la “auténtica” decisión, que en realidad tuvo lugar en el cerebro antes de que “se me ocurriera”, por lo que se piensa que no se cuenta con iniciativa real, sino que “llegamos tarde a la información”, por lo que sólo se puede intervenir con vetos o incentivos (Dennett, 2004: 260-273). Asimismo, el experimento de Libet presupone que los sujetos han de poder experimentar la simultaneidad entre la decisión y la orientación del punto de la esfera del reloj; pero en realidad puede ocurrir que el sujeto esté ocupado tomando una decisión libre en la facultad del razonamiento práctico, mientras que espera recibir la información visual del centro de visión y que llegue con desfase, con lo cual el experimento “prueba bien poca cosa” (Dennett, 2004: 263). También hay que considerar que las actuaciones humanas siempre están “preradas desde nuestro pasado”, se cuenta con una fase de planificación, que puede

ser reflejada en el potencial de disposición observable neurológicamente; por ello, la capacidad de decisión, como el resto de capacidades mentales, debe entenderse a lo largo del tiempo y no medirse en un “instante”, pues en suma la toma de decisiones conscientes requieren de tiempo (Dennett, 2004: 273) y las inconscientes también (FC).

En esta misma línea crítica contra Libet, se encuentra Cortina al señalar que como los sujetos sometidos al experimento han sido previamente entrenados, antes de iniciarse la prueba “ya han puesto en marcha inconscientemente el potencial de disposición y por eso la toma de conciencia de iniciar la acción viene con retraso” (Cortina, 2011: 171). Libet considera que existe en algún lugar del cerebro un “yo” que es “quien está atento al botón, al reloj y toma de decisión”; pero Cortina pone en duda la científicidad de la existencia de “ese yo” en el cerebro (Cortina, 2011: 171). Asimismo, Cortina se cuestiona que un acto libre tiene que ser un “acto necesariamente consiente”, por ello dirá:

yo puedo llevar a cabo una acción porque quiero hacerla, aunque en ese momento no me percate de que quiero, y después, si alguien me pregunta o si yo misma lo hago, darme cuenta de que quería hacerla y de que tenía razones para ello, aunque el realizar el acto no tuviera conciencia de ello (Cortina, 2011: 171-172).

También cabe preguntarse –como lo hace Cortina– “qué es lo que se mide con diseños artificiales como el de Libet, porque justamente lo que falta en él es la conexión interna con razones”, pues para hablar de libertad es necesario que exista razones con las que el sujeto deba deliberar, porque la voluntad se conforma en el curso de la deliberación, pues “una iniciativa de la voluntad de la que no se puede apreciar razones, explícitas ni implícitas, no se puede decir tampoco que sea libre” (Habermas, 2006: 162-163).

En defensa de la libertad, se muestra Cortina (en unas ocasiones, mientras que en otras del determinismo), entre otros autores, al considerar primero que la conciencia de libertad como una experiencia subjetiva, mientras que “cuando relato acontecimientos lo hago en el lenguaje de tercera persona” (Cortina, 2011: 173). En segundo lugar, las actitudes reactivas hacia otros y hacia uno mismo exige responsabilidad de unos y otros. Actitudes como el resentimiento, la admiración, la gratitud o la culpabilidad carecen de sentido si no están integradas en una forma de vida en que esas actitudes juegan un papel fundamental y corresponden a sujetos responsables de ellas (Strawson, 1962, cap. I). Tercero, Cortina en particular alega que el ser humano “no forma una determinada comunidad política” (social, FC) “por naturaleza”, sino por “creación, por construcción: por artificio” (Cortina, 2011: 174). Cuarto, la estructura del cerebro individual se ve influenciada, especialmente en los primeros años de socialización, por parte del entorno social y cultural “y las propias elecciones” (Cortina, 2011: 174), más o menos independientes, acorde al grado de autonomía del sujeto con respecto a su entorno inmediato (FC). En quinto lugar, Cortina se acoge al orden social institucionalizado, unido al empleo de la política y la justicia para crear temor o miedo en la ciudadanía, para que actúe en consecuencia al orden establecido, a través –según ella– de respetar la “responsabilidades moral y legal”; en este caso Cortina no atiende a los fundamentos que conforman el “Contrato social” de Rousseau, que con mayor precisión explica el desarrollo natural de la sociedad o paso de una sociedad natural a otra organizada políticamente. De forma distinta a Cortina, Morse (2004 y 2008) considera que los avances neurocientíficos no demandan reformas legales, porque al derecho le basta con presuponer que las personas son racionales y responsables, por tanto no necesitan establecer un

vínculo especial entre responsabilidad y libertad, entienden que solo se podría ver afectada la moral, la política y la religión (cfr. Cortina, 2011: 175). En sexto lugar, Cortina se cuestiona ¿cómo puede entenderse que la sociedad hable de “libertades básicas” [políticas y sociales (FC)] “derechos civiles y políticos”, mientras que no existiera una libertad “moral” (Cortina) [neutral (FC)]?, sin este tipo de libertad seríamos autómatas o inconexos (FC), por tanto no es cuestión de la existencia de una lógica social sino del normal entendimiento de la realidad social de la humanidad (FC). Según Cortina, por ejemplo, a la existencia de la libertad individual le corresponde igualmente otro concepto de libertad civil y política; pero en cambio si sólo se atiende al planteamiento propuesto por Rosseau entenderemos que la libertad individual se hace depender de la supuesta libertad política y civil. Asimismo, en esta realidad individual hay que añadir el concepto de falta de elección para poder llevar a cabo los propios planes de vida (Sen, 2000); esta falta de elección podría el primer límite que se le puede imponer a la supuesta libertad individual, que se hace depender en primer lugar de los condicionantes económicos, y le sigue las limitaciones a la libertad política, social, cultural, religiosa, etc. de los ciudadanos o sujetos sociales (FC).

Otra posición para la comprensión de la libertad de decisión de la persona, sería la que se puede elaborar a partir de considerar los diferentes conceptos de “eleuthería” (libertad), a partir del determinismo, que considera que “todos los eventos tienen causas que operan según leyes físicas del universo y que, a su vez, fueron causadas por esas leyes operando en estados anteriores del universo en una cadena continua de cursación que retrocede hasta el primer estado” (Morse, 2004: 172), por lo tanto todos los “eventos” son determinados previamente, y ningún agente puede decidir entre otras opciones distintas de la predeterminada. En este

sentido –Inwagen (1975, 1983)–, considera que los actos humanos son consecuencia de las leyes naturales y de los eventos del pasado remoto; como no depende de nosotros lo que sucedió antes de nacer, ni tampoco nos corresponde la autoría de las leyes de la naturaleza, por tanto nuestros actos (presentes, incluido los más recientes) no dependen de nosotros mismos (Inwagen, 1983: 16), por lo que se puede decir que no somos libres. Esta posición se entiende como “determinismo duro” o “incompatibilista”. Junto a esta posición, se encuentra el “determinismo blando” o “compatibilista”, que considera que la libertad personal es compatible con el determinismo natural⁴⁷, defendido, entre otros, por Gazzaniga (2006: 109), Gazzaniga y Steven (2004: 62-65). Desde otro posicionamiento, cabe mencionar los “epifenomenalistas” que consideran que los estados mentales son causados físicamente, aunque no tienen efectos físicos; de la misma forma que estos estados son producto de la evolución, y no tienen influencia en el mundo físico.

El determinismo blando tiene su fundamento teórico u origen en el artículo de Ayer “Libertad y necesidad”, en el que reconcilia libertad y determinismo; entendiendo el concepto de libertad en el sentido que adquiere la palabra “causa”, tal como la entiende Hume. Según Ayer, cuando se alude a una acción libre se quiere decir que la persona podía haber actuado de otro modo de como lo ha hecho o ha querido hacerlo, su acción no es inevitable y por tanto

⁴⁷ Los deterministas duros o incompatibilistas a los que consideran falso el determinismo los denominan “libertarios”, mientras que entre los deterministas duros se tienen por “eliminativistas” a los que aseguran que la ciencia muestra que los conceptos psicológicos populares (creencias o deseos) son “insostenibles”, por tanto deben eliminarse de la ciencia. Asimismo, se entiende por “reduccionistas” los que consideran que se puede explicar los conceptos de un nivel más elevado junto a otros de nivel más bajo (de forma que creencias, deseos, intenciones se pueden explicar con términos de “mecanismo bruto”), y califican de determinismo “débil” a los que defiende una posición de determinismo “blando”.

es responsable de ella; en estas circunstancias la noción de libertad no se opone a la de casualidad: hay que distinguir entre acciones libres y acciones realizadas por constricción y no entre acciones causadas y no causadas.

Frente a la posición determinista se encuentran el “liberalismo”, que parte de la idea de que somos libres, por lo que el determinismo es falso. Dentro del liberalismo se puede considerar, dos posiciones: los “indeterministas”, que atiende a la física cuántica, que muestran que los movimientos del universo se producen de forma indeterminista, dando lugar a un espacio no determinado, de libertad, y los “mecanicistas”, que explican los movimientos mayoritarios del universo, aceptando que la acción humana no está sujeta totalmente a la influencia causal, sino a una suerte de libertad “contra-causal”; pero a su vez, se puede considerar a los liberalistas como “fuertes”, cuando consideran que las acciones son producto de acontecimientos indeterministas en el cerebro, por tanto la libertad existe; mientras que la otra posición la ocuparía los “mecanicistas”, que parte de la idea de que los eventos y la experiencia previa afectan a los estados mentales, aunque en último término, las acciones no están causadas más que por nosotros mismos.

Todas las acciones tienen causas (Ayer) y consecuencias (Fernández-Carrión). Las causas pueden ser de diferentes tipos: condicionadas (sociales, culturales, religiosas, políticas...), determinantes (por factores externos que la “obligan” hacer de una forma u otra, e internas (yo...)... libres, estas últimas tienen su origen en el agente mismo, y la lleva a cabo por su propia voluntad con o sin determinación (FC), pues sin contar con ningún tipo de trastorno psíquico “fuerte”, son el resultado de deseos, acciones o decisiones que no proceden de ninguna imposición externa o de una “compulsión interna”. Las “acciones libres no dependen de que haya una causa, sino de cuál sea la fuente

de la causa” (Cortina, 2011: 183) o mejor dicho las acciones libres están realizadas por el propio sujeto con o sin condicionantes o determinación externa, por ello se podría hablar de causa controlada o incontrolada (FC); de forma que cuando uno desea realizar la acción A, la realiza como la tiene pensada hacer y no, pues en este segundo caso siga los criterios de B o C (entiendase por B o C: familia, Estado, etc.) (FC). En este punto Ayer alude a una “acción por coacción”, cuando A actúa coaccionado por B, para realizar la acción a, sin posibilidad de efectuar otra distinta de la a, por lo que sería una “acción inducida” o “coaccionada”; pero también puede ser por disposición legal ante el temor de recibir un castigo legal o siguiendo las costumbres de su grupo o zona geográfica en el que habita, siendo excluido del grupo en el caso de seguir criterios contrarios al colectivo (FC), en estos supuestos se actúa condicionado, bajo la coacción violenta o alienación religiosa, ideológica, social, etc., en todos estos casos estaríamos ante la acción de actos no libres (FC). Pero también puede darse el caso de una persona influenciada por otra o por los dictados de la moda, etc., por lo que no tiene capacidad de deliberar con plena libertad, en ese supuesto estaríamos ante “acciones sometidas”. Asimismo, puede darse el caso de contar con determinantes psíquicos internos, en situaciones anormales o patológicas (esquizofrenia, etc.), estando influenciados por tanto por “acciones patológicas” (FC). De igual forma Aristóteles, distingue entre las acciones voluntarias, en la que el sujeto mismo es la fuente de la acción, mientras que las involuntarias, la fuente de la acción es algo distinto del sujeto o bien se ejerce sobre ellas alguna perturbación interna, y las acciones mixtas la fuente de la acción es el sujeto mismo, pero no las quiere por sí mismas, sino porque la alternativas son peores, es por tanto la menos mala posible o pueden entenderse como las “acciones semi-voluntarias”,

pues aún siendo condicionadas el sujeto determina el momento y la intensidad de aplicarlas (FC). Fernández-Carrión considera las acciones libres o voluntarias, tal como se ha definido anteriormente por Aristóteles, caracterizadas por el control o no de la acción por parte del sujeto; mientras que por otra parte están las “acciones condicionadas” o inducidas o sometidas, tal como las entiende Ayer (“coaccionadas”), siendo coincidente con las “acciones involuntarias” de Aristóteles. En esta línea de acciones condicionadas Fernández-Carrión diferencia entre las “acciones obligatorias” por imperativos legales, de las acciones determinadas por influencias sociales, religiosas, etc. y las patológicas causadas por enfermedades mentales propias. Sobre estos dos tipos de acciones: voluntarias o involuntarias, o libres o condicionales Fernández-Carrión añadiría las “acciones variables”, que cambian en el mismo proceso de realización a lo largo del tiempo, esta última serían una especie de acción dubitativa, indeterminada o fallida; asimismo Fernández-Carrión completa estas cuatro acciones: voluntarias, involuntarias, mixtas o semivoluntarias y variables, con la disposición de un estado consciente e inconsciente.

Cuadro X III. IV. I Clasificación de acciones atendiendo al criterio de Ayer, Aristóteles y Fernández-Carrión

AYER	ARISTÓTELES	FERNÁNDEZ-CARRIÓN
	Acción voluntaria	Acción voluntaria o libre (que puede hacerse desde un estado consciente o inconsciente)
Acción coaccionada o inducida	Acción involuntaria	Acción condicionada: acción obligatoria, acción determinada y acción patológica (que puede hacerse desde un estado consciente o inconsciente)

	Acción mixta	Acción mixta o semi voluntarias (que puede hacerse desde un estado consciente o inconsciente)
		Acciones variables (que puede hacerse desde un estado consciente o inconsciente)

Fuente: Ayer, 1979: 245-256; Aristóteles, 1970, Fernández-Carrión

Con relación a la acción Ayer estudia igualmente la relación causal, en el sentido que cuando sucede un acontecimiento de un tipo concreto ocurre también un suceso de una manera determinada. Se alude a causas al referirse a acontecimientos concretos que suelen suceder con una relación espacio-tiempo, en la que se llama “causa” al primero, “efecto” al segundo, y el resto es metáfora –según Ayer–, “y debido a la metáfora, y no a la realidad, llegamos a pensar que hay una antítesis entre causalidad y libertad” (Ayer, 1979: 255). Los acontecimientos humanos se producen en un espacio y tiempo determinado, dentro del considerado tiempo histórico y por ende tiempo vital de cada sujeto; el primero de ellos es causa del segundo, según Hume y Kant. Ese carácter metafórico de la causalidad, se puede extender –según propone Cortina– no sólo a las acciones humanas, sino también a las leyes físicas y a la neurológicas; de forma que el determinismo entendería que en la realidad no hay causas, en dicho lenguaje metafórico (Cortina, 2011: 1986-187). En esta línea, Gazzaniga aplica las consideraciones teóricas de Ayer al cerebro, para afirmar que “el cerebro está determinado, pero la persona es libre” (Gazzaniga, 2006, 109).

Al igual que toda acción tiene una causa, entendida como origen de toda acción (FC), como considera Ayer (contrario al criterio de Singer, que piensa que son las tendencias inconscientes del cerebro la que tomaran la decisión, desconociéndose las causas por la que se actúa), cuenta asimismo

con un medio (que parte de las neuronas y se extiende por toda la acción biológica), y atiende un “efecto”, distinto de la causa (entendido como la consecuencia de la acción, FC), que será recompensado o reprimido, externa e internamente (FC). También se debe tener en consideración los “condicionamientos” de nuestras acciones (como se ha expuesto anteriormente), partiendo de unas condiciones neurales, con nuestra psicología, del propio cuerpo, carácter, temperamento, instinto... , en suma nuestra realidad interior, como condicionantes internos (FC), así como los externos: sociales, culturales, políticos, etc. Los primeros marcarán nuestra conducta personal, que se reflejará en el carácter, y los segundos, determinarán el comportamiento social o antisocial con el entorno. La conducta y el comportamiento pueden estar condicionados en el tiempo y en el espacio, así como también puede estar determinados interna y externamente, dependiendo todo ello de las causas y los procesos seguidos en cada acción humana, que en general o en circunstancias normales son relativamente predecibles.

Cuadro X. III. IV. II Relación casual

AYER	FERNÁNDEZ-CARRION	SINGER
Causa	Causa externa o interna	
Efecto	Efecto directo o indirecto	
Metáfora		
	Actos fallidos e incontralados	
	Actos generales en los que son ajenos al sujeto que les condicionan o son simplemente se desarrollan en el tiempo y el espacio de la vida y en sociedad	

	Entre la causa y el efecto se desarrollan las acciones acordes al estado consciente e inconsciente	Entre la causa y el efecto se desarrollan o “toman la decisión” las tendencias inconscientes del cerebro
--	--	--

Fuente: Ayer, 1979: 245-256; Singer, 2004: 235-256; Fernández-Carrión, 2017

El cerebro antes de tomar una decisión atiende al contenido de la memoria, y por tanto anticipa las consecuencias que seguirán cada una de las acciones propuestas, prevé los efectos positivos o negativos, asimismo atiende a los estados de ánimos del momento de ejercitar dicha acción (FC) y la “compatibilidad emocional” de las consecuencias de la acción; por ello se piensa que el cerebro estaría sujeto a la decisión última del sistema límbico. No serían los argumentos lógicos los que llevarían a adaptar una decisión, sino que son los emocionalmente aceptables los que inciden en el proceso de toma de postura final (Roth, 2003: 531), o como dijera Aristóteles los argumentos lógicos han de coincidir con las emociones o la razón recta ha de corresponder con el deseo correcto (Aristóteles, 1970, VI, cap. 2).

Existen varios momentos antes de actuar –según Fernández-Carrión–, desde el del consciente o desde el inconsciente; el primero corresponde a una acción “premeditada” y el segundo desde una postura “incontrolada”, atendiendo a la primera postura:

1. Se produce la idea de realizar un acto, como respuesta a un suceso o de acuerdo al cumplimiento de una orden/deber.
2. Se recurre a los diferentes tipos de memorias, condicionadas por el tipo de acción que marcara nuestro actuar.

3. Asimismo, será marcado por los distintos condicionantes nuestra vida en ese momento, y por tanto nuestro actuar en ese instante.
4. Normalmente se piensa en los efectos que va a causar nuestra acción.
5. De igual forma, que en el anterior punto, se atenderá a la repercusión positiva o negativa de nuestro actuar; en este momento intervendrá las emociones, como elemento a favor o en contra o como motivante o desmotivante, previo a realizar la acción.
6. Todo ello estará marcado o seguido (será un acompañante de toda la acción desde el punto 2 al 5) por el tipo de razonamiento (consciente) que aplicaremos en todos y en cada uno de nuestros actos.

Con un mal estado de salud mental, dependiendo del tipo de enfermedad que se trata: neurosis, esquizofrenia, bipolaridad, etc., se alteran el orden, los componentes a intervenir y la intensidad de los mismos, e incluso se puede predisponer el inconsciente como motor fundamental de la acción a efectuar.

Desde el inconsciente, se altera –según el criterio de Fernández-Carrión–, el orden y el número de componentes a intervenir (distintos a los establecidos desde el consciente) y intensidad e intencionalidad de los mismos:

1. La idea de realizar un acto es una respuesta a un suceso o el cumplimiento de una orden/deber, en un estado de inconciencia o sueños.
2. Recurre a diferentes tipos de memorias, condicionados por el tipo de acción que marcará nuestro actuar inconsciente.
3. No se atiende, al menos con la misma intensidad de importancia, que se hace con el consciente, a los con-

dicionantes, efectos y repercusión positiva o negativa de nuestra acción; que dependerá de nuestro carácter, unido a la acción del super yo; teniendo menor repercusión la censura en nuestro inconsciente e incidiendo con un mayor grado las emociones, los temores, etc., incontrolados al consciente.

4. Toda acción estará marcada por el tipo de razonamiento “inconsciente” (FC) o falta del razonamiento consciente que aplicaremos. Normalmente se piensa que si no se actúa de acuerdo a la razón estaríamos ante un estado de falta de libertad, cuando en realidad en el inconsciente es donde más libertad se debe sentir nuestras acciones.

No sólo las “razones que tenemos para actuar influyen en nuestras actuaciones”, sino que según Cortina, esto es “lo que hace posible asegurar que la experiencia de la libertad es racional” (Cortina, 2011: 192); aunque también repercuten –de acuerdo a Fernández-Carrión– los condicionantes y los efectos a los que se atiende, así como la memoria y las razones desde el consciente o desde el inconsciente, como se ha expuesto anteriormente.

En este punto Cortina considera que “resulta imposible traducir el lenguaje mental, expresado en primera persona, a un lenguaje observable, que se expresa en tercera persona” (Cortina, 2011: 192); pero el lenguaje mental no sólo debe expresarse en primera persona, al igual que el observable en tercera persona, sino que ambos puede hacerse desde primera y tercera persona, dependiendo del punto de vista del observador que se tome en un u otro nivel personal en cada caso. De igual forma, cuando Cortina considera al unisono con “algunos [otros] autores” que el lenguaje mental es un “epifenómeno, es decir, está causado físicamente, pero no tiene a su vez efectos físicos”, no es total-

mente cierto, pues el lenguaje mental es originado física y mentalmente; físicamente, con las neuronas y mentalmente con el razonamiento..., y tiene efecto también mentales en nuestras acciones, estados de ánimo, etc. pero igualmente repercuye físicamente, en las propias neuronas (con el desgaste neuronal), desgaste físico, etc. (FC)

Los autores partidarios del epifenomenalismo, dirán que

Un sujeto reconoce las razones que tiene para obrar a través del lenguaje mental pero como las razones no son estados físicos que se puedan observar y que estén ligados a leyes naturales, no pueden identificarse con causas: son más bien justificaciones que los sujetos dan después de haber llevado a cabo la acción, que en realidad consiste en un comportamiento inconsciente, explicable neurológicamente. Sucedería que actuamos a partir de causas y justificamos la actuación con ayuda de razones (Cortina, 2011: 192),

pero en estos casos, por ejemplo Cortina, parece que está pensando en razones ejercitadas a posteriori de nuestra actuación, como una especie de remordimiento o gratificación personal, para sentirse bien con uno mismo o con un Dios, por ejemplo; pero la propia Cortina pone en duda la asertividad total de esta idea, pues aunque

ciertamente, es verdad que no se puede identificar razones y causas: cuando expongo las razones por las que he actuado para justificar un acto no estoy enumerando condiciones causalmente eficiente, no estoy diciendo que ésas son las causas de que la acción se haya producido, sino que son las razones por la que obrado [justificación de una acción o de un hacer determinado]./ sin embargo, el epifenomenalismo no es convincente [pues según Cortina] quien mantiene esta posición debería explicar ‘por qué las razones influyen en las acciones’, por qué cuando un suje-

to se propone llevar a cabo una acción el tipo de razones que tiene para realizarla tiene influencia en ella (Cortina, 2011: 192-193).

Pero los epifenomenalistas atiende exclusivamente a los condicionamientos internos, personales, pero también se debería considerar los externos: sociales, políticos, religiosos, etc. (a través de adquirir como propia las costumbres, las actitudes de otros..., como razones condicionadas, etc. –FC–), que repercuten en las “razones que influyen en las acciones” (como diría, por ejemplo Cortina), en las que se alude a los sistemas de normas (morales, religiosas y del derecho o legales, pero también habría que añadirse –según FC– las normas sociales); “que sólo tiene sentido si se dirigen a seres que pueden comprender y seguir las [propias] normas, y eso significa que pueden considerarlas como razones potenciales de su conducta”, pues como señala Searle una norma no describe lo que pasa, pero tampoco se limita a ordenar lo que debe pasar, sino que forma parte de hacer lo que va a pasar o que “algo pase”, lo que marcará a las personas de una u otra forma, o que determine que realicen unas acciones y no otras (Searle, 20005: 35), y de forma similar se expresa Morse (2008: 6).

En relación al último pensamiento de Searle y Morse Cortina apunta, con razón, que “no es indiferente” una sociedad en la que “estén vigentes” unas normas u otras, o que “se aprecien unos valores u otros”, pues estos repercuten en un tipo u otro de conducta, y en la valoración que de nuestra conducta hace la sociedad y nosotros criticamos los valores sociales imperantes (FC).

En esta misma línea, se expresa Peter Gollwitzer quien estudia las “intenciones de realización”, que se aprecian cuando las personas se proponen determinadas metas, especificando el proceso a seguir; consistente en explicar

“el cuándo, dónde y el cómo” del proceso que se va a seguir, para cumplir con los propósitos establecidos previamente; para esto anotan la intención a lograr y se comprometen a hacer, redactando un informe general en el que expone el grado de cumplimiento, apreciándose que se cumple el 90% de los supuestos establecidos (Gollwitzer, 1999, cfr. Mele, 2010: 169-170).

En todos estos casos, se parte de una situación de normalidad, en la que nadie se encuentra enfermo mental o al menos con poca disminución de su capacidad mental, por lo que puede optar por una decisión que llamaríamos “normal”.

Contrarios al epifenomenalismo se muestra Searle, por ejemplo, al considerar que el epifenomenalismo está en contra del concepto de evolución, pues “constituiría una completa anomalía de la evolución el hecho de que un fenotipo de semejante envergadura no desempeñara ningún papel funcional en la vida y la supervivencia del organismo” vivo (Searle, 2000: 75). De igual forma, es criticable la postura de Singer al considerar que la conciencia del yo es ilusionaria y la conciencia de la libertad un epifenómeno, porque la neurobiología no puede encontrar un correlato para el “yo” de un agente que se atribuye decisiones conscientes (Singer, 2004: 243), a lo que responde Cortina, acogiendo a la idea expresada por Habermas que considera el “yo” como una construcción, y por ello no es una ilusión, pues en la conciencia del yo se refleja la conexión del cerebro individual con programas culturales colectivos, que se reproducen a través de la comunicación social, entre hablantes, oyentes y observadores (Cortina, 2011: 194) o simples seres humanos que se mantienen en un aislamiento más o menos consolidado o aceptado (FC). Según Cortina no es “convinciente” reducir el lenguaje mental al observable (según ella tendría relación con el concepto de primera

y tercera persona, que Fernández-Carrión intenta explicar que no existe dicho dualismo, pues tanto el lenguaje mental como el físico, se puede producir en primera y tercera persona); aunque si se podría aludir –según Fernández-Carrión– al dualismo existente entre lenguaje mental y físico, en este último caso se puede traer a colación la idea de Habermas de que “el dualismo epistémico tiene que haber surgido de un proceso de aprendizaje evolutivo y haberse acreditado en la confrontación cognitiva del homo sapiens con un mundo lleno de riesgos” (Habermas, 2006: 174).

En relación con la teoría de la acción comunicativa, Habermas alude a los tipos de lenguajes, desde las dos perspectivas que adopta el sujeto: la del observador de objetos y acontecimientos, y la del participante en redes de comunicación con otros sujetos, de forma presencial o virtual. En el primer supuesto, en el que el observador se propone elaborar ciencia, debe ser objetivo en sus afirmaciones; mientras que en el segundo, el participante muestra la intersubjetividad del vínculo con los demás participantes; en particular en este segundo caso, los sujetos se reclaman y dan fe de razonar sus actos, por lo que son responsables de ellos (Habermas, caps. 6 y 7). Esta postura marca la libertad y la responsabilidad en las acciones; pero los razonamientos para el ejercicio de las acciones no están exentas de la incidencia de las emociones personales (tratadas estas últimas por Sherman, 1999).

Las razones, los motivos y las acciones humanas, desde una perspectiva personal, cultural y social tiene relación con su implicación biológica, neural e incluso con el conocimiento científico –apunta Cortina– “el lenguaje en que se intercambian razones es indispensable para que exista el lenguaje referido a la observación” (Cortina, 2011, 196), pues como señala Wingert es imposible separar las interpretaciones que hacemos del mundo y los argumentos que aducimos para conocerlo de las experiencias neces-

rias para acceder a él, que pueden ser objetivadas, aunque también resulta imposible de objetivar de forma exhaustiva las relaciones de comprensión entre los sujetos, a las que sólo se puede accederse desde la posición de participantes (Wingert, 2003: 240).

El saber innato consciente como inconsciente (FC) está conformado genéticamente, así como también el llamado saber colectivo inconsciente (FC, próximo al concepto de inconsciente colectivo de Carl Gustav Jung), están interrelacionados con el saber adquirido a través de compartir los mismo hábitos culturales del colectivo, la formación educativa y las normas sociales, que mediatiza al cerebro humano, aunque Singer crea lo contrario, pues según él, el aparato cognitivo no podría comprender cómo puede interaccionar una programación racional, que se vive como una motivación por razones, con las conexiones causales deterministas de los estados de excitación neural (Singer, 2004: 239 ss.).

Searle, contrario a Singer, considera que la razón marca al cerebro, pues existe una brecha entre los momentos de deliberar y los de actuar, de modo que los momentos antecedentes no determinan el resultado. Esa brecha puede dividirse en segmentos, dependiendo, de los que se produce entre las razones para la decisión y la propia decisión, y entre la decisión y el inicio de la acción. La diferencia se da entre un estado consciente y el siguiente, no entre estados conscientes y movimientos corporales, y es precisamente la experiencia consciente de la brecha la que genera la convicción de libertad personal (Searle, 2005: 33-55).

En cambio, Kane desde un posicionamiento de libertarista incompatible, niega aceptar que la libertad no tenga ninguna relación con el carácter que el sujeto se ha forjado, en relación a sus características biológicas y sociales, como si la libertad fuera una causa ajena a todo lo que actúa de forma absolutamente inconexa con lo que es la persona.

Incluso piensa que si la conducta estuviera determinada por el azar o la suerte, tampoco seríamos libres, pero al final señala que la voluntad se va constituyendo a través de unos actos que denomina “autoformativos”, y es precisamente por medio de estos actos los que el agente o sujeto social hace prevalecer unas razones frente a otras, en una situación de conflicto (Kane, 1996 y 2002b); se actúa en un proceso dualista en la toma de decisión entre input y output, e incluso durante el proceso intermedio. Con el razonamiento práctico durante el momento de la toma de decisiones se opta entre input y output hasta dar con la elección escogida; estos momentos de indecisión o indeterminación, marca un acto de libertad. Incluso Kane alude a tres fenómenos, entendidos como tres sentidos de la voluntad:

1. Desiderativa o apetitiva: lo que quiero, deseo o prefiero hacer.
2. Racional: lo que escojo, decido o tengo intención de hacer.
3. Voluntad de perseverar: lo que intento, pongo mi empeño o esfuerzo en hacer (Kane, 1996, 200b).

El determinismo considera que toda acción va precedida de unas condiciones casuales que las condicionan, en el caso del determinismo neural. Estas condiciones causales están determinadas por el funcionamiento de las propias neuronas, por lo que no se produciría el libre albedrío, consistente en que algunas acciones no van precedidas de condiciones causales suficientes, pero como han apuntado Searle y Kane, y señala Fernández-Carrión, la razón se impone al cerebro.

En la misma línea a favor de la razón o la acción consciente por encima de la función independiente neuronal, se puede apuntar la propuesta de Kahneman sobre pensamien-

to rápido (PR) y pensamiento lento (PL), y la diferenciación entre las operaciones automáticas más propias de PR y las operaciones controladas de PL. Asimismo, en PR coexiste una memoria asociativa que construye de forma continuada una interpretación “coherente” de lo que sucede cada momento en torno al sujeto (Kahneman, 2013), y que se desarrolla fundamentalmente en el inconsciente (FC).

Existe igualmente –como apunta Searle–, una brecha entre los momentos de deliberar y los de actuar; al mismo tiempo esta deliberación está comprendida entre un supuesto input y output –según Kane–, que corresponde al período comprendido entre el actuar y el no actuar; pero además, de estos tres factores: input, output y brecha, hay que tener en consideración –de acuerdo al criterio de Fernández-Carrión–, la posible “consciencia neuronal”. Fernández-Carrión considera oportuno aludir a un “potencial de disposición” –como propone Kornhuber y Deecke (1965) y demuestra Libet (1981, 1983, 1991, 1999)–, para referirse al determinante neuronal que interviene en la elección de cada acción humana, pero no sólo inconsciente, sino también consciente (como intentará demostrar también teóricamente Fernández-Carrión a continuación, a partir de un planteamiento biológico –neuronal– y no desde la filosofía exclusivamente, como lo hace Cortina –2011–), para ello se hará uso del concepto de brecha propuesto por Searle, pero se vinculará con el efecto natural de los truenos y los relámpagos; en los que la velocidad del sonido es mayor que la de la imagen, por el que se escucha el trueno antes de que se vea el relámpago; de igual forma debe pensarse que la velocidad del inconsciente es mayor que la del consciente, al intervenir en el segundo mas factores de razonamiento contradictorios: memoria, conducta, etc. que en el primero; asimismo también puede ser debido por que las descargas eléctricas neurales que afectan al inconsciente actúan con

mayor rapidez y se perciben de igual forma antes que la del consciente (FC). En el proceso de las actuaciones entre el querer y no querer hacerlo; efectuarlo de una forma y no de la contraria, es una manera de input-output (aludida por Kane), el relámpago es equivalente al consciente y el trueno al inconsciente. También se podría aplicar en este caso la velocidad de la percepción de la acción neural, aplicando la teoría de Daniel Kahneman sobre el pensamiento rápido y pensamiento lento. Kahneman subdivide el funcionamiento del pensamiento en dos modelos: pensamiento rápido intuitivo y emocional y el pensamiento lento, deliberativo y lógico. El pensamiento rápido incluye dos variantes: experto y heurístico, así como las actividades mentales puramente automáticas de la percepción y la memoria. Considera que en el momento de formular juicios y tomar decisiones personales se tiende a conjuntar el funcionamiento de los dos sistemas, tanto en la comprensión del impacto de la adversión a la pérdida y el exceso de confianza en las estrategias a tomar, la dificultad de predecir lo que nos puede hacer felices en el futuro o el efecto de los sesgos cognitivos sobre todo lo que se hace (Kahneman, 2013). De forma similar se puede establecer –según Fernández-Carrión– que deben existir neuronas rápidas y neuronas lentas, las primeras podríamos relacionarse con las neuronas que funcionan de forma intuitiva y trabaja las emociones, y las segundas lo hace desde la perspectiva de la deliberación y la lógica, ambas –desde el criterio de Fernández-Carrión– lo hacen tanto en el consciente como en el inconsciente. Las neuronas rápidas por sus características son más propias del inconsciente, mientras que en el consciente lo hace las neuronas lentas, que unido a la velocidad de recepción cerebral de la acción neural, siguiendo el simil del trueno y el relámpago, se perciben primero la acción neural inconsciente, cuando en realidad puede ser que lo ha haya hecho con anterioridad

el consciente, a partir del empleo de los diferentes tipos de memorias, etc. (FC), tema este aún en estudio, pues obviamente resulta difícil su demostración experimental.

X.IV DEONTOLOGISMO-CONSECUENCIALISMO

Dentro del debate entre el deontologismo y el consecuencialismo, se puede atender a las dos formas de entender y atender a los dilemas éticos de los actos humanos, lo que da lugar a dos criterios de moralidad: desde las éticas deontológicas que establecen ciertos principios generales o reglas previas a la acción, mientras que los consecuencialistas aluden a procesos producidos a posteriori, para confirmar si las reglas que se han seguido en el actuar posee o no validez ética. Existen autores que consideran que los juicios morales deontológicos se fundamentan en procesos mentales cognitivos, racionales, mientras que los consecuencialistas lo relacionan con procesos psicológicos emocionales, pero existen otros autores que piensa lo contrario de ambas posturas. En este debate debe atenderse a los avances de las tecnologías de la neuroimagen que demuestran que una actividad cerebral parte de zonas del pensamiento abstracto, la racionalidad y por tanto de la percepción cognitiva o bien se vinculan con zonas dependientes de las emociones (Bonete, 2010), además de hacerlo en el consciente como en el inconsciente (FC). En cambio, Churchland y Sjnowski (1988) consideran que existen limitaciones para la comprensión completa del proceso cognitivo; aunque considera que la neurobiología básica es indispensable para explicar las actividades de la visión, del pensamiento y la consciencia; pues a pesar de que pudiera simular la sinapsis por la sinapsis de todo el sistema nervioso, no se podría lograr

entender con exactitud como funciona el cerebro en su conjunto (Churchland y Sjnowski, 1988).

El deontologismo en relación con el determinismo humano (biológico...), posibilita la comprensión del tema desde la perspectiva del materialismo antropológico, que explica la naturaleza humana a partir de los componentes fisiológicos, así como la espiritualidad a partir de la comprensión de los fenómenos biológicos y anatómicos; de igual forma, el materialismo intenta explicar el origen de la mente desde la biología, y el funcionamiento humano mediante la neurobiología funcionalista. En esta línea, Gazzaniga (2006) considera a la neuroética en búsqueda de una especie de ética integrada en el cerebro, con una respuesta biológica a los dilemas morales, hasta llegar a comprender una moral universal. En cambio, Mora alude al debate existente entre la justicia, la “intimidad”, la neurociencia y el derecho en el encuentro con la responsabilidad con apoyo de la tecnología (Mora, 2007). Asimismo, Sánchez-Migallón, al tratar sobre “la ambigüedad de la neuroética” en la búsqueda de una ética guiada exclusivamente por el criterio de su universalidad fáctica, en este caso neuronal, y no por criterios morales de lo bueno y lo debido o la verdad, lo hace con la aplicación del criterio de la aceptación. Mientras que Eastman y Campbell intentan encontrar unos patrones de comportamiento entre la razón y la génesis de la violencia a través del funcionamiento del cerebro, para lo cual las tecnologías de la neuroimagen crean el dilema de tomar medidas preventivas o el derecho a la privacidad de la información neural propia (Eastman, Campbell, 2006: 311-318). Pero los estudios de neuroimagen, y en particular la resonancia nuclear magnética aún cuenta con muchas limitaciones, como para eliminar el debate mente-cerebro y concretar los avances desde la perspectiva del materialismo científico, como analiza Martínez Freire ([2007]); pero

sobre todo, como termina indicando Könneker, el rápido progreso de la neurociencia demanda que se delibere y evalúe las posibles consecuencias de las actuaciones médicas en psicofarmacológica, las técnicas de estimulación cerebral profunda, los implantes mecánicos u orgánicos, los avances en la neuroimagen y el diagnóstico precoz de enfermedad mental; pero no se trata en particular de valorar la ética sobre cualquier avance diagnóstico-terapéutico o la investigación médica en general, sino que se hace necesario atender a la manipulación o intromisión de una actuación o experimentación sobre las personas, que puede cuestionar o atacar directamente la esencia del ser humano, su pensamiento, decisiones, cultura, etc. (Könneker, 2003: 56-59).

En esta misma línea de pensamiento crítico, Pautassi establece una diferenciación entre neuroética como deontología de la práctica de los neurólogos y de los neurocientíficos, es decir, la ética de las neurociencias en cuanto regulador de los protocolos de investigación y la aplicación de sus conocimientos, y la neuroética como reflexión desde la filosofía práctica que vincula la reflexión filosófica y las ciencias experimentales (neurociencias) con relación a la ontología y el desempeño moral del ser humano (Pautassi, 2013: 3).

Pero toda esta problemática, del consecuencialis, excede la extensión del presente escrito, por lo que se analizará en otro texto.

Cuadro X. IV. Factores que intervienen en el cerebro humano

Freud	Libet	Kornhuber y Deecke	Fernández-Carrión
Psicoanálisis	Determinismo neuronal	Determinismo neuronal	Consciencia neuronal

Consciente	Cerebro propone un “potencial de disposición” específico para cada clase de acción, antes que dicha persona “se decida” conscientemente a realizar el acto determinado	Potencial de disposición no consciente	Consciente
Preconsciente			Preconsciente
Inconsciente			Inconsciente
			Proconsciente
			Infraconsciencia
Yo			Yo
Super Yo			Super Yo
Ello			Ello
			Nosotros

Fuente: Elaboración propia a partir de Freud (1914); Kornhuber y Deecke (1965), Libet (1982, 1983, 1991, 1999), Fernández-Carrión (2017).

Algunas acciones individuales tienen repercusiones colectivas, de igual forma que ciertas acciones colectivas afectan a cada sujeto social (FC). Asimismo, las acciones individuales y el cerebro personal está repercutido por las costumbre, la cultura hasta por los genes, los primeros que le son totalmente ajenos y el último que le es ajeno-propio, pero todos ellos indirectamente y directamente, respectivamente, incidencia en su aparato neural y por ende en su personalidad, conducta... (FC).

Cuadro X. IV. II Tipos de acciones

Ayer/FC	Aristóteles	Fernández-Carrión	
	Voluntaria	Libre	

Inducida/ Coaccionada	Involuntarias	Inducida	
Sometida	Mixtas	Sometida	
		Variable	
		Indeterminada	
			Actos reflejos
			Actos fallidos

Fuente: Elaboración propia a partir de Ayer (1979: 245-256), Aristóteles (1970: III, cap. 1), Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. III Tipos de efectos

Fernández-Carrión
Deseados
No deseados
Voluntarios
Involuntarios
Directos
Indirectos

Fuente: Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. IV Tipos de condicionantes

Fernández-Carrión
Libres
Inducidos
Sometidos
Variables
Indeterminados
Establecido previamente por el consciente (consciencia) o por el propio razonamiento

Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. V Tipos de memorias desde el consciente

Fernández-Carrión
De hechos pasados
De hechos presentes
De hechos entendidos como positivos
De hechos entendidos como negativos
Libre
Inducida (externa)
Sometida (externa)
Ordenada o establecida previamente por los razonamientos propios

Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. VI Tipos de memorias desde el inconsciente

Fernández-Carrión
De hechos pasados
De hechos presentes
De hechos deseados como futuros próximos
De hechos morbosos
De hechos añorados (soñados)
Hechos censurados o reprimidos
Hechos con gran carga sexual, de lucha por el poder, identidad, etc. (reforzamiento de uno mismo)
Imágenes, palabras, etc. no reprimidas o no censuradas
Hechos de provocación a la realidad diaria (hechos libertarios)
Hechos de reforzamiento del actuar diario (hechos represores)

Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. VII Tipos de saberes conscientes

Fernández-Carrión
Genéticos
Adquiridos de forma consciente
Adquiridos de forma inconsciente
Inducidos
Sometidos

Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. VIII Tipos de saberes inconscientes

Fernández-Carrión
Genéticos
Adquiridos de forma consciente
Adquiridos de forma inconsciente
Antirepresivos
Reprimidos
Colectivo

Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. IX Tipos de razones desde el consciente

Fernández-Carrión
Lógica
Ilógica
Deseada o positiva
Libres
Inducidos
Sometidos
Variables
Indeterminados

Suicidas

Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. X Tipos de razones desde el inconsciente

Fernández-Carrión
Libres
Censurados o reprimidos
Autoafirmación
Autodestrucción
Ordenados
Inconexos

Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. XI Tipos de libertad

Fernández-Carrión
Totalmente libre
Parcialmente libres
Inducida
Sometida
Variable
Indeterminada
Establecida previamente por el consciente (consciencia) o por el propio razonamiento

Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. XII Grados de libertad

Fernández-Carrión
Porcentualmente libre

Porcentualmente dependiente
Porcentualmente independiente
Porcentualmente resolutive

Fernández-Carrión (2017).

Cuadro X. IV. XII Tipos de estadios de conciencia e inconsciencia

Freud		Fernández-Carrión	
Consciente		Consciente	
Preconsciente		Preconsciente	
		Proconsciente	
Inconsciente		Inconsciente	
		Infraconsciencia	
Yo		[Yo]	Confirmado
			Reforzado
			Debil
Ello		[Ello]	Confirmado
			Reforzado
			Debil
Super yo		[Super yo]	Confirmado
			Reforzado
			Debil
		Nosotros o colectivo	Confirmado
			Reforzado
			Debil

Fuente: Elaboración propia a partir de Freud (1914), Fernández-Carrión (2017)

XI LA CONCIENCIA MORAL

La evolución humana ha pasado de la primera consideración del valor biológico que es “automático” al impulso de las valoraciones que son adquiridas y razonadas a través del aprendizaje a lo largo de la vida, “porque desde un punto de vista moral, la evolución (biológica) no marca la línea del progreso, somos los propios seres humanos los que tenemos que trazarla” (Cortina, 2010: 146). En esta misma línea, desde un punto de vista neurológico Damasio (2010) propone una hipótesis de evolución biológica, en la que se dan tres etapas:

1. Etapa de conciencia “el proto sí mismo” en la región del encéfalo, que recopila imágenes “del cuerpo y genera sensaciones estables del cuerpo vivo”.
2. Etapa “el sí mismo central”, en la que se produce una relación entre el organismo y un objeto externo, que genera un cambio en la primera etapa; en ella “intervienen un número limitado de regiones cerebrales, y luego se dan procesos distribuidos por todo el cerebro, en los que intervienen muchas regiones simultáneamente.
3. Etapa “el sí mismo autobiográfico”, que emplea las imágenes conservadas en la corteza cerebral (“el sí mismo central”), y para ser consciente recurre en general al tronco encefálico (“proto sí mismo”) y ello lo hace por medio de mecanismos de coordinación “que estimulan la organización de los contenidos actuales” (Damasio, 2010).

La complejidad del cerebro humano posee una causalidad retroactiva en cuanto que el sujeto creado en el existir puede dirigir la vida, “yo soy lo que me voy haciendo” o como dijera el poeta Antonio Machado “Caminante, no

hay camino, se hace camino al andar” (Machado, 2008); se produce un bucle retroactivo y un bucle recursivo (“es un bucle generador en el cual los productos y los efectos son ellos mismos productores y causantes de lo que lo produce”) (Morin, 2001). De este modo no solo se reafirma empíricamente lo engañoso de la “falacia naturalista” de Moore, sino que se le complementa con el principio de recursividad –propuesto por Morin– por la plasticidad del cerebro (Pautassi, 2013: 6), pues “el es” del cerebro no sólo posibilita el “deber ser” moral, sino que el actuar moral modifica “el es” del cerebro y lo va transformando en un cerebro moral; es decir, la conciencia de la persona tiene otro aspecto de complejidad cuando la “mente consciente” con la dirección de un sujeto propietario de esa mente puede elaborar imágenes (mapas) en la memoria neuronal, que guardadas en la “mente inconsciente” actuarán posteriormente; es como “un programa psicológico de acción conscientemente compuesto que actúa soterrado” (Damasio, 2010). Pero incluso Damasio señala que

la diferencia entre la regulación de la vida antes y después de la conciencia tiene que ver simplemente con el paso del automatismo a la deliberación (...) después de la aparición de la conciencia, la regulación de la vida conservó su automatismo, pero de manera paulatina, quedó bajo el influjo de debilitaciones orientadas por el sí mismo (Damasio, 2010),

siendo esta posición de Damasio muy diferente con la defendida por el determinismo neuronal.

De esta forma, se puede indicar, que la conciencia moral está influenciada por los valores, los deberes, las expectativas, los prejuicios y las creencias sociales. Hay una cierta dependencia o influencia social iniciada en la infancia, que le acompañará toda la vida, pero con cambios pro-

vocados por el mismo sujeto y/o las circunstancias sociales, políticas y culturales de su entorno inmediato (FC), que se conservan en su memoria neuronal. Hay que tener en cuenta la influencia que presentan los condicionantes sociales —costumbres, reglas, valores, etc.—, sobre las razones vitales, experiencias vividas y sobre la mente en sí, siendo aprendidas, asumidas y transformadas (FC); pues, “los seres humanos tenemos realmente un cierto margen para dicha libertad, para desear y realizar acciones que pueden ir en contrapelo de la biología y la cultura” (Damasio, 2006: 169), o como señala igualmente Pautassi “sin duda lo complejo de las influencias que interactúan en la conducta moral como son la socialización del pasado, los contextos culturales y sociales presentes, los proyectos futuros, las emociones, los sentimientos y los razonamientos de todo tipo no facilitan el juicio imparcial sobre la persona, pero sí sobre lo objetivo de la conducta moral” (Pautassi, 2013: 6)⁴⁸.

XII POSICIONAMIENTO GENERAL DESDE LA NEUROBIOÉTICA

A partir del proceso evolutivo darwiniano, el paso de animal a ser humano produce un nuevo orden ontológico y de racionalización moral entre el bien y el mal; por ello Pautassi dirá que “El paso del animal bio-determinado al humano bio-socio-condicionado es el paso hacia la posibilidad moral” (Pautassi, 2013: 7), pues como indica Hottois

Al igual que la capacidad lingüística, la capacidad ética está inscrita en el genotipo humano, aunque solo como posi-

⁴⁸ Previo a este planteamiento, el propio Pautassi, unos años antes en 2004, publicada con el significativo título de *El crecimiento ético: proceso de madurez moral*.

bilidad. El hombre ha sido dotado no de una moral o de unos valores, sino de la facultad de adquirirlos, los valores del hombre son productos de su cultura y no de su genotipo. Lo que es hereditario es el poder, la capacidad para la ética (Hottois, 1994).

Dentro del cerebro es el encéfalo “la zona del principio y del valor biológico de la vida” (Pautasi, 2013: 7); aunque, las emociones y los sentimientos son distintos, están “tramados” en complejas relaciones entre el encéfalo que produce “los componentes constitutivos... en la regulación de la vida” y lo elaborado y guardado en la corteza cerebral por las experiencias vividas y por la selección de motivaciones y sentidos asumidos más o menos conscientes desde la sociedad (Forbes, Grafman, 2010). De esta forma el córtex pre-frontal “da la posibilidad de hacer juicios morales, de justificar las acciones... y decidirse por la vida o no;

en cambio, el cerebro animal está estructurado para mantener fundamentalmente el instinto de supervivencia, aunque existe la posibilidad en pensar que alguna especie animal es propensa de ejercitar un tipo de ‘moral animal’ próxima a la humana, como hacen los primates (Damasio, 2006).

La relación entre la ética y la naturaleza humana es profundamente cercana, pues

tenemos en nuestro cerebro definitivamente la ética necesaria(...). El sistema nervioso es por naturaleza ético (...) es necesario modernizar y poner en contexto ese sistema con el cual hemos nacido para que se le añada la estructura educacional suficiente para que una persona pueda vivir bien en sociedad (Damasio, 2006).

En esta línea de educar al cerebro, se muestra partidaria también Cortina, al tratar sobre “El reto de la educación”, al indicar que

tras el nacimiento, el hombre desarrolla casi el 70 por ciento [porcentaje que debe entenderse como orientativo] de su cerebro en interacción constante con el medio y los demás seres humanos(...) [le corresponde a las personas] engendrar una sabiduría(...) para el bien social [y con esa sabiduría] añadirla a la estructura educacional(...) para vivir en sociedad(...) porque desde un punto de vista moral, la evolución [biológica] o marca la línea del progreso, o somos los seres humanos los que tenemos que trazarla (Cortina, 2011, cap. 9).

En esta línea de pensamiento Potter señala que “la bioética (...) se esforzará por engendrar una sabiduría, un saber relacionado con la manera de utilizar el conocimiento para el bien social” (Potter, 1970).

En cambio la neurobioética centra su atención sobre los dilemas éticos que provoca los datos obtenidos mediante las técnicas, entre otras, de la neuroimagen funcional, técnicas de neuroradiológicas que estudian al sistema nervioso central y las facultades cognitivas superiores, desde la perspectiva funcional, para analizar la relación entre ellas y diversas áreas corticales y profundas del encéfalo. Estas técnicas neurocientíficas, indagan diferentes patologías del sistema nervioso central, fundamentalmente de naturaleza tumoral, vascular, traumática o degenerativa; al mismo tiempo, analizan las conexiones funcionales dentro del cerebro, que permite confeccionar un mapa motor y cognitivo que ayuda a comprender el funcionamiento del encéfalo...; todo ello cuestionado por la neurobiología, la neurociencia cognitiva, la neuropsicología, etc. (Casanova, 2014: 98).

Estas técnicas neurocientíficas, independientemente de los posibles avances que pueden producir en las ciencias médicas, como en la salud de las personas, desde la perspectiva de la neurobioética (al igual que desde la neuroética, como se ha indicado previamente), pueden producir también una serie de riesgos y posibles problemas éticos, como es perder la propia privacidad, al poder extraer los secretos “más profundos” de la mente particular y hacerlos públicos, e incluso pudiendo ser empleados de forma indiscreta y en contra de los intereses y deseos del afectado por parte del Estado, empresas públicas o privadas, instituciones judiciales, policiales u organizaciones criminales, por la utilidad que aporta estos datos para ser utilizados para la contratación de un trabajo específico o ser empleados delictivamente (FC). De esta manera el sistema de relaciones sociales en el cual se desarrolla la sociedad actual sufriría un cambio radical “que no debe ser subestimado” (Casanova).

Dentro de esta problemática Casanova propone estudiar la “neurocognitive enhancement”, que se expondrá después de habese definido y establecido el origen de enhancement. Por “enhancement” se entiende el empleo de la medicina y las tecnologías para fines estéticos o de mejoramiento cognitivo o corporal. Los medios utilizados para alcanzar dichos fines se denominan HET (Human Enhancement Technologies) y NBIC (nano-bio-infocogno), que conjunta la nanociencia, nantecnología, biotecnología y la biomedicina, que engloban a la ingeniería genética, la tecnología informática y las ciencias cognitivas e incluida la neurociencia. Este término es empleado por primera vez en la década de los ochenta, pero tiene repercusión pública a principios del siglo XXI, tras la presentación del informe titulado “Converging Technologies for Improving Human Performance” (Department of Commerce in the United States), en el que se realizan una presentación formal de

los presupuestos, las aplicaciones y las finalidades del enhancement. Internacionalmente existe los partidarios pro-enhancement y los detractores anti-enhancement. En el primer grupo se encuentran principalmente los transhumanistas, provenientes de la escuela de Oxford, como Nick Bostrom, y los bioeticistas utilitaristas, como Julián Savulescu y John Harris; mientras del segundo grupo, destacan los bioconservadores, como Leon Kassa, Michael J. Sandel y Jürgen Habermas (cfr. Giglio, 2010. 15-21). Asimismo también se puede establecer una diferenciación entre los métodos de potenciación, entre los llamados “tradicionales (con el empleo de la educación, el ejercicio físico y el uso tecnológica de la computación), y los no convencionales (con la neurofarmacología y las tecnologías derivadas de las neurociencias) (Bostrom Sandberg, 2009: 312; Holmes, 2007: 41-46, Housden, Morein-Zamir, Sahakian, 2014: 160-176), e incluso se podría añadir una tercera opción, constituida por las tecnologías que incrementan las capacidades humanas o sobrepasa los límites humanos, unas son externas y reversibles (incremental enhancement) y otras no son reversibles y cambia el interior de la biología humana, incluyendo sus funciones y capacidades (radical enhancement). Existe otra posible clasificación, que viene marcada por el pontencialismo obtenido mediante la farmacología y el que se logra mediante el empleo de la tecnología, como el interfase cerebro-computadora (BCIs, Brain computer interfaces), la estimulación magnética tras craneana (TMS, transcranial magnetic stimulation), la estimulación tras craneana a corriente continua (tDCS transcranial direct current stimulation), y la incorporación de dispositivos, entre otros. Incluso, existe la opción, que surge del término enablement aplicado por James Giordano, que alude a la neurotecnología utilizada para facilitar el empleo de las capacidades

humanas, teniendo en consideración referencias sociales, legales y éticos, aceptables para su actividad y utilidad.

En esta línea de pensamiento, Casanova estudia el “incremento de las prestaciones intelectuales en personas sanas: el neurocognitive enhancement”⁴⁹, que le sirve de punto de referencia para analizar diferentes problemáticas médicas, desde la perspectiva de la neurobioética, como es por ejemplo el “potencialismo farmacológico” o el inicio de la drogadicción, con el “uso de drogas” para mejorar el rendimiento académico; pero se comienza con una sobremedicación que puede terminar en un proceso posterior de drogadicción. Además, todo fármaco tiene efectos secundarios, que “no siempre se pueden medir ni predecir” a corto plazo; incluso, algunos medicamentos pueden potenciar unas áreas del cerebro, pero al mismo tiempo pueden inter-

⁴⁹ Para ello atiende a diferentes estudios existentes sobre el tema, en distintos países, como Estados Unidos, Gran Bretaña, Alemania e Italia, y cuyo desarrollo y resultados los comenta de forma comparada en el apartado dedicado al “Estado de la cuestión” 2014: 118-125, concluyendo que como indica el Comité Nacional de Bioética de Italia en el documento titulado “Neuroscienze ed esperimenti sull'uomo: osservazioni biotiche” (2010) “el éxito de la experimentación en esta temática [neurocognitive enhancement] presenta ciertas dudas ya que hay que tener en cuenta que generalmente las investigaciones experimentales se desarrollan en condiciones altamente controladas, lo que genera problemas a la hora de repetirlos. Mayor relevancia muestra esta problemática en el ámbito de la neurociencia ya que la elección de los voluntarios está determinada por criterios que en sí mismos pueden condicionar el éxito de la investigación y no siempre representativos de la población. Además, estos sujetos no actúan de manera espontánea sino que se los intruye en la manera en que deben colaborar, lo que haría perder valor a la investigación (Casanova, 2014: 118-119); además, no se cuenta con una batería de test estándar, por lo que la comparación entre los estudios trae complicaciones de no fácil resolución (Lych, Palmer, 2011: 116-129). A estas dificultades se les añadiría el hecho que hay pocos investigadores que han examinado los efectos, repitiendo dosis u obteniendo las consecuencias a lo largo plazo, que permita medir los riesgos y los beneficios de su empleo regular (Husain, Mehta, 2011: 31-32) sobre seres humanos.

ferir en otras, provocando problemas cognitivos (Casanova, 2014: 99). Un ejemplo, sería el rivastigmine, fármaco empleado en casos de demencia que empleado en pacientes ancianos sanos puede incrementar el aprendizaje en un área motora y al mismo tiempo establecer relaciones entre símbolos y dígitos; pero produce también efectos secundarios, pudiendo afectar a la memoria episódica verbal y visual (Cechusain, Meh, 2011: 32-33). Otro tipo de problemas, sería de índole social, pues el acceso a la potenciación cognitiva sería beneficiosa para una parte reducida de la población, aunque al mismo tiempo incrementaría la brecha que existe entre ricos y pobres, en torno al desarrollo cognitivo, necesario para la vida y la educación. Además produciría otro tipo de problemática, que afectaría a la autonomía del sujeto, al verse condicionado por la moda de consumir dichos “fármacos” para ser competitivo académicamente. Este último caso, Casanova lo vincula con la falta de “autenticidad” de las personas al verse obligadas a superar su capacidad cognitiva, modificando sus emociones..., por medio farmacológico.

Otros asuntos a tener en cuenta con *enhancement* en las personas, sería la alteración de la memoria y la eliminación de malos recuerdos. Sobre esto Andrea Lavazza alude a la tragedia *Macbeth* de Shakespeare, donde el protagonista angustiado por el cargo de conciencia de la esposa por el crimen cometido, solicita al médico un “antídoto” que le quite de su memoria ese recuerdo doloroso (Lavazza, 2012: 81)⁵⁰. De igual forma, se puede eliminar el miedo

⁵⁰ Un ejemplo de esta acción la refiere Lavazza sobre el médico Scott, quien inyectó una dosis de propofol a una mujer en crisis de nervios por haber escuchado, por negligencia médica, el resultado desfavorable de una biopsia; pasado el efecto de fármaco había olvidado el suceso, “que podría haberle creado problemas al médico” (Lavazza, 2012: 84-85).

Actualmente se puede realizar esta operación de “lavado de memoria” con la farmacología: “propranolol”, que es anti-hipertensivos, que puede neutralizar las resonancias emocionales de una experiencia dolo-

con el empleo del “propranolol”, pero otros investigadores han apreciado que existe una red perineural alrededor de las células de la amígdala que impide la remoción total de los recuerdos creados con condicionamientos, que pueden ser removidos con la molécula “chondroitinase abc”, si ésta es inyectada antes de que se produzca el condicionamiento al miedo. Pero sobre este último supuesto, Casanova matiza que

Debemos considerar que la personalidad se construye con las vivencias felices y tristes, que todo ser humano atraviesa indefectiblemente en su vida y que muchas veces son las experiencias más traumáticas las que hacen que una persona sea aquella que es. Eliminar los recuerdos desagradables en búsqueda de la felicidad absoluta, podría interferir con la construcción de una personalidad plena y madura (Casanova, 2014: 100-101),

pero en algunos casos específicos, en contra de lo que piensa Casanova, si puede ser necesario eliminar el miedo en una persona concreta en torno a una situación posttraumática específica.

Pero otra cuestión distinta es el empleo coercitivo o sin el consentimiento del paciente de la alteración de su memoria, así como era –tal como se indicó anteriormente– la utilización de su información neural por parte de terceros. La alteración de la memoria para la eliminación de malos recuerdos y el miedo, debe ser aplicada en determinados supuestos y en momentos específicos, pues por ejemplo en algunos casos puede impedir a una potencial víctima recordar a sus atacantes o sucesos que perjudicarían sus intereses o de terceros. Cabe añadir que en todos los casos que lo

rosa, evitando la fijación obsesiva del recuerdo con sus correlatos fisiológicos. Esta medicación es empleada en centros de salud de los Estados Unidos para atenuar el stress post-traumático (Lavazza, 2005: 114-125).

solicite expresamente el afectado, superado el período de investigación judicial y analizado psicológicamente su repercusión mental, podría aplicarse el tratamiento farmacológico apropiado para que supere de la mejor manera posible la situación posttraumática.

Dentro de “neurocognitive enhancement”, se puede atender a los efectos que producen en el ser humano, y en especial entre los fármacos y el sistema nervioso, la neurofarmacología, utilizada con intención de incrementar la potencialidad de las funciones cognitivas superiores (como la memoria, la plasticidad y el comportamiento; pero que provoca secuelas en el comportamiento, pensamiento, sensibilidad y humor). Sobre la neurofarmacología, se puede audir al trabajo que viene realizando Eric Richard Kandel, premio Nobel de medicina del 2000, como continuación de sus estudios sobre el *Aplysia* (caracol submarino cuyos mecanismos neuronales son similares a los de los seres humanos), analiza los mecanismo de acción de los canales de calcio de las membranas neurales y algunas proteínas, entre ella la CREB (proteína fundamental para la plasticidad neuronal y la formación de la memoria a largo plazo), para diseñar fármacos que favorezca el crecimiento de las prestaciones intelectuales de las personas⁵¹.

Otro medio de potencialización de la cognición es el aplicado mediante la estimulación cerebral externa, la interfase cerebro-computadora (BCIs, Brain computer interfaces), la estimulación magnética tras craneal (TMS, transcranial magnetic stimulation) (Hamilton, Messing, Chatterjee 2011: 187-193) y la estimulación tras craneal a

⁵¹ Sobre otras “drogas” utilizadas como cognitive enhancers, se puede atender a lo escrito por Husain, Mehta (2011) y Casanova (2014: 103-106).

corriente continua (tDCS transcranial direct current stimulation (Hamilton, Messing, Chatterjee 2011: 188⁵²).

También puede darse la potencialización de la cognición mediante implantes cerebrales, con la aplicación del método de cyborg y fyborg. Cyborg alude a un organismo formado por partes humanas y partes mecánicas (Hrisman, 2013: 137-149)⁵³, mientras que por fyborg se refiere al ser humano que permanece con sus capacidades pero mejoradas mediante la tecnología que permanece externa al cuerpo, con una función más funcional que física (como anteojos, etc.). Se pueden implantar microprocesadores, microchips, estimuladores cerebrales, biosensores, nanosensores, nano-máquinas... que permiten a los pacientes discapacitados o enfermos en general recuperar o adquirir funciones disminuidas, faltantes o perdidas, a través de un monitoreo a distancia de dichos parámetros vitales aludidos, utilizando sistemas inelicientes de distribución de fármacos, etc. Pero el empleo de estos medios terapéuticos han excedido su aplicación exclusiva para curar enfermedades o resolver discapacidades, para terminar siendo demandado por el mercado de uso no terapéutico, con el fin por ejemplo de incrementar la capacidad intelectual mediante el empleo de chips cerebrales, o para uso militar... (Maguire, Mcgee, 1999: 7-13, y Casanova, 2014: 108-118).

Clynes y Kline crean cyborg⁵⁴ como un organismo cibernético, constituido por un conjunto de dispositivos elec-

⁵² Ambos medios son tratados igualmente por Casanova (2014: 107-108).

⁵³ Con el neurocognitive enhancement se pretende lograr el cyborg, que se inicia a finales de los sesenta cuando dos médicos investigadores del gobierno de Estados Unidos Clynes y Kline (psiquiatra y fisiólogo, respectivamente), logran unir las palabras cybernetic y organism, con una investigación de conjunción en esta línea.

⁵⁴ La comprensión de cyborg está fundamentada en el texto de P. Benanti (2012) *The Cyborg: Corpo e corporità nell'epoca del postuma-*

tromecánicos puestos en relación con un ser vivo pretendía cambiar la fisiología de manera automática. A finales de los sesenta, los dos científicos en una entrevista concedida a la revista *Atronautics* explican que Cyborg no era la simple conjunción de un hombre y una máquina, sino que pretendía cambiar la fisonomía del cuerpo humano, con la aplicación de un “complejo” donde la parte mecánica debía interactuar con el organismo, para cambiar el estado emotivo... (Clynes, Kline, 1995: 3-45)⁵⁵. Posteriormente, entre los ochenta y noventa, se presenta Cyborg 3, en el que la interacción no solo se efectúa mediante la interfase hard, como puede ser las computadoras, sino también mediante la interfase soft, como pueden ser los fármacos o moléculas que pueden ser modificadas (Benanti, 2012: 36).

Después de Cyborg 4, se presenta Cyborg 5, con el que se pretende mostrar al “ser humano”-máquina con capacidad de conquistar la inmortalidad, a través de intervenciones tecnológicas en el cerebro; para Clynes los cerebros humanos pueden existir cien o más años sin necesidad de estar unido al cuerpo (Hables Gray, 1995: 52-53), pues como indica Benanti “un uomo che si affida alla neurofarmacologia per potenziare le sue prestazioni intellettuali potrebbe essere considerato un Cyborg, in quanto la componente di artificialità farmacologica altera la sua macchinacervello” (Benanti, 2012: 36); pero no sólo era cuestión de alterar con farmacología el cerebro, sino emplear la cibernética (iniciada en los cuarenta) para controlar las comunicaciones entre los seres vivos y las máquinas, entendiendo a ambos como sistemas integrados. A partir de los ochenta del siglo XX la cibernética aplicada en el Cyborg provoca que se

na. Prospettive antropologiche e riflessione stiche per un discernimento morale, 1 part. 2-275.

⁵⁵ El proyecto en un principio estaba pensado para trabajar con las crisis depresivas, traumas psicológicos, ataques de pánico, etc. que pudieran sufrir los astronautas.

pueda aludir a la “complejidad y emergencia” dentro de un sistema que no provienen de sus partes individuales, sino de un conjunto interrelacionado. El proyecto que desarrolla este proceso es el denominado NBIC, con el que se realiza el Cyborg 3, que consistía en un “hombre mejorado con la tecnología convergente”, que produce “procesos cognitivos a alto nivel, mediante la nanotecnología, produciendo sistemas homeostáticos de integración con el sistema biológico en el cual se consignan cadenas de información que produzcan procesos cognitivos” (Casanova, 2014: 112) especiales, mostrando un tipo de superhombre (FC), del que es partidario la National Science Foundation de Estados Unidos.

El proyecto NIBC fundamenta su investigación en el desarrollo de “tecnologías convergentes” entre el ser humano y la máquina, a través de una interface: hard y soft, como se ha indicado anteriormente, en la que

La interface hard es la interacción mecánica electroquímica entre nanotecnología y algunos elementos del cuerpo humano. Serían bloques con que se construiría el complejo hombre-máquina deseado por el proyecto NIBC. Por ejemplo, la interfase mecánica produce que se pueda modificar un virus para hacerlo trabajar como un motor. Es decir que se interacciona con el cuerpo también mediante la mecánica. El fin es construir un “nanocar” que pueda desplazarse por la superficie molecular del cuerpo humano y realizar un “drac-delivery”, es decir que una sola molécula pueda ser colocada en el punto que el médico estipula. Uno de los posibles problemas que pueden advertirse es que estas bacterias o virus modificados después de realizar su cometido se dispersen por el ambiente y aún no son previsible las consecuencias que podrían alcanzarse por las posibles mutaciones que puedan sufrir (...) Pero la interfase hard no es objetivo [principal] del proyecto NBIC, sino (...) [el] soft: una relación que no se realiza directamente entre componentes individuales sino que está presente en dos

modalidades de la persona considerada como inteligencia conciente, es decir que por una parte está el intercambio y la elaboración de información en el hombre visto como un sistema conciente, y por el otro, el hombre entendido como ser cognitivo (...) Es decir no se quiere solamente reconstruir arcos, hacer *nanocars* o implantes, sino que se busca producir efectos complejos de la interacción de la interfase hard, a nivel lógico-lingüístico (*wetwar*) y emotiva-cognitiva (Augmented Reality [a partir de “realidad aumentada”, probablemente con el empleo integrado de internet dentro del Cyborg, FC]⁵⁶) va a ser el conjunto de ambas interfases la que constituya la tecnología [característica del] Cyborg (Casanova, 2014: 113-114).

Este proyecto de cyborg es iniciado en Norteamérica paralelamente con el desarrollo de internet, a finales de los sesenta, pensado para ser aplicado historicamente –según criterio de Fernández-Carrión– en la guerra del Vietnam por parte de los perdedores de dicha contienda los Estados Unidos; perdieron pues no le era posible internacionalmente arrojar otras bombas atómicas contra Corea del Norte (actual República Popular Democrática de Corea); por ello comenzó a desarrollar estas tecnologías de tanto impacto tecnológico y con posibilidad de emplearse con fines de destrucción masiva, por medio de un ejército de cyborg) y con el control global (como actualmente desarrolla la NSA contra el mundo y puso en evidencia Edward Snowden, antiguo miembro de la CIA y NSA). Son ambas internet y cyborg tecnologías de doble uso, que han desarrollado militarmente el gobierno de los Estados Unidos en su propio beneficio, para ser empleadas contra el resto de la población del

⁵⁶ Por ejemplo el perfil biográfico, la situación legal y penal, y las condiciones sociales de las personas analizadas por el Cyborg (FC, a partir de la información propuesta inicialmente por Casanova, 2014: 114).

mundo; aunque de forma parcial, controlada y “autorizada” por la administración Norteamericana puede ser empleadas por las empresas privadas y los ciudadanos que cuenten con recursos suficiente para adquirirlas. Esta realidad que se va descubriendo, a través del desarrollo de la información “abierta”, que se filtra por internet (posiblemente por los servicios de información secreta de países contrarios a la hegemonía de los Estados Unidos –Rusia, etc.–), no se producen por azar de la vida, sino que nos muestra a Estados Unidos como “la casa del horror”.

Otros proyectos desarrollados por NIBC consisten en fabricar nanowires para implantar o producir conexiones electroquímicas en el interior del cuerpo humano y especialmente en el cerebro, para “re-cablear en parte nuestro organismo” y controlar mentalmente al ser humano. El nanowires tiene gran ductabilidad mecánica y gran conductabilidad eléctrica y es más pequeño que 2 micrones. Asimismo, han producido un “aparato de golgi” y un “lab-on-a-chip”, este último consiste en un laboratorio de análisis clínicos que está integrado en un chip. Es la ciencia ficción llevada a la realidad, pero para ser empleada exclusivamente por los Estados Unidos, o mejor dicho por parte de algunas organizaciones secretas que “actúa” en su nombre o encubiertas, en perjuicio de toda la humanidad; por ello, es imperioso que algunos movimientos sociales “independientes” del Estado y de organismos públicos (fácilmente manipulables por organizaciones secretas vinculadas con Estados Unidos, que desarrollan tecnologías contrarias a la libertad y bienestar humano) que puedan controlar y/o remodelar dichos proyectos en beneficio de la vida de la humanidad. El problema no es sólo que en nombre o controlado por el Estado norteamericano se esté desarrollando desde finales de

los setenta “armamento de destrucción masiva”⁵⁷, sino que se está experimentando lo que podríamos denominar tecnología cyborg (FC) en personas sin su conocimiento y obviamente sin su consentimiento, intentando crear Frankenstein mecánicos a la manera de Terminator. Pero además, se trata de una actuación gubernamental, pues los proyectos militares, con mayor impacto en contra de la humanidad, lo autoriza directamente el gobierno; por ello estamos ante un crimen de Estado, que debido a la cantidad de actuaciones sobre una multitud de personas sin su consentimiento y en su perjuicio, nos encontramos ante genocidio permante, durante décadas, de los ochenta hasta la actualidad, cometido casi exclusivamente por los Estados Unidos.

El desarrollo del cyborg demanda de un cambio de actitud social ante tamaño peligro para la humanidad, en su conjunto, no es sólo cuestión de aceptar y considerar deseable la vida humana “intervenida” (como se cuestiona algunos autores, cuyos nombres se expondrán a continuación), sino que el gran problema es que esté proyecto está “en manos” criminales del gobierno norteamericano. A nivel de medios de comunicación sólo se alude a dos movimientos preocupados por la evolución humana en el futuro: el transhumanismo y el posthumanismo. El transhumanismo⁵⁸ se conforma como un movimiento cultural, intelectual y científico (no es aún movimiento social) que pretende mejorar la vida humana y prolongar su existencia “afirmando el deber moral” (Casanova, 115) de aumentar las capacidades físicas e intelectuales y de aplicar sobre las personas los avances tecnológicos para eliminar los aspectos no deseados o

⁵⁷ Al igual que se indica históricamente que Estados Unidos interviene en la segunda guerra mundial poco antes de que Alemania desarrolle la bomba atómica, la URSS participa en la guerra del Vietnam favoreciendo que Estados Unidos pierda la guerra antes de terminar de desarrollar internet y cyborg.

⁵⁸ <http://www.transhumanism.org/>.

“no necesarios” (Casanova); pero cabe preguntarse ¿quién dictamina cuales son los aspectos no deseados para la humanidad? y ¿quién llevará a cabo dicha labor de mejora humana? (FC), como puede ser el sufrimiento, la enfermedad, la vejez y el “ser mortales” (Casanova) o cualquier propuesta que se le “ocurra” o proponga de forma intencionada por parte de “quienes dictaminan los aspectos deseados” de la humanidad. Este pensamiento del transhumanismo tiene su fundamento en la teoría evolucionista de Darwin, partidario de un instinto de supervivencia del ser humano, con el empleo de los medios mentales y biológicos necesarios a largo plazo (FC). Para los transhumanistas estos cambios, en la era del hombre techologicus, lo efectúa el propio ser humano con el empleo de los avances tecnológicos sobre si mismo, orientándose a una especie “posthumana más perfecta” (Postigo Solana, 2009: 274-277). Sus representantes más destacados es Nick Bostrom, filósofo suizo, experto en inteligencia artificial de la University of Oxford, quien dirige el *Future of Humanity Institute*⁵⁹ y es presidente de la *World Transhumanist Association*; P. Singer, J. Harris, J. Sandel, A. Sandberg, J. Savulescu (Savulescu, Bostrom, 2009)⁶⁰.

Dentro de los lineamientos defendidos por este movimiento, en 2014, se celebró un simposio en California, con el título de “Transhuman vsions 2.0. East Bay”, donde trataron temas como “máquinas superinteligentes”; el bienestar emocional a través del control de los centros de placer; el empleo de la píldora para modificar la personalidad “convencional”⁶¹, superando la timidez, etc. y mejorando

⁵⁹ <http://www.fhi.ox.ac.uk/>.

⁶⁰ “Lamentablemente dentro de este grupo debemos contar a la Conferencia de superiores de congregaciones religiosas de Estados Unidos, la Lcwr, siendo éste uno de los motivos por lo cual dicha institución está siendo intervenida por la Santa Sede”, Casanova, 2014: 115, <http://cristianofobia.alternativa.org...>

⁶¹ Conocida como la “píldora de la personalidad”.

la capacidad emocional; retraso o bloqueo del proceso de envejecimiento, estimulando el rejuvenecimiento a través de empleo de terapia genética⁶²; la interconexión global, como sucede a través de internet; la reanimación de pacientes que se encuentren en suspensión criogénica; existencia post-biológica mediante el escaneo de la matriz sináptica de una persona y su reproducción en una computadora, permitiendo migrar a la persona del cuerpo biológico hacia un espacio digital⁶³; la utilización de neuro-chips para conectarse directamente con el ciberepacio o telepáticamente con otras personas; la programación neuro-lingüística, etc. (Bostrom, 1998/2001). Los transhumanistas consideran imposible establecer una ética que se derive exclusivamente de la naturaleza humana, sino que tiene que poseer criterios extrínsecos y se base en la utilidad pragmática. A esta propuesta materialista, la vincula con un reduccionismo neuronal, por lo que sólo entiende el hombre a partir de su conexión neuronal. Muta el concepto de persona sustancial a otro operacional, considerando que no es persona aquel que no razona: como los embriones, las personas con gravemente discapacidades, en estado en coma... en cambio si lo es algunos primates superiores que “aparentemente” razonan y las máquinas inteligentes (Singer, 1995).

Existen diferentes institutos dedicados al estudio, desarrollo y difusión del transhumanismo, como es el Institu-

⁶² Como hace la compañía de salud de Google Calico (California Life Company), fundada en 2013, cuya idea original es de Bill Maris, fundador de Google Ventures y presidida por Arthur Levinson (presidente de Apple y Genetech) (Alt1040.com), al mismo tiempo Craig Venter, pionero en la secuenciación del Proyecto Genoma Humano, impulsa Human Longevity (www.humanlongevity.com).

⁶³ El 26 de febrero de 2014 los activistas transhumanistas Turchin Alexei, Jason Xu y Michael Anissimov ocupan Googleplex, donde se encuentra el “androide verde” con pancartas para demandar la “inmortalidad ahora” y “Google, por favor, sálvanos de la muerte” (se puede acceder a esta información en <http://www.kurzweilai.net...>).

to Foresight (<http://www.foresight.org/>), presidido por Max Moore y el Instituto Extropy (<http://www.extropy.org/>), presidido igualmente por Moore, quien defiende el extropianismo (la extropia opuesta a la entropía). En 1997, se crea la World Transhumanist Association, con la pretensión de contactar a sus diferentes miembros y conformar a la transhumanismo como una disciplina académica. Publican una revista electrónica con el nombre de *Journal of Transhumanism*.

El segundo movimiento es posthumanismo, para el que el transhumano no es el hombre definitivo, sino un eslavón hacia el posthumano. El hombre transhumano posee sus capacidades físicas, intelectuales y psicológicas “mejoradas” respecto al humano “normal”; a través de una primera fase con la aplicación de una tecnología de “extender su cuerpo”, y con una segunda de inclusión, ca través de una creciente invasión del cuerpo humano (Farisco, 2011: 26-33). En cambio, el psthumano sería un ser con una expectativa de vida superior a los quinientos años, con una capacidad cognitiva por encima de las actuales del ser humano y con un “control absoluto” de su sensibilidad y emociones (Postigo Solana, 2009: 272), sería el “hombre” cyborg. Este ser para Pulcini en “Dall homo faber all’homo creator”, consiste en un hombre sujeto a la técnica, es decir es objeto de la tecnología, reduciendo su cuerpo a materia para ser experimentado, y consumidor de sus propios productos (Pulcini, 2005: 19); mientras que para Casanova:

el mayor problema del postumanismo, no son las modificaciones producidas por el desarrollo de las tecnologías, cuanto la pérdida de capacidad del mismo hombre de actuar conscientemente de frente a ellas: el gran peligro para el hombres es el perder la libertad que pretendía acentuar con los desarrollos tecnológicos, convirtiéndose él mismo en un instrumento utilizable, como hasta hace poco solo

podían serlo la naturaleza y el mundo exterior (Casanova, 2014: 118),

y las máquinas convencionales; para este nuevo ser humano-máquina su peor problema, a todos los señalados anteriormente, es el problema que surge de la interrogante de “¿quién lo dirigirá?”, pues a no ser libre, será gobernado por un grupo “de poder anti humano” (FC).

Cuadro XII.I. Esquema de la estructura corporal y mental del ser humano, en relación con las partes de una computadora

Hardware	Software	Computadora
Cuerpo	Mente	Cerebro/mente
		Placa base
		Neuronas/ADN/Biología (personal)
		CPU
		Inconsciente/Consciente
		Puertos IDE
		Neuronas
		Memoria RAM
		Memoria que se posee
		Placas de expansión
		Experiencia, conocimientos, etc.
		Unidad de disco duro
		Memoria adquirida
		Teclado
		Idea, pensamiento, acción
		Fuente de alimentación
		Vida (sangre, etc.)

Fuente: Fernández-Carrión (2017)

Por todo lo expuesto, al igual que existen Comités de ética, deben coexistir Comités de Neurobióetica, pero independientes de la administración pública y las instituciones privadas implicadas en la investigación o comercialización de productos médicos o paramédicos para el consumo del ser humano, con fines neurobiótica, a los que nos hemos aludido en la presente Introducción.

BIBLIOGRAFÍA

- ADREASEN, Nancy C. (1997) “Linking Mind and brain in the study of mental illnesses a proyect for a Scientific Psychopathology”, *Science*, 275 (5306), 1586.
- TAKAHASHI, Hidehiko, KATO, M., TAKANO, H, ARAKAWA, R., et al. (2008) “Differential contributions of prefrontal and hippocampal dopamine D1 and D2 receptors in human cognitive functions”, *J. Neurosci*, No. 28, 12032-12038.
- ALCÁZAR, Elena (2002) “Hablando de mente y cerebro. Psiquiatría, neurociencia y psicoanálisis: convergencia e integración”, *Vitae, Academia Biomédica Digital*, No. 10, 1-24, vitae.uc.ve./pdfs/VITAE_3019.pdf.
- ALLMAN, John Morgan (2003) *El cerebro en evolución*, Barcelona, Ariel.
- ÁLVAREZ, Mariano (2007) *El problema de a libertad ante la nueva escisión de la cultura*, Madrid, Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, 7-191.
- AMINI, Fari, LEWIS, Thomas, LANNON, Richard, LOUIE, A., BAUMBACHER, G., MC GUINNERS, T., SCHIFF (1996) “Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration”, *Psychiatry Fall*, 59 (3), 213-239.
- ARISTÓTELES (1970) *Ética a Nicómaco*, Madrid, Centro de Estudios Políticos.

- AYER, Alfred Jules (1979) “Libertads y necesidad”, *Ensayos filosóficos*, A. J. Ayer (compilador), Barcelona, Ariel, 245256.
- BACAL, Howard (1998) *Optimal responsiveness: How therapists heal their patients*, New Jersey, Jason Aronson Inc.
- BEAUCHAMP, Tom L, CHILDRESS, James F. (2001) *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 5 edc. 1979 1 edc.
- BENANTI, Paolo (2012) *The Cyborg: Corpo e corporeità nell'epoca del postumano. Prospettive antropologiche e riflessione etiche per un discernimento morale*, Assisi, Citadella Editrice.
- BEORLEGUI, Carlos (2008) “Filosofía de la mente: visión panorámica y situación actual”, *Letras de Deusto*, Universidad de Deusto (España), vol. 38, No. 119, abril-junio
- BIRD, Stephanie J. (2005) “Neuroethics”, *Encyclopedia of Science, Technology, and Ethics*, C. Mitcham (edición), Macmillan Reference, 1310-1316.
- BLAKEMORE, Colin (1988) *The Mind Machine*, Londres, BBC Publications.
- BLEICHMAR, Hugo (2001) “El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes”, *Aperturas psicoanalíticas*, <http://www.aperturas.org/9>.
- BONETE PERALES, Enrique (2010) *Neuroética práctica: una ética desde el cerebro*, Edición Desclée De Brouwer, <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433024640.pdf>.
- BOSTROM, Nick (1998/2001) *What is transhumanism?*, www.nickbostrom.com/old/transhumanism.html o <http://www.transhumanism.org/index.php/WTA/more/158>

- BOSTROM, Nick, SANDBERG (2009) “Cognitive Enhancement: Methods, Ethics, Regulatory Challengers”, *Scie Eng Ethics*, 15: 311-341.
- BUCHANAN, Allen (2011) *Beyond humanity?*, Nueva York, Oxford University Press.
- CAMPANELLA, Tommaso (2006) *La ciudad del sol*, Madrid, Akal, 1 edc. 1602.
- CANABAL BERLANGA, Alfonso (2013) “Origen y desarrollo de la neuroética: 2002-2012”, *Revista de Bioética y Derecho*, Barcelona, Universitat de Barcelona, No. 28, 48-60.
- CASANOVA, María Paula (2014) “Estado de situación de los estudios de neurobioética en relación al neurocognitive enhancement en Argentina y el mundo”, *Vida y ética*, 15 (2), 91-126.
- CEREZO, Pedro (2007) “Discurso de contestación a Mario Álvarez”, *El problema de a libertad ante la nueva escisión de la cultura*, Mario Álvarez, Madrid, Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, 193-210.
- CHURCHLAND, Patricia Smith (1986) *Neurophilosophy: Toward a Unified Science of the Mind/Brain*, Cambridge, Massachusetts, The MIT Press.
- CLYNES, M.E., KLINE, N.S. (1995) “Cyborgs in Space”, *The Cyborg and-book*, Hables Gray, Figueroa, Sarrriera, Mentor (edición), Nueva York, Routledge, 3-45 (primeros documentos científicos de las fuerzas armadas de EEUU relacionados con Cyborg, cfr. Benanti, *Cyborg: Corpoe corporeita...* 23).
- COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA DE ITALIA (2010) “Neuroscienze ed esperimenti sull’uomo: osservazioni biotiche”, publicado el 17 de diciembre, <http://ww.governo.it...>
- CONILL, J. (2004) *Horizontes de economía ética*, Madrid, Tecnos.

- CORTINA, Adela (2012) *Guía Comares de neurofilosofía práctica*, Granada, Editorial Comares.
- (2011) *Neuroética y neuropolítica: sugerencias para la educación moral*, Madrid, Tecnos.
- CRANFORD, R.E. (1989) “The Neurologist as Ethics Consultant and as a Member of the Institutional Ethics Comitee. The Neuroethicist”, *Neurologic Clinics*, No. 7, 697-713.
- CRANFORD RE, ROBERTS, J.C. (1986) “Biomedical ethics committees”, *Prim Care*, 13 (2), 327-341.
- CRANFORD R.E., VAN ALLEN, E.J. (1985) “The implications and applications of insitutional ethics committees”, *Bull Am Coll Surg.*, 70 (6), 19-24.
- CHANGEUX, Jean Pierre, RICOEUR, Paul (2001) *La naturaleza y la norma: lo que nos hace pensar*, México, Fondo de Cultura Económica.
- CHATERJEE, D.K. (2004) *The Ethics of Assistance. Morality and the Distant Needy*, Cambridge University Press.
- CHURCHLAND, Patricia S. (2012) *El cerebro moral*, Barcelona, Paidós.
- (2011) *Braintrust. What Neuroscience Tells Us about Morality*, Princeton, Priceton University Press.
- (2007) “Neuroscience: Reflections on the Neural Basis of Morality”, W. Glannon (edición) *Defining Right and Wrong in Brain Science*, Nueva York, Dana Press, 179-182.
- (2006) “Moral Decision-Making and the Braim”, *Neuroethics. Defining the issues in theory, practice and policy*, J. Illes (edición), Nueva York, Oxford University Press, 3-16.
- (2002a) “Neuroscience: Reflections on the Neural Basis of Morality”, *Neuroethics: Mapping The Field*.

- Conference Proceedings*, S.J. Marcus, Nueva York, The Dana Press, 20-26.
- _____ (1991) "Our Brains, Ourselves: Reflections on Neuroethical Questions", *Bioscience and Society*, D.J. Roy, B.E. Wynne (edición), Nueva York, Wiley&Sons, 77-96.
- _____ (1989) *The Ethics of Assistance. Morality and the Distant Needy*, Cambridge University Press.
- CHURCHLAND, Patricia S., SEJNOWSKI, T.J. (1988) "Perspetives in Cognitive Neuroscience", *Science*, Vol. 242 No. 4, November, 744.
- DAMASIO, António (2010) *Y el cerebro creó al hombre*, Barcelna, Destino.
- _____ (2006) *El error de Descartes: emoción, razón y cerebro humano*, Barcelona, Crítica.
- _____ (2005) *En busca de Spinoza*, Barcelona, Crítica.
- DE SOUZA, R. (1987) *The Rationality of Emotion*, Cambridge, MIT Press.
- DEPARTAMENT OF COMMERCE IN THE UNITED STATES "Converging Technologies for Improving Human Performance", <http://www.nsf.gov>.
- DUSSEL, Enrique (1998) *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*", Madrid, Trotta.
- EASTMAN N, CAMPBELL, C. (2006) "Neuroscience and legal determination of criminal responsability", *Nature Reviews Neuroscience*, 7(4), 311-318.
- EMDE, R. (1998) "Yendo hacia delante. Las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y en el psicoanálisis", *Psicoanálisis ApdeBA* (Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires), vol. XX, No. 3.
- EVERS, K. (2010) *Neuroética: cuando la materia se despierta*, Buenos Aires, Katz Editores.
- FARISCO, Michele (2011) "L'impatto delle neuroscienze e neurotecnologie contemporanee sulla medicina. Una

prospettiva: Transumanística e postumanística”, *Studia Bioética*, vol. 4, No. 1, 26-33.

FERNÁNDEZ-CARRIÓN, Miguel-Héctor (2017) “Bioética, neurociencia y salud mental”, *Revista Vectores de Investigación*, No. 13, vol. 13 (en imprenta).

_____ (2016a) “Incidencia del pensamiento complejo y la transdisciplinariedad ante el cambio educativo en la sociedad global”, *Educación, complejidad y transdisciplinariedad*, María del Rosario Guerra González (coordinadora), México, Editorial Torres Asociados, 15-58.

_____ (2016b) “De la multidisciplinariedad a la transdisciplinariedad: migración entre la realidad y la imagen”, *Ciudad y comunicación*, Miguel Ángel Chaves Martín (edición), Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 273-280

_____ (2015) “Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos”, *Derechos humanos y geneología de la dignidad en América Latina*, Ana Luisa Guerrero Guerrero et al. (coordinador), México, Universidad Nacional Autónoma de México et al., 77-99.

_____ (2014) “Migración e imagen: de la multidisciplinariedad a la transdisciplinariedad”, *Debate éticos con metodología transdisciplinaria*, María del Rosario Guerra González (coordinadora), México, Plaza y Valdés, 187-228

_____ (2012) “Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva bioética”, *Revista Vectores de Investigación*, Toluca, México, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, Vol. 5, No. 5, 97-104.

FLORES LÁZARO, Julio César, OSTROSKY-SHEJET, Feggy (2012) *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas*, México, Manual Moderno.

- FONAGY, P. (1999) "The process of change and the change of processes: what can change in a good analysis", *Psyche Matters*, <http://www.psychematters.com>.
- FORBES, C.E., GRAFMAN, J. (2010) "The Role of Human Prefrontal Cortex in Social Cognition and Moral Judgment", *The Annual Review of Neuroscience*, <http://neuro.annualreviews.org>.
- FREUD, Sigmund (1926) "¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial", *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 20.
- (1914) "Recuerdo, repetición y elaboración", *Obras completas*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 4 edc., t. II
- FUKUYAMA, Francis (2002) *El fin del hombre*, Barcelona, Ediciones B.
- GABBARD, Glen O. (2000) "A Neurobiologically Informed Perspective on Psychotherapy", *British Journal of Psychiatry*, No. 177, 117-122.
- (1999) "Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy", *Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh Edition*, Kaplan&Sadock's, CDR Lippincott Williams&Wilkins.
- GAZZANIGA, Michael S. (2005) *The Ethical Brain: The Science of Our Moral Dilemmas*, Nueva York, Dana Press.
- (2006) *El cerebro ético*, Barcelona, Paidós.
- GAZZANIGA, Michael S., STEVEN, M.S. (2004) "Free Will in the Twentyfirst Century", *Neuroscience and the Law*, B. Garland (edición), Nueva York Dana Foundation, 51-70-
- GIMÉNEZ-AMAYA, José M., MURILLO, José I. (2009) "Neurociencia y libertad. Una aproximación interdisciplinar", *Scripta Theological 41*, No. 1, 13-46.
- GINI, Adriana, MRANDA, Gonzalo (2011) "Editoriale. Neurobioetica: la persona el centro delle neuroscienze", *Studio Bioethic*, vol. 1, No. 1, 1.

- GIGLIO, Francesca (2010) “Enhancement. Definizione e questioni aperte”, *Migliarare l'uomo? La sfida della enhancement*, Stephan Kampowski, Dino Moltisanti (edición), Siena, Cantagalli, 15-21.
- GOLEMAN, D. (2000) “Emotional Intelligence”, *Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh Edition*, Kaplan&Sadock's, CDR Lippincott Williams&Wikins.
- GOLLWITZER, P. (1999) “Implementation intentions”, *American Psychologist*, No. 54, 493-503.
- GÓMEZ MARÍN, Raúl, Javier Andrés JIMÉNEZ, Javier Andrés (2002) “De los principios del pensamiento complejo”, *Manual de iniciación al pensamiento complejo* Marco Antonio Velilla (compilador), Bogotá, ICFES (Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, Unesco).
- GREENE et al. (2004) “The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgement”, *Neuron*, No. 44, 389-400.
- _____ (2001) “An fMRI Investigation of Emotional Engagement in Moral Judgement”, *Science*, Vol. 293, 2105-2108.
- GREELY, H. (2007) “On Neuroethics”, *Science*, No. 318, 533.
- HABERMAS, J. (2006) *Entre naturalism y religion*, Barcelona, Paidós.
- _____ (2002) *El future de la naturaleza humana*, Barcelona, Paidós.
- HAIDT, Jonathan (2001) “The Emotional Dog and Its Rational Tail: A Social Intuitionist Approach to Moral Judgement”, *Psychological Review*, No. 108, 814-834.
- HAIDT, Jonathan, BJÖRKLUND, F., MURPHY, S. (2005) “Moral Dumbfounding: When Intuitions Finds no Reason” (manuscrito inédito, referido por P. Singer -2004-).

- HABLES GRAY, C. (1995) "An Interview with Manfred Clynes", *The Cyborg Hand-book...*, Hables Gray, Figueroa, Sarriera, Mentor (edición), New York, Routledge, 52-53.
- HAMILTON, W.D. (1964a) "The evolution of altruistic behavior", *American Naturalist*, No. 97, 354-356.
- _____ (1964b) "The genetical evolution of social behavior", *Journal of Theoretical Biology*, No. 7, 1-52.
- HAUSER, Marc D. (2008) *La mente moral. Cómo la naturaleza ha desarrollado nuestro sentido del bien y del mal*, Barcelona, Paidós.
- HOLMES, Oliver Wendell (2007) "Expanding the human mind: the future of the brain", *The Futurist*, vol. 4, 41-46.
- HOTTOIS, Gilbert (1994) *El paradigma bioético: Una ética para la tecno-ciencia*, Barcelona, Anthropos.
- HOUSDEN, Charlotte R., MOREIN-ZAMIR, Sharon, SAHAKIAN, Barbara J. (2014) "Cognitive Enhancing drugs: Neuroscience and Society", *Enhancing Human Capacities*, J. Savulescu, T. Meulen, G. Kahane (edición), 160-176.
- HRISMAN, Andrei-Claudiu (2013) *Il potenziamento umano e l'uomo del futuro*, Lasi, Ed. Sapientia.
- [Http://cristianofobia.altervista.org/blog/muller-bacchetta-le-suore-progressiste-degli-stati-uniti-tempi-it/](http://cristianofobia.altervista.org/blog/muller-bacchetta-le-suore-progressiste-degli-stati-uniti-tempi-it/).
- <http://www.governo.it/bioetica/pdf/Neuroscienze20101217.pdf>.
- <http://kurzweilai.net/transhuman-visions-2-02>
- HUSAIN, Massud, MEHTA, Mitul (2011) "Cognitive enhancement by drugs in health and disease", *Trends Cognitive Sciences*, 15 (1), 28-36.
- IACOBONI, M. (2009) *Las neuronas espejo*, Barcelona, Katz.

- ILLES, Judy, BIRD, Stephanie J. (2006) "Neuroethics: a modern context for ethics in neuroscience", *Trends Neurosci*, september, 29 (9), 511-517.
- ILLES, Judy, RAFFIN, Thomas A. (2002) "Neuroethics: An emerging new discipline in the study of brain and cognition", *Brain and Cognition* Vol. 50, No. 3, december, 341-344.
- ILLES, Judy, RACINE, E., KIRSCHEN, M.P. (2006) "A Picture is worth 1000 words, but which 1000?", *Defining the Issues in Theory, Practice, and Policy*, Nueva York, Oxford University Press. 151
- ILLES, Judy, SAHAKIAN, B.J. (2011) *Oxford Handbook of Neuroethics*, Oxford, Oxford University Press.
- INSEL, T. (1997) "A Neurobiological Basis of Social Attachment", *American Journal Psychiatry*, No. 154, 726-735.
- INWAGEN, Peter Van (1983) "An Essay on Free Will", Oxford University Press.
- (1975) "The Incompatibility of Free Will and Determinism", *Philosophical Studies*, 27 (3): 185-199.
- JONAS, Hans (2000) *El principio de responsabilidad*, Barcelona, Herder.
- JUNG, Carl Gustav (2013) *Los complejos y el inconsciente*, Madrid, Alianza Editorial.
- KANDEL, Eric (2007) *En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente*, Buenos Aires, Katz Editores.
- (1999) "Biology end the future of Psychoanalysis", *A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited*, No. 156, 505-524.
- (1998) "A New Intellectual Framework", *Psychiatry American Journal of Psychiatry*, No. 155, 457-469.

- KANDEL, Eric R., SCHWARTZ, James H., JESSELL, Thomas M., SIEGELBAUM, Steven A., HUDSPETH, A. J. (1981) *Principles Of Neural Science*, Amsterdam, Elsevier.
- KANE, Robert H. (2002) *Handbook of Free Will*, Oxford University Press.
- _____ (1996) *The Significance of Free Will*, Oxford University Press.
- KOHLBERG, L. (1992) *Psicología de desarrollo moral*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- KÖNNEHER, C. (2003) “La vision materialista de la neuroética. Entrevista a Wolf Singer y a Thomas Metzinger”, *Mente y cerebro*, No. 4, 56-59.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS (1983) *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona, Editorial Labor.
- LAVAZZA, Andrea (2012) “Dalle neuroscienze alla neuroetica”, *Neuroscienze e persona: interrogativi e percorsi etici*, Luigi Renna (edición), Bolonia, EDB, 81
- _____ (2005) “Potenziare o alterare la mente? Le frontiere della neuroetica”, *Vita e Pensiero*, No. 2, 114-125.
- LAVAZZA, A., DE CARO, M. (2010) “Not so Fast. On Some Bold Neuroscientific Claims Concerning Human Agency”, *Neuroethics*, No. 3, 23-41.
- LEDoux, J. (1999) *El cerebro emocional*, Barcelona, Ariel.
- LEVY, Neil (2008) “Introducing Neuroethics”, *Neuroethics*, vol. 1.
- _____ (2007) *Neuroethics*, Nueva York, Cambridge University Press.
- LIBET, B. et al. (1999a) “Do we have free will?”, *Journal of Consciousness Studies*, No. 6 (8-9), 47-57.
- _____ (1991) “Conscious v. Neural Time”, *Nature*, Vol. 352, N. 6330, 27-28.

- _____ (1983) “Time of Conscious Intentions to Act in Relation to Cerebral Potential”, *Brain*, No. 106, 623-642.
- _____ (1982) “Readiness Potentials Preceding Unrestricted Spontaneous Pre-Planned Voluntary Acts”, *Electroencephalograph and Clinical Neurophysiology*, No. 106, 623-642.
- LIBET, B. FREEMAN, A., SUTHERLAND, K. (edición) (1999b) *The Volitional Brain: Towards a Neuroscience of Free Will*, Thorverten, Imprint Academic.
- LIBET, B. GLEASON, C.A., WRIGHT, E.W., PEARL, D.K. (1983) “Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness-potential)”, *The unconscious initiation of a freely voluntary act. Brain*, No. 106, 623-642.
- LIBET, B. (1985) “Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action”, *Behavioral and Brain Sciences*, No. 8, 529-566.
- LLINÁS, R. (2002) *El cerebro y el mito del yo*, Bogotá, Norma.
- _____ (1999) “Cerebro y la ética”, *Memorias del Segundo Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe*, CENALDE, cfr. Pautassi, 2013, 2.
- LOMBROSO, César (1902) *El delito. Sus causas y remedios*, Madrid, Ed. Victoriano Suárez, traducción de Bernaldo de Quirós.
- LÓPEZ FRÍAS, F.J., MORALES AGUILERA, P., SEBASTIÁN SOLANES, R.P., GIL BLASCO, M., ARTETA ARILLA, M., COSTA ALCARAZ, A. M. et al. (edición) (2012) *Bioética, neuroética, libertad y justicia*, Valencia, Universidad de Valencia, Editorial Comares.
- LUKAC, María Liliana ([2007]) “Fundamentos filosóficos de la bioética contemporánea”, Buenos Aires, Academia

- Nacional de Ciencias Morales y Políticas, <http://www.ancmyp.org.ar/user/files/1.%20lukac.pdf>.
- LYNCH, G., PALMER, L.C., GALL, C.M. (2011) "The likelihood of cognitive enhancement", *Pharmacol Biochem Behav*, vol. 99, No. 2, 116-129.
- MALDONADO, Carlos Eduardo (2007) "Bioética, biopolítica, bioderecho y bioeconomía: panorama práctico sobre la bioética", *Bioética y biojurídica*, Tunja, Uniboyacá, 42-53.
- MALINOWSKI, Bronislaw (1994) *Magia, ciencia y religión*, Madrid, Akal.
- (1986) *Crimen y costumbre en la sociedad salvaje*, Barcelona, Planeta-De Agostini.
- MARCUS, S.J. (edición) (2002) *Neuroethics: Mapping The Field. Conference Proceedings*, Nueva York, The Dana Press.
- MÁRQUEZ MENDOZA, Octavio (2012) "Bioética y responsabilidad universitaria", *Revista Vectores de Investigación*, Toluca, México, Centro de Investigación de Estudios Comparados, 5 (5), 85-96.
- MARQUEZ MENDOZA, Octavio, FERNÁNDEZ-CARRIÓN, Miguel-Héctor (2016) "La bioética latinoamericana", *La bioética en España y Latinaamericana: ¿Hay una bioética iberoamericana?*, Benjamin Herberos Ruiz-Valdepeñas, Fernando Bandrés Moya (coordinadores), Madrid, Universidad Europea, et al, 47-72.
- MARTÍNEZ FREIRE, Pascual ([2007]) *La importancia del conocimiento: filosofía y ciencias cognitivas*, La Coruña, Ediciones Oleiros.
- MAYORGA-MADRIGAL, A.C. (2013) "Neuroética. Nuevas pistas para filosofar", *La gaceta de la Universidad de Guadalajara*, 27 mayo, http://www.gaceta.udg.mx/G_notal.php?id=14018 (acceso 28 mayo 2015)

- _____ (2012) *Bioética, neuroética, libertad y justicia*, F.J. López Frías, P. Morales Aguilera, R.P. Sebastián Solanes et al., Valencia, Universidad de Valencia, Editorial Comares, 424-436.
- MEGÍA SANZ, María Jesús, MORENO MURCIA, Juan José (2013) *Salud mental y bioética: Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar*, Valencia, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.
- MELE, A.R. (2010) "Testing Free Will", *Neuroethics*, No. 3, 161-172.
- MORA, Francisco (2007a) "El cerebro humano: desafíos para el siglo XXI", *Eidón*, No. 33, 48-51.
- _____ (2007b) *Neurocultura. Una cultura basada en el cerebro*, Madrid, Alianza.
- _____ (2002) *El reloj de la sabiduría. Tiempos y espacios en el cerebro humano*, Madrid, Alianza.
- MORENO, J.D. (2006) *Mind Wars: Brain research and National Defense*, Nueva York-Washington, Dana Press.
- MORENO LAX, A. (2001) "Biologización de la ética", *Bioética Selecciones*, No. 17, 187.
- MORGADO, I. (2010) *Emociones e inteligencia social*, Barcelona, Ariel, 2 edc.
- MORIN, Edgar (2006) *El método 2: la vida de la vida*, Madrid, Cátera, 7 edc.
- _____ (2001) *La mente bien ordenada*, Barcelona, Seix Barral.
- _____ (1999a) *El método. 3 El conocimiento del conocimiento*, Madrid, Cátedra.
- _____ (1999b) *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*, Bogotá, Ceja.
- MORSE, S.J. (2008) "Determinism and the Death of Folk Psychology: Two Challenges to Responsibility from Neuroscience", *MINN.J.L.SCI&TECH*, No. 9 (1), 1-36.

- _____ (2004) “New Neuroscience, Old Problems”, *Neuroscience and the Law*, B. Garland (edición), Dana Foundation, 157-198.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS (1978) *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Government Printing Office.
- NEMEROF (1999) “Functional Brain Imaging: Twenty-Firts Century Phrenology or Psychobiological Advance for the Millennium”, *American Journal of Psychiatry*, No. 156, 671-673.
- NORTHOFF, G. (2009) “La conciencia y el libre albedrío y el yo”, *Mente y cerebro*, No. 35, marzo-abril.
- NATURE (Editorial) (2006) “Neuroethics Needed. Researchers Schould Speak Out on Claims Made on Behalf of Their Science”, *Nature*, No. 441, 907.
- OGDEN, T. (1986) *The Matrix of Mind Object Relation and the Psychoanalytical Dialogue*, Nueva York, Northvale, Jason Aronson.
- PACKARD, Vance (1970) *La sociedad desnuda*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 4 edc. 1 edc. 1965 *The Naked Society*.
- PAUTASSI GROSSO, Jorge Sebastian (2013) “Desde la bioética a la neuro-ética: ¿Neuro-ética o persono-etica?”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, vol. 13, No. 2, july-dec., [1-10].
- _____ (2004) *El crecimiento ético: Proceso de madurez moral*, Bogotá, Universidad de La Salle, 3 reimp.
- PFUFF, D.W. (editor) (1983) *Ethical Questions in Brain and Behavior: Problems and Opportunities*, Springer-Verlag.
- POSTIGO SOLANA, Elena María (2009) “Transumanismo e Postumano”, *Medicina e Morale*, No. 2, 274-277.

- POTTER, Van Rensselaer (1970) "Bioethics, the science of the survival", *Biology and Medicine*, vol.14, No. 1, Autumm.
- POWER, D. (2000) "On trying something new. Effort and practice in psychoanalytic change", *Psychoanalytic Quarterly*, LXIX.
- PULCINI, Elena (2005) "Dall' homo faber all'homo creator", *La slida del post-umanismo. Vrsò nuovi modelli di esistenza?*, Ignazio Sanna (edición), Roma, Ed. Studium-Roma.
- RAMIRO H, Manuel "Neuroética", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Educación, Investigación y Políticas Públicas, 396-397.
- RAMOS-ZUÑIGA, R. (2015) "Neuroethics are more than the bioethics of neuroscience", *Surg Neurol Int*, 12 (6), 24.
- RAWLS, J. (1996) *Liberalismo político*, Barcelona, Crítica.
- REICH, W.T. (edición) (1995) *The Encyclopedia of bioethics*, Nueva York, vol. I, 2 edc.
- REISER, M. (2001) "The Dream in Contemporary Psychiatry", *American Journal Psychiatry*, No. 158, 331-359.
- RIZZOLATTI, G. SINIGAGLIA C. (2006) *Las neuronas espejo*, Barcelona, Paidós.
- ROSKIES, Adina L. (2008) "Neuroimaging and Inferential Distance", *Neuroethics*, No. 1, 19-30.
- _____ (2007) "Neuroethics beyond genetics", *Science&Society*, Vol. 8 52-56.
- _____ (2002) "Neuroethics for the New Millenium", *Neuron*, No. 35, 21.
- ROTH, G. (2003) *Fühlen, Denken, Handeln, Wie das Ghirn unser Verhalten steuert*, Fránfort, Suhrkamp.
- RUBIA, Francisco (2011) "El controvertido tema de la libertad", *Revista Occidente*, Madrid, No. 356, 5-17.

- _____ (2009) *El fantasma de la libertad*, Barcelona, Crítica.
- SAFIRE, William (2002a) “The But-What-if-Factor”, *The New York Times*, 16 mayo, s/n.
- _____ (2002b) “Conference Introduction: Our New Promethean Gift”, *Neuroethics: Mapping The Field. Conference Proceedings*, Marcus (edición) Nueva York, The Dana Press.
- _____ (2002c) “Vision for a New Field of Neuroethics”, *Neuroethics. Mapping the Field*, S.J. Marcus (edición), Nueva York, The Dana Press, 3-9.
- _____ (2002d) *Neuroethics Mapping the Field*, http://dana.org/Cerebrum/2002/Neuroethics_Mapping_the_Field.
- SÁNCHEZ-MIGALLÓN, S. (s/f) “La ambigüedad de la Neuroética”, <http://www.unav.es/cryf/>.
- SÁNCHEZ-MIGALLÓN GRANADOS, Sergio, GIMÉNEZ AMAYA, José Manuel ([2009]) “Neuroética”, *Philosophica*, <http://www.philosophica.info/archivo/20092008/voces/neuroetica/Neuroetica.html>.
- SARIFE, William (2002) *Neuroethics Mapping the Field*, http://dana.org/Cerebrum/2002/Neuroethics_Mapping-the-Field.
- SAVUESCU, Julián, BOSTROM, Nick (edición) (2009) *Human Enhancement*, Oxford University Press.
- SCHOTSMANS, Paul (2005) “Integration of bioethical principles and requirements into European Union statutes”, *Acta Bioethica*, XI (1), 37-46.
- _____ (1999) “Personalism in medical ethics”, *Ethical Perspectives*, 6 (1), 10-20.
- SCOLA, Angelo (2011) “Fede e neuroscienze”, *Neuroetica. La nuova sfida delle neuroscienze*, Vittorio Siroco, Michele Di Francesco, Bari, Ed. Laterza.

- SEARLE, John R. (2005) *Libertad y neurobiología. Reflexiones sobre el libre albedrío, el lenguaje y el poder político*, Barcelona, Paidós.
- _____ (2000) *Razones para actuar. Una teoría del libre albedrío*, Oviedo, Nobel.
- SEN, A. (2000) *Desarrollo y libertad*, Barcelona, Planeta.
- SHERMAN, N. (1999) "Taking Responsibility for Our Emotions", *Responsibility*, E.F. Paul, Jr. F.D. Miller, J. Paul, Cambridge University Press, 294-324.
- SIEGEL, D. (2000) "Contributions of the Psychological Sciences", *Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh Edition*, Kaplan&Sadock's, CDR Lippincott Williams&Wikins.
- SINGER, Peter (2005) "Ethics and Intuitions", *The Journal of Ethics*, No. 9, 331-352.
- _____ (1995) *Ética práctica*, Cambridge University Press.
- SINGER, Wolf (2004) "Selbsterfahrung und neurobiologische Fremdbeschreibung", *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, Vol. LII, No. 8, 235-256.
- SLACHEVSY, A. (2007) "La neuroética: ¿Un neologismo infundado o una nueva disciplina?", *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, Vol. 45, No. 1, 12-15.
- SOLMS, M. (1998) "Preliminaries for an integration of psychoanalysis and neuroscience", *Psychomeia.Science and thought*, <http://www.psychomeia.it>.
- STERN, D. (1998) "Non-Interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 79, 903-921.
- STRAWSON, Peter F. (1962) "Freedom and resentment", *Proceedings of the British Academy*, 48: 1-25.
- TAGLIASCO, V. (1999) *Dizionario degli esseri umani fantastici e artificiali*, Milan, Mondadori.

- VALENSTEIN, E.S. (1986) *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Pyschosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*, Basic Books.
- VINCENT, J.-D. (1995) "In Proceedings. Third Session. International Bioethics Committeee of Unesco", *Ethics and neurosciences*, 1-8.
- WILSON, J.Q. (1993) *The Moral Sense*, Nueva York, Free Press.
- WINGERT, Lutz (2003) "Die eigenen Sinne und die fremde Stimme", *Wissen zwischen Entdeckung und Konstruktion*, M. Vogel, L. Wingert (compiladores), Frankfurt am Main, Suhrkamp, 218-249.
- ZUBIRI, Xavier (1983) *Inteligencia y razón*, Madrid, Alianza.

CAPÍTULO I
SALUD, BIOÉTICA Y DERECHOS
HUMANOS

1. BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS

El punto de llegada de mi reflexión sobre la bioética, es que ésta sólo me parece concebible como un work in progress, un descubrimiento, algo que construimos entre todos puesto que se desarrolla a partir de una autorregulación colectiva y no hay ni debe haber expertos para ello.

Victoria Camps

1.1 INTRODUCCIÓN

La *Enciclopedia de Bioética* define a la bioética como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que tal diligencia se examine a la luz de valores y principios morales, en esta definición podemos encontrar algunas palabras claves que ayudan a comprender en qué consiste y cuál es su alcance. En principio, ante esta definición en particular, surgen dos preguntas: ¿cuáles son los problemas de los que se ocupa la bioética? y ¿qué papel juega la filosofía, y en particular la ética, en este estudio sistemático de la conducta?

La bioética se centra en la resolución de problemas que se manifiestan en la práctica médica y en el campo de las ciencias biológicas: los seres humanos en cuanto persona viva y la ecología. En la actualidad, muchas veces se considera que la bioética sólo tiene relación con la atención de la salud y que se ocupa exclusivamente de temas vinculados con las prácticas médicas, como la relación médico-paciente, los comités de ética, la utilización de nuevas tecnologías médicas y la continuación o discontinuación de un tratamiento. Pero esta disciplina no sólo comprende el análisis de la conducta en ese ámbito sino también en el de las ciencias biológicas. Con lo cual, incluye otro amplio

espectro de temas, entre los que se encuentra, por ejemplo, la investigación biomédica –que, en la etapa de investigación básica, atañe tanto a la vida humana como a la vida animal–, la administración de los recursos ambientales y el análisis de los derechos de generaciones futuras.

Las cuestiones de las que se ocupa la bioética, además de pertenecer a estos dos ámbitos, se agrupan en problemas *micro* y *macro*. Los primeros se relacionan con la ética médica, profesiones afines, salud mental, e incluyen, por ejemplo, la relación médico-paciente, el consentimiento informado, la confidencialidad o casos específicos en los que se debe decidir si continuar o no un determinado tratamiento. Los problemas macro se presentan, en el ámbito de la salud pública a la hora de definir la política de distribución de recursos que conviene implementar en una determinada sociedad. Otro de los temas de los que se ocupa la bioética atañe a los aspectos éticos de las investigaciones biomédicas, entre ellos, ¿qué pautas éticas deben regir las investigaciones? ¿Es suficiente utilizar un buen consentimiento informado para salvar todos los problemas éticos que pueden, presentarse en una investigación? ¿Cuáles son las obligaciones de los investigadores y de quienes financian la investigación con respecto a los sujetos que participan en ella? ¿Existen diferencias éticamente relevantes entre las investigaciones que se realizan en países desarrollados y las que tienen lugar en países en vía de desarrollo? También pertenecen al campo de acción de esta disciplina los problemas éticos relacionados con el medio ambiente. ¿Cuál es el límite entre el uso legítimo e ilegítimo de los recursos que éste ofrece? ¿Cuáles son nuestras obligaciones hacia las generaciones futuras? Otro tema que también se relaciona con las ciencias biológicas –como los anteriores–, involucra los aspectos éticos del uso de animales para experimentación. ¿Los animales tienen derechos? ¿Podemos hacer

uso de ellos sin reparar en el sufrimiento que se les inflige? ¿Los hombres pertenecemos a una especie superior? ¿Qué obligaciones tenemos hacia las otras especies? ¿Las investigaciones que involucran animales deben estar regidas por pautas éticas que los protejan? ¿En qué fundamentos éticos deberían basarse estas pautas?

Sobre los problemas que conciernen a la bioética surgieron preguntas en las que se mencionan obligaciones, derechos y deberes. Este tipo de lenguaje nos remite a otro elemento presente en la definición de la que partimos. Tal como en ella se lee, la bioética examina la conducta a la luz de valores y principios morales. Esto nos permite introducir el tema de la *relación entre la bioética y la ética*, o *entre la bioética y la filosofía*, ya que la ética pertenece a esta disciplina. Con respecto al rol que la filosofía juega en la bioética, se puede decir que el aporte que la primera hace a la segunda se relaciona tanto con el método como con los contenidos. Por un lado, la bioética utiliza teorías o principios éticos y se sirve del método de argumentación propio de la ética para resolver los problemas con los que se enfrenta. Y, en este sentido, la bioética es ética aplicada. Pero, por otro lado, la deuda de la bioética con la filosofía no se limita a la aplicación de teorías éticas y de cierto tipo de argumentación sino que se relaciona, además, con el tipo de temas que son abordados. La bioética invariablemente comprende temas filosóficos, como las nociones de persona, justicia, autonomía o el valor de la vida humana. De modo que se nutre de otros aspectos de la filosofía, además de los ya mencionados. Cabe destacar que esta relación especial que une a la bioética con la filosofía le da un tinte particular a su carácter multidisciplinario: si bien la comprensión de los problemas a los que se dedica requiere del aporte de —entre otras— la medicina, la sociología y la antropología, se ve

claramente que este diálogo multi e interdisciplinario tiene como eje a la reflexión filosófica.

La bioética, recurre al método de la argumentación filosófica, crítico-reflexiva, abordando contenidos del contexto sociocultural del siglo XXI, lo cual nos lleva a concebirla como una ética con aplicación práctica. Su enseñanza, plantea cuestionamientos que propician debates al favorecer la ruptura de la hegemonía profesional de temas relacionados con la vida, la muerte, la salud, los derechos humano o el ambiente, cuya importancia reside en la polémica que despiertan al ofrecer perspectivas tan distintas que hacen prácticamente imposible establecer una postura rígida y absoluta, particularmente porque entran en juego elementos tan subjetivos como la escala axiológica, las costumbres personales y sociales o las creencias religiosas. Sin embargo, busca proponer una postura lo más general posible ante los grandes temas siguiendo la máxima de la ética mínima.

1.2 DEFINICIÓN Y EXTENSIÓN DE LA BIOÉTICA

El término bioética fue utilizado por vez primera por el norteamericano Van Rensselaer Potter en el artículo “Bioethics. The Science of Survival” aparecido en 1970 en la revista *Perspectives in Biology and Medicine*; posteriormente se publica “Bioethics” en *BioScience* y, en enero de 1971, *Bioethics, Bridge to the Future*.

La primera institución en ostentar el término bioética en su nombre fue, también, el primer centro de bioética: el fundado con el patrocinio de la familia Kennedy en Washington, con el título de “The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of the Human Reproduction and Bioethics”, bajo la dirección del médico holandés André Hellegers (Llano, 2000: 4-5).

Tanto Potter como Hellegers aportaron concepciones particulares en torno al término bioética. Potter estableció un vínculo entre la ciencia (referida a la vida y al ambiente) y las humanidades (centrada en la ética); Hellegers, por su parte, la coloca al servicio de la sociedad y la encamina a la investigación en este campo.

La preocupación por la relación existente entre la naturaleza y la sociedad, en tanto una es creadora de la vida física y la otra el artífice que la modifica, confluye en la bioética, término surgido de la combinación de los vocablos griegos: *bios* (vida) y *ethos* (costumbre). De ahí que se concibe a esta disciplina como “el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales” (Reich, 1995: vol. I).

En esta definición sobresale el carácter sistemático de la bioética; en tanto que es un estudio organizado de un ente y, es un sistema con elementos interdependientes que comparten una frontera delimitada por la filosofía. Tiene como objeto de estudio principal las conductas exhibidas por la comunidad de profesionales de la salud en torno a los problemas que se presentan durante el proceso de atención a la salud y la relación del ser humano con otras especies vivas. En esta perspectiva, la bioética nos permite tener una visión unitaria y valorativa del objeto de estudio que le es propio.

De la misma definición se desprende el interés por el ser humano en función de su conducta y de su dignidad como persona, de manera que no exista conflicto entre la preocupación por la vida y el bienestar del ser humano, así como el uso de procedimientos para ello. Al mismo tiempo, el estudio de la conducta humana implica la intervención de escalas axiológicas y lo que se ha considerado una “ética mínima”, es decir, el límite por debajo del cual se toca la

injusticia y la falta del bienestar elemental para cualquier persona. De igual forma, entraña la definición de criterios, juicios y cotos de licitud.

La importancia de las ciencias de la vida y de la salud se debe, en gran medida, al origen de la bioética como un problema profesional ante la disyuntiva de mantener, prolongar o aliviar la vida y las condiciones en las que ello ocurre. Por supuesto, no se restringe a este ámbito del conocimiento, pero es quizá el que mayor campo de acción que encuentra.

Para Juliana González, la bioética “abarca no sólo los múltiples y cruciales temas y problemas morales propios de la *ética médica*, sino también la no menos vasta y decisiva problemática, filosófica y ética, que plantea la *biotecnología* (...) y se aboca asimismo a desentrañar los significados éticos de orden *ecológico y demográfico*” (González, 2004: 33) dado que el desarrollo continuo en el conocimiento humano abre un infinito número de nuevos tópicos que seguramente preocuparán a la bioética en el futuro y que hoy son impensables; por ejemplo, hace un siglo era difícilmente imaginable plantear la disyuntiva de manipular o no la naturaleza misma del hombre, lo que hoy es posible debido a la investigación sobre el genoma humano.

1.2.1 DESARROLLO DE LA BIOÉTICA

Existen por lo menos dos tipos de razones que explican el nacimiento y desarrollo de la bioética en el curso de las dos últimas décadas del siglo XX. Una de ellas es la serie de avances acaecidos en el campo de la biología molecular y de la ecología humana, y la creciente preocupación por el futuro de la vida sobre la Tierra. La segunda razón es la profunda transformación operada en el ámbito de la medicina en los últimos cinco lustros (Gracia, 1998: 12).

Los avances científicos en el campo de la biología se sustentan básicamente en el descubrimiento del código genético ocurrido en los años sesenta, cuya manipulación abrió las puertas a nuevas investigaciones que dieron paso a originales términos y debates bioéticos: manipulación genética, eugenesia y clonación, son un ejemplo de ello. Otra razón se sustenta en las ciencias médicas; el ejercicio de la medicina siempre ha planteado problemas éticos –pero quizá nunca como en nuestros tiempos– debido, por una parte, a las modernas técnicas y medios de conservación y prolongación de la vida con el menor sufrimiento posible, de tal modo que la participación del paciente no solo como receptor, sino como individuo que toma decisiones se ha incrementado; por otra parte, la diversidad de disposiciones jurídicas e institucionales encaminadas al logro de la pretendida justicia universal. Así, la vertiente principal de la bioética es la establecida en el ámbito de la medicina.

1.2.2 CONCEPCIONES ÉTICAS

Cuando nos ocupamos del surgimiento de la bioética, nos referimos a los dilemas morales. A continuación, definiremos una serie de conceptos centrales de la ética que nos permitirán comprender más la naturaleza de este tipo de problemas y de los medios de los que se sirve la bioética para intentar resolverlos. Para ello, nos basaremos en los principios de la ética biomédica de Beauchamp y Childress. De acuerdo con una de las concepciones más habituales, la moral es un conjunto de normas de conducta socialmente aceptadas en una comunidad. La ética consiste en la reflexión crítica sobre la moral. Esto es, en tanto disciplina filosófica, toma como objeto de estudio la moral. La ética abarca distintas formas de entender y explicar la vida moral y en función de ellas, adopta enfoques normativos y no normativos. La

ética no normativa comprende, a su vez, dos tipos de ética: la ética descriptiva y la metaética. La ética descriptiva se basa en la investigación de los hechos de la conducta y las creencias morales. Por ejemplo, en el marco de disciplinas como la antropología, la sociología y la psicología se elaboran teorías de este tipo cuando se describen las normas o actitudes morales que caracterizan a ciertas comunidades o individuos. Este tipo de teorías no pertenece al plano del deber ser sino al plano del ser, no establecen normas sino que ofrecen una descripción de los hechos. Por otro lado, la metaética realiza el análisis del lenguaje, los conceptos y los métodos de razonamiento en ética. Así como la ética toma como objeto de estudio a la moralidad, la metaética toma como objeto de estudio a la ética y se ocupa, por ejemplo, de determinar el significado de términos éticos como derecho, obligación o principio y de estudiar esquemas de razonamiento y justificación moral. Por ejemplo, se pregunta qué significa decir que alguien debe hacer algo. ¿Se trata de una afirmación? ¿De una expresión de deseo? ¿De una orden? La ética normativa intenta responder a la pregunta: ¿Qué normas generales merecen aceptación moral y sirven para guiar y evaluar la conducta y por qué razones? Propone valores morales para guiar el comportamiento y provee un conjunto de juicios o pautas que señalan obligaciones morales. De acuerdo con esta definición, la ética normativa comprende las grandes teorías éticas que dan fundamento de la corrección moral de determinada forma de actuar, con lo cual se pasa del plano del *ser* al del *deber ser*. Algunas de las teorías éticas clásicas son las de Aristóteles, Kant y J. S. Mill. La teoría ética aristotélica defiende una determinada concepción de la “vida buena” y propone normas de conducta para llevarla a cabo. Las teorías de Kant y Mill establecen un criterio para determinar cuándo se actúa correctamente. La bioética al ser ética aplicada, implica la diligen-

cia del razonamiento ético a un campo de acción específico. La ética médica, por ejemplo, analiza los problemas morales y las decisiones en el contexto de la medicina. Con respecto a la ética aplicada, existen dos posiciones contrapuestas. Una de ellas, la concibe como la aplicación de una determinada teoría ética. Supone, por ejemplo, una teoría ética –el utilitarismo– y que la tarea de la ética consiste en aplicar el principio utilitarista a situaciones particulares. De modo que cualquier tipo de problema ético se resuelve a través de la utilización de dicha teoría. La otra posición implica una concepción más amplia de la ética aplicada, según la cual ella no se relaciona exclusivamente con una teoría ética sino que se nutre del razonamiento ético y de otros elementos del campo de la filosofía, que ayudan a problematizar, argumentar y resolver determinado tipo de problemas.

1.2.3 LA BIOÉTICA SE CONSTITUYE COMO UNA ACTIVIDAD INTERDISCIPLINARIA

Dado que en la bioética confluyen diversos ámbitos del conocimiento como la medicina, la biología, el derecho, la psicología, el psicoanálisis, la sociología o la filosofía; inscribiéndose en la rama filosófica de la ética aplicada, junto con otras vertientes de la ética con aplicación práctica, para ello, conviene establecer que la bioética existe “como intento de reflexión sistemática acerca de todas las intervenciones del hombre sobre los seres vivos; una reflexión que tiene un objetivo específico y difícil de alcanzar: el de identificar valores y normas que guíen el actuar humano ...” (Segreccia, 1999: 51).

Ese *intento de reflexión sistemática* contiene, en sí mismo, la necesidad de plantear un proceso, un modelo, una serie de pasos metódicamente ordenados que lleven

a un fin específico, a partir de conocimientos y supuestos establecidos por diversas ciencias, en aras de su carácter interdisciplinario. La *intervención del hombre sobre los seres vivos* alude, a la preeminencia del Estado para mantener el orden jurídico y social establecido. *Identificar valores y normas que quien el actuar humano* hace referencia al código moral y ético que deberá establecer el actual modelo a fin de proponer nuevas posturas.

Para configurar este modelo, se busca echar mano de diversas fuentes de conocimiento, pero de ninguna manera se pretende realizar una mezcla indiscriminada de elementos que se pudieran considerar útiles para lograr el fin perseguido, por el contrario, el riguroso conocimiento del problema y el establecimiento de los procedimientos del debate para clarificarlo son impostergables.

En este sentido, para Scarpelli, en bioética, “se deberían establecer sólo reglas formales basadas en el principio de tolerancia de cualquier ética (...) de buscar orientaciones válidas y racionalmente fundamentadas, y por esto susceptibles de compartirse o, por lo menos, de discutirse responsablemente” (Scarpelli, 1998: 60-61). Esto es, como lo exige la bioética laica, la tolerancia es una característica que debe cumplir el modelo aquí propuesto, a fin de no vulnerar ideologías de cualquier índole y, sobre todo, lograr la mayor aceptación posible.

Los derechos humanos no son sólo una práctica social, sino una práctica difundida en todo el mundo, incluyendo las implicaciones que lleva consigo, para lo cual será indispensable echar mano de diversas disciplinas que permitan el estudio de sus antecedentes, de su práctica, de consideraciones jurídicas y de las distintas posturas al respecto.

1.2.4 PRINCIPIOS Y CONCEPTOS: SUPERACIONES Y EXCEPCIONES

La bioética se constituye como una práctica social porque está primordialmente al servicio del individuo como ser comunitario y, por lo tanto vela por el interés general; ello requiere que el trabajo bioético sea actual, práctico, activo y pacífico (Palacios, 2000: 24). Actual, al mantenerse pendiente del contexto contemporáneo y a partir de las enseñanzas del pasado y las consecuencias previstas para el futuro; práctico, porque sus postulados deberán resultar acordes con la realidad y, por lo tanto, ser aplicado; activo, ante la disyuntiva de utilizar a la ciencia y tecnología de manera positiva o negativa y, en consecuencia, propiciar el debate para adoptar una postura clara al respecto; finalmente, deberá ser pacífica, porque primordialmente condenará la violencia en todas sus manifestaciones como una muestra de anticivilización y antihumanidad.

La bioética del siglo XXI deberá ser plural porque así se aleja de cualquier ideología o interés particular, de tal manera que resulte respetuosa de la pluralidad moral y las minorías; deberá ser, en consecuencia, incluyente, tolerante de las propuestas éticas (mayoritaria o minoritaria) aún con quienes no las comparten. Para ello, resulta indispensable la deliberación conjunta cuando esto sea necesario a fin de conocer y reflexionar sobre la diversidad de posturas.

Los principios bioéticos van más allá de la ética médica y en efecto, son fundamentales para la bioética, pero también la trascienden, pues se pueden aplicar a otras áreas aparte de las ciencias de la salud y de la vida humana. Estos principios de igual forma van más allá de las ciencias biomédicas ya que a los abogados (ejemplo fácil de encontrar) penales o civiles, también les serían propicios para guiarlos en el ejercicio de la profesión y en el progreso de su

desempeño. Sin embargo, conviene reconocer que desde el punto de vista de la ética médica, estos principios han dado a los pacientes un rol protagónico como seres competentes de fomar sus propias medidas en aquello que les afecta y no como seres pasivos, tal como ocurría hasta la primera mitad del siglo XX. En definitiva, es necesario reconocer que estos principios son coherentes porque dependen de las condiciones materiales y circunstanciales en el momento de su aplicación (Fraus, Cabral, 1999: 7).

Es conveniente mencionar dos aspectos fundamentales de la bioética aplicada, moral:

1. La bioética, se identifica más con la ética de la ciencia, definida como el conjunto de leyes que regulan el uso de la razón para discernir un proceso racional científico distinto no científico. Esto es bioética, nosotros también la podemos definir como el proceso de contrastación de los hechos biológicos con los derechos humanos para globalizar los juicios sobre las diversas situaciones y mejorar así la toma de decisiones.
2. Los principios de Beauchamp y Childress son los principios de la bioética y son normas fundamentales para orientar y ayudar a tomar decisiones “globales”, y no únicamente clínicas y se rige, para Engelhardt por cuatro principios:
 - A. Principio de autonomía. “La autoridad de las acciones que implican a otros en una sociedad pluralista secular tienen su origen en el permiso de éstos” (Engelhardt, 1995: 138), de tal manera que sin dicho consentimiento no existe autoridad; ésta no puede partir ni de argumentos racionales ni de creencias comunes, que siempre resultarán relativas, sino del acuerdo con los elementos que le

- constituyen. Implica el respeto por las personas, sus opiniones y elecciones.
- B. Principio de beneficencia. Se basa en el logro de beneficios evitando perjuicios. Se sustenta en el principio de autonomía dado que implica el respeto por el otro a fin de evitarle males, es decir, obliga a no hacer daño, extremar los beneficios y minimizar los riesgos.
 - C. Principio de iusticia. Procede del principio de autonomía y se constituye en el terreno del respeto recíproco, dado que violar la propiedad equivale a violentar a la persona del propietario, debido al estrecho vínculo establecido entre ambos. Existen tres tipos de propiedad: individual, comunitaria y general.
 - D. Principio de autoridad política. Se deriva del consentimiento otorgado por los gobernados a partir de un mutuo acuerdo que se basa en la protección de los inocentes contra el uso de la fuerza no consentida, el cumplimiento de los contratos y la creación de los derechos a recibir asistencia social mediante la utilización de recursos colectivos.

Diego Gracia concluye que estos principios bioéticos se estructuran en dos niveles diferentes de la vida moral: la privada (autonomía y beneficencia) y la pública (justicia y autoridad política). En caso de conflicto entre ambos niveles, el ámbito privado deberá supereditarse al público (Gracia, 1998: 100). Al mismo tiempo, se reconoce en estos principios el carácter relativo, dado que no pueden ser absolutos al depender básicamente del contexto en que se ubican o la situación a que se aplican.

1.2.5 BIOÉTICA LAICA

La bioética requiere de una actitud incluyente para enfrentarse a los nuevos retos que el contexto actual le presenta, por ello, resulta indispensable la adopción de una postura laica que la aleje de cualquier inclinación religiosa en detrimento de sus reflexiones independientes; de lo contrario, la bioética corre el riesgo de mostrarse como una disciplina excluyente pero, sobre todo, intolerante. Ello obedece a que en la bioética cobra especial relevancia el reconocimiento a la diversidad, el pluralismo ético, la gran cantidad de puntos de vista. La complejidad del ámbito bioético, entonces, resulta incuestionable y por lo tanto implica la aceptación de que no existe un único código de ética que se ejerza por encima de los demás.

El objetivo principal de la bioética laica se rige por el avance del conocimiento humano, por lo que se sujeta a la ciencia y evita intromisiones externas en cuanto a sus posibilidades de investigación; así, el progreso de la ciencia es el progreso de la humanidad, particularmente si se considera que la bioética se enfoca a disminuir el sufrimiento del ser humano. Esta posición reconoce al ser humano como parte de la naturaleza. Al mismo tiempo, la bioética laica pretende proporcionar una comprensión de la condición humana a través de un análisis formal de las ideas y valores que estructuran el significado del mundo y guían las prácticas en este ámbito.

Resulta indispensable que la bioética se erija en una postura laica particularmente porque existe una gran diversidad de creencias, tanto religiosas como agnósticas o ateas, por lo tanto se vuelve primordial que esta disciplina defienda el derecho de libertad de conciencia y evite inclinarse hacia cualquier credo que, finalmente, es relativo y, por lo tanto, no cumple con el carácter universal que pretende la

bioética. Al mismo tiempo, cada postura ideológica posee también su particular código de ética y resulta necesario que la bioética concilie, en lo posible, las disimilitudes, de tal manera que se logre un acuerdo moral sobre los mínimos aceptables y exigibles a todos, de tal manera que se constituya como una especie de eje bioético.

Este acuerdo debe ser racional y no directamente creencial. En el campo específico de la bioética esto significa que aun teniendo todas las personas derecho al escrupuloso respeto de su libertad de conciencia, las instituciones sociales están obligadas a establecer unos mínimos morales exigibles a todos. Éstos ya no podrán fijarse de acuerdo con los mandatos de las morales religiosas, sino desde criterios estrictamente seculares, civiles o racionales (Gracia, 1998: 18).

De esa manera, la bioética laica defiende el *principio de autonomía moral*, es decir, que todo hombre es igual en dignidad, por lo que ninguna persona –aún la autoridad o la familia– puede decidir sobre su vida y su salud; al mismo tiempo, esgrime el respeto absoluto a la libertad moral y religiosa en cuanto son ideologías individuales, pero reprueba que la propia bioética se funde en ellos para intentar resolver los problemas de su incumbencia. En síntesis, la bioética propugna la noción de una conciencia de la libertad y la dignidad que, a fin de cuentas, no son patrimonio de credo ni ideología alguna.

Asimismo, para Hottos, la bioética laica defiende:

[La] autoevolución no sólo simbólica sino también tecnofísica de la humanidad; postmodernidad a la vez simbólica y tecnocientífica, ética de la responsabilidad; denuncia de los fundamentalismos, de las esencias y de los valores en sí; afirmación de la noción de tecnociencia y de los operadores de cambio ilimitado pragmatismo evolutivo y abierto; no al dirigismo ideológico y libertad de investiga-

ción; valor de la civilización tecnocientífica y multicultural; biopolítica laica con una metodología ética apropiada: de procedimiento y recursiva; y vigilancia de la disminución del sufrimiento del ser vivo (Hottois, 2000: 93-94).

Debe prevenirse, no obstante, concebir a la bioética laica como una orden religiosa sustituta que busque adoctrinar a quienes profesan cualquier credo para convertirlos al laicismo; tampoco se trata de una asesoría legal alternativa y mucho menos moral.

Esta vertiente cuenta también con sus limitantes, pues como explica Engelhardt, la bioética laica no puede elaborar argumentos seculares concluyentes para prohibir muchas acciones que son consideradas por la sociedad cristiana occidental como un desorden moral, tales como el suicidio, la eutanasia activa de niños gravemente deficientes, o las “actividades sexuales antinaturales”. Tampoco puede justificar la consecución, mediante el uso de la fuerza, de visiones igualitarias o de concepciones dotadas de contenido de la “corrección política” (Engelhardt, 1995: 42). Ello constituye una muestra de la tolerancia y pluralismo que la bioética laica defiende: no se erige como un juez absoluto que anula a priori cualquier postura que contradiga a otras —aun cuando se trate de posturas seculares—, sino que se basa en principios morales mínimos, como la defensa de la vida.

Recapitulando, la bioética laica se preocupa por favorecer una vida de calidad de los seres vivos, entre los cuales se encuentran los seres humanos, reconociéndoles el derecho de vivir y morir con el mínimo de sufrimiento posible y siempre con el más alto acceso a los cuidados que favorezcan su bienestar, a partir de los parámetros de la sociedad en que se desenvuelven.

Finalmente, la bioética deberá ser universal porque de esa manera evitará la mediatización impuesta por las fronteras y las diferencias económicas, culturales y tradi-

ciones. Así, su expansión dependerá del alcance de la ciencia y tecnología en determinado tiempo y lugar. Asimismo, se considera que la bioética del siglo XXI es una disciplina autónoma, es decir, conformada por un criterio de moralidad que “no puede ser otro que el propio ser humano. Es la razón humana la que se constituye en norma de moralidad, y por ello mismo en tribunal inapelable: eso es lo que se denomina ‘conciencia’ y ‘voz de la conciencia’” (Gracia, 1998: 19).

Esto contradice a quienes pretenden considerar a la bioética como una disciplina regida por sistemas morales cuyas normas son impuestas al individuo desde fuera: naturalistas, sociológicas, teológicas, por mencionar algunas. Como cualquier otro campo del conocimiento, resulta imprescindible que la bioética posea un lenguaje propio; éste deberá tener un alcance global, particularmente debido a la multitud de disciplinas que abarca y a la complejidad de sujetos a quienes se dirige.

Así, la bioética encuentra un amplio camino que recorrer a lo largo de este siglo XXI, trayecto al que deberá enfrentarse con pluralidad y tolerancia, con una conciencia absoluta de que se trata de servir al individuo y a la sociedad en su conjunto, en beneficio de la vida misma y, además, con un lenguaje propio que comunique eficazmente sus reflexiones.

1.3 DERECHOS HUMANOS

De acuerdo con la constitución material y espiritual, el ser humano precisa de determinadas condiciones esenciales para vivir, es así como surge el pensamiento iusnaturalista, el cual defiende que “todos los seres humanos poseemos una vida individual, única, con exclusión e independencia

de los demás” (Herrera, 1998: 19). En términos de Margarita Herrera, una persona es un coexistir en el que se presentan algunas de las siguientes características: racionalidad, sensibilidad, amor, libertad y voluntad; posee cuerpo, está dotado de propiedades físicas y químicas, además de alma o espíritu, por lo que se convierte en el soberano tanto en el universo como en relación con sus semejantes.

La defensa de la dignidad de la persona se ha ido desplegando de manera paralela con las diversas etapas históricas por las que ha pasado la humanidad en relación con la suma de necesidades que demandan atención del Estado, para permitir el desarrollo de hombres y mujeres en todos los órdenes. Bajo este precepto, el ser humano debería ocupar el lugar que le corresponde, tanto en el universo como consigo mismo, en relación con sus semejantes dentro de instituciones justas, pues de otro modo el concepto de derechos humanos de las Naciones Unidas no se fundamentaría realmente, ya que refiere que “son las condiciones de la existencia humana que permiten al ser humano desenvolverse y utilizar plenamente sus dotes de inteligencia y de conciencia en orden a la satisfacción de las exigencias fundamentales que le imponen su vida espiritual y natural” (Solar, 2000: 21-22).

Si bien es cierto que las investigaciones y propuestas en el siglo XIX advirtieron que los derechos humanos no son absolutos, sino susceptibles de cambio, de acuerdo con las necesidades de un contexto determinado, a lo largo de los siglos han mantenido dos particularidades: la defensa de la persona humana y la limitación del poder al Estado, pues la aceptación de los derechos humanos no fue tan sencilla, se necesitó formularlos como imperativos para consignarlos en la parte dogmática de las constituciones.

1.3.1 LA FILOSOFÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Sin lugar a dudas, la lucha por los derechos humanos ha sido una expresión de amor y justicia, que refiere justo la postura ricoeuriana, ya que gracias a diversos planteamientos, la filosofía de estos derechos enriquece y formula propuestas a favor de la dignificación de la persona. En otras palabras, los principios que propugnaron la democracia liberal parten de la base de que los derechos fundamentales de las personas están por encima del Estado y tienen un valor más elevado que el mismo Estado, afirmando que una de las conclusiones radicales es atestiguar la seguridad de tales derechos:

Consideramos como filosofía de los derechos humanos, los requerimientos dirigidos al legislador, basados en juicios de valor, en normas o principios ideales de justicia, en criterios estimativos con la finalidad de que el origen jurídico positivo emita preceptos que satisfagan tales requerimientos, exigencias o peticiones (Herrera, 1998: 24).

Lo anterior supone que dicha filosofía está respaldada por un humanismo que vislumbra al ser humano en su dimensionalidad particular con y para los otros, y apunta que libre de tener cada uno un fin en sí mismo, se asume un destino social a favor de la humanidad. Por tal razón, es momento de desarrollar cómo Ricoeur comprende los planteamientos de la *Declaración Universal* y los pactos subsecuentes. Evidentemente, este autor recurre a múltiples pensadores para conocer los diversos tratamientos de tan complicado tópico.

Ricoeur admite que coexisten pensadores que comparten el interés por enriquecer las posturas en torno a los derechos humanos, aunque algunos despierten inquietudes que no se pueden resolver fácilmente. Normalmente se di-

vide las teorías éticas: en teorías de lo correcto y teorías del bien. Este último estilo de teoría ética, que insiste en que deben fomentarse las consecuencias buenas, necesita obviamente una teoría del bien para decir qué consecuencias son buenas y han de ser fomentadas y cuáles no. Pero incluso el primer estilo de teoría ética constata en ocasiones la necesidad de una teoría del bien, si no más que para detallar el “deber de beneficencia” que normalmente incluye entre las “cosas correctas” a realizar: obviamente, necesitaremos una teoría del bien que nos diga cómo habremos de aplicar exactamente ese deber de hacer el bien a los demás (Singer, 1995: 337). Esto quiere decir que un conocimiento distinto que pretenda instituir los derechos humanos sobre un fundamento filosófico moderno, debe asumir el perfeccionamiento que la expresión “derechos humanos” ha sobrellevado desde 1948.

Previa a la concepción de la filosofía de los derechos humanos, está la vida; por ello, Ricoeur destaca los principales elementos de la concepción ética, en donde no prevalecen en ningún momento las ideas del deber, ley u obligación. El tema del individuo, su posición en la sociedad y sus derechos y deberes es uno de los tópicos “perdurables” del pensamiento político y jurídico de la humanidad. Siempre ha sido un problema complicado, puesto que tiene estrechas relaciones tanto con fenómenos sociales como el Estado, la democracia, la ley y la legalidad como en el movimiento, aún incipiente, para crear un cuerpo de derechos que definan la posición de la persona en la sociedad. Cada estadio del progreso de la humanidad se ha caracterizado por la expansión de los derechos humanos, cuyo alcance y nivel están determinados por las condiciones sociales y económicas prevalecientes, por la naturaleza de la cultura, el sistema político y democrático y la forma de vida (Kudryavtsev, 1985: 92).

La dirección general que debería seguir éste desarrollo es evidente: extender los derechos y las libertades de los ciudadanos en la legislación existente y de este modo democratizar y hacer más eficaces las medidas y disposiciones existentes con vista a la implantación práctica de estos derechos y libertades. Sin embargo se debe tener claro que estos desarrollos ulteriores incumben todavía al aparato jurídico del Estado (Ricoeur, 1995: 14-15).

Dicho supuesto exige buscar una base más extensa que permita sintetizar de manera honesta los derechos sociales y de los individuos dentro de una concepción nueva de los derechos subjetivos. Estas tareas requieren un esfuerzo moderno de deliberación por parte de los pensadores occidentales, herederos de la tradición europea, y también la asistencia de pensadores de otros continentes y culturas, para así dar cabida a la universalidad que aún falta en las declaraciones indefinidas.

Asimismo, la significación de la persona propuesta por la *Declaración universal de derechos humanos* invocaba una legitimación global, apoyada en la razón, la conciencia moral y la autodeterminación, insubordinada a convenios prescriptibles y a conjuntos prácticamente demostrables (Ricoeur, 1995: 16). De hecho, la nueva orientación manejada por las convenciones involucra un canje de conexos: el individuo es el lugar en su locución cultural, dando pie a que la universalidad otorgue espacio a la generalidad.

Los hombres y las mujeres no cuentan con igualdad. La refutación es el verdadero elemento de la presencia humana. Este punto de vista será impugnado por las metafísicas actuales que desafían el problema de lo posible, de la objeción y de la utopía. La filosofía de la praxis logra constituir la idea de las miserias humanas, pues integra la idea de un progreso histórico motivado por la tendencia al aumento del orden y la complejidad estructural, por lo que

goza de las siguientes particularidades: es intencional, auto-determinante, racional, innovadora y acumulativa (Ricoeur, 1995: 17).

La mentalidad abierta y flexible de Paul Ricoeur posibilita entender el empeño intelectual de los autores occidentales por extender la base filosófica de los derechos individuales y sociales, que se une al de los colaboradores no-occidentales, pues como señala Ricoeur:

puede distinguirse una doble línea: por una parte, un esfuerzo por hallar en la propia tradición intelectual y espiritual un fundamento distinto al de la filosofía europea y americana de los siglos XVII y XVIII; del mismo modo, se puede apreciar un intento de reformular algunos de estos derechos sobre la base de ese fundamento diferente (Ricoeur, 1995: 20-22).

Si la conciencia de los derechos humanos y de su beneficio ha de penetrar en las mentes y en los corazones de los seres humanos y si debe fundarse un nuevo orden mundial basado en la justicia, la humanidad, la armonía y la calidad de vida, entonces es esencial fortalecer el papel de la educación para los valores humanos e impartir nuevas directrices a su contenido y metodología. La sanción última a la verdadera observancia de los derechos humanos reside en el compromiso de las sociedades tal como se reflejan en las creencias y los valores de los individuos. Por tanto, debemos liberar la protección de los derechos humanos de la custodia de los gobiernos e instituciones de poder y confiarla al cuidado de las sociedades y los pueblos (Kirpal, 1985: 319). Así es como Julian Huxley, primer director general de la UNESCO, formula el principio de mayor peso de la *Declaración universal*: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (cfr. Ricoeur, 1995: 23-27).

La noción de justicia que recoge la *Declaración universal de derechos humanos* contiene unos valores que se han ido perfilando a lo largo de la historia como norma de lo justo. Dos valores son sin duda los básicos en la *Declaración*: la libertad y la igualdad. El valor de la libertad ha dado origen a la llamada primera generación de los derechos humanos, son los derechos civiles y políticos. El valor de la igualdad ha originado la segunda generación de los derechos humanos, son los derechos económicos, sociales y culturales. Hoy en día se ha ampliado la lista de los derechos humanos con una tercera y una cuarta generación (Cortina, 1998: 39).

Sin lugar a dudas, nos enfrentamos a distintas modalidades que refieren el discurso de los derechos humanos, siendo occidente uno de los grandes portavoces. Paradójicamente, los derechos humanos, concebidos como derechos subjetivos individuales, constituyen una ideología y una instrucción justificada de encubrimiento, cuando se ocultan las violaciones de los derechos económicos, sociales y culturales. Con tales referencias, cualquier individuo o institución que discuta o decida en función de la bioética debe estar sujeto a la constitución y el sistema jurídico aplicable al caso, máxime cuando se reconoce que los derechos humanos competen a la totalidad de la especie humana al haber sido reconocidos y garantizados por los diversos órdenes y regímenes jurídicos y políticos; tal relación entre bioética y derechos humanos encuentra su convergencia en la necesidad de aquélla para recurrir a la ley para tratar de dar solución a los problemas que se le plantean y que la gran mayoría de las veces, tienen que ver con la dignidad y calidad de vida del individuo.

1.4 BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS

Para defender los derechos humanos, se creó en México la Comisión Nacional de Derechos Humanos la cual concluyó que en los casos en que intervienen poseen únicamente el carácter de observadores, de tal modo que son sólo recomendaciones sin carácter punitivo lo que desafortunadamente no obliga a los implicados a seguirlas, dejándolo a su elección. Quizá actualmente la ley de México no lo establezca, pero valdría la pena legislar al respecto a fin de apegarse de manera irrestricta al respeto y cumplimiento de los derechos humanos en el país.

Las implicaciones bioéticas en torno a la conceptualización de los derechos humanos varían en función del ámbito en que se circunscriben, particularmente en lo referido a lo mundial y a lo latinoamericano. Los contextos legal, cultural y social de ambos acuerdos se encuentran supeditados a las condiciones internacionales que influyen en lo local, lo cual produce claras diferencias de enfoque sobre los medios y propósitos de la bioética, particularmente en el área de las ciencias de la salud.

Existen, por supuesto, ciertas coincidencias. Tanto los países europeos como los latinoamericanos comparten el interés y la necesidad de que el paciente y su familia sean informados sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento, a fin de decidir libremente lo que consideren más apropiado, es decir, les reconocen los derechos del consentimiento informado y de la calidad de vida.

Debe destacarse que “mientras se mantenga la actual estructura social y económica [de América Latina] los derechos humanos no podrán realizarse plenamente”. Tal situación encuentra su origen en la pleitesía obligada de los países latinoamericanos hacia las naciones dominantes y el predominio del poder económico —casi inexistente en América Latina—; de grupos favorecidos; en tanto esta situación persista, no será posible hablar de derechos humanos en el

subcontinente. Es necesario, primero, cambiar el orden interno de estos países, para después reestructurar el externo.

La bioética encuentra una estrecha relación con algunos derechos humanos más que con otros, particularmente por su vinculación con la vida, la ciencia y la tecnología. Al mismo tiempo, hace patente su interés por la igualdad y la dignidad proclamadas en la *Declaración universal de los derechos humanos* pero, de manera especial: la bioética laica tiene particular interés en el derecho a la información que dará a la persona la libertad de elegir cuando así sea necesario.

Lo anterior reconoce a la persona como un ser actual surgido de la experiencia y no constituido únicamente como un reflejo de fuerzas naturales y sociales, de tal manera que se erige como un individuo único con capacidades, poderes y dones particulares. Pero el ser humano no se constituye como una entidad individual, alejado de su medio; por el contrario, la bioética lo concibe como un ente basado en la praxis que le lleva a equiparar su identidad con la de su semejante en las reglas de la práctica social, de tal modo que le reconoce como su igual, merecedor de los mismos derechos.

1.5 ESTADO ACTUAL DE LA BIOÉTICA Y PERSPECTIVAS PARA EL SIGLO XXI

Durante los últimos años se ha empleado el término “abordaje bioético” para referirse a las reflexiones que esta disciplina hace sobre ciertos temas específicos; para Alain Pompidou, la bioética se sirve de expertos, políticos y ciudadanos para ello (cfr. Palacios, 2000: 47). De expertos, porque integran la columna vertebral del tema con sus aportaciones científicas; de políticos, porque al estar relacionados con los regímenes gubernamentales, legislativos y jurídicos, deben estar enterados de los avances tecnoló-

gicos y científicos que afectarán a sus conciudadanos; y de ciudadanos porque deben estar informados de lo que ocurre a su alrededor y, como opinión pública, son los principales responsables de la elección de los grandes temas bioéticos que entran en debate.

La bioética como disciplina ha nacido para resolver problemas particulares, necesariamente recurre a diversas disciplinas para irlos zanjando; de ahí la necesidad de que continuamente vaya construyéndose de modo multi e interdisciplinario. Con los avances tecnológicos y científicos que se produzcan en la historia de la humanidad, la bioética encontrará numerosos y amplios caminos que recorrer, ligada, en cada caso, con diferentes ámbitos del conocimiento y, por lo tanto, requerirá de ir forjando nuevos modos de investigación y diversos modelos bioéticos aplicables a cada caso en particular. De lo que se trata, dice Juliana González, es de “fundar un humanismo crítico, filosófico, laico, racionalmente justificado, desde el cual puedan replantearse, con nuevas perspectivas, esas grandes interrogantes de la vida y de la muerte” (González, 2004: 39) que expresa el quehacer científico.

1.5.1 CONSTRUCCIÓN CONTINUA MULTI E INTERDISCIPLINARIA DE LA BIOÉTICA

Por su propia naturaleza, la bioética echa mano de numerosas disciplinas, a veces disímiles, pero que encuentran el punto de unión precisamente en esta multi e interdisciplina. En primer término, implica el estudio de la filosofía, particularmente de la ética, a fin de contar con los elementos necesarios para analizar la conducta humana en casos específicos, siempre en función de principios éticos y códigos morales. En segundo término, suele ligarse a la bioética con las disciplinas de la salud, sobre todo porque, al ocuparse de

la vida, se interesa por los conflictos planteados al confrontar la postura médica para evitar sufrimiento, curar o dar alivio, en contra de la opinión y creencias de los pacientes, sus familias e, incluso, el Estado.

En este punto se integra el derecho como rama del conocimiento encargada de normar la conducta del hombre en sociedad, por lo tanto sus implicaciones tienen estrecha relación también con la bioética. La multi e interdisciplinariedad de la bioética es indiscutible, al grado que, prácticamente por cada conflicto que busque resolver, conjuntará los conocimientos aplicados por diversas disciplinas, según sea el caso. En un sentido más general, la bioética abarca dos campos concretos del conocimiento: la filosofía y la ciencia que, en el ámbito de la bioética, comparten numerosos problemas que el enfoque filosófico busca develar.

La estrecha vinculación mantenida entre ambos campos se centra, particularmente, en el interés bioético por establecer restricciones al avance tecno-científico: debate sobre los límites de la libertad de investigación, sus costes y consecuencias, particularmente para el ser humano y su entorno, con todo lo que ello implica; sobre la potestad del científico para intervenir en los procesos sociales; sobre el poder de la ciencia para conjeturar sobre el conocimiento; en suma, la bioética pretende definir criterios y límites, si es que éstos existen, de la actividad científica, así como quién está capacitado para establecerlos. Confronta la tendencia del ser humano de progresar en el saber científico con la independencia –incluso incuria– de la ciencia hacia los valores éticos y su propia praxis.

La humanidad en su totalidad debe ser consciente que la defensa de los derechos humanos requiere afianzarse en los individuos por medio de un sentido de solidaridad común; al mismo tiempo, un sistema universal de educación para tales derechos seguramente liberará a la humanidad de

su preocupación permanente por el bienestar material y le hará mirar hacia el camino que lleva a una auténtica vida de calidad garantizada prácticamente por el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas; con lo cual colabora la bioética.

BIBLIOGRAFÍA

- BEAUCHAMP, Tom L., CHILORESS, James F. (1999) *Principios de ética biomédica*, Barcelona, Ed. Masson, 4 edc.
- CORTINA, Adela et al. (1998) *Educación en la justicia*, Valencia, Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia.
- ENGELHARDT, H. Tristram (1995) *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, trad. Isidro Arias, Gonzalo Hernández y Olga Domínguez.
- GONZÁLEZ, Juliana (2004) “Valores éticos de la ciencia”, *Bioética y derecho*, Rodolfo Vázquez (compilador), México, ITAM/FCE, 2 edc.
- GRACIA, Diego (1998) *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, Bogotá, El búho.
- HERRERA ORTIZ, Margarita (1998) *Manual de derechos humanos*, México, PAC, 2 edc.
- HOTTOIS, Gilbert (2000) “Bioética europea: un acercamiento laico pragmático”, *Bioética2000*, M. Palacios (coordinador), Oviedo, Nobel.
- KIRPAL, Preni (1985) “Situación actual de los derechos humanos”, *Los fundamentos filosóficos de los derechos humanos*, Paul Ricoeur et al., Barcelona, UNESCO, Serbal, trad. Graziella Baravalle.
- KRAUS, Arnoldo, CABRAL, Antonio R. (1999) *La bioética*, México, Tercer Milenio, CONACULTA.
- KUDRYAVTSEV, Alexey N. (1985) “Los derechos humanos y la constitución soviética”, *Los fundamentos filosó-*

- ficos, Paul Ricoeur et al, Barcelona, UNESCO, Serbal, trad. Graziella Baravalle.
- LLANO ESCOBAR, Alfonso (2000) *¿Qué es Bioética?*, Bogotá, 3R Editores.
- LUNA, Florencia, SALLES, Arleen L. F. (1999) “Develando la biética; sus diferentes problemas y el papel de la filosofía”, *Perspectivas Bioéticas*, Año I, No. 1.
- MARTÍN, Farell (1996) “Apresurando la propia muerte”, *Perspectivas Bioética*, Año I, No. 1.
- MIRÓ QUESADA, Francisco (1985) “Los derechos humanos de América Latina”, *Los fundamentos filosóficos de los derechos humanos*, A. Diemer, et al., Barcelona UNESCO/Serbal, trad. Grazistla Baravatlé.
- PALACIOS, Marcelo (2000) “Bioética practica para el siglo XXI”, *Bioéticos 2000*, M. Palacios (coordinador), Oviedo, Nobel.
- PORNPIDOU, Alain (2000) “Bioética, un compromiso compartido”, *Bioéticos 2000*, M. Palacios (coordinador), Oviedo, Nobel.
- REICH, Warren Thomas (edición) (1995) *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York, Georgetown University, Macmillan Library, vol. 1.
- RÉISER, Stanley J. (1984) “Misconduct and the Development of Ethics in the Biological Sciences”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, No. 3.
- RICOEUR, Paul et al (1995) *Los fundamentos filosóficos de los derechos humanos*, Barcelona, UNESCO, Serbal, trad. Graziella Baravalle.
- SCARPELLI, Uberto (1998) *Bioética laica*, Milán, Baldini&Castoldi.
- SERRANO, B. I. (1999) “La bioética como propuesta para la resolución de los confitctos: Principios básicos en bioética, Comites de ética asistenciales”, *Cuadernos de Bioética*, X. Ibarzabai, J. M., Urquia (coordinadores),

San Sebastian, Real Sociedad Vascongada de Amigos del País, Ministerio de Salud.

SGRECCIA, Elio (1999) *Manual de Bioética*, México, Diana, Universidad Anáhuac, 2 edc., trad. V M., Fernández.

SINGER, Peter (edición) (1995) *Comendio de ética*, Madrid, Alianza, trad. Jorge y Margarita Vigil.

SOLAR ROJAS, Francisco del (2000) *Los derechos humanos y su protección*, Lima, Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega.

VILLALPANDO CASAS, José de Jesús, CANO VALLE, Fernando (2003) “El recurso de la estrategia prospectiva aplicada al desarrollo de la Bioética”, *Summa bioética*, México, Comisión Nacional de Bioética, Año I, No. 1.

2. ÉTICA Y DERECHOS HUMANOS: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Deseo que la salud se deje de considerar como una bendición esperada, y se conciba en cambio como un derecho humano por el que se ha de luchar
Kofi Annan

2.1 INTRODUCCIÓN

La salud mental en relación a los derechos humanos se puede abordar desde tres perspectiva inherentes a la bioética: en la primera, se trataría del valor que los derechos humanos implica a la salud pública general; la segunda, incluiría algunos principios, normas y procesos con los cuales actúan los psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras que atienden los múltiples casos de trastornos mentales, y la tercera, que es en la que se centrará el presente texto, tiene que ver con dos indicadores que ponen en evidencia cómo la estigmación social y la falta de una política sanitaria específica repercute en la poca y deficiente atención a la salud mental. Aunque es cierto que para resolver muchos de los problemas sociales se necesitan importantes sumas de recursos financieros, vale la pena mencionar que la atención de la salud mental aboga fundamentalmente por la sensibilidad y la conciencia de la humanidad entera.

La defensa de los derechos humanos inherentes a los servicios de salud mental se vincula con la evolución de la idea misma de los derechos, la cual surge desde la *Declaración universal* de 1948, como respuesta ante los crímenes cometidos en la Alemania nazi durante la segunda guerra mundial (1939-1945); pero de igual forma, con antelación, se desarrolla –como apunta Fernández-Carrión, 2016– la

larga historia “secreta” de las experimentaciones con seres humanos en los Estados Unidos (Cavestany, 1997:1), de 1930 en adelante, así como en la antigua Unión Soviética, Dinamarca (Otzen, 2015)... se ensayó por diferentes motivos: “raciales”, políticos y sociales, no siempre por razones médicas y aún en ese caso, que sería el menos pernicioso de todos (Fernández-Carrión, 2016)⁶⁴, habría que precisar como lo hace Pfeiffer, que

Nada, ni la humanidad, no la ciencia ni el progreso, nos autoriza a usar a las personas para otra cosa que para su propio beneficio, cada uno puede inmolar su vida a un ideal superior pero no la de otros, nadie puede y menos aún debe obligar a nadie a hacerlo ni de manera violenta ni con subterfugios ideológicos pacíficos, ni recurriendo a su condición de vulnerado. Nada, ni la humanidad, ni la ciencia, ni el progreso, pueden estar por encima del bienestar de las personas, sólo respetando este principio podremos admitir que provisoriamente, mientras no se encuentre otro método, se use el método científico y se experimente con humanos (Pfeiffer, 2006: [12]),

con estricto control de la sociedad (no de los organismos políticos) y con conocimiento por parte de los afectados y de sus seres allegados de todo el procedimiento a seguir y las posibles consecuencias o secuelas que puedan sufrir en sus propias vidas y de sus descendientes (Fernán-

⁶⁴ En Alemania nazi durante la segunda guerra mundial se experimentó con seres humanos, especialmente contra los judíos por razones “raciales”, mientras que en Estados Unidos y en la Unión Soviética fundamentalmente se hace por motivos políticos; en el primero para mejorar la defensa nacional y en segundo lugar se experimenta sobre todo para obtener patentes médicas, mientras que en el segundo país se emplea contra los adversarios del régimen político; en cambio, en Dinamarca, les guía la adecuación a los costumbres sociales imperantes (Fernández-Carrión, 2016).

dez-Carrión, 2016), para favorecer de forma determinada y creciente la libertad y la dignidad humana. A partir del momento en que tomaron el dominio, elaboraron, paso a paso, leyes y programas de divulgación para deshumanizar a muchas personas, entre ellos a los enfermos mentales, los vulnerables, los judíos, los negros... y los mendigos a quienes sin menoscabo se les señaló, en distintos momentos, como indignos de la vida.

En general, la ignorancia o el atropello de los derechos humanos han resultado humillantes en todo tipo de actos de barbarie, ya que perturban una ambición muy elevada: el acaecimiento de un mundo en que los seres humanos tengan la oportunidad de hacer respetar su dignidad y comportarse solidariamente los unos con los otros.

Interesa abordar los derechos humanos relacionados con la bioética y los servicios de salud pública porque frente a la impotencia por resolver los grandes problemas mundiales, la humanidad ha caído en un grado de indiferencia alarmante, en el que la violencia, la masacre entre seres humanos, la devastación ecológica, la contaminación del medio ambiente, las enfermedades endémicas, etc., ya son vistos por muchas personas como acontecimientos normales, y eso simplemente habla de un problema cultural y social, así como un cierto trastorno mental generalizado que debe atenderse con emergencia.

Ante de nada hay que tener en consideración que la discusión sobre los derechos humanos ofrecen un amplio marco para la reflexión y constituyen una guía útil para promover medidas que atiendan las necesidades sociales; pero, sobre todo, las ideas que ahí se viertan, redundan a favor de los derechos humanos que dignifiquen a las personas, y cuyos planteamientos filosóficos y ontológicos refrendan su conservación social y el impulso de la especie humana.

Se percibió que, lamentablemente, el corpus jurídico no siempre se hace extenso a todos los ciudadanos, porque aunque los derechos humanos hacen referencia a un conjunto de principios y normas convenidos internacionalmente, éstos son el fruto de largas, a veces controvertidas, e intensas negociaciones entre los Estados (cuyo análisis excede el espacio de este texto), en torno a un sin número de cuestiones fundamentales de desarrollo social, pues aunque en términos antropológicos y sociológicos, los derechos humanos responden a las necesidades básicas que tienen las personas para vivir de manera digna (alimentación, vestido, vivienda, educación, trabajo, salud; libertad de expresión, de organización, de participación...); de tal suerte que la pugna que impide su vigilancia y cumplimiento radica en las distintas y variadas formas de convivencia política, ya que no todas las naciones entienden que los seres humanos tienen derecho a cubrir sus necesidades elementales y, por ende, no les interesa salvaguardarlos.

De ahí que hoy en día las disciplinas humanísticas, y principalmente las ciencias de la salud, estudian el bienestar integral, comprometiéndose, como un desafío permanente y presencial, para que las garantías individuales se enriquezcan con los derechos a la salud, el desarrollo familiar y social, el equilibrio ecológico, el disfrute de los bienes culturales y materiales, que implican la elevación en general de la calidad de vida.

Bajo este contexto, el tema se puede abordar desde tres perspectiva inherentes a la bioética en relación con la salud mental: en la primera se trataría del valor que los derechos humanos implica a la salud pública general, puesto que, sin lugar a dudas, tener en cuenta estos derechos universales en las actividades y promoción de la salud resulta beneficioso en la medida en que:

- Se reconoce explícitamente el goce del grado máximo de salud como un derecho humano, y no como un bien o producto concedido por caridad por los Estados.
- Al seguir un enfoque basado en los derechos humanos para concebir, aplicar y evaluar las políticas y programas de salud, se dispone de una herramienta que permite mejorar los resultados sanitarios.
- Se aplica una estrategia que “potencie” el papel de la salud, en la que los grupos vulnerables y marginados asumen una participación activa e importante.
- Se cuenta con un marco, un vocabulario y un tipo de orientación útil para los políticos y profesionales de la salud para definir, analizar y dar respuesta a los factores determinantes básicos de la salud de toda la población.
- Se busca diseñar normas que sirvan de referencia para evaluar los resultados obtenidos por los gobiernos en materia de salud, para que éstos asuman una gestión más responsable en las cuestiones sanitarias públicas.

En este sentido se puede aludir al contenido expresado por el artículo tercero de la *Declaración universal*, en la que se menciona, que: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” (*Declaración universal de los derechos humanos 1948-1998*: s/n). Sin embargo, diversos autores mencionan que la vida es el primer derecho humano, aunque distinguimos que de acuerdo con la primacía lógica, la “lucha por la vida” sería el aspecto fundamental; pero de acuerdo con la primacía ontológica esa “lucha por la vida” pasaría a segundo plano, al entender que como personas podemos dar nuestra vida por otros, por lo que el amor y el heroísmo serían el primer derecho humano, al reflexionar que el heroísmo es la lucha para defender la vida y la libertad, es el espíritu de sacrifi-

cio. El amor es darlo todo; la sangre, las esperanzas y los anhelos, sin pedir nada a cambio. Es decir, amor y heroísmo es anhelar el honor de morir por otros (Márquez: 2011).

Paul Ricoeur considera que el amor no es básicamente, como la mayoría de las personas cree, una relación con un semejante concreto, se refiere a una actitud con el universo como un todo, una cualidad ontológica que se ensancha en el aquí y ahora. Ricoeur describe el discurso del amor declarando que no obstante pueda decirse que éste sea la fuerza que soporta a la especie humana, no expresa que su concepción semántica se revele en territorios habituales; antes bien se requiere reconocer una serie de planteamientos que van desde lo religioso hasta lo ontológico, de lo contrario se corre el riesgo de hablar del amor con extrema ligereza (Ricoeur, 1993: 13).

No es fortuito que la tutela de las garantías individuales asuma que la vida se erige como el derecho fundamental que debe encontrarse en cualquier sistema jurídico, en virtud de su innegable supremacía. Sin embargo se debe considerar que la vida no es un valor sino un bien. El valor es la lucha por la vida. La vida conseguida o conservada es esa lucha, sería el derecho. Tenernos derecho a mantenernos con vida o a alcanzar mejores condiciones de salud o una inestimable calidad de vida. Como consecuencia tenernos un bien. Por lo tanto, la vida es un bien. “Una persona que sufre de problemas de salud, está gozando todavía del bien básico de la vida, un bien que se distingue de cualquier mal que la persona pueda experimentar” (Sgreccia, et al., 2005: s/n).

Acorde con el espíritu de la *Declaración universal*, el derecho a la atención y protección de la salud de toda persona subyace como el principio básico que salvaguarda la existencia humana: por ello resulta bastante difícil exigir su cumplimiento, y por esto se tendrán que buscar y diseñar

mejores alternativas en todos los ámbitos en los que día con día se desarrolla la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) defiende, en primera instancia, que la salud no sólo entraña la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que implica el “estado de completo bienestar físico, mental, espiritual y social”, por lo que únicamente es factible en la medida que se garanticen otros derechos asociados a ella, como son: el derecho a la vivienda, la alimentación y la educación.

La segunda perspectiva, en la que se centrará el presente texto, tiene que ver con dos indicadores que ponen en evidencia cómo la estigmatización social y la falta de una política sanitaria específica repercute en la poca y deficiente atención a la salud mental. Ésta, como parte integrante de la salud general y de la calidad de vida, con las cuales las personas realizan sus actividades diarias y desarrollan plenamente sus posibilidades vitales, en muchos de los casos ni siquiera se diagnostica por lamentables problemas de estigma y exclusión de orden familiar, institucional y social. No obstante, como una cuestión paradójica, aunque los problemas de salud mental se presentan en todos los países, muchos gobiernos (más en los países en vía de desarrollo que en los desarrollados) ignoran sus repercusiones en términos psicológicos, sociales y económicos. De hecho, a pesar de las estrechas relaciones que hay entre la salud mental y la salud física, la primera se olvida, en gran medida, en la asignación de los recursos públicos financieros y humanos.

Como muchas otras, la enfermedad mental tiene factores de riesgo que pueden prevenirse o reducirse, pero sólo hasta que la sociedad en general y en particular los gobiernos se sensibilice y asignen recursos suficientes para resolver el problema sanitario (Fernández-Carrión, 2016), podría dar un giro semejante fenómeno que denigra a toda la humanidad.

La tercera perspectiva incluye algunos principios, normas y procesos con los cuales actúan los psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras que atienden los múltiples casos de salud mental. La actitud en la práctica profesional de ellos coincide en muchos aspectos, pero difieren también en muchos otros con considerable diferencia. Gracias a la presente investigación, se ha identificado algunas de las polémicas y trascendentales distinciones que se debaten desde el inicio del siglo XX, las cuales ya no tienen vigencia, por lo que la psicología, la medicina y el psicoanálisis bien podrían coordinarse para auxiliar la integridad y el bienestar social, los cuales, hoy por hoy, se encuentran en un complicado estado.

Seguidamente se incluye la ética de Ricoeur como una contribución a la defensa de los derechos humanos en la atención mental, con el propósito de constatar que la atención de los casos de salud mental resulta muy complicada no por las síntomas de quienes las soportan, sino por las condiciones en las que viven y sobrellevan sus patologías, como discriminación, falta de medicamentos, asistencia deficiente, nula vigilancia jurídica, explotación económica, entre muchas otras problemáticas. La oportunidad de conocer situaciones concretas nos permitirá encarar la filosofía hermenéutica de Paul Ricoeur, quien apuesta por una mejoría de las relaciones interhumanas con base en una innovadora dialéctica: del amor y la justicia. Justo la dialéctica hermeneútica que propone Ricoeur –consideramos– es la que se necesita incluir para que los derechos humanos de la tercera generación puedan ser encauzados hacia la carta magna, a fin de permitir que la mejora de las condiciones sociales y la solidaridad sean una realidad.

2.2 SALUD Y DERECHOS HUMANOS

La promoción de los derechos humanos tiene como propósito proteger a las personas y a los grupos de personas de las acciones que menoscaban sus libertades fundamentales, además persiguen un único e insuperable fin: el respeto a la dignidad humana. Independientemente de su transición, comprenden derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Las obligaciones de los gobiernos con respecto a los derechos humanos guardan relación en un sentido amplio con los principios de respetar, proteger y cumplir.

Después de la segunda guerra mundial, en 1948 la comunidad internacional aprobó la *Declaración universal de derechos humanos* (DUDH). Sin embargo, cuando los Estados estuvieron listos para dar a las disposiciones de la *Declaración* fuerza vinculante, la guerra fría ya había relegado los derechos humanos a segundo término y los había dividido en dos categorías. El mundo occidental argumentaba que los derechos civiles y políticos tenían prioridad y que los económicos y sociales eran meras aspiraciones. Por el contrario, el bloque “comunista” afirmaba que el derecho a la alimentación, la salud y la educación eran de vital importancia, y los derechos civiles y políticos, secundarios. De ahí que en 1966 se crearan dos tratados distintos: el *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales* (PIDESC) y el *Pacto internacional de derechos civiles y políticos* (PIDCP). Desde entonces se han adoptado numerosos tratados, declaraciones e instrumentos jurídicos, en los que se inscriben derechos humanos específicos (QMS, 2002: 7).

Por ejemplo, el derecho a la salud se reconoce en numerosos instrumentos internacionales: en el primer párrafo del artículo 25 de la DUDH se afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure,

así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (OMS, 2002: 8). Por su parte, el PIDESC contiene el artículo más completo sobre el derecho a la salud de toda la legislación internacional relativa a los derechos humanos. En el párrafo 1 de su artículo 12, los Estados partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (OMS, 2002: 8), mientras que en el párrafo 2 de ese mismo artículo se enumeran, a título de ejemplo, algunas medidas que podrían adoptar los Estados partes, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho.

Para estudiar el marco normativo de los derechos humanos aplicable a la salud es preciso tener en cuenta todas las disposiciones que existen en materia de derechos humanos, pues sobre la base de esos instrumentos básicos, algunos tratados internacionales se han centrado en categorías o grupos concretos de población, como las minorías raciales, las mujeres y los niños, o en cuestiones concretas como la tortura.

La preocupación por los malos servicios de salud surgió a principios del siglo XX, pero fue el 7 de abril de 1948 cuando el organismo de las Naciones Unidas, especializado en salud, creó la Organización Mundial de la Salud (OMS). Tal y como establece su constitución, los objetivos de dicha institución son: que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud, por medio de la promoción de la cooperación técnica en materia de salud entre las naciones, la aplicación de programas para combatir y erradicar las enfermedades, y la mejora de la calidad de la vida; reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad con especial énfasis en las poblaciones pobres y marginadas; promover estilos de vida saludables y reducir los riesgos para la salud, y desarrollar sistemas de salud más justos y eficaces que sean financieramente más equitativos (OMS,

2002b: 2). Estructuralmente, 192 Estados miembros que se reúnen cada año y un Consejo Ejecutivo integrado por 32 expertos de la salud conforman la Organización, por conducto de la Asamblea Mundial de la Salud, la cual tiene entre sus principales cometidos: aprobar el programa y el presupuesto de la OMS para cada bienio y decidir las principales cuestiones relativas a las políticas en esta materia.

El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr (mejor conocido como *derecho a la salud* se consagró por primera vez en la Constitución de la OMS (1948) y más adelante se reiteró en la *Declaración de Alma-Ata* de 1978 y en la *Declaración mundial de la salud*, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998; en mayo de 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del Pacto, incluyó una observación general sobre el derecho a la salud. En la citada observación se reconoce que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la participación, al disfrute de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

Posteriormente, en 1994, se creó el cargo de Alto Comisionado para los derechos humanos para que dirigiera todo el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas. Su mandato guarda relación con todos los aspectos de las actividades que llevan a cabo las Naciones Unidas en la esfera de los derechos humanos: supervisión, promoción, protección y coordinación.

Derivada de las disposiciones de la OMS, las organizaciones intergubernamentales han creado particulares arreglos regionales. El instrumento de derechos humanos de la

región de África es la *Carta africana de derechos humanos y de los pueblos*, preparada por la Organización de la Unidad Africana. El mecanismo para la región de América fue establecido por la Organización de los Estados Americanos y se basa en la *Convención americana sobre derechos humanos*. En Europa existe un sistema de derechos humanos integrado en el Consejo de Europa: los instrumentos claves sobre los derechos humanos son el *Convenio europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales* y la *Carta social europea*. La Unión Europea, organización compuesta 28 Estados miembros, ha establecido normas detalladas con respecto a las cuestiones de derechos humanos y ha incluido estos derechos en su política exterior común. Además, la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa (OSCE), integrada por 55 países, cuenta con otros mecanismos y acuerdos. En cambio en la región de Asia y el Pacífico, los gobiernos continúan celebrando “largas consultas” con miras al posible establecimiento de acuerdos regionales en materia de derechos humanos.

La OMS –según Nygren-Kung, en “Punto focal de la OMS para la salud y los derechos humanos”– interpreta el derecho a la salud como un derecho inclusivo, que no sólo comprende la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud en general, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro apropiado de alimentos sanos, una nutrición balanceada, una buena vivienda, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. De hecho, en la observación general se establecen cuatro criterios con respecto a los cuales se puede evaluar el respeto del derecho a la salud:

- Disponibilidad. Deberá haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información.
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, que ha sido culturalmente apropiada y sensible a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.
- Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad (OMS, 2002a: 10).

Tales criterios bien pueden despertar una sucesión de inquietudes que patentizan la deficiencia en los servicios de salud, en los que no sólo están involucrados los agentes médicos, sino todo un conjunto estructural: las instituciones, las familias, los propios usuarios y la sociedad en general. En este momento vale la pena preguntarnos ¿qué relación guarda el principio de no discriminación con la salud? Sobre los grupos vulnerables y marginados de la sociedad recae una proporción desmedida de problemas de salud. La discriminación explícita o implícita infringe los principios fundamentales de los derechos humanos y a menudo es la causa de la mala salud. En la práctica, la discriminación puede encontrarse en programas de salud no orientados a los destinatarios adecuados y en el acceso limitado a los servicios de este tipo.

La prohibición de la discriminación no significa que no se deba reconocer que existen diferencias, sino que el hecho de dar un trato distinto –y de no considerar casos iguales de la misma manera– debe basarse en motivos objetivos y razonables que tengan como finalidad corregir desequilibrios en la sociedad.

Por lo que respecta a la atención de la salud, las razones por las que se prohíbe la discriminación han evolucionado y actualmente, en resumen, está proscrita en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de etnia, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra forma que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad del goce o el ejercicio de! derecho a la salud .

La discriminación se manifiesta de muchas formas complejas, que pueden, directa o indirectamente, afectar a la salud. Por ejemplo, en la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* se reconoce la relación entre la violencia contra la mujer y las relaciones de poder tradicionalmente desiguales entre los géneros. Por ende, entre la salud y los derechos humanos existen vínculos complejos que se sintetizan en:

- La violación o la desatención de los derechos humanos puede tener graves consecuencias para la salud.
- Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o se apliquen.

- La vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.

De tal forma que por enfoque de la salud basado en los derechos humanos se entiende: utilizar estos derechos como marco para el desarrollo sanitario, evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto, y tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales) que guarden relación con la salud.

De acuerdo con las diversas propuestas de los organismos públicos, normas e instrumentos jurídicos, así como los planteamientos ricœurianos, los principios fundamentales que habría que aplicar en los procesos de atención a la salud, podrían ser los siguientes:

- Respetar la dignidad humana.
- Conceder atención a los grupos de la sociedad considerados más vulnerables. En otras palabras, reconocer y tener presentes las características de las personas a las que afectan menos las políticas, las estrategias y los programas sanitarios, cómo los niños y niñas, los adolescentes, las mujeres y los hombres mayores de edad; los pueblos indígenas; las minorías nacionales, étnicas, religiosas y lingüísticas; los desplazados internos; los refugiados; los migrantes; los discapacitados; los presos, y los grupos de personas desfavorecidas desde el punto de vista económico o marginadas por algún otro motivo.
- Garantizar que los sistemas sanitarios se hagan accesibles a todos, especialmente a los sectores más

vulnerables o marginados de la población, de hecho y de derecho, sin discriminación por ningún motivo, con el fin de introducir medidas que protejan de las principales amenazas a las minorías y otros grupos “impopulares” en todos países, y contrarrestar de esta forma los desequilibrios de poder.

- Adoptar una perspectiva de género y reconocer que los factores biológicos y socioculturales influyen considerablemente en la salud de hombres y mujeres, por lo que en las políticas y los programas sobre salud es necesario tener presentes dichas diferencias de género.
- Garantizar la igualdad y la no discriminación, ya sea voluntaria o involuntaria, en la formulación y puesta en práctica de los programas de salud.
- Desglosar los datos relativos a la salud para determinar si hay discriminación subyacente.
- Garantizar la participación libre, fructífera y efectiva de los beneficiarios de las políticas o programas de desarrollo sanitario en los procesos de adopción de las decisiones que les afectan.
- Promover y proteger el derecho a la educación y a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas relativas a las cuestiones de salud. Ahora bien, el derecho a la información no debe menoscabar el derecho a la intimidad, lo que significa que debe darse un trato confidencial a los datos personales relativos a la salud.
- Dejar que una política o un programa sanitario limite el ejercicio o el disfrute de un derecho únicamente como último recurso y no considerar que ello es legítimo.
- Confrontar las consecuencias para los derechos humanos de cualquier ley, política o programa sanitario con los objetivos de salud pública que se persiguen, y lograr que exista un equilibrio óptimo entre la obten-

ción de resultados positivos desde el punto de vista de la salud pública y la promoción y protección de los derechos humanos.

- Hacer referencias explícitas a las normas y reglas internacionales de derechos humanos para poner de relieve la forma en que estos derechos se aplican en una política, programa o ley sanitaria y la relación que existe entre ellos.
- Perseguir como objetivo explícito fundamental de las actividades destinadas a mejorar la salud la realización del derecho al goce del grado máximo de salubridad que se pueda lograr.
- Enunciar las obligaciones concretas de los gobiernos de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.
- Definir puntos de referencia e indicadores para supervisar la realización progresiva de los derechos en la esfera de la salud.
- Aumentar la transparencia y exigir una gestión más responsable de las cuestiones de salud, como principio fundamental en todas las etapas del desarrollo de los programas (OMS, 2002a: 16-17).

Desafortunadamente, las relaciones laborales, familiares y sociales lejos de asegurar la vida, salud y crecimiento personal, en la mayoría de las ocasiones muchas personas se ven envueltas en condiciones infrahumanas, pues las enfermedades, la violencia, los malos hábitos alimenticios, la discriminación racial o de género dificultan lo que se conoce como calidad de vida.

Resulta interesante advertir que el tópico inherente a la calidad de vida se desarrolla en bibliografía de distintas ramas del conocimiento, como la filosofía, la economía y, por supuesto, las ciencias de la salud. Los propósitos de contar con un concepto preciso de calidad de vida en cada

una de estas áreas son heterogéneos, pero los conceptos usados en todas ellas, si no idénticos, están directamente relacionados.

A la filosofía —o más concretamente a la ética— le interesa responder las preguntas acerca de cómo hemos de vivir y en qué reside la vida buena; la economía por su parte se instruye y traza modelos y estrategias, cuyos propósitos residen en generar, a partir de escasos recursos, el máximo de beneficios y prosperidad para la población y por ende de cada una de las personas, de ahí que se justifica el concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental, social y económico, y no solamente debe entenderse como la ausencia de afecciones o enfermedades.

Al valorar la salud de una población o elegir políticas de salud, con base en un enfoque que atienda a los derechos humanos, no sólo se toman en cuenta las estadísticas sobre la esperanza de vida, la mortalidad infantil y las tasas de enfermedades específicas en una población determinada, sino que se tiende a tenerse en cuenta otros indicadores sobre la calidad de vida poblacional. Esta expresión se ubica en la ética médica en dos contextos: en el clínico cuando se trata de elegir entre diversos tratamientos para un paciente o seleccionar a un paciente para recibir un tratamiento escaso, y en el momento de escoger políticas de salud pública, cuando la meta no es sólo elevar la esperanza de vida o disminuir la tasa de mortalidad infantil, sino mejorar la calidad de vida en general.

Aunque en la bibliografía no siempre se habla de incrementar la “calidad de vida” de un paciente o de la población con esa terminología, a veces se alude a incrementar su “bienestar” o los “beneficios”, pues no se olvide que el término “salud” se usa con una acepción muy cercana a la de “calidad de vida”. Lo que tienen en común todas estas nociones es que se emplean para evaluar los resultados de

diversas acciones de salud y que todas ellas están de alguna manera relacionadas con la idea ética de lo que es una vida buena, una vida que vale la pena vivirse, o bien en términos ricoeurianos una “vida verdadera”.

Como asevera Mary Robinson, quien fuera (después de la presidencia de la República de Irlanda, 1990-1997) Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1998-2005):

derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública (OMS, 2002b: 2).

Dada su relevancia y complejidad, la defensa de la salud requiere de la participación concurrente de los Estados, así como también del auxilio de los agentes de atención sanitaria, de los usuarios de cualquier tipo de servicio relacionado con la salud, de las instituciones académicas y de los medios de comunicación y de la sociedad en general, a efecto de alcanzar un verdadero “Estado de derecho” en el que existan las condiciones necesarias para que, en un entorno de equidad y justicia, se logre un desarrollo social integral, particularmente en los grupos más vulnerables, es decir, aquellos que por circunstancias de pobreza, origen étnico, edad, entre otras condicionantes, se encuentran en un mayor estado de indefensión.

Por equidad se entiende que la distribución de las oportunidades para gozar de bienestar se guía –se reitera–

por las necesidades de las personas, y no por sus prerrogativas sociales, lo que significa que hay que eliminar las disparidades en la salud y en los factores básicos que están sistemáticamente asociados a una situación subyacente de desventaja social. Por esta razón, en el discurso sobre los derechos humanos el principio de equidad se emplea cada vez más como un importante término genérico de política con el que se expresa la idea de actuar con imparcialidad.

A todo lo anterior hay que añadir el concepto de justicia, que después de haber comprendido la propuesta ricoeuriana, deberá entenderse como un elemento que declina su valor utilitario para ir más allá de los requerimientos normativos de los servicios de salud, superando la consideración de la persona como un simple criterio de clasificación, diagnóstico y estadística. De esta forma, la díada equidad-justicia permitirá gestionar mecanismos esenciales para luchar contra la mala salud.

Es al Estado, ciertamente, al que teóricamente —como señala Fernández-Carrión, 2016— corresponde fijar un orden de prioridad entre bienes sociales primarios en conflicto a fin de darse una política social adecuada a estas necesidades, pero es a nivel de ese espacio público más amplio, en el que está inmerso el mundo jurídico, donde se afrontan los valores evocados. Es en este espacio donde son consideradas contradictoriamente las evaluaciones que confieren la significación de bienes a estas partes y a estos roles que la sociedad distribuye y asigna como portadores de derecho. En el curso de esta discusión pública se confirma el estatuto ambiguo de los valores, los cuales se escalonan entre valores de fondo, muy próximos a los principios estables de justicia, y los valores de superficie, más sometidos a la ruda dinámica de la tradición y la innovación, como es el caso en los dominios nuevos del medio ambiente o de las ciencias aplicadas a la vida (Ricoeur, 1990: 52).

Es necesario reclamar el carácter específico de la justicia en cuanto a su discurso y su argumento, y no sólo detenernos en la desconfianza que se tiene de los procesos judiciales, y sobre todo de su ejecución, como si el fuero de la violencia simplificara la actuación de la justicia, la espada que eclipsa la balanza, como bien concluye Ricoeur:

El discurso de la justicia es ejercido en el debate público concerniente al orden de prioridad que hay que establecer entre los bienes sociales primarios y entre los valores subyacentes a estos bienes. Por otra parte, el proceso entero, de la ley al pronunciamiento de la sentencia a través del proceso, no es más que un largo discurso (Ricoeur, 1990: 54).

2.2.1 SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA: UN DESAFÍO A LOS DERECHOS HUMANOS

A diferencia de las personas que sufren enfermedades físicas, las que tienen problemas de salud mental están marcadas socialmente, son objeto de prejuicios y se ven excluidas del acceso a casi todos los servicios sociales y a la atención de salud pública. Ese estigma se debe a menudo a que las personas ignoran las causas reales subyacentes de los problemas de salud mental.

En algunas sociedades se cree que los problemas de salud mental están causados por malos espíritus o tienen su origen en una maldición por alguna trasgresión social o religiosa. Con frecuencia se cree que las personas con enfermedades mentales tienen “debilidades de carácter” o “un comportamiento inmoral”. Estos prejuicios –que tratan de explicar la causa de los problemas de salud mental– se emplean a veces para denegar los cuidados y la comprensión, e inclusive para administrar tratos crueles como el confina-

miento, el abandono o el aislamiento. A consecuencia de ello, las personas con enfermedades mentales sufren por un doble motivo: su enfermedad y el estigma social.

La OMS describe la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad” (Nygren-Krug, 2002: 1), y considera enfermedades mentales aquellos problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas

con los síntomas de angustia⁶⁵ y los trastornos psíquicos diagnosticables, como la esquizofrenia⁶⁶ y la depresión.⁶⁷

⁶⁵ NE En la obra de Freud titulada “Hemung, Symptom und Angst” (1926), en la que aborda la cuestión de inhibición, síntoma y la angustia. En medicina, el síntoma es un trastorno que remite a un estado mórbido; en cuanto a la inhibición, se la define como una limitante de la actividad emocional y fisiológica, como en general lo entiende Freud, pero adaptado al psicoanálisis. La mayor parte de la obra está dedicada a la teoría de la angustia, en la que Freud responde a la tesis desarrollada por Otto Rank en *El trauma el nacimiento*. En lo que se denomina primera teoría freudiana de la angustia, en la que asocia la génesis de la angustia con un coito insatisfactorio, o como señala Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis, la angustia sería “la manifestación del hecho de que una cantidad de energía no es dominada”. Posteriormente, en 1908, en el prefacio del libro de Wilhelm Stekel *Los estados nerviosos de angustia y su tratamiento*, Freud, relaciona en esa ocasión la angustia con los fantasmas uterinos. Al año siguiente, en 1909, en una nota en *La interpretación de los sueños*, consider que el nacimiento es el prototipo del afecto angustia. En 1924, Freud crea tres términos: 1. La angustia ante un peligro real; 2. La angustia automática y 3. La señal de la angustia. La noción de la angustia, en el sentido de angustia existencial, es tratada por Freud en “Lo ominoso” (1919), con el término de “unheimliche” (“extraña-familiar”); pero es sobre todo Jacques Lacan, quien vincula la angustia psíquica del ser humano con su angustia existencial, cuando se da la “falta de la falta”, con una alteridad omnipotente (pesadilla, doble alienante, inquietante extrañeza) que lo invade hasta destruir en él toda facultad de deseo (Lacan, 1967) (Roudinesco, Plon, 1998: 528-531).

⁶⁶ NE Término creado por Eugen Bleuler, en 1911, a partir del concepto griego “schizein (hendir, rajar) y “phrenos” (pensamiento) para designar un tipo de locura denominada “demencia precoz” por Emil Kraepelin, y cuyos síntomas fundamentales son la incoherencia de pensamiento, afectividad y acción, junto a un repliegue sobre sí mismo y una actividad general delirante. Freud e refiere a el como “parafrenia” (que no se impuso ni en psiquiatría ni en psicoanálisis), par caracterizar junto a la paranoia y la psicosis maníaco-depresiva derivada de la melancolía, una de las tres formas modernas de la psicosis en general (Roudinesco, Plon, 1998: 272-277).

⁶⁷ NE Depresión en relación a la melancolía y la posición depresiva/posición esquizoparanoide. En particular el término de melancolía de-

La salud mental está condicionada por múltiples factores, entre ellos los de carácter biológico (por ejemplo, factores genéticos o en función del sexo), individual (experiencias personales), familiar y social (el hecho de contar con apoyo social) o económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida). Es decir, dichos problemas pueden ser consecuencias de estilos de vida tensos, de disfunciones en las relaciones, de conflictos civiles, violencia, enfermedades físicas, infecciones o traumas.

Una vez que se ha estudiado la compleja historia de los derechos humanos –en particular los derechos de la salud– el problema que se plantea en este artículo no es lograr la comprensión de las enfermedades mentales, pues se trata de un tópico aún más complicado, el propósito es advertir que éstas pueden ser objeto de prevención y tratamiento, con autonomía, dignidad y calidad.

Según estimaciones de la OMS, unos 400 millones de personas de todo el mundo sufren de desórdenes mentales o neurológicos o de problemas psicosociales o de conducta, como los relacionados con el abuso del alcohol y los estupefacientes, que representan más del 18% de la carga total de las enfermedades. Sin embargo, es difícil medir la verdadera amplitud del problema, ya que hay tendencia a no diagnosticar ni comunicar los problemas de salud mental por el estigma y la exclusión (Nygren-Krug, 2002: 2).

A escala mundial, de cada cuatro personas que asisten a los servicios de salud en busca de ayuda, a menudo son diagnosticados incorrectamente y, por lo tanto, no son trata-

riva del griego “melas” (negra) y “khole” (bilis), empleado en filosofía, literatura y en medicina, en psiquiatría y psicoanálisis. Desde la antigüedad alude a una forma de locura, caracterizada por un ánimo sombrío, o una tristeza profunda, un estado depresivo que puede llevar al suicidio, y por manifestaciones de temor y desaliento que pueden o no adquirir la dimensión de un deirio (Roudinesco, Plon, 1998: 692-693).

dos; es decir, aproximadamente el 24% de los pacientes que acuden a la atención primaria de salud sufren alguna forma de desorden mental. La mayoría de estos pacientes (69%) se presentan generalmente al personal de salud con síntomas físicos; por consiguiente muchos de ellos no reciben un diagnóstico exacto de enfermedad mental y por ello no son tratados en consecuencia (Nygren-Krug, 2002: 2).

De acuerdo con diversas fuentes científicas, en la Unión Europea, las formas más comunes de alteraciones mentales son los trastornos de ansiedad y la depresión. Se pronostica que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado; más del 27% de los europeos adultos sufren una forma de alteración psíquica en alguna época de su vida, y actualmente, unas 58 mil personas se suicidan cada año en la Unión Europea, cifra que supera sumando las muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios y VIH/SIDA (CCE, 2005: 4).

Por otro lado, existen muchas desigualdades entre (y también dentro de) los Estados miembros de la Unión Europea. Ejemplo de ello es la tasa de suicidios, que va de 3.6 por cada cien mil habitantes en Grecia a 4.4 por cada cien mil habitantes en Lituania, la más alta del mundo. Los presupuestos sanitarios dedicados a la salud mental también varían mucho de un Estado miembro a otro; los tres primeros lugares los ostentan Luxemburgo, Reino Unido y Alemania, mientras que los tres últimos son Francia, Portugal y Eslovaquia (CCE, 2005: 7).

En América Latina, México ocupa un lugar ponderable en este aspecto, pues cuatro millones de mexicanos padecen depresión y seis millones más tienen problemas relacionados con el consumo del alcohol; 10% de los adultos mayores de 65 años sufre de un cuadro demencial, mientras que 15% de la población, que se encuentra entre los 3 y los 12 años de edad, padece algún trastorno de salud mental o

de conducta. Destaca también la violencia al interior de la familia, a menudo asociada al consumo de sustancias psicoactivas o alcohol y complicada por privaciones sociales, como la pobreza y la marginación (AMS, 2001: 1).

Cabe destacar que se prevé que los problemas de salud mental van a aumentar en todo el mundo por dificultades sociales y económicas, tales como el desempleo, el crimen, la pobreza, la intolerancia racial, el abuso de sustancias peligrosas, disfunciones de la vida sexual, la falta de hogar y los abusos de las personas.

En la mayoría de los países, los dispensadores de atención de salud no están preparados para abordar las necesidades de salud mental de sus pacientes; sin embargo, no sólo se necesita de una formación y supervisión adecuadas para que los profesionales de salud pueden llegar a ser más competentes para identificar y tratar los desórdenes mentales, pues ya se dijo que en general el derecho a la salud compete a instancias normativas, agentes de atención sanitaria, usuarios de los servicios de salud mental, instituciones académicas, organizaciones profesionales y hasta los medios de comunicación, que hoy por hoy se jactan y congratulan como instancias que proveen valores a la sociedad.

La gravedad del tema es considerable, pues los problemas de salud mental se desarrollan en todo el mundo y sus repercusiones en términos psicológicos, sociales y económicos son muy fuertes. Aunque se trabaje por poseer los conocimientos necesarios para prevenir y tratar muchos desórdenes mentales y hacer que las personas con enfermedades mentales sean miembros de su comunidad social y económicamente productivos, la sociedad en general todavía ponen obstáculos a los cuidados y a la reintegración de las personas que padecen ese tipo de desórdenes, por ello son las más desatendidas del mundo y a menudo se les da un trato infra humano.

Las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales se producen en comunidades del mundo entero: en centros de salud mental, hospitales, en las instituciones y en las propias familias, por lo que gracias a la lucha y promoción de muchas organizaciones, los derechos de las personas que tienen algún tipo de enfermedad mental, comprenden:

- Tratamiento médico y de salud mental que sea adecuado, en un ambiente de tratamiento humano que sea limpio y seguro, en donde a los usuarios no se les haga daño.
- Un plan de tratamiento individualizado que se base en las necesidades particulares.
- Información sobre los medicamentos que los pacientes deberán ingerir, es decir, los beneficios esperados, los contraefectos y riesgos de los medicamentos.
- Rehusar ser parte de un programa de investigación, a fin de evitar probar nuevas drogas o tratamiento experimental.

El hecho de que cada vez se tenga más conciencia del problema que plantean las enfermedades mentales ha llevado a los autores de las políticas de salud, los profesionales sanitarios y otros entes implicados a empezar a buscar soluciones específicas; la ocasión más reciente la tuvieron en enero de 2005, en el marco de la Conferencia ministerial europea de la OMS acerca de salud mental, en la que se acordó que la prioridad es “proporcionar a las personas con enfermedades mentales una asistencia y unos tratamientos eficaces, de calidad y accesibles” (OMS, 2003: 1).

En dicha Conferencia se reconoció que aunque la actuación en el ámbito médico es fundamental para hacer frente a los retos planteados, no puede por sí solo abordar y modificar los factores determinantes de orden social. Por

lo tanto, y en consonancia con la estrategia de la OMS, es necesario un planteamiento exhaustivo que abarque el tratamiento y la asistencia a los individuos, además de las acciones dirigidas al conjunto de la población a fin de promover la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y encarar los problemas relacionados con la estigmatización y los derechos humanos. Un planteamiento de este tipo, según la OMS, exige la participación de muchos agentes, en especial los involucrados en las políticas sanitarias y no sanitarias cuyas decisiones repercuten en particular sobre la salud mental de la población. De igual forma, las organizaciones de pacientes y la sociedad civil también podrían desempeñar un papel destacado en la búsqueda de soluciones.

Este acontecimiento tiene como antecedente que dadas las lamentables violaciones a los enfermos mentales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovió que el día mundial de la salud del año 2001 se dedicara a la salud mental, bajo el lema “Sí a la atención, no a la exclusión” y marcó un hito en los esfuerzos de la OPS por cambiar la percepción del público y de las autoridades gubernamentales con respecto a los problemas sociales, económicos, morales y humanitarios que repercuten sobre la salud mental. En esa ocasión George Alleyne, entonces director de la OPS (de 1995 a 2003), manifestó que:

Esta es una oportunidad única de trabajar unidos para mejorar la salud mental, uno de los problemas de salud pública más importantes para la población de las Américas. Lamentablemente, la salud mental ocupa un lugar muy modesto en la jerarquización de nuestras prioridades. A pesar de todo el progreso logrado en muchos otros aspectos de la salud, la salud mental todavía no recibe la atención y los recursos que merece (OPS, 2001: 1).

De acuerdo con Alleyne, mientras las soluciones para tratar muchos de estos trastornos mentales o cerebrales y para permitir a quienes los padecen llevar una vida normal en la comunidad están disponibles, muchas sociedades todavía levantan barreras tanto a la atención como a la reintegración de estas personas, quienes siguen sufriendo el estigma y la discriminación, de ahí que muchas familias eviten la búsqueda de atención médica, por vergüenza y temor.

Las personas que sufren discapacidad mental son especialmente vulnerables a la discriminación, que afecta a su capacidad de acceso a tratamiento y atención adecuados. Además, el estigma que acompaña a las enfermedades mentales hace que esas personas sean objeto de exclusión en muchos otros ámbitos de la vida, lo que significa que se vulnera su derecho a la cultura, a una alimentación balanceada, a una vivienda adecuada, es decir a los servicios de salud en general, al empleo y a la educación, por lo que el derecho a la salud mental refrenda un enorme y creciente desafío en la defensa de los derechos humanos.

En la resolución de las Naciones Unidas sobre la protección de los enfermos mentales se prohíbe la discriminación por motivo de enfermedad mental; sin embargo, violaciones de derechos humanos en hospitales psiquiátricos, la falta de prestación de servicios de salud mental comunitarios, los esquemas injustos de seguro y prácticas discriminatorias de contratación son sólo algunas de las experiencias que enfrentan las personas con problemas de salud mental.

La responsabilidad de la perpetuación de estas prácticas es, de manera accidental o intencionada, de los individuos y las instituciones, pues según Gro Harlem Brundtland, quien fuera, de 1998 a 2003, directora general de la Organización Mundial de la Salud, “los gobiernos han sido negligentes, al no proporcionar a la población los medios

adecuados de tratamiento; por ello la sociedad ha seguido discriminando a las personas aquejadas de esos trastornos” (OMS, 2002b: 4).

Para que existan posibilidades de cambio, distintas fundaciones y organizaciones que protegen los servicios relacionados con la salud advierten que los Estados deben entender que sin salud mental no se puede hablar de la existencia de una verdadera salud pública. Para los ciudadanos constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo. Para las sociedades, la salud mental de sus ciudadanos contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social. En cambio, las enfermedades mentales conllevan costos, pérdidas y cargas de diversa índole tanto para los ciudadanos como para los sistemas sociales, por ejemplo: se ha encontrado que los trastornos conductuales en la infancia repercuten en los sistemas sociales, educativos, así como en los penales y judiciales. Por ende, los centros escolares y de trabajo, en los que pasa gran parte de su tiempo, son unos escenarios de actuación fundamentales.

Con lo anteriormente expuesto se pretende indicar que si, en muchos casos, la salud mental está determinada en los primeros años de vida, su promoción en la infancia y la adolescencia se constituye como una inversión a futuro. Los hijos pueden desarrollarse mejor si existen medios para que los padres aprendan a ser padres... Un enfoque holístico de la escuela puede incrementar las competencias sociales, mejorar la resiliencia (capacidad del ser humano de sobreponerse a sus dificultades y al mismo tiempo aprender de sus errores) y reducir el acoso psicológico, la ansiedad y la depresión.

Por lo que respecta al ámbito laboral, se sabe que mientras una buena salud mental aumenta la capacidad de trabajo y la productividad, unas malas condiciones laborales, en es-

pecial el acoso intimidatorio de los compañeros o bullying⁶⁸, son causa de problemas psíquicos, bajas por enfermedad y costos empresariales más elevados. Resulta lamentable que un 80% de los empleados de todo el mundo dice sufrir estrés en el trabajo, de ahí que las intervenciones encaminadas a mejorar la capacidad individual y reducir los factores de estrés en el entorno de trabajo podrán potenciar la salud y el desarrollo económico (OMS, 2002a: 2).

Ciertamente, las actuaciones de los infantes y los jóvenes son dignos representantes de la dinámica internacional; no obstante, el envejecimiento de la población, con las consecuencias psíquicas que le son propias, exige una actuación también eficaz en el ámbito de la salud mental, con enfoque de derecho humano, puesto que con la edad se presentan muchos factores estresantes –como son la capacidad funcional disminuida y el aislamiento social– que pueden suponer un aumento de las enfermedades mentales. Por otro lado, la carga que conlleva los trastornos psíquicos aumenta por la depresión geriátrica y las afecciones neuropsiquiátricas relacionadas con la edad, como la demencia (OMS, 2002a: 1).

Promover y proteger los derechos de las personas con trastornos mentales requiere el esfuerzo concertado y unificado de diversas partes interesadas. Como sería generar investigaciones especializadas en el campo de la salud mental, con el fin de contribuir a la detección, prevención, tratamiento, rehabilitación, a través de acciones anticipatorias de los trastornos emocionales, mentales y de conducta; elevar el nivel de atención a dicha problemática, y con ello, aumentar el

⁶⁸ Aunque el bullying no en todos los casos es fácil de apreciar, pues dependerá de la parte laboral que aluda (empresarios, trabajadores y grupos de compañeros) y del concepto que se tema del mismo, pues lo que para algunas personas es bullying para otras puede ser “presión” o exigencias del trabajo o del empresario para “realizar un buen trabajo”, trabajar el horario o seguir los lineamientos o directrices laborales establecidas... (Fernández-Carrión, 2016).

sentido ético y solidario de los individuos y las comunidades. Los proyectos antes resumidos ponen en evidencia que existe un amplio margen de acción, sólo es cuestión de empezar a trabajar en ello.

Aunque las condiciones en las que se encuentra la atención de la salud mental resultan deficientes, es preciso mencionar que dentro de la red de la OMS de hospitales promotores de la salud, el grupo operativo sobre servicios psiquiátricos ha identificado algunos modelos de buenas prácticas psiquiátricas nacionales para la promoción de la salud mental mundial. Veamos algunos notables ejemplos (OMS, 2003b: 13-15):

GHANA. Con la asistencia de la OMS, el Gobierno de Ghana ha redactado una nueva legislación sobre salud mental orientada a la atención comunitaria, ambulatoria y hospitalaria, y propugna el ingreso voluntario de los enfermos en los centros y su consentimiento informado para recibir los tratamientos. Dicha legislación “tiene por objeto combatir la discriminación y la estigmatización y contribuir a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales” (OMS, 2003b: 13).

LESOTHO. Auxiliado también por la OMS, Lesotho está preparando una política y un plan de salud mental. Su objetivo para 2020 es conseguir que toda la población llegue a disfrutar de la mejor salud mental posible, gracias al acceso a servicios que respeten los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. En particular, tratará de establecer un sistema de atención comunitaria, en el que los servicios de salud mental estén integrados en la atención de salud general, y buscará reducir el número de personas cuyos trastornos mentales se traten en instituciones y en servicios correccionales. La política actual de ese país hace hincapié en la necesidad de proporcionar atención de salud

mental adecuada y prestar apoyo a las personas con enfermedades “físicas”, incluidas las seropositivas.

MONGOLIA. En Mongolia, la OMS está respaldando la integración de la atención de salud mental en la atención primaria. Los psiquiatras y médicos generales de todo el país están recibiendo formación para que presten atención de salud mental en las comunidades. Su estrategia consiste en crear centros de asistencia diurna, donde se organizan actividades de rehabilitación psicológica, social y ocupacional para las personas con trastornos mentales.

Asimismo, los “gers” (un tipo de tienda que los mongoles utilizan como vivienda) se emplean para las personas con trastornos mentales como alternativa a los centros de salud mental. Esas tiendas ofrecen un techo y al mismo tiempo dan más autonomía y libertad. Las personas que viven en ellas participan en actividades de la vida cotidiana: cuidan caballos, ordeñan vacas, recogen material para combustible, realizan tareas de jardinería, carpintería y bordan, lo que representa una oportunidad de realizar un trabajo “útil y enriquecedor” mientras reciben tratamiento.

NAMIBIA. El 28 de octubre de 2005, Namibia presentó su primera política de salud mental. Con la ayuda de la OMS, el Gobierno pone en práctica esta política que constituye un marco estratégico para la prestación de servicios de salud mental; en ella se definen las funciones y responsabilidades de las diferentes partes que intervienen en la promoción y protección de la salud mental. Como se advierte que en el momento de aplicar la política, lo más difícil será cambiar el comportamiento de las personas, las familias, los profesionales de la salud y el público en general. Namibia tiene previsto organizar actividades de capacitación y educación para transmitir a la población los conocimientos necesarios para hacer frente a las enfermedades mentales y neurológicas.

Otras de las estrategias prioritarias son la integración de los servicios de salud mental en los actuales servicios de salud y la creación de una red de servicios y de sistemas de envío de casos para ayudar a las personas con trastornos mentales a acceder al tratamiento que necesitan.

SRI LANKA. La OMS está trabajando con el Gobierno de Sri Lanka para ofrecer una atención comunitaria de “calidad”. Los centros diurnos especializados en salud mental –radicados en las comunidades– constituyen para las personas con trastornos mentales otro medio de acceder a la “atención que necesitan”. En los proyectos destinados a reintegrar en la comunidad a las personas que han estado en hospitales psiquiátricos se prevén programas de apoyo que, entre otras cosas, pueden ofrecer ayuda para encontrar empleo. Gracias a ello, algunas personas que han vivido en centros de salud mental han conseguido encontrar trabajo, ahorrar dinero e incluso comprar una casa y ayudar a sus familias.

Estos cinco ejemplos demuestran que las actividades de atención, rehabilitación y reincorporación de las personas que padecen alguna enfermedad mental, pueden impulsar el mejoramiento de la calidad de vida, como uno de los ejes conductores que se discuten desde el principio de este texto. Al mismo tiempo aseguran que las perspectivas de futuro no están encaminadas al fracaso, a pesar del estado cruel e inhumano con que hemos transitado la atención de la salud mental, pues el hecho de que se estén emprendiendo muchas iniciativas, se fortalece el compromiso de cara a esta situación.

2.3. DERECHOS HUMANOS Y TERAPIAS QUE AUXILIAN LA SALUD MENTAL

Si bien es cierto que para atender y promover la salud en general, y la salud mental en específico, se ha insistido en

la participación de diversos actores tanto del sector público, privado, institucional... y organizacional, quienes ocupan un lugar relevante en este difícil reto son los agentes de la salud —médicos, terapeutas, enfermeros, asistentes— puesto que tienen una consigna peculiar en su ejercicio profesional: salvaguardar el derecho humano inherente a la integridad y bienestar física, psíquica y social del ser humano.

Bajo perspectivas multi e interdisciplinarias, el combate a la idea de que la salud significa ausencia de enfermedad comienza hasta apenas el siglo pasado; la literatura especializada afirma que los orígenes de la medicina evocan “el instinto de curar” vinculado con el instinto de conservación, por ello el concepto de enfermedad está arraigado en una larga tradición milenaria: “todos los seres vivos obedecen a un impulso natural que los lleva a tratar de aliviar sus males [...]. Instintiva en el reino animal, la medicina original se vuelve naturalmente intuitiva en la especie humana” (Clavreul, 1983: 69), lo que quiere decir que las técnicas, recursos y descubrimientos iniciales en el terreno de la medicina también fueron fruto del instinto de conservación.

De acuerdo con Jean Clavreul, existen algunas diferencias entre los reinos animal y humano; un ejemplo claro sugiere que en las colectividades animales dar muerte constituye una respuesta a la enfermedad como un intento de salvamento, mientras que entre los seres humanos, la historia nos muestra que el aislamiento de los enfermos en los hospicios, leproserías y sanatorios ha sido la respuesta más constante a la enfermedad, mucho más que los esfuerzos por socorrerla (Clavreul, 1983: 71).

Resulta significativo encontrar que varios autores coinciden en el asombro de que la medicina haya hecho más progresos en el curso de los últimos cincuenta años que en el de los milenios anteriores. Como la ciencia no quiere reconocer como suyos más que los hechos, la historia de

la medicina se constituye bajo el esquema ensayos-errores, tras los cuales se retienen únicamente los logros.

Al parecer, el desinterés por la historia ha provocado el olvido de los elementos que comprendieron la ética y filosofía de Hipócrates, los cuales estaban vinculados con el impulso del humanismo, que en la medicina cobraría una importante trilogía: “Hay tres cosas a considerar: el médico, la enfermedad y el hombre” (Hipócrates, 1932: 97). La existencia del último permite ampliar la óptica que limita la relación médico-enfermo, y justo las aportaciones de Ricoeur nos permiten advertir que aunque el panorama médico se encuentre en un estado de desconfianza en la sociedad, se pueden modificar algunas actitudes en beneficio de la humanidad:

El hombre de hoy ha llegado a un umbral: tiene la posibilidad de realizar modificaciones fundamentales de la propia existencia, pero también puede destruirse. Se trata de una conquista que marca una época sin precedentes en la historia. Pero no hay que crear alarmismos. Cuanto más se ensancha el poder del hombre, más se amplían las posibilidades de bien y de mal. No hay que asombrarse ni desanimarse. No comparto la posición pesimista de quienes ven un riesgo de catástrofes irreversibles en el progreso científico y en el mismo fenómeno de la globalización (Ricoeur, 2001, s/n).

Uno de los aspectos que debe entenderse para comprender el amplio campo de la salud es la enfermedad como un proceso desarrollado en pacientes individuales, en tanto la medicina es una institución social, de ahí la primera tiene un carácter histórico, cuya comprobación está dada por el proceso transitorio de la colectividad humana, es decir “la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y de morir de los grupos humanos” (Laurell, 1982: 26).

No obstante, el proceso salud-enfermedad se articula con diversos fenómenos biopsicosociales. El desarrollo cada vez más complejo de la sociedad ha puesto en evidencia las incapacidades y los límites del marco epistemológico del modelo médico para dar cuenta de los problemas de salud existentes; se generaliza la creciente necesidad del aporte de otras disciplinas, para comprenderlos en su integridad y aportar soluciones.

Si esto es relevante en el caso de las enfermedades orgánicas, lo es mucho más para los trastornos mentales en tanto aceptemos que el individuo no existe fuera de la sociedad, que la personalidad no se forma sino colectivamente y en comunidad, que el desarrollo del ego es paralelo al desarrollo del alter y que hay una correlación estrecha entre lo individual y lo social.

En una época en que la psicoterapia se intenta reducir a diferentes técnicas o simples resultados estadísticos, el valor de un espacio de encuentro –tanto con un/a, otro/a, como con uno mismo aparece que se simplifica por diversas condiciones–, sería importante poder abordar las terapias que se han desarrollado en atención a la salud mental (que por su extensión no se pueden exponer en esta ocasión). De hecho, los enfoques sobre la mente humana desde las ciencias de la psiquis son innumerables; entre las que se encuentran muy desarrolladas la psicología, el psicoanálisis, la psiquiatría, el psicodrama, la psicofísica, el enfoque gestáltico, la perspectiva de la psicoterapia cognitiva, los aportes de la bioenergía, entre muchas otras. Se abordarán sólo las tres primeras porque en el ejercicio médico éstas han desempeñado un papel preponderante en materia de salud mental y emocional, y porque, además, de alguna manera sus planteamientos inciden de manera positiva en las cuestiones inherentes a los derechos humanos en relación con la salud mental.

3 PSICOLOGÍA

La vida del ser humano se rige por todos aquellos acontecimientos que se suscitan a su alrededor, ya que el hombre y la mujer, desde el momento en el que es concebido, adquiere su propia personalidad que con el paso de los años va desarrollando una identidad⁶⁹ tanto con él mismo como

⁶⁹ NE Más que el concepto de identidad, en el psicoanálisis se alude a los términos de identificación e identificación proyectada. El término de identificación se aplica en el psicoanálisis para designar el proceso central mediante el cual el sujeto se constituye y se transforma asimilando o apropiándose, en tiempos claves de su evolución, de aspectos, atributos o rasgos culturales y de personalidad del resto del colectivo social. Aunque este término es esencial en la teoría freudiana del desarrollo psicosexual de las personas, nunca tuvo una definición sistemática, y fue elaborada de forma tardía. Freud utiliza el término identificación en dos oportunidades en su correspondencia con Wilhelm Fliess, en 1896 y 1897 (“Fragmentos de la correspondencia con Fliedd (1887-1902)”, Amorrortu, 19298, vol. 1). En la primera ocasión la identificación es entendida como el deseo reprimido de “hacer como”, de “ser como”, próximo al concepto de identidad sociológico (FC). En el segundo caso, al tratar sobre la pluralidad de las personas psíquicas, se vinculan entre sí en las diferencias de acuerdo al proceso de la identificación. Posteriormente en *La interpretación de los sueños* (1914) (Amorrortu, 1926: vols. 4 y 5), trata de a identificación histórica, se habla de identificación cuando una sola persona representa al conjunto del grupo. *Psicología de las masas y análisis de yo* está dedicado a la identificación, lo considera como la “expresión primera de un vínculo colectivo con otra persona”; distingue tres tipos de identificación: 1. La concibe desempeñando “un papel en la historia del complejo de Edipo”, en esta línea de pensamiento en *El yo y el ello* (Amorrortu, 1998, vol. 19) muestra dificultad en diferencia entre identificación e investidura, es decir, entre la modalidad del er y la modalidad del tener. 2. Se trata de la identificación regresiva, presente en el síntoma histérico, una de cuyas modalidades de formación está constituida por la imitación, no a la persona, sino de un síntoma de la persona amada. 3. La identificación se realiza en ausencia de toda investidura sexual. Es resultado de “la capacidad o la voluntad de ponerse en una situación idéntica” a la del otro o los otros; esto surge

con el resto de la sociedad. Para ser reconocida como una ciencia, la psicología tuvo que pasar por varios procesos que hoy en día le otorgan gran auge, aunque hay quienes la ven como un producto meramente irreal. Conforme ha ido evolucionando la ciencia y la tecnología, el ser humano se ha visto en la necesidad de transformar tanto el medio en

sobre todo en el marco de las comunidades afectivas. En 1925, Freud en su artículo “El sepultamiento del complejo de Edipo”, distingue entre la investidura del objeto y la identificación. El complejo de Edipo le posibilita al niño dos posibilidades, la activa y la pasiva, de satisfacción libidinal. La primera consiste en pensar en ocupar el lugar del padre en el comercio con la madre, y la segunda en ocupar el lugar de esta última. En 1933, en “La disección de la personalidad psíquica”, una de las Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis (Amorrortu, 1998, vol. 22), en el que considera el carácter “embrollado” del proceso de identificación, “fundamento” de la “transformación de la relación con los progenitores en superyó”.

Lacan primero sitúa la identificación en el registro de lo imaginario, durante el estadio del espejo. Posteriormente puntualiza los tres tiempos de la concepción lacaniana del Edipo: primero una identificación con lo que se piensa que es el deseo de la madre, más tarde el descubrimiento de la ley del padre, y finalmente la simbolización de esta ley, que tiene por efecto que se asigne su verdadero lugar al deseo de la madre, y permitir las identificaciones posteriores, constitutivas del sujeto (Joël Dor, 1986). En la década de los sesenta trabaja en un seminario el tema de la identificación. Su concepto de rasgo unario, parte del rasgo único de la identificación regresiva de Freud, pero lo transforma al basar en él su concepción del uno, soporte de la diferencia, fundamento en sí mismo de la identidad, a diferencia del enfoque lógico clásico, que hace del uno la marca de lo único. A partir del análisis del cogito cartesiano, establece el fundamento de la identificación inaugural, la del sujeto distinto del yo, en ese rasgo unario, esencia del significante, que es el nombre propio. Más tarde, integra en su teoría del significante los otros dos tipos de identificación freudiana: la identificación primaria en la vertiente del padre simbólico, y la tercera, la identificación histórica, la que se encuentra actuando en la constitución de las multitudes, cuyo vector es el deseo del otro que evoca la pregunta “¿qué quieres?”, fundamento ineludible de dependencia del sujeto (Lacan, 1967, 1998: 503-506).

el que vive como su propia vida, lo cual no es fácil, ya que no siempre está preparado para aceptar intempestivamente dichos cambios. Por tal motivo, la psicología ayuda a que la persona se dé cuenta y acepte todo aquello que ocurre, en primer lugar, con él mismo y posteriormente con relación al conjunto de la comunidad.

En términos generales, la psicología es por definición la ciencia real y humana que estudia el comportamiento de los organismos en su ambiente natural y social. Decirnos que es real porque no es exacta como todas las ciencias, excepto las formas que son la lógica y las matemáticas, ya que no cuenta con estándares, fórmulas o medidas establecidas que nos digan qué comportamiento ocurrirá en ciertas condiciones naturales o sociales. No todo ser humano piensa, siente y actúa de la misma forma, por lo que la psicología en todo momento está en contacto con los eventos que realmente ocurren y afectan o benefician la conducta del ser humano. Por último, es humana porque, —como se mencionó anteriormente—, lo que le importa son las personas (García Gutiérrez, Casarrubias, 2003: 403).

Debido a que la psicología se ha dedicado a recoger hechos sobre la conducta y la experiencia, se propicia una organización sistemática de la información derivadas de tales eventos. Para interpretar los datos surgidos de las observaciones del comportamiento humano existen diversas teorías (asociacionismo, intencionalismo, psicología científico-espiritual, funcionalismo, conductismo, gestalt, psicoanálisis, psicología filosófica, psicofisiología, psico-neurología, psicología evolutiva, psicología genética, humanismo, constructivismo, psicología experimental, etc.), las cuales han permitido que los profesionales sean capaces de intervenir en el curso del comportamiento de las personas, llevándolas a un resultado benéfico para el individuo y para la sociedad en su conjunto. Sin embargo, la psicología

no siempre es capaz de producir los cambios socialmente deseables, ya que en ocasiones se presentan limitaciones genéticas, neurológicas o conductuales que impiden el logro de los propósitos de beneficiar a los seres humanos (García Gutiérrez, Casarrubias, 2003: 404).

Históricamente, la psicología se ha dividido en varias áreas de estudio: educativa, clínica, social, laboral y experimental, ya que su análisis no solamente se limita a la práctica clínica atendiendo pacientes en un consultorio como mucha gente piensa (García Gutiérrez, Casarrubias, 2003: 404-405). Dichas áreas están interrelacionadas y frecuentemente se auxilian unas con otras. La psicología fisiológica, por ejemplo, estudia el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso, mientras que la psicología experimental aplica técnicas de laboratorio para comprender, por ejemplo, la percepción o la memoria. Los psicólogos de la educación analizan el campo disciplinar de la didáctica de los individuos y grupos sociales en los ambientes de instrucción intelectual; buscan nuevos métodos de enseñanza y capacitación para que los aprendices alcancen nuevas pautas de comportamientos que lo acerquen a la cultura y a los conocimientos aplicables en diversas facetas de la vida de las personas.

La psicología clínica intenta⁷⁰ ayudar a quienes tienen problemas en su vida diaria o sufren algún trastorno mental y cuyo principio básico es que el comportamiento inadaptado o desviado que en ocasiones presentan los seres humanos generalmente es aprendido, de tal forma que las personas que sufren estos problemas pueden reaprender

⁷⁰ NE Consiste en la práctica terapéutica basada en la entrevista directa y en el examen del caso a partir de la observación de las conductas individuales. El término fue empleado por primera vez en 1896 por el psicólogo norteamericano Lightner Witmer, quien la definió como un método de investigación consistente en examinar, con una perspectiva generalizadora, las aptitudes de los sujetos y sus deficiencias (Roudinesco, Plon, 1998: 855-856).

nuevas pautas de acción que les permita sobreponerse a sus problemas individuales, acercándolos a una vida “plena” que no necesariamente se vea limitada en exceso por los aprendizajes culturales imperantes.

La psicología social se encarga del estudio de la conducta de los seres humanos en el medio en el que se encuentran inmersos. Los psicólogos sociales están interesados en las influencias del entorno social sobre el individuo y el modo en que éstos actúan en grupo. Los cambios de actitudes, la influencia de los líderes políticos, el análisis del contenido de los medios masivos de comunicación social (radio, televisión, redes sociales, etc.) y la persistencia de los prejuicios son claros ejemplos de los temas centrales a los que se avoca la psicología social.

Los psicólogos industriales estudian el entorno laboral de los trabajadores y exploran los recursos materiales y motivacionales que conducen al trabajador a una mejor o mayor productividad a nivel de eficacia y eficiencia. De igual manera, el psicólogo laboral propone formas alternas de liderazgo o de organización de secuencias de trabajo para optimizar el tiempo u otros recursos, y asimismo adecua las habilidades laborales de los trabajadores a los objetivos de la empresa.

Los individuos son los responsables y se ven favorecidos de sus derechos, y el psicólogo en su caso, está preparado para traducirle los elementos necesarios que le permiten conocer y defender tales atribuciones para cimentar su “integridad”. Y es así como la concepción habitual de derechos humanos se amplía, tal como lo expresa Graciela Rodríguez:

El comportamiento dedicado a promover una filosofía que enfatice la responsabilidad individual en la aplicación del conocimiento que proveen las ciencias de la conducta y biomédicas, para el mantenimiento del equilibrio a través

de una variedad de actividades auto-iniciales o compartidas socialmente (Rodríguez, 2003: 71).

Si admitimos que el derecho no es divisible de la actitud que los individuos se adjudican frente al mundo y su estructura y disposición social; si certificamos que para poder vivir plenamente nos sujetamos a los estados de solaridad que se gocen ante nosotros mismos y para con el hábitat; si el forjar el juego de acciones diarias como locución de lo individual, pronunciado en designios sociales, en tal caso, es la condición en la que los individuos y la sociedad revalidan su presencia y certifican al existir en este mundo y justamente “la psicología adquiere entonces uno de los lugares más relevantes en el proceso, porque su objeto de estudio es el ser humano” (Rodríguez, 2003: 73).

De acuerdo con Enrique Pichon-Riviere, la psicología procede de muy distintas fuentes, pero sus orígenes como ciencia habría que buscarlos en los principios de la filosofía, en la antigua Grecia. Platón y Aristóteles, como algunos otros filósofos griegos, afrontaron ciertas cuestiones básicas de la psicología, que aún hoy son objeto de estudio: ¿Nacen las personas con ciertas aptitudes y habilidades, y con una determinada personalidad, o se forman como consecuencia de la experiencia? ¿Cómo llega el individuo a conocer el mundo que le rodea? ¿Ciertos pensamientos son innatos o son todos adquiridos? (Pichon-Rivière, 1971: 23).

Aunque tales cuestiones fueron debatidas durante siglos, la psicología científica como tal no se inicia hasta el siglo XVII con los trabajos del filósofo racionalista francés René Descartes y de los empiristas británicos Thomas Hobbes y John Locke. Descartes afirmaba que el cuerpo humano era como una máquina de relojería, pero que cada mente (o “alma”) era independiente y única. Mantenía que la mente tiene ciertas ideas innatas, cruciales para organizar la experiencia que los propios individuos tienen del mundo.

Hobbes y Locke, por su parte, resaltaron el papel de la experiencia en el conocimiento humano. Locke creía que toda la información sobre el mundo físico pasa a través de los sentidos, y que las ideas pueden y deben ser verificadas con la información sensorial de la que proceden. La corriente más influyente se desarrolló siguiendo el punto de vista de Locke. Sin embargo, ciertos psicólogos europeos que han estudiado la percepción sostendrían varios siglos después la idea cartesiana de que parte de la organización mental es innata. Esta concepción aún juega un papel importante en las recientes teorías de la percepción y la cognición (pensamiento y razonamiento) (Pichon-Riviére, 1971: 40-42).

Aparte de esta herencia filosófica, es decir, el estudio de las funciones de los diversos órganos y sistemas del cuerpo humano. El fisiólogo alemán Johannes Müller intentó relacionar la experiencia sensorial con las actividades del sistema nervioso y del entorno físico de los organismos, pero los primeros representantes auténticos de la psicología experimental fueron el físico alemán Gustav Theodor Fechner y el fisiólogo, también alemán, Wilhem Wundt. Ambos son considerados los padres de la actual psicología científica. Fechner desarrolló métodos experimentales para medir la intensidad de las sensaciones y relacionarla con la de los estímulos físicos que la provocaban, estableciendo la ley que lleva su nombre y que es, aún hoy, uno de los principios básicos de la percepción. Wundt, en 1879 fundó el primer laboratorio de psicología experimental en la ciudad alemana de Leipzig, donde formó a estudiantes de diversos países en la nueva ciencia.

La psicología actual mantiene muchos de los problemas que se planteó originalmente. Por ejemplo, ciertos psicólogos están interesados ante todo en la investigación fisiológica, mientras que otros mantienen una orientación clínica, y algunos, una minoría, intentan desarrollar un en-

foque más filosófico. Aunque ciertos psicólogos pragmáticos insisten aún en que la psicología debe ocuparse sólo de la conducta, olvidándose de los fenómenos psíquicos internos (que deben incluso ser rechazados por ser inaccesible su estudio científico), cada vez son más los psicólogos que están hoy de acuerdo en que la experiencia y la vida mental (los procesos psíquicos internos) son un objeto válido de estudio para la psicología científica. Esta vuelta al estudio de los fenómenos psíquicos internos, conocido como paradigma cognitivo, por oposición al paradigma conductista dominante en la psicología académica durante buena parte del siglo XX, comenzó a extenderse a mediados de la década de los años setenta.

El argumento principal del conductismo es que la ciencia es monista, no dualista, y todo intento de dividir al ser humano en “organismo observable” y “psique” no cabe en la psicología, ya que la conducta es una propiedad de los organismos pensantes. En las fases posteriores del conductismo se aceptó que el pensar es una clase especial de conducta observable, ya que la persona es quien se observa a sí misma.

Las principales áreas de investigación de la psicología moderna forman parte también de las ciencias sociales y las biológicas. La psicopatología también conocida como psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas, es quizá la especialidad más conocida y la que el público en general asocia cuando escuchan la palabra “psicología”, dado que los casos, historias y síntomas de pacientes que muestran comportamientos “inadaptados” afectan a la sensibilidad del público y provocan la curiosidad. Los sistemas de clasificación de la conducta desviada han cambiado por la mayor información y la modificación de los hábitos sociales. La clasificación que a continuación se esboza, deriva de los términos aceptados tradicionalmente,

pero agrupa a las enfermedades mentales en términos de la práctica actual.

Los tres grandes grupos de desórdenes son: las psicosis⁷¹, trastornos estructurales que implican una pérdida de contacto con la realidad (esquizofrenias⁷², psicosis mania-

⁷¹ NE El término fue creado por el psiquiatra austriaco Ernst von Feuchtersleben (1806-1849), en 1845, para reemplazar el de locura y definir las enfermedades del “alma” o de la psiquis desde una perspectiva psiquiátrica, y se aplica en Francia a partir de 1869. La psicosis se opone a la neurosi, por ejemplo, considerada enfermedad nerviosa perteneciente al ámbito de la medicina, la neurología t posteriormente a la psicoterapia. El término psicosis, designó primero el conjunto de enfermedades llamadas mentales, fueran orgánicas (como la parálisis general) o ebfermedades mentales más específicas; para que posteriormente se centran en tres grandes enferemdades mentales modernas: la esquizofrenia, la paranoia y la psicosis maçiaco-depresiva. Freud lo te-roma como concepto técnico, en 1894, siendo empleado en un principio para designar la reconstrucción inconsciente por el sujeto de una realidad delirante o alucinatoria. Más tarde es aplicado con una estructura tripartida, en la cual se diferencia por una parte de la neurosis, y por la otra de la perversión (Roudinesco, Plon, 1998: 868-871).

⁷² NE Este término fue creado por Eugen Bleuler, en 1911, a partir del griego schizein (rajarse) y phrenos (pensamiento), para designar una forma de locura denominada “demencia precoz” por Emil Kraepelin, y cuyos síntomas fundamentales son la incoherencia del pensamiento, la alteración dela afectividad y el descontrol en la acción, un repliegue sobr sí mismo (o autismo) y una actividad delirante. Freud prefirió referirse coo “parafrenia”, aunque este término no se impuso ni en psiquiatría ni en psicoanálisis para caracterizar, junto a la paranoia y la psicosis maníaco-depresiva derivada de la melancolía, una de las tres formas modernas de la psicosis en general (Roudinesco, Plon, 1998: 272-277).

co-depresivas⁷³, paranoia⁷⁴ y psicosis orgánicas) y las neurosis⁷⁵, trastornos no psicóticos, funcionales, que normal-

⁷³ NE Este término es creado –según Roudinesco y Plan– por el “saber” psiquiátrico de principios del siglo XX, a partir de la conjunción de los vocablos psicosis, manía y depresión, designando la tercera forma moderna de la psicosis en general. Se caracteriza por las irregularidades del estado de ánimo, que se presentan en las personas como una alternancia entre la agitación maniaca (o exaltación) y los estados meclancólicos (tristeza y depresión). Fue el médico inglés Thomas Willis (1621-1675) el primero en vincular dos formas de locura, descritas desde la antigüedad (la manía y la melancolía) para definir un ciclo maniaco-depresivo, que más tarde conjunto en la misma enfermedad mental la manía y melancolía. En 1852 el alienista francés Jean-Pierre Falret (1794-1870) a esta conjunción de enfermedad mental la denominó *locura circular* y, en 1899, Emil Kraepelin a esta *locura circular* la denominó *locura maniaca depresiva*; por lo que en el marco de una nosografía general de la psicosis, se terminó llamando la psicosis maniaco-depresiva, como se conoce actualmente (Roudinesco, Plon, 1998: 871).

⁷⁴ NE Término derivado del griego para (contra) y noos (espíritu) que designa la locura en forma de arrebato y delirio. Fue introducido por el psiquiatra alemán Johann Christian Heinroth (1773-1843), en 1842, a partir del vocablo creado en 1772, y posteriormente, en 1887, por el francés Jules Séglas (1853-1939). La paranoia se caracteriza por un delirio sistematizado, el predominio de la interpretación y la ausencia de deterioro intelectual; incluye el delirio de persecución, la erotomanía, el delirio de grandeza y el delirio de celos. Freud lo retoma en 1911, caracterizando la paranoia como una defensa contra la homosexualidad; posteriormente, Melanie Klein desarrollaron en el psicoanálisis una concepción estructural de la paranoia, acercándola a la esquizofrenia (posición esquizoparanoide) en el marco de una definición de la relación de objeto y Lacan haciendo de ella la esencia del proceso psicótico (Roudinesco, Plon, 1998: 793-797).

⁷⁵ NE Término creado por el médico escocés William Cullen (1710-1790) para designar las enfermedades nerviosas que entrañan un trastorno de la personalidad. Fue aplicado en Francia por Phillippe Pinel (1745-1826), en 1785. Freud lo aplica como concepto técnico, a partir de 1893, aplicado a las enfermedades nerviosas cuyos síntomas simbolizan un conflicto psíquico reprimido de origen infantil; con el desarrollo del psicoanálisis el concepto termina estructurándose en la

mente no suponen una pérdida de contacto con la realidad, aunque la vida del paciente se vuelve infeliz o dolorosa, incapacitándole para ciertas tareas. Entre las patologías y cuadros sistemáticos de las neurosis se encuentran: la ansiedad aguda, las fobias, las neurosis obsesivo-compulsivas y las histerias, así como los desórdenes de la personalidad o psicopatías, que incluyen las personalidades antisociales (psicópatas o sociópatas) y los comportamientos psicopatológicos. Esto quiere decir que la psicología tiene su aplicación en problemas que surgen prácticamente en todas las áreas de la vida social.

Para la solución de los llamados problemas psicossomáticos y desórdenes neuróticos se ha recurrido al manejo de aparatos electrónicos que amplifican las señales corporales que le retroalimentan continuamente. Esta forma de entrenamiento del control de las reacciones fisiológicas ha tenido algún éxito en varios desórdenes que a veces impiden a las personas tener una mejor calidad vida.

En relación con las personalidades antisociales, los psicólogos han buscado soluciones que aminoren el efecto de los modelos observados por parte de la sociedad en los medios masivos de comunicación, principalmente en la televisión, en particular aquellos arquetipos que se muestran agresivos aparentemente sin ninguna consecuencia negativa inmediata. Los niños y los adolescentes son las personas

composición tripartita, junto a la psicosis y la perversión. Desde el punto de vista freudiano, en el registro de la neurosis se clasifican la histeria y la neurosis obsesiva, a las cuales hay que añadir la neurosis actual, que comprende la neurosis de angustia y la neurastenia, y la psiconeurosis, que comprende la neurosis de transferencia y la neurosis narcisista. Asimismo la "neurosis de carácter" es propia de la terminología de Edward Glover y de la doctrina de Wilhelm Reich; de igual forma también se aplica la variante de neurosis de fracaso creada por René Laforgue y la neurosis de abandono por la psicoanalista suiza Germaine Guez (Roudinesco, Plon, 1998: 733-736).

más influidas por dichos modelos, sobre todo cuando se dan condiciones de abandono parcial o total de alguno de los padres a causa del trabajo absorbente. Este sector vulnerable de la población tiende a imitar a los modelos observados sin que verdaderamente mida las consecuencias de sus actos.

Actualmente, se ha dado un giro en el enfoque de la psicología; de una perspectiva clásica y lineal hacia la complejidad del comportamiento humano. Ahora se ha privilegiado el manejo de la información por el ser humano como un medio para regular o modificar su comportamiento. Ya no basta reconocer la conducta manifiesta de las personas, sino que también hace falta explorar la información que posee el ser humano, el cual no se considera bajo un modelo mecanicista, sino sujeto a multicausalidad que puede impedir la predicción inmediata del comportamiento. Con el origen y aplicación del pensamiento complejo se ha incrementado la interrelación de la psicología con la medicina, la biología, la antropología, la informática y otras ciencias.

La psicología es hoy un área con una gran especialización, por ello se demanda que amplíe su visión de trabajo, y estudie cada vez más los comportamientos complejos y se evalúan teorías que se relacionen, entre otras, con las neurociencias y la salud mental.

3.1 PSICOANÁLISIS

El psicoanálisis, como tal, nació en el siglo XX, sin embargo, tiene sus antecedentes en el siglo XIX. Se trataba de una nueva postura teórica para estudiar y curar diversas enfermedades de origen nervioso que no habían podido ser mitigadas por los especialistas de la medicina. Los médicos sólo administraban fármacos que de poco servían, o seguían tratamientos extremos, como el eléctrico.

En 1880 surge el procedimiento hipnótico⁷⁶, reconocido como una vía de curación, más adelante surge la idea de que hay estados anímicos (inconscientes) que se reflejan en el comportamiento del ser humano; con esto, es innegable que el hipnotismo representa el antecedente más importante en las técnicas psicoanalíticas, ya que dio resultados relevantes en las terapias.

Se le reconoce al doctor Josef Breuer la aplicación de un método terapéutico o catártico a una paciente enferma de histeria, a principios del siglo XIX; el método consistía en hipnotizar a las personas con el fin de indagar los trastornos que les impedían llevar una vida relajada; aquí se descubrió que los enfermos de histeria padecen de reminiscencias, es decir, restos y símbolos anémicos de ciertas vivencias traumáticas (Freud, 1998a: 40-42). En los años siguientes, grandes estudiosos como Charcot, Pierre Janet, Breuer, y el propio Freud, aplican la hipnosis en enfermos de histeria y neurosis; a partir de estas primeras experiencias se define al trauma como un evento decisivo que cambia la conducta del ser humano. Freud observa que con tales sucesos, en la memoria se presentan algunos síntomas difíciles de erradicar; sin embargo, con el hipnotismo es posible crear una reacción hacia lo olvidado y, por lo tanto, es factible la curación.

En 1909, Freud y Jung, en la Universidad de Clark, Massachussets, imparten una serie de conferencias que versaban sobre la génesis y el desarrollo de una ciencia que

⁷⁶ El término hipnosis deriva del griego hynos (sueño), es sistematizado entre 1870 y 1878 para designar un estado modificado de conciencia (sonambulismo o estado hipnoide) provocado por la sugestión de una persona por otra persona. Fue creada por el médico escocés James Braid (1795-1860) para caracterizar4 el conjunto de las técnicas que permiten provocar un estado hipnoide en un sujeto, con fines terapéuticos. El proceso de sugestión se produce entre un médico hipnotizador y un enfermo hipnotizado. Normalmente se emplea como sinónimos hipnosis e hipnotismo (Roudinesco, Plon, 1998: 459-462).

comenzaba a ganar interés en el terreno de la psicología, lo que origina que se popularice el psicoanálisis en Austria, Suiza, Inglaterra, India, Canadá, Australia y, por supuesto, en Estados Unidos. En esta época ya hay publicaciones periódicas dedicadas al psicoanálisis, provocando que se sumen nuevos seguidores y se disperse en múltiples caminos.

A pesar de los aciertos obtenidos, Freud decide dejar de lado el hipnotismo, pues aun cuando este recurso permitía llegar a confines patógenos que los enfermos desconocían en su estado normal, advirtió que no podría tratarse de un procedimiento definitivo, porque resultaba agotador y extenuante. No obstante, gracias a la exploración analítica de histéricos y neuróticos, Breuer y Freud identifican que la moción de deseo reprimida subyace en el inconsciente, de ahí que los síntomas y demás indicios de desfiguración toman forma y fuerza en un padecer continuo e interminable.

Después de la técnica de la hipnosis, el trabajo psicoanalítico busca más recursos para descubrir y descifrar el inconsciente, y pronto recurre al método de la asociación libre, la cual “comprometía a los enfermos a renunciar a toda reflexión consciente y entregarse, en calma concentración, a perseguir sus ocurrencias espontáneas (involuntarias)” (Freud, 1998c: 207). En la asociación libre, el paciente conserva su estado de conciencia y, así, el psicoanalista puede reconstruir lo olvidado y hacer sus interpretaciones. Mediante esta práctica surge la teoría de la represión y, con el paso del tiempo, el complejo de Edipo⁷⁷, que llevó a Freud a formular el reconocimiento de una sexualidad infantil.

⁷⁷ NE Edipo o Complejo de Edipo es una noción central en el psicoanálisis, es correlativo del complejo de castración, y de la existencia de la diferencia de los sexos. El complejo de Edipo, tal como lo entiende Freud, es la representación inconsciente a través de la cual se expresa el deseo sexual o amoroso del(a) niño(a) por el progenitor del sexo opuesto, y su hostilidad al progenitor del mismo sexo; pero esta representación puede invertirse y expresar amor al progenitor del mismo

Una vez más, pese a los avances significativos, fue indispensable adentrarse en la interpretación de las exteriorizaciones. Todo ello facilitó un mejor tratamiento de la histeria, la neurosis, e incluso en personas sanas. “Tales interpretaciones establecieron con total certidumbre el hecho de que las disociaciones anímicas son mantenidas enteramente por medio de ‘resistencias internas’” (Freud, 1998b: 212).

En este sentido, Freud escribe *La interpretación de los sueños* en 1890, pieza fundamental en la aplicación del tema en cuestión, porque es una nueva psicología al acercar la ciencia médica neurológica con la de la mente. Esta técnica ha permanecido desde entonces, y a la fecha es considerada como “la vía regia para el conocimiento del inconciente” (Freud, 1998a: 29)⁷⁸. Uno de los argumentos que auxilia este procedimiento se funda en la antigüedad, cuando los pueblos estimaban en los sueños ciertas revelaciones del futuro. Para el fundador del psicoanálisis es importante distinguir el contenido manifiesto del sueño de los pensamientos oníricos latentes, los cuales subyacen de manera asombrosa en el inconsciente desde la niñez.

Por lo que toca a las operaciones fallidas y casuales, éstas tienen que ver con acciones que pueden revelar signos trascendentes en la vida de las personas aparentemente normales, que en realidad son indicios de neurosis: el olvido de cosas, equivocaciones en el habla, la lectura o la escritura, perder o romper objetos, etc., y que, sin embargo, pasaron inadvertidos por mucho tiempo antes de que el psicoanáli-

sexo, y odio al progenitor del sexo opuesto. Se llama Edipo a la primera representación y Edipo invertido a la segunda, y Edipo completo a la combinación de ambas. El complejo de Edipo tiene lugar entre los tres y los cinco años; su declinación indica la entrada en un período llamado de latencia, y su resolución despupes de la pubertad se concreta en un nuevo tipode elección de objeto (Roudinesco, Plon, 1998: 243-248).

⁷⁸ Antes de 1959 se utilizaban los términos consciente e inconsciente sin “s”, así que sólo se usarán en esa forma cuando incluyamos citas que daten de obras anteriores a esa fecha.

sis les proporcionara un valor importante en el inconsciente. Ante tales descubrimientos, la tarea del psicoanalista consistirá en admitir que en las exteriorizaciones psíquicas nada hay de insignificante, antes al contrario, deberá descubrir motivaciones múltiples de un mismo efecto anímico.

A través del tiempo, el psicoanálisis determinó que los diversos conflictos siempre eran el resultado de las pulsiones⁷⁹ sexuales, así como de los deseos del yo, por ejemplo en las neurosis se presenta la represión como factor dominante de las pulsiones (Freud, 1998b: 213). De ahí, Freud desarrolló toda una teoría alrededor de la sexualidad infantil y uno de sus primeros planteamientos es que ésta sí existe como tal, y que la pulsión sexual está formada de diversos factores, pero se trata de un conjunto muy complejo. Al igual que en la exploración de los sueños, las represiones que padecen los pacientes subyacen en la infancia, sólo que algunas de ellas demuestran síntomas patógenos que tienen que ver con la sexualidad, de tal suerte que dicho planteamiento generó mucha polémica al trabajo que se venía desarrollando, pero Freud supo rebatir la crítica.

Con base en su experiencia, Freud comparte que el trabajo psicoanalítico debe realizarse con sumo cuidado, ya que no se trata de convocar de una forma irresponsable los trastornos que subyacen en el inconsciente, sino de buscar los recursos para mermarlos y así revitalizar la energía anímica de los pacientes. De igual forma, el empeño por corregir y profundizar en el terreno del psicoanálisis poco a poco define conocimiento, aplicación, metodología y pers-

⁷⁹ NE Término aplicado por primera vez en Francia, en 1625, derivado del latín para designar la acción de empujar o impulsar. Es empleado por Freud a partir de 1905, convirtiéndose en un concepto técnico principalmente del psicoanálisis, como designación de la carga energética que está en la fuente de la actividad motriz el organismo y del funcionamiento psíquico del inconsciente, diferenciándose de los conceptos de instinto y tendencia (Roudinesco, Plon, 1998: 883-889).

pectivas más concretas, de tal modo que los alcances de este prolífico movimiento no dejan de exponerse y/o discutirse en diversos encuentros. Es así como en 1910, durante el *20 Congreso Internacional de Psicoanálisis*, Freud se vanagloria de que el psicoanálisis vislumbra tres latentes posibilidades, a saber: un progreso interno, un aumento de autoridad y el efecto universal de sus propuestas. La primera consiste en el mejoramiento continuo tanto del saber analítico como de la técnica, a través de los cuales se busca optimizar las sesiones con los pacientes, a fin de configurar un acceso a su inconsciente; por si fuera poco, también interesan los efectos que pudieran ocasionar los trastornos de los enfermos en los médicos. La segunda posibilidad no radica precisamente en el reconocimiento del movimiento, pues el propio autor advierte que debe pasar un buen tiempo para que los opositores acepten que la propuesta psicoanalítica se basa en fundamentos concretos, además de que la sociedad misma también reconozca que influye mucho en las causas de las neurosis (Freud, 1998d: 129-142). En cuanto a la última posibilidad, Freud señala que los logros, ya demostrados por la terapia en varios pacientes, deben extenderse a toda la población, pues los psicoanalistas no sólo están al servicio de la ciencia, sino que también “contribuyen a aquel esclarecimiento de la masa del que esperamos la más radical profilaxis de las neurosis pasando por el rodeo de la autoridad social” (Freud, 1998d: 142).

Desde que el psicoanálisis inició el interés de varios profesionales de la salud, Freud reconoce que no todos están preparados para enfrentar y afrontar las singularidades de esta terapia, así que demanda sacrificios de tiempo, trabajo y éxito para el ejercicio psicoanalítico, pues la incapacidad de algunos médicos sin preparación o disposición hacia las nuevas técnicas podría desencadenar un grave problema que perjudicaría más la causa que a los mismos enfermos.

Por ello, Freud informa que en esta fecha se funda la Asociación Psicoanalítica Internacional, “cuyos miembros se dan a conocer mediante la publicación de sus nombres a fin de declinar toda responsabilidad por los actos de quienes no pertenecen a ella y llaman ‘psicoanálisis’ a su proceder médico” (Freud, 1998d: 129-236).

Una vez que se creó la Asociación, se organizaron tres congresos en diferentes países, con el propósito de compartir experiencias y continuar trazando los retos psicoanalíticos: Viena (1910); Weimar (1911) y Munich (1913). Los resultados de dichos foros se pueden hallar en varias publicaciones periódicas que mantenían informados y actualizados a los miembros de la agrupación y a los interesados en el tema. Poco antes de concluir la primera guerra mundial, durante el 5° *Congreso Psicoanalítico Internacional*, celebrado en Budapest, Freud hace alusión a los alcances y límites de su movimiento. En primer lugar refiere que en esencia las tareas terapéuticas buscan hacer consciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias, sin que por ello el analista consienta y dispense todos los actos que el hombre podría cometer. “En la cura analítica es preciso evitar toda malacrianza. Al enfermo tienen que restarle muchos deseos incumplidos. Lo adecuado al fin es, justamente, denegarle aquellas satisfacciones que más intensamente desea y que exterioriza con mayor urgencia” (Freud, 1998e: 160).

En el proceso por consolidar el movimiento psicoanalítico, cabe destacar que Max Eitingon funda la primera policlínica psicoanalítica en 1920, en la ciudad de Berlín, donde se imparten cursos al respecto y surge el concepto de “libido” desde una concepción sexual y narcisista (Freud, 1998c: 199-202). A la fecha ya había una asociación y una clínica especializada, pero, dado que el psicoanálisis se conformó con base en el ejercicio empírico (prácticas, técnicas, métodos, recursos; sesiones, encuentros y discu-

siones científicas, publicaciones, etc.), para Freud resultaba complicado que la universidad reconociera, en primer lugar, las aportaciones que el psicoanálisis tuviera en la formación del cuadro médico, puesto que por regla general se había empeñado en orientar a los estudiantes únicamente en las materias de anatomía, física y química, ignorando la trascendencia de los factores psíquicos que se manifiestan en la enfermedad y el tratamiento.

Es importante agregar que en el área médica hubo una tendencia de rechazo al psicoanálisis, sobre todo por parte de los psiquiatras, lo cual resulta contradictorio. Estos últimos argumentan que esta teoría es poco científica, toda vez que está más cercana a la psicología que a la medicina. Por su parte los psicoanalistas resaltan que los conocimientos puros de la medicina ni la psicología han ayudado en la comprensión y el tratamiento de las patologías anímicas. Por tanto, el psicoanálisis se ubica en la frontera de estas dos ciencias, pero el “progreso del psicoanálisis se ve demorado, además, por el terror que siente el observador corriente de verse reflejado en su propio espejo” (Freud, 1998b: 214). Aun así, Freud reconoce que el exceso y la carencia de determinadas sustancias también provocan alteraciones anímicas al ser humano y este tratamiento es otra vía de curación, aunque se encuentra con médicos y filósofos que se resisten a sus teorías sobre el psicoanálisis, pues no reconocen los términos como inconsciencia, pulsiones sexuales, entre otros (Freud, 1998c: 223-225).

Una premisa relevante del psicoanálisis es que “nunca lanzó la consigna de desencadenar nuestras pulsiones dañinas para la comunidad; al contrario, alertó contra ello y aconsejó un mejoramiento?” (Freud, 1998c: 224); lo que sí, el psicoanálisis esclarece que las normas impuestas por la sociedad obliga al individuo a reprimirse, a cambiar su estado natural de actuar para resarcir aquello que le es ne-

gado. “A consecuencia de esta crítica, se sintió al psicoanálisis como ‘enemigo de la cultura’ y se lo proscribió como peligro social” (Freud, 1998c: 233). En fin, explica que la resistencia a la teoría del psicoanálisis representa una negación a lo nuevo, pues el hombre difícilmente acepta como verdadero a aquello que vulnera de alguna manera sus sentimientos o los conocimientos preestablecidos.

A pesar de toda la crítica y el rechazo al psicoanálisis, este movimiento cuenta con una serie de aportaciones teóricas muy reconocidas, además de las técnicas ya expuestas. Ricoeur, por ejemplo, aprecia que

Las reflexiones consagradas a la relatividad de la noción de inconsciente me parecen necesarias para eliminar del realismo freudiano todo aquello que no sea un realismo empírico en el sentido que le dimos, es decir, una afirmación de la realidad cognoscible de las pulsiones por medio de sus representantes-representativos, sino un realismo ingenuo que proyectaría retrospectivamente en el inconsciente el sentido elaborado, el sentido terminal, tal como se constituye progresivamente en el transcurso de la relación hermenéutica (Ricoeur, 2003: 102).

La clasificación sistemática de las enfermedades mentales, desarrollada por el pionero de la psiquiatría Emil Kraepelin, estableció las bases de los métodos de clasificación aún se mantienen en uso. Más reconocido, sin embargo, es el trabajo de Sigmund Freud, quien elaboró el método de investigación y tratamiento conocido como psicoanálisis. En sus trabajos, Freud llamó la atención sobre las pulsiones (instintos) y los procesos inconscientes que determinan el comportamiento humano. Este énfasis en los contenidos del pensamiento y en la dinámica de la motivación, más que en la naturaleza de la cognición por sí misma, ejerció una influencia decisiva en el desarrollo de la psicología contemporánea.

Al final, se puede indicar que, nadie puede negar que el psicoanálisis ha influido culturalmente el siglo XX; las ideas freudianas y sus planteamientos iniciales fueron blancos de duras críticas y sin embargo son el centro del devenir de ideas que han originado las técnicas psicoterapéuticas que hoy se desarrollan, en aras de encontrar mejores caminos para atender los trastornos que confieren la salud mental.

4 PSIQUIATRÍA⁸⁰

Para numerosos autores, la historia de la psiquiatría acompañó la historia del conocimiento científico. El mismo término que funda esta corriente médica ha sufrido avatares terminológicos, políticos y científicos a lo largo del tiempo. Nació como alienismo en medio de la revolución francesa, se transformó en medicina mental con el crecimiento del campo anatomo-clínico y posteriormente pasó a ser psiquiatría con Kraepelin y Magnan.

⁸⁰ Frente a la psiquiatría se desarrolla el movimiento o la práctica antipsiquiátrica. NE El término antipsiquiatría fue inventado por David Cooper en Inglaterra, designa un movimiento intelectual político de impugnación radical del saber psiquiátrico –según Roudinesco, Plan- pero sus fines era criticar y oponerse a la psicoterapia institucional (FC), se desarrolla fundamentalmente entre 1955 y 1975 en los principales países donde estaban implantados la psiquiatría y el psicoanálisis: en Gran Bretaña, con David Cooper y Ronald Laing; en Italia, con Franco Basaglia; en los Estados Unidos, con Thomas Szasz y la Escuela de Palo Alto de Gregory Bateson. Roudinesco y Plan señalan que mientras que la psiquiatría institucional de la segunda mitad del siglo XX reforman el asilo y transforman las relaciones entre el personal y los internos en el sentido de “una gran apertura al mundo de la locura” (Roudinesco, Plan: 55), la antipsiquiatría propone la supresión del asilo (manicomio) y a “eliminar la noción misma de enfermedad mental” (Roudinesco, Plan, 51) (Roudinesco, Plon, 1998: 51-52).

Considerada como una práctica teórica altamente tecnificada, actualmente se le considera la rama antropológica o humanista de la medicina. De acuerdo con el Tratado de Psiquiatría, es la parte de la medicina que trata las enfermedades mentales, mientras que la neurología trata a las del sistema nervioso (Ey et al, 1980: 53). La denominación nace en centroeuropa a mediados del siglo XIX, psicosis, psicopatía, psicopatología, psiquiatría crecen desde un centro creencial común, basado en la idea del progreso ilimitado y en el avance extraordinario de la ciencia experimental. Para algunos, el término es empleado por primera vez por Johann Cristian Reil en 1803. Aquí, y ya en su origen, la psiquiatría toma como emblemática a la psicoterapia (terapias psíquicas, tratamiento moral, etcétera).

La psiquiatría se define, pues, como una rama de la medicina, que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiendo como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátricas como patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de la personalidad (Ey et al, 1980: 54). Para la mayoría de los autores, la psiquiatría es una rama de las ciencias médicas, cuyo carácter científico se alcanza a través de la psicopatología. Según Jaspers por ejemplo, es una “práctica teórica”, altamente sofisticada que en su esencia técnica es heteróclita, es decir, se vale de distintos procederes. Desde el punto de vista teórico y más aún epistemológico, la psiquiatría es heterológica se debe a que siendo una rama de la patología médica, su “corpus” doctrinario es la psicopatología (y su aplicación práctica, la semiología propedéutica) siendo su objeto el ser humano en cuanto a la historia de su devenir, siempre sujeto social, ser social por antonomasia.

No obstante, el psiquiatra es un médico especialmente adiestrado en la provisión de un servicio clínico directo, liderazgo y responsabilidad en la evaluación, diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación de personas que padecen de desórdenes o trastornos del pensamiento y de las funciones cognitivas, de la conducta o el comportamiento, de los afectos o el ánimo y de alteraciones psicosomáticas.

La psiquiatría se ocupa de la comprensión y del tratamiento de los trastornos psíquicos, es decir, de la mente, la cual tiene como sustrato anatómico el cerebro. No es del alma o del espíritu que la psiquiatría versa. Las fronteras entre este conocimiento científico y los terrenos de la filosofía, la religión e incluso el esoterismo, no han sido nítidas a través de los tiempos.

La historia de la aceptación de la psiquiatría como un campo de la medicina y el inicio del estudio científico de los trastornos mentales, es una narrativa plagada de creatividad y resistencia. Debido a que la mente ha sido conceptualizada como una entidad separada del cuerpo y también como enteramente dependiente de procesos somáticos, ella ha sido reclamada como territorio propio por teólogos, filósofos, científicos y médicos.

El tradicional énfasis de la psiquiatría en los factores emocionales y biológicos de la conducta humana la ha distanciado algo de las otras especialidades médicas. A medida que el “cientificismo” de la medicina fue creciendo en los aspectos diagnósticos y terapéuticos, los médicos fueron insistiendo en observaciones estadísticamente significativas y en resultados reproducibles. La psiquiatría luchaba por mantener su progreso científico sin perder su orientación humanista. Incluso hoy en día, dadas las complejidades del pensamiento, las emociones y las conductas humanas, la experimentación e investigación científica convencional están bastante limitadas para aquellos que intentan esclarecer los enigmas de la mente, las causas y curas de las enfermedades mentales.

El campo de la psiquiatría abarca desde las células más pequeñas del cuerpo, hasta vastos e intrincados sistemas sociales. Los seres humanos están influidos en sus emociones, pensamientos y conducta por múltiples factores: su herencia genética, las condiciones de su nacimiento y desarrollo, así como por los estresores y apoyos de su entorno. Pese a ser claramente más fácil estudiar la estructura, función y enfermedades de sistemas de órganos que los mecanismos de la personalidad en humanos, la psiquiatría, a través de observaciones sistemáticas, experimentación y pensamiento racional, ha continuado generando conceptos e hipótesis que han ayudado efectivamente en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

Por siglos, filósofos y científicos han debatido sobre la factibilidad de distinguir en forma válida entre los conceptos de mente y cuerpo. Una vez alcanzada una conclusión positiva, cabe intentar entender la naturaleza de cada cual y el cómo interactúan. Estas preguntas han sido el centro del interés psiquiátrico por muchos años y son ahora de vital importancia también en otras áreas de la medicina. Investigadores en medicina conductual se cuestionan sobre los mecanismos por los cuales los pensamientos y sentimientos pueden afectar al sistema inmune, la función cardiovascular y la operación del tracto digestivo, así como también sobre cómo las alteraciones en el funcionamiento somático pueden repercutir la función cognitiva, las emociones y la conducta.

La visión integracionista implícita en estas preguntas es sólo un desarrollo reciente en psiquiatría y medicina. Históricamente los idealistas han privilegiado la psique, considerando al cuerpo como un vehículo transitorio, contenedor del alma inmortal, mientras que los materialistas han considerado a los procesos fisicoquímicos como la base de toda realidad y han postulado a la mente como un epifenómeno de estos procesos.

Teólogos y filósofos toman la mente como un atributo especial de los seres humanos, aparte de lo físico. Particularmente, desde Descartes, han subdividido la esencial unidad del hombre en cuerpo y psique. Todo aquello que fuese corpóreo podría ser relegado al científico, pero la psique humana, como atributo divino, no podría ser sometida a tan distante escrutinio como los sistemas circulatorio o esquelético. Conductas o modos de pensar aberrantes eran considerados teológicamente como señales de “locura divina”, “posesión por agentes demoníacos”, o “pérdida del alma”. Personas “locas” eran a veces elevadas al estado de profetas o chamanes, en otras ocasiones quemados como hechiceros o brujas. El tratamiento podía incluir exorcismo, oración, inmolación o confesión forzada.

Los trastornos de la mente eran terreno de los sacerdotes e inquisidores y el contenido de la locura⁸¹ no era

⁸¹ Locura, se le ha llamado furor, manía, delirio, rabia, frenesí, alienación, etc., la locura siempre fue considerada lo “otro” de la razón. Desde la antigüedad se ha considerado como una extravagancia, pérdida de sentido común, trastorno del pensamiento, divagación del espíritu, dominio de la pasión; etc., y cuyo origen se buscó a veces en la magia o religión (posición diabólica o divina), astral (posición de los astros), geneológica (familiar), otras veces en el cerebro o los humores (medicina hipocrática) o en los movimientos de la mente-cerebro (psicológica). Descartes en las *Méditations*, en el siglo XVII, localiza la locura dentro del pensamiento mismo y sus acciones (FC): “Y ¿cómo podría yo negar que estas manos y este cuerpo son míos, a menos que me compare con ciertos insensatos cuyo cerebro está a tal punto turbado y ofuscado por los negros vapores de la bilis que constantemente aseguran que son reyes cuando son muy pobres, que están vestidos de oro y púrpura cuando están totalmente desnudos, o que se imaginan que son cántaros o que tiene un cuerpo de vidrio? Pero ¡vaya!, son locos, y yo no sería menos extravagante si siquiera su ejemplo”. Hay tres maneras de idear el fenómeno de la locura: la primera, consiste en hacerla entrar en el marco nosológico construido por el saber psiquiátrico, y considerarla una psicosis (paranoia, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva); la segunda, apunta a elaborar una antropología de sus diferentes mani-

interpretado a la luz de la historia personal, sino desde la perspectiva del dogma religioso en boga. Pese a que las contribuciones que las experiencias religiosas pueden hacer a la salud mental deben ser reconocidas, se debe también tener conciencia de que la medicina luchó para lograr que el estudio y tratamiento de las personas perturbadas mentalmente estuvieran libres de las restricciones impuestas por diversas creencias religiosas.

El dominio de la teología sobre el estudio de la mente produce una contrarreacción en los días de apogeo de

festaciones en las distintas culturas (etnopsiquiatría, etnopisicoanálisis, sociología, psiquiatría transcultural), y la tercera, propone abordar la cuestión desde el ángulo de una escucha transferencial de la palabra, del deseo o la vivencia del loco (psiquiatría dinámica, análisis existencial, fenomenología, psicoanálisis, antipsiquiatría). Estas tres maneras de concebir la locura a veces se han cruzado. El psicoanálisis parte de su deseo de atender y curar las enfermedades nerviosas, siempre se implantó al mismo tiempo en el terreno del tratamiento de la locura, como reacción al nihilismo terapéutico de una psiquiatría más demandante por clasificar las entidades clínicas que por escuchar el sufrimiento de los enfermos. Lo atestigua la experiencia “princeps” de Eugen Bleuler, en la Clínica del Burghölzli en Zurich. Los discípulos y sucesores de Freud, en especial Karl Abraham y Melanie Klein fueron los primeros en elaborar una clínica de la locura. En torno a 1960, la generalización de la farmacología en el tratamiento de las enfermedades mentales puso fin a la nosografía proveniente de Emil Kraepelin y el enfoque freudobleuleriano, reemplazando el asilo por el “chaleco de fuerza químico”, la clínica por el diagnóstico conductual, y la escucha del paciente por la “tecnologización” del cuerpo. Este cambio de actitud médica, es referida por Michel Foucault en *Histoire de la folie à l'âge classique* (Paris, Gallimard, 1972) y Henri Ey (1900-2977) al ocaso de la psiquiatría clásica lo relaciona con un acto de “psiquiatricida”. Según Fernández-Carrión habría que añadir una cuarta manera de concebir la locura desde la posición de los creadores (escritores, pintores, etc.) que a través de imágenes, palabras, etc. muestran “otro mundo” distinto al concebido desde los convencionalismos sociales, morales o de la razón, como hace Goya, Van Gogh, Artaud, Hölderlin, entre otros, al que alude Foucault (1972) (Roudinesco, Plon, 1998: 652-653).

la medicina griega. Por siglos desde entonces, empiricistas rígidos, escépticos de las interpretaciones filosóficas o teológicas de los trastornos psíquicos, han descartado dádivas divinas o maldiciones satánicas como el origen de estas enfermedades y les han atribuido una causalidad orgánica. Si bien como posibles condicionantes han podido ser consideradas un útero errante (histeria) o un exceso de bilis negra (melancolía⁸²), lo importante es que los síntomas mentales fueron vistos como manifestaciones de procesos corpóreos y no como influencias divinas o demoníacas.

Sin embargo, los organicistas, menos interesados en los significados de lo que cada paciente comunica en su historia que en los hallazgos fisiopatológicos observables y medibles en el laboratorio, fueron apartándose de una amplia variedad de problemas que reflejan conflictos psíquicos, unidos frecuentemente con conductas sociales poco adaptativas.

En contraste, el contenido del pensamiento humano y las motivaciones del comportamiento eran de gran interés para los idealistas teólogos. De acuerdo con los idealistas, el ser humano era responsable de sus enfermedades mentales precisamente porque era libre, lo que implicaba su voluntario consorcio con el diablo. Fue en ese contexto que el materialismo de los siglos XVII y XVIII condujo a una suerte de doctrina liberadora, contrarrestando el fanatismo de los “luchadores antidemoníacos”. Es así que, en forma paradójica, la dignidad humana se restituyó a través de “reducir” a los seres humanos al nivel de complejas e intrincadas “maquinarias” (Ey et al, 1980: 56-57).

⁸² NE Término derivado del griego melas (negra) y khole (bilis), aplicado desde la antigüedad, designa una forma de locura caracterizada por el ánimo sombrío o tristeza profunda, un estado depresivo que puede llevar al suicidio, y por manifestaciones de temor y desaliento que pueden o no tomar el aspecto de un delirio (Roudinesco, Plon, 1998: 692-695).

En casi todo el siglo pasado prevalecía una psiquiatría organicista del cerebro, plagada de reduccionismos mecánicos-biológicos y carente del concepto de “mente” o “psique” como entidad o función. Hasta que los años setenta del XX marcan el incipiente comienzo de la revolución biológica en psiquiatría. Un gran número de investigaciones asienta a las neurociencias como la base de la psiquiatría. El desarrollo de psicofármacos eficaces influye en la desinstitucionalización de pacientes antes considerados incurables o crónicos.

La neurobiología, biología molecular, neuroquímica, psicofarmacología, epidemiología y genética psiquiátricas avanzan vertiginosamente. En la década de los ochenta, disecciones farmacológicas e imágenes funcionales del cerebro nos revelan detalles íntimos de la neurofisiología. También se demuestran asociaciones entre procesos psíquicos normales y patológicos, con el funcionamiento de áreas específicas del cerebro.

Pese al enorme aporte y sofisticación de la investigación neurobiológica actual, se arriba también a una suerte de reduccionismo. Por ello, es vital comprender que en sistemas biológicos de alta complejidad existen propiedades que emergen sólo en los más altos niveles organizativos, los cuales no son posibles de inferir con análisis superficiales. Pese a la multiplicidad de destrezas y conocimientos que deben adquirir los agentes de la salud mental, podemos concluir que el psicólogo, el psicoanalista o el psiquiatra son, antes que nada, médicos, cuya consigna profesional está forjada en tomo a una preocupación científica y compasiva por las personas que sufren; por ello, deben estar conscientes de los problemas médicos y de la variedad de factores estresantes sociales que afectan la vida del ser humano. Sin embargo, si se combina el rigor científico con una apreciación humanista bien podrían actuar con la sensibilidad que otorga el percibir aquello único e individual de la personali-

dad de cada paciente, considerando en cada caso los estilos cognitivos y emocionales, los patrones de adaptación y de defensa, los conflictos internos y las fantasías.

De alguna manera, los avances de las diversas terapias que auxilian la salud mental dejan ver que el conocimiento científico, la intuición psicológica, la responsabilidad ética y social y el contacto interdisciplinario permiten el máximo de resultados, tanto en la investigación como en el tratamiento clínico, por ello no es gratuito que se intente correlacionar la atención de la salud mental con la propuesta hermenéutica de un filósofo que apuesta por una comunidad humana que cultiva la solidaridad, el respeto, el amor y la justicia.

Aunque la psicología, el psicoanálisis y la psiquiatría son disciplinas diferentes, mantienen importantes conexiones con el cuerpo doctrinario de la salud en general y, en particular, la salud mental, pero además se manejan dentro de un amplio campo que guarda estrecha relación con múltiples áreas inherentes al desarrollo humano, por lo que lejos de menospreciarlas, habrá que diseñar estrategias alternativas que permitan sensibilizar la importancia de atender los problemas que atañen la salud, la cual se ha definido en el presente texto como un desafío crucial de la promoción de los derechos humanos.

5 LA ÉTICA DE RICOEUR

5.1 FUNDAMENTO DE LOS DERECHOS HUMANOS

EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Sin lugar a dudas, abordar el mundo de la salud mental es adentrarse en una diversidad de problemáticas que, a la luz de los cambios sociales y culturales producidos en el último siglo, reclaman no sólo nuevas propuestas, sino la recon-

ceptualización de cuestionamientos de variada índole. Por ello, la filosofía del sujeto que construye Ricoeur, revela una sugerente propuesta basada en una ética que busca recuperar al ser humano, para adoptar nuevas relaciones inter-humanas que en el ámbito de la salud serían muy benéficas.

Dicho ámbito no ha dejado de producir sus propios cambios, algunos deseados y creativos, y otros lamentables y dudosos, que nos confrontan permanentemente en una diversidad de enfoques no sólo técnicos sino de paradigmas muchas veces opuestos. El papel de los medicamentos, la duración de las terapias, las reacciones moralizantes, el foco puesto en los síntomas, la necesidad de organizar grupos de autoayuda, la información o desinformación, la divulgación –y en algunos casos, la comercialización– del conocimiento bio-psico-terapéutico, son algunas de las variables en constante incertidumbre que deben debatirse con seriedad y emergencia, sobre todo cuando se percibe que cada vez hay más caminos que se bifurcan.

Resulta contradictorio que hoy por hoy se registren complejos avances tecnológicos, pero en materia de salud las personas y sus familias, las comunidades, así como la sociedad en general, están padeciendo enfermedades, producto principalmente de su estilo de vida. En apartados anteriores se daba una relevancia a la calidad de vida, dada su connotación de bienestar integral; no obstante, las sociedades actuales constituyen un rompecabezas cuyas piezas no necesariamente parecen formar parte de un todo, sino al contrario muestran un conjunto donde impera la inseguridad, la soledad, la violencia, los ritmos acelerados en todas las actividades, la desesperanza, la falta de ideales, el empobrecimiento, la crisis de autoridad y el conocimiento tradicional para aprender y para enseñar; son todos ellos ingredientes que, en ciertas combinaciones, producen efectos

contraproducentes en las personas en particular, las familias, las instituciones y en todo el mundo en su conjunto.

Ante tal panorama vale la pena recurrir a las cuestiones filosóficas y éticas porque tratan siempre de recuperar la esencia humana, la cual, a menudo, se sacrifica en nombre de la modernidad, el progreso o la democracia. La actitud elocuente y visionaria de Paul Ricoeur nos permite reflexionar que aunque existan problemas agudos, éstos pueden ser reversibles.

Los temas del mundo actual son complejos, a menudo contrastantes y no se puede dar una solución a priori. Sin embargo, hay que trabajar, especialmente en el terreno de lo posible, que es el de la conciencia y la responsabilidad, individuales y colectivas. Incidir sobre la conciencia humana significa dar a todos los mismos instrumentos de aprendizaje y de interpretación del mundo y de la vida. Para esto, es necesario aplicar el principio de la corresponsabilidad (Ricoeur, 2001: 2).

De lo anterior se puede inferir –en relación al tema que nos ocupa– que la ética, el derecho a la salud general y la salud mental en particular de ninguna manera son tres entes aislados que no tienen mucho que ver, de ahí que se justifique la exposición de temas de orden jurídico, científico y médico a lo largo del presente texto, cuyos efectos repercuten ineludiblemente en la dimensión humana. En cuanto al aspecto de la corresponsabilidad, es clara la postura del filósofo Ricoeur, quien consagra este principio para señalar que la sociedad entera debería ser agente promotora y responsable de los derechos humanos, a fin de procurar la cobertura de atención clínica, unir fuerzas para prestarse apoyo mutuo y realizar actividades encaminadas a modificar las actitudes hacia las personas con trastornos mentales, y así, luchar contra la estigmatización y la discriminación de dicha enfermedad.

Ser corresponsable implica asumir una actitud ética frente a los demás; consiste en actuar con respeto, tolerancia y solidaridad, valores inherentes a la dialéctica de amor y justicia –a la manera que lo estipula Ricoeur–, cuya propuesta sugiere contribuir al potencial del ser humano como persona única e irrepetible con capacidades, poderes y dones específicos. Hemos olvidado paulatinamente que la persona, a través de una reflexión sobre sí misma, es un ser que necesita de la comunidad, porque justo ahí surgen sus capacidades, persiste la oportunidad de autoconciencia de la cultura acumulada y creada por generaciones anteriores; además de que desarrolla diferentes necesidades sociales, tales como pertenecer, compartir, comunicarse, ser reconocido y tener estima de sí y consideración hacia los demás.

Esta transformación de los medios en otros nuevos constituye el fenómeno de acumulación, lo cual hace, por otra parte, que haya una historia humana; hay muchas otras razones ciertas por las cuales existe una historia humana; pero el carácter irreversible de esta historia proviene en buena medida del hecho de que trabajamos como si estuviéramos en un extremo del instrumental: aquí nada se pierde y todo se suma; ése es el fenómeno fundamental (Ricoeur, 1994: 47).

Para los agentes del campo de la salud mental –terapeutas, enfermeros, investigadores, asistentes– el concepto mismo de salud, así como sus connotaciones biológicas, psicológicas y sociales, les confiere una referencia ideológica, un compromiso activo pro humanidad y una toma de posición ética frente a la vida como bien supremo. En este terreno, calidad de vida y calidad de atención se toma doblemente complejo:

Por ello es necesario hablar de valores humanos, tanto en el sector público como en el privado, con respecto a lo que

deberían ser los servicios de salud, los cuales deben ser brindados con calidez para mostrar solidaridad con el enfermo; calidez para poder escuchar atentamente la sintomatología; calidez para diagnosticar con la debida urgencia; calidez para atender las inquietudes de los familiares; calidez para ser puntual en las sesiones; calidez para ordenar los estudios que sean estrictamente indispensables; calidez para no lucrar con el dolor y la angustia; en fin, calidez para hacer de todos nosotros un mundo más amable bajo los principios de “ama a tu prójimo como a ti mismo” y “no hagas a otros lo que no quieras para ti” (Kaye, 2003: 18-19).

Hay que resaltar que los padecimientos mentales se recrudecen en el ámbito mundial debido a muchos factores, sobre todo los que tienen que ver con implicaciones jurídicas, económicas y sociales. Dada la incapacidad de los gobiernos que no diseñan políticas de salud específicas, éstos únicamente piensan en los costos, pero ignoran el potencial de una sociedad sana, y por ello las campañas que legitiman son las del desprestigio y el menosprecio no sólo hacia quienes sufren trastornos mentales, sino a quienes tengan relación con ellos: familias, organizaciones, psicoterapeutas, etc., puesto que los califican de “contrarios a los intereses nacionales”.

Nadie duda que el marco jurídico en materia de salud mental sea esencial para complementar y reforzar la política sobre la misma, pero dicha legislación se refrendaría si además de ser una política legislativa que protege la accesibilidad de los cuidados, los derechos civiles, se constituya en un proceso de redacción, aceptación y diálogo continuo entre diversos sectores, como una buena oportunidad para mejorar la conciencia social sobre estos temas, formando y educando al mismo tiempo a los responsables políticos, los agentes médicos y la sociedad en general.

La participación ciudadana —que puede darse mediante consultas, reuniones informativas, paneles de discusión, etc.— tendría un impacto positivo no sólo en la puesta en marcha de una legislación específica, sino en la construcción paulatina de una sociedad más solidaria que vela por el bienestar de sus integrantes; al respecto es importante no ignorar que la existencia de una legislación no es condición suficiente para garantizar necesariamente que los derechos humanos de las personas con trastornos mentales se protejan o se respeten, sino que además se tiene que buscar estrategias educativas y civiles que refuercen la interacción humana en un marco de respeto, tolerancia, no violencia, amor y justicia.

De poco o nada serviría que se cuenten con leyes si no persiste la conciencia de convivir en armonía dentro de la sociedad. La postura de Ricoeur frente al principio de la coercitividad de las leyes, también es muy clara. Cuanto más se amenace al hombre acerca de lo que no debe hacer, más impulsado se sentirá para infringir las normas. De tal modo que todos los esfuerzos por impedir los actos subversivos, se verán casi siempre amedrentados por una política represiva. Por lo regular, los defensores de los derechos humanos coinciden en lamentar que podamos gozar de nuestras garantías individuales por la vía de la coercitividad, puesto que resulta desgastante insistir en que lo que más deseamos los seres humanos es ser tratados como tales.

En el sistema social en el cual estamos inmersos, se constata que la ilegalidad y la impunidad coexisten estrechamente, donde prevalece la ceguera de muchos gobernantes y naciones a las cuales no les interesa salvaguardar ni siquiera los derechos humanos mínimos, y por ello, existen pueblos empobrecidos física, mental, social, cultural y espiritualmente; pueblos en los que el temor y la frustración han penetrado muy hondo, donde los niños y los jóvenes

tienen pocas aspiraciones y viven alienados; los adultos, indignados, y los ancianos, en el silencio y la miseria.

Cierto es que muchos de los trabajadores de la salud mental asumen una posición ética en relación al diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, sin embargo debería erradicarse la neutralidad en todos los órdenes y ámbitos, puesto que la defensa y vigencia de este derecho humano nos permitirá promover la dignidad, la calidad de vida, la solidaridad y, ante todo, el amor y la justicia, estos últimos privilegiados dentro de la propuesta hermenéutica de Ricoeur.

La complejidad del ser humano es tal que lo primero que debe refutarse a la clínica médica es asimilarlo como un ordenador sin pensamiento, ni afecto, o a un animal psicoquímico reducido a unos cuantos comportamientos; en lugar de eso, debería ayudar a los pacientes a aumentar sus capacidades de percibirse a sí mismos y a los otros con la realidad que los circunda, a fin de transformarse en seres más comunicantes, pues como bien acierta en afirmar Ricoeur:

Si el mundo fuese transparente para los hombres y los hombres lo fueran para sí mismos, no habría necesidad de interpretación, ni de búsqueda de símbolos que subyacen en el actuar humano [...]. La palabra, el lenguaje es, pues, llevar sentido a vida, a despliegue, lo que acaece. Y traer la palabra es, a su vez, devolver la vida al lenguaje y hombres aparentemente muertos. Cabría en tal sentido decir que el lenguaje es la metáfora del mundo, pero el hombre es el lenguaje del mundo, y por ende el hombre es, también, la metáfora del mundo (Ricoeur, 1975: 414).

Aun cuando se haya acentuado la desconfianza, dudas y descreimiento en tomo a los efectos de los tratamientos psicológicos, los abordajes psicoterapéuticos permiten que se hagan evidentes problemáticas que en otros enfoques no se descubrirían, y no porque haya situaciones adversas nuevas

(recuérdese que las enfermedades mentales por mucho tiempo sólo se vinculaban en el terreno de la magia y la religión), más bien que la mayoría de los temas que eran tabú dejan de serlo, algunos espacios antiguos de contención emocional dejaron de existir y entonces aparecen “desbordes” que la sociedad tiene que contener, pues los mensajes que recibimos acerca de cómo debemos ser, son múltiples y contradictorios. Se nos bombardea con nuevas informaciones, en nombre de la democracia se nos amplían los espacios públicos, pero en la realidad día a día se estrechan las oportunidades laborales, educativas, de salud y de esparcimiento.

En una época en que las psicoterapias en muchos espacios se intentan reducir a diferentes técnicas, o resultados estadísticos, el valor de un lugar de encuentro, tanto con un/a, otro/a, como con uno/a mismo/a, parece olvidado, ya sea porque las condiciones de apuro, exigencia y dificultades diversas conducen a la banalización de ese espacio o a la simplificación de lo que se considera terapéutico.

Gracias a los planteamientos hermenéuticos de Ricoeur que se sitúan en la existencia y libertad humana, se puede inferir que aunque la salud es frágil, los “dueños” de ésta no son los agentes políticos ni mucho menos los médicos. Todos los ciudadanos pueden hacer algo en pro de la salud mental: en el seno familiar, las escuelas, los grupos de ayuda mutua o autoayuda, espacios en los que aun cuando se prescinde de un profesional, no van en contra de la psicoterapia, son complementarios y efectivos en materia de salud. En esas circunstancias las personas encuentran momentos y situaciones propicias para compartir, intercambiar lo igual y lo distinto con sus semejantes, pero además tienen más espacios donde mirarse.

Vale la pena advertir que la clínica médica que atiende la salud mental, ya sea en la modalidad psicológica, psicoanalítica o psiquiátrica, no merece encuadrarse sólo en

el tratamiento de los padecimientos, pues el campo de la promoción de la salud es todavía más vasto. Apuntar a la calidad de vida, al encuentro de sentido y a la generación de entusiasmo por la vida, son instancias que no se vinculan con lo enfermo, sino con los aspectos sanos de las personas. De ahí que las prácticas *psi* no deberían correr el riesgo a ahogarse en el psicopatologismo. Esto quiere decir que antes de prevenir el mal hay que promover el bien.

La salud consiste en lograr que el organismo regule sus perturbaciones, en permitirle constantemente al individuo ejercer su comportamiento habitual y en brindarle la posibilidad de desarrollarse y concretar su esencia. Esto se logra a través de la generación de redes vinculantes solidarias y el reencuentro de la persona con su dimensión humana, algo que se ve afectado hoy en día con una sobreestimación del factor productivo-económico que empobrece considerablemente la vida emocional de las personas.

Independientemente del hecho de delegar a los responsables de la salud, hay que tener en cuenta que la sociedad actual ha generado nuevas problemáticas inherentes a ella, y que éstas exigen de la ciudadanía una preparación más adecuada que les permita prevenirlos eficazmente, por lo que aprender al cuidado de sí bien podría perfilarse como un objetivo ético. Y ello comprueba que el derecho a la salud se fortalece con la asistencia cumplida de otros derechos, como el de información, educación y no marginación.

Con la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales se hace frente a los factores determinantes relacionados con el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad en general reforzando los factores de protección y disminuyendo los factores de riesgo. Se insiste en que los espacios en los que se desenvuelve la mayoría de las personas, como los centros escolares y de trabajo, son unos escenarios de actuación fundamentales.

La enseñanza de habilidades y actitudes positivas de la vida en los centros educativos, así como la reducción del estrés en los lugares de trabajo y el fomento de la actividad física o creativas o una mayor participación proactiva (como apunta Fernández-Carrión, 2016), sin lugar a dudas, pueden reducir uno de los padecimientos que ha ganado terreno a nivel mundial: la depresión. Además, la concienciación de que cualquier persona puede algún día sufrir un trastorno mental, animaría la reducción de los avatares de la estigmatización y la discriminación, pues una de las creencias de mayor arraigo discriminatorio radica en señalar que la tendencia natural de los enfermos mentales es el aislamiento social, actitud que está en contra de la filosofía hermenéutica de Ricoeur. En la práctica, esto significa promover la atención basada en la comunidad y recurrir a tratamientos institucionales sólo en circunstancias excepcionales, a fin de que no haya ensayos clínicos sin consentimiento.

Si bien es cierto que la participación de los agentes de la salud es primordial, también lo es que la suma de esfuerzos bien podría demandar el establecimiento de una política general y la legislación necesaria para proteger, mejorar la salud mental y prestar servicios eficaces, integrados y basados en la comunidad; sistemas de información que midan los indicadores de salud mental e informen sobre ellos; la formación responsable de recursos humanos y desarrollo de tecnología adecuada, con inclusión de una terapia interdisciplinaria, así como el interés por identificar las prioridades de la investigación de salud mental; finalmente, el establecimiento de una campaña permanente destinada a múltiples interesados, en la que se trate el estigma que sufre dichos pacientes.

Bajo la óptica ricoeuriana, podríamos aseverar que la expresión “calidad de vida” (concepto primordial de la promoción de los derechos humanos en general) se incorpora a la ética médica en dos contextos: en el clínico cuando se

trata de elegir entre diversos tratamientos para un paciente o seleccionar a un enfermo para recibir un tratamiento escaso, y en el momento de seleccionar políticas de salud pública, cuando la meta no es sólo elevar la esperanza de vida o disminuir la tasa de mortalidad infantil, sino mejorar las condiciones físicas, fisiológicas, materiales, económicas y sociales de la humanidad en su conjunto.

Con la idea general de fomentar una convivencia pacífica e igualitaria, en la que existan los conceptos de vida buena, es necesario que se ubique al ser humano (recuérdese la persona) como centro, lo cual constituirá el vértice de la vida ética, donde los dos puntos primordiales son las instituciones y la exigencia de igualdad que rige a la justicia. Ricoeur plantea premisas básicas para permitir que esto suceda; que una visión de los derechos humanos que alcance la cima de los bienes últimos sea, a la postre, la imperante en la humanidad; independientemente del deber y la obligatoriedad, las sociedades deben entrar en un proceso de reaprendizaje en el que predomine el amor y la justicia al prójimo.

Con la inclusión del amor en la idea de justicia, Ricoeur continúa y profundiza en la perspectiva teleológica, en la que se menciona de manera reiterada el bien; en esta relación dialéctica entre justicia-amor, el primero se entiende como un imperativo que obliga a hombres y mujeres a no perder de vista al prójimo y tratarlo, dentro del contexto del derecho en general, y de los derechos humanos en particular, como ese “otro” que merece todo el reconocimiento y la conservación de su dignidad.

Con esta propuesta el filósofo francés Ricoeur va mucho más allá de la justicia entre lo legal y lo bueno, como se ha expuesto anteriormente; también debemos percatarnos de que la intención es alcanzar un equilibrio entre los puntos de vista deontológico y teleológico en las relaciones entre los Estados, entre los Estados y los individuos, y entre

los propios individuos; sin embargo, con la proposición del amor como premisa básica de la justicia se introduce otro elemento de gran peso para considerar la aplicación de los derechos de solidaridad, que implican dificultad normativa.

La relación amor-justicia supone que la justicia no sólo debe ser un instrumento que permita la convivencia pacífica, sino que es preciso que se convierta en un verdadero valor que guíe la acción en la vida práctica, que posibilite el bien común. De hecho, se conviene que el fin de la justicia no es sólo el mantenimiento de la vida pacífica, puesto que ésta se puede lograr a través de medios incluso contrarios a los propuestos por los derechos humanos, como el miedo o la represión.

Para que la justicia se convierta en este verdadero valor, de naturaleza teleológica, es imprescindible el amor; pero no el amor como esa emoción o sentimentalismo que no permite pensar, sino como una serie de premisas que posibilitan no sólo una convivencia pacífica sino justa, basada en principios tales que tengamos siempre presente al otro, al prójimo como ser humano con las mismas y otras necesidades, pero con igual status frente al Estado y a la Naturaleza.

En la dialéctica entre amor y justicia se propone la conjunción entre la “poética del amor”, que se basa en la lógica de la sobreabundancia, del don, de la gratuidad, y la “prosa de la justicia”, que corresponde a la lógica de la equivalencia. La primera lógica consiste en que La Tierra habita la humanidad de manera gratuita y plena para ser compartida justamente entre todos los pueblos, concepto que no es una realidad ni lo ha sido a lo largo de la historia; la segunda trata de hacer una distribución lógica, objetiva, equivalente, de lo que “merece” o “pudo obtener” cada uno, dando como resultado distinciones hasta ahora insalvables entre las comunidades humanas.

A pesar de ello, Ricoeur estudia aspectos del amor y de la justicia que hay que considerar con respecto a la persona

humana, y que, por supuesto, son aplicables a la administración de los derechos humanos de la tercera generación. Es importante recordar que el enunciado “derechos humanos” implica ya un imperativo ético, un juicio de valor imprescindible para que toda persona cumpla con los fines propios de la coexistencia humana, independientemente del orden jurídico que determinen los Estados, así que los planteamientos de Ricoeur en cuanto a amor y justicia se ajustan a los de solidaridad, en marcha en el siglo XXI.

De este modo, el respeto a la persona humana y a todos sus derechos se daría de manera casi natural en la vida cotidiana, puesto que al realizar esta identificación entre amor y justicia se rescatan valores que en ningún momento deben de ser olvidados y que no pasan de moda, porque parten de principios generales en función del bien de la humanidad.

A lo largo de la obra *Amor y justicia*, se percibe que a Ricoeur no le interesa confinar su filosofía en una epistemología movida por la preocupación de tratar el tema de sujeto como un fenómeno sin relaciones humanas. De hecho, más allá de toda teoría del conocimiento, se caracteriza por tratar al ser que piensa, que conoce, que actúa, que siente, en fin, que vive. Esta preocupación ontológica obedece a una convicción que asume que antes que sujeto de conocimiento es digno de respeto, justicia y amor. Y por ello el hombre es afirmación latente de existencia. Lograr el bienestar individual y colectivo que apunte a un compromiso y atención ética de salud mental, guiada por la dialéctica ricoeuriana, debe asumirse como un fundamento imprescindible de los derechos humanos.

2.5.2 ÉTICA DEL SUJETO: AMOR Y JUSTICIA

El discurso teórico de Paul Ricoeur se construye como una “ética del sujeto”, en la medida que intenta alcanzar una

comprensión cualitativa del sentido del ser —con todas las implicaciones que esto conlleva—, con el único objetivo de reflexionar en torno a los vínculos que tiene las personas no sólo con los demás congéneres, sino también con la naturaleza, la espiritualidad y la materialidad cotidiana.

La propuesta hermenéutica de Ricoeur comprende dos aspectos que lamentablemente se han banalizado a fuerza de postergar la paz social y perpetuar la intolerancia, de ahí que elabore una obra específica para exponer la delicada tarea de recuperar el sentido profundo del amor y la justicia. Aun cuando los rasgos y particularidades de ambos conceptos se contrapongan, esta dialéctica —configurada a partir de una estructura dialógica— alude a una teoría del sueto que confronta las acciones modulares por el espíritu egoísta de la competencia desenfrenada y el sentimiento vacío de desarrollo personal.

Tal postura reflexiva da lugar a una visión existencial, en la cual se manifiesta una subjetividad que se expresa a sí misma a través de múltiples mediaciones, entre los que destacan los símbolos, los textos sagrados y la praxis humana; de tal suerte que el quehacer ético, según Ricoeur, consiste en la apropiación de nuestro esfuerzo por existir y nuestro deseo de ser, a través de las obras que testimonian dicho esfuerzo y deseo, lo que se traduce en una tarea hermenéutica en la cual se busca asumir que el hombre se instaure en el ser y no el ser en el hombre, pues la segunda posición no hace más que evidenciar una actitud cómoda y conformista frente a la responsabilidad de vivir una “vida buena”, entendida ésta como la posibilidad de llevar a cabo una relación respetuosa y armónica con nuestro mundo interior y el mundo exterior en que nos encontramos inmersos.

Los ejemplos de los que se apoya Ricoeur para ilustrar sus ideas pronto dejan ver que casi todas las búsquedas filosóficas, independientemente de sus posturas o plantea-

mientos resultantes, buscan su sustento en el *lenguaje*, debido a que es un recurso del que nos valemos para expresar y definir lo que nos rodea, además de que nos permite sostener diálogos fecundos con quienes a veces no coincidimos. El valor que reside en el lenguaje radica en su atributo por constituirse como un referente del mundo, de la vida, de la acción y del intercambio entre las personas, ya que, en definitiva, nada en la experiencia accede al sentido, si no es por la condición de ser llevado al lenguaje. La expresión “llevar la experiencia al lenguaje” invita a considerar al ser humano dentro de una de sus facetas más significativas: el ser humano hablante, si no como equivalente del hombre y la mujer en sentido estricto, sí al menos como la condición primera del ser humano.

No nos resulta extraño advertir enajenación cuando existen elementos claros que obstaculizan la libertad de pensamiento, de discernimiento y de actuación. Gracias a esta facultad, el ser humano se hace dueño de sus propios actos, es el artífice de su vida, puesto que elegir algo es lo mismo que escogerse a sí mismo; en otras palabras, tiene la completa posibilidad de construirse el tipo de vida que desea. Con base en estos dos conceptos, principalmente, Ricoeur tiene a bien dilucidar su propuesta puntual y decisiva que se consolida bajo la dialéctica del amor y la justicia para hacer un mundo diferente.

Amor y justicia representan los principios que más salvaguardan la existencia humana, dado que el primero se incluyen diversos valores sustanciales como la empatía, la compasión, la estima de sí; en tanto que en el segundo participan el respeto, el sentido de servir, la equidad y la tolerancia. Y no menos importante es que en ambos conviven las ideas del bienestar, la corresponsabilidad, la armonía y la otredad. Aun cuando parezca complicado, el desafío ético

demanda la recuperación de la *persona* para que puedan hacerse realidad el amor y la justicia.

En términos filosóficos, la persona es la única expresión de la esencia misma del ser humano, ya que no sólo se circunscribe a la ontología y a la lógica, sino también a la ética, la moral, el psicoanálisis, la axiología, la antropología y la sociología, cuyos ideales nos dan la idea de ser humano en sus relaciones consigo mismo, con el otro y con el mundo en general. Una manera de modificar el devenir histórico –el cual se ha insistido está matizando por complejos círculos viciosos– es necesario poner énfasis en los cuatro estratos de optimización humana que se constituyen como una fenomenología hermenéutica de la persona: *hombre hablante, hombre narrador, hombre agente-sufriente y hombre personaje*.

Las dos primeras dimensiones hacen referencia a la capacidad de captar y nombrar el mundo que le rodea, con el fin de comprender todos los sistemas conceptuales y reestructurar lo que a su juicio contradiga sus valores, en tanto que las dos últimas dimensiones se refieren a la conducta y formas de proceder que ayudan a la persona a autorregular su comportamiento; de hecho en el cuarto nivel cada ser humano es capaz de adaptarse a las normas externas, pero también está capacitado de crear sus propias regulaciones y actuar en función de éstas, además de confeccionar patrones o valores, que le permitan darse cuenta de que ella misma es quien está actuando, por lo que existe una estrecha relación con los procesos de conciencia y autociencia, con la capacidad de autodeterminación personal que la dejan ver un claro reconocimiento de ese ser y estar en el mundo.

El binomio amor y justicia –al estilo ricoeuriano– se nos presenta, entonces, como una posibilidad de transformación, un proceso de autocrítica y una vía de mejores relaciones interhumanas; no obstante, la modificación de

nuestras sociedades empieza por la búsqueda del cambio personal, que active el ámbito social, cultural y político de nuestro entorno. Para ello, es necesaria una nueva actitud frente a la vida, frente a lo que queremos y podemos aspirar, lo que implica crear las condiciones básicas que motiven a las personas a ser mejores, para vivir una vida realizada en un lugar solidario y armónico.

2.5.3 DERECHOS HUMANOS

Por lo que respecta al concepto de derechos humanos lo primero que hay que señalar es que constituyen un tema crucial en la agenda política internacional contemporánea. Basta dar un vistazo a diversas movilizaciones en las que se exige dar prioridad a este rubro. Más allá de los vaivenes políticos, jurídicos, sociales y culturales, se han entendido los derechos humanos como esa parte de la ética que apunta a plantear un horizonte de resolución a las relaciones “conflictivas” que se establecen entre los sujetos sociales. No se trata de una simple aspiración colectiva de vigencia plena de formalismos jurídicos, sino de una tarea cotidiana que intenta hacer posible la práctica social de toda la humanidad, de tal modo que el desafío para estar alertas nos convoca, de nueva cuenta, a un quehacer de reconocimiento, confirmación y existencia como sujetos, para así poseer capacidad de acción libre, de comprensión y de relación.

Para entender las causas, efectos y significación política, se tomaron en cuenta los momentos históricos en los cuales se articularon las generaciones de los derechos humanos. Quienes los han estudiado han coincidido en clasificar los distintos periodos por los cuales han transitado bajo el término de *generaciones*, sin que ello implique necesariamente que una generación sustituya a la anterior, sino más bien que la fortalece en el complicado ámbito jurisdiccional.

De acuerdo con la información obtenida, se reconocen tres generaciones, aunque muchos autores confirman que el presente contexto está perfilando una cuarta. En términos sintéticos, los de la primera generación se expresaron durante la revolución francesa, y se refieren a *los derechos civiles y políticos individuales*. En la segunda generación se incluyen *los derechos sociales, económicos y culturales* que surgieron después de la segunda guerra mundial y que se concretaron con la fundación de una institución que todavía trabaja en pro de una calidad de vida para todos los habitantes del mundo, es decir la Organización de las Naciones Unidas. Los derechos de la tercera –denominados como los *derechos de los pueblos*– y la cuarta generación a pesar de que no se encuentran en la legislación internacional, buscan construir un nuevo orden mundial en el que se conciba a la vida humana en comunidad, en fraternidad, puesto que intenta atender las necesidades que hoy imperan y están inspirados en la armonía que debe existir entre los seres humanos y los pueblos, y éstos y la naturaleza.

El grupo de derechos que de, alguna manera, motivó la realización de este trabajo de investigación fue la denominada tercera generación, en virtud de que se constituye como la bandera de lucha en nuestros días, además de que establecen una serie de particularidades que guardan estrecha relación con la postura ética del filósofo Paul Ricoeur, plasmada en el texto base *Amor y justicia*.

Aun cuando se considera que los derechos humanos deben su existencia al carácter protector de las personas y los grupos de ciudadanos de las acciones que menoscaban las libertades fundamentales y la dignidad humana, conviene destacar que la perspectiva ricoeuriana no es del todo complaciente. Para el hermeneuta –hombre cabal que escudriña el trasfondo del sentido– la inserción de éstos en el contexto de las transformaciones económicas, en los cambios derivados

de las constituciones, los desarrollos científicos-tecnológicos y socioculturales y en las nuevas concreciones de las aspiraciones de los individuos y de los pueblos, sirven de marco para realizar nuevas aproximaciones a la manera de interpretar el desarrollo de los mismos en tanto catálogo de referencia.

Conviene destacar que Ricoeur jamás menosprecia las aspiraciones que dan cuerpo a la defensa de los derechos humanos, pero sí cuestiona en reiteradas ocasiones el *corpus* que da vida a cierto grupo de derechos. Aunque Ricoeur acepta que el conjunto de derechos conforma aspiraciones morales que encuentran en el valor solidaridad un marco adecuado para armonizar igualdad y diferencia, desarrollo individual y colectivo, interdependiente de cada ser humano con los demás, con el entorno natural, con el pasado común y con las generaciones futuras, refuta el hecho de que los procesos normativos e institucionales que rigen el orden social tienen como esencia proponer un “marco moral común” de referencia de derechos y deberes. Consigna que al mismo tiempo traza un ambiente coercitivo en el que la obligación está por encima de la conciencia y, por ende, de la libertad, lo que contradice la propuesta ética que vislumbra al ser humano en su dimensionalidad particular con y para los otros, una filosofía que sugiere además de tener un fin en sí mismo, asumir un compromiso moral a favor de la humanidad.

En otras palabras, los derechos de la tercera generación demandan, impulsados por el culturalismo, la posibilidad de un orden social y jurídico plural, flexible e incluyente de los derechos de los pueblos, como elemento básico y fundamental de una vida de calidad, en la que es imprescindible el goce de las necesidades sociales e individuales.

La dialéctica hermenéutica que propone Ricoeur de amor y justicia, la cual –ya se dijo– se sustenta por la idea del bien común dentro de instituciones justas, tras una oportunidad para la promoción de los derechos humanos de la

tercera y cuarta generación porque aunque todavía no se encuentren en la legislación internacional, sin lugar a dudas permitirá que la fraternidad y la solidaridad sean una realidad en las relaciones interhumanas. La manera en que podría concretarse esto, es que se entienda que la justicia, para que no sólo sea un instrumento, una simple regla de conducta, en el campo deontológico, necesita del amor para convertirse en un valor verdadero que guíe la acción humana con una visión teleológica; asimismo, el amor requiere forzosamente de la mediación de la justicia para entrar, en la vida práctica, en estado de derecho.

La idea teleológica de la justicia, Ricoeur la sitúa bajo el signo del *bien*, como una de las virtudes que permiten asumir un gran compromiso por una *vida buena*, verdadera, realizada, en la que sea común obrar a favor del mundo, la naturaleza, de nuestros congéneres y, por supuesto, a favor de nosotros mismos.

2.5.4 DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL

Debido a que el presente texto trata de enfocar lo concerniente al ámbito de los derechos humanos y su relación con el campo de la salud mental: entendida ésta como expresión del ser total de una persona en un proceso de interacción cognitiva, emocional y afectiva con su entorno sociocultural y medio ambiente físico; es importante, señalar que estos derechos universales comprenden un ámbito propicio para fomentar valores, porque sitúan a la dignidad humana y a la persona en relación a la ética y la moral, bajo un condicionante de libertad, igualdad, justicia, democracia, pluralismo y derechos humanos, lo que significa que para abordar las problemáticas que rodean la salud mental, también debemos ir más allá del sector salud, desde aspectos

relacionados con la evaluación de los determinantes de los patrones de salud y enfermedad hasta la provisión de soluciones en caso de violaciones de los derechos. De hecho, el marco de los derechos humanos reta a las estructuras de poder para que expliquen la existencia y permanencia de grandes inequidades en los estándares de salud nacional, así como con respecto a la población mundial.

Enmarcados en un contexto social, los derechos humanos se insertan en la defensa de problemáticas específicas que atentan la integridad humana; por tanto, la salud mental demanda un derecho concreto, aunque con frecuencia se caiga en la tradicional dicotomía cuerpo-mente, puesto que refiere una dimensión holística del individuo, que comprende lo individual, lo social y su entorno. La salud en general y la salud mental en particular están íntimamente relacionadas con las condiciones, modos de vida y convivencia que son propios de un tiempo y un lugar concreto. Lo social, el discurso imperante, los conflictos que afectan a una sociedad determinada inciden de tal forma que generan específicas formas de padecimientos que se expresan de muy variadas maneras. Desde esta perspectiva, la salud mental está condicionada por la capacidad de cada persona de disponer y/o generar recursos subjetivos para abordar los conflictos en cada momento y lugar. Cuando esta capacidad se ve dañada o entorpecida, la persona queda en una situación vulnerable que no siempre es atendida adecuadamente.

El panorama del problema de la salud mental es sobrecogedor. Quienes padecen trastornos mentales se encuentran entre las personas más desatendidas del mundo. De hecho, en muchas comunidades, las enfermedades mentales ni siquiera se consideran una verdadera afección médica, sino un síntoma de debilidad de carácter o un castigo por un comportamiento inmoral. Incluso cuando se reconoce que esas personas padecen una afección médica, a me-

nudo se les da un trato menos que humano. La importancia de hablar de este tópico radica en que las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales se producen en todo el mundo: en centros de salud mental, hospitales y en las comunidades en general, y por ello vale la pena hacer un alto para discernir sobre esta situación y sus lamentables consecuencias.

Ante la magnitud de este fenómeno social, dadas las condiciones de vida que permean en nuestra época contemporánea, su etiología multifactorial, la estigmatización y la discriminación generalizada que conlleva, así como los largos y a veces equivocados tratamientos terapéuticos, hoy nadie está exento de padecer alguna situación que afecte su salud mental, que puede tratarse desde trastornos alimenticios, de autoestima, crisis de personalidad, problemas de adicciones, violencia emocional, daños provocados por desastres naturales, guerras, las situaciones de emergencia y los conflictos, incluidos los disturbios religiosos y étnicos, que son muy numerosos y de naturaleza cambiante, para su solución la respuesta más adecuada debía ser una estrategia de salud pública.

No existe una edad específica para padecer algún tipo de crisis que afecte la salud emocional y mental; se ha descubierto que la modalidad del vínculo guarda estrecha relación con la aparición de trastornos mentales, así los niños privados de cariño tienen más probabilidades de presentar trastornos mentales y del comportamiento durante la infancia o en el resto de su vida. Factores sociales como la urbanización incontrolada, permanentes problemas económicos, la pobreza y los rápidos cambios tecnológicos también tienen gran influencia. Los pobres y los desfavorecidos cuentan con una prevalencia más alta de trastornos mentales. Las desigualdades en materia de accesibilidad médica tienen un gran impacto en la mayoría de los trastornos, pero para la población pobre son especialmente significativos.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, el planteamiento de una política de salud mental debe ser necesariamente contextualizada en un escenario histórico-social que permita expandir la conciencia social de la necesidad de ciudadanos con mayor conocimiento de la ética, para que colectivamente participen en una nueva cultura que involucre, los derechos humanos y la salud mental, dado el agravante que las sociedades actuales se encuentran inmersas en procesos complejos de conflictos de valores y dilemas morales, tanto personalmente como en relación con su entorno.

Independientemente de que Ricoeur nos hace referencia a un derecho específico, como es amor y justicia, sin lugar a dudas, no podemos dejar de ignorar un aspecto que intenta plasmar acciones concretas dentro de la propuesta de amor y justicia: las diferentes matrices de valores que cada persona puede construir a lo largo de su vida deberían estar orientadas a que valores como justicia, igualdad, libertad, solidaridad, respeto, tolerancia activa y actitud dialogante, sean apreciados como tales y denunciada su ausencia.

Se insiste en la propuesta dialéctica del amor y la justicia como un modelo de formación ética que promueve el ejercicio de la responsabilidad y entender la dignidad humana como valor guía, lo que se traduce en un modelo de vida tanto individual como colectivo que no sólo facilita niveles de felicidad personal sino el ejercicio de una ciudadanía comprometida con el bien común y con el logro de una sociedad más equitativa.

Desde la organización cotidiana que se vive en el hogar hasta la complejidad de las relaciones que se establecen en los diferentes ámbitos de la sociedad (educativo, político, económico, social), los procesos comunicativos que se originan, los proyectos que se formula, los valores que se vivencian en los distintos momentos de encuentro (respeto, responsabilidad, libertad, justicia, igualdad, tolerancia, confianza) son elementos

determinantes en el cimiento de las bases de una sociedad que asume la realización personal y comunitaria.

¿Cómo encauzar la propuesta ricoeuriana en la promoción del derecho a la salud mental? Aunque hemos experimentado en los últimos años distintos engaños en torno a las posibilidades de progreso y bienestar social, no podemos desfallecer y dar esta tarea por perdida, todo lo contrario, debemos cultivar la idea de creer en el ser humano y su enorme potencial para buscar transformaciones que no sólo le beneficien personalmente, sino que apelen también al bienestar de quienes directa o indirectamente confían y necesitan de él para avanzar.

Pudiera pensarse que el tema de la salud mental sólo incide a los proveedores e instituciones de salud, sin embargo, el progreso no se construye en solitario, necesitamos que todos asumamos con compromiso y responsabilidad las distintas tareas que cada uno tiene asignadas en nuestros distintos roles sociales; por eso urge que la formación ética se interiorice en lo más profundo de nuestro ser, que entendamos que más allá de memorizar unos valores, reconocer y asumir ciertas actitudes y hábitos, debemos interiorizarlos como un estilo de vida que nos ayuden a ser felices y también a favorecer la felicidad de los otros.

Necesitamos creer en la persona humana, en su dignidad para afrontar retos y considerar actitudes, en la capacidad para levantarse a pesar de las caídas, en la posibilidad de caminar pensado que podemos dejar una huella indeleble que el tiempo será incapaz de borrar; hoy más que nunca debemos impulsar un legado a las futuras generaciones de que es posible vivir en paz, justicia y fraternidad trabajando por los principios éticos que deben caracterizar a la humanidad.

Si las personas están informadas, son activas y se comunican a lo largo del mundo; si la empresa asume su responsabilidad social; si los medios de comunicación se

convierten en mensajeros, en lugar de ser el mensaje; si los actores políticos reaccionan contra el cinismo y restauran la fe en la democracia; si la cultura se reconstituye desde la experiencia; si la humanidad siente la solidaridad de la especie en todo el planeta; si afirmamos la solidaridad intergeneracional viviendo en armonía con la naturaleza; si emprendemos la exploración de nuestro *yo* interior, haciendo la paz con nosotros mismos, en definitiva podremos vivir en un ambiente de solicaridad, signo vital de una especie a la cual la naturaleza le ha atribuido capacidades especiales.

Si todo esto se hace posible por nuestra decisión compartida, informada y consciente, mientras aún hay tiempo, quizás entonces, por fin, seamos capaces de vivir y dejar vivir, de amar y ser amados y, consecuentemente, disfrutar una sociedad sana, educada y equilibrada.

El trasfondo de la propuesta hermenéutica ricoeuriana se basa en la cuestión del otro, la alteridad, sobre todo en una época en que el otro, el prójimo, no es ya sólo prójimo próximo (o sea, el vecino del mandamiento bíblico) sino también prójimo lejano (de cuyos padecimientos sabemos inmediatamente en la sociedad de la información y de la comunicación). La aceptación de la diferencia (el otro como vecino de la propia cultura; el otro como vecino de otra cultura; y el otro como prójimo lejano) refuerza la idea de que la atención al lenguaje es la clave de la ética, porque permite añadir que además de la construcción correcta del lenguaje moral hay que atender a la función comunicativa del lenguaje porque esto es precisamente lo que permite captar la alteridad.

Si logramos que la ética sea una aspiración humana, entonces el cuidado, la solicitud y la reciprocidad tienen que convertirse en categorías básicas. En el ámbito de la esfera pública esto obliga a mantener estrecha relación entre autoestima, solicitud y sentido de la justicia. El estigma y la

discriminación que existen en nuestro contexto, provocan que mucha gente con alguna enfermedad mental esconde su padecimiento; por ello, necesitamos sensibilizar y educar a la población en materia de salud mental, pues sólo así se conseguirán servicios eficientes y eficaces de salud mental, con base en la estrategia coordinada, intersectorial y fundamentada en la comunidad, que pueda instar a los gobiernos a que apliquen programas para la comunidad centrados en la promoción de la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, la pronta intervención y el tratamiento, los cuidados y, por qué no, la rehabilitación a domicilio.

Dado que la salud mental de la comunidad impacta diversos aspectos de desarrollo social, resulta pertinente cerrar el presente texto de investigación con la declaración de algunas acciones concretas que bien pueden servir para hacer frente a la problemática de la atención de la salud mental. No se trata de un modelo estricto de atención, pero sí confieren un marco de acción que intenta recuperar la dimensión humana, con el único propósito de hacer realidad el binomio ético de amor y justicia, ya que promover y proteger los derechos de las personas con trastornos mentales requiere el esfuerzo concertado y unificado no sólo de diversas partes interesadas, sino también de la sociedad en general.

2.6 ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

2.6.1 INSTANCIAS NORMATIVAS SOBRE LA SALUD MENTAL

- Mejorar y aumentar los recursos financieros públicos y humanos asignados a la salud mental.
- Familiarizarse con los criterios y normas nacionales e internacionales sobre los derechos humanos rela-

cionados con las personas que sufren trastornos mentales.

- Garantizar que, en conjunto, las políticas de los sistemas de enseñanza, trabajo, justicia penal y atención general de salud se adoptan con el fin de promover la salud mental y proteger los derechos humanos.
- Incluir la cobertura de la atención de salud mental en los planes de seguros tanto públicos como privados.
- Aplicar políticas y leyes de salud mental que promueven los derechos humanos, la integración en la atención general de salud y el desarrollo de la atención comunitaria.
- Establecer mecanismos de vigilancia para garantizar que se respeten los derechos humanos en todos los servicios de salud mental.
- Optimizar no sólo el ingreso a la atención de la salud mental sino el cumplimiento de los demás derechos universales en la intervención médica.
- Promover el respeto a la autonomía, la libertad y la dignidad del paciente y sus familiares, como principios esenciales de los derechos humanos.
- Garantizar el cometido del Estado el derecho al goce de un nivel superior de atención a la salud mental, constituyendo un medio ambiente óptimo para que los profesionales y las instituciones puedan defender los derechos humanos de los pacientes, mediante el asesoramiento y el apoyo interinstitucional.

2.5.2 AGENTES DE ATENCIÓN SANITARIA DE LA SALUD MENTAL

- Respetar la dignidad, proteger los derechos y promover la autonomía y la libertad de las personas con trastornos mentales.

- Garantizar que el consentimiento informado de las personas con trastornos mentales sea la base de todo tratamiento proporcionado.
- Conseguir que las personas con trastornos mentales participen en el diseño y elaboración de su plan de tratamiento.
- Implicar a las familias en el tratamiento y la atención de sus parientes con trastornos mentales.
- Informar a las instancias decisorias sobre los recursos y el apoyo que se necesita para proporcionar una atención de salud mental de buena calidad.
- Actualizar constantemente los conocimientos médico-científicos para consumir la consigna de beneficiar a la sociedad que demanda atención, además de la exigencia humana de honestidad en el empleo de la ciencia y la tecnología.
- No permitir la influencia de intereses ajenos al bienestar de los pacientes en cuanto a insumos: fármacos, aparatos médicos y/o tratamientos ofertados con fines comerciales.
- Evitar que instituciones o el propio sistema de salud desvirtúen la identidad del personal médico, así como de sus facultades en la práctica médica, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

2.5.3 USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

- Denunciar las violaciones de los derechos humanos, con inclusión de las formas de trato que se manifiestan como desfasadas son inhumanas, la prestación deficiente de servicios, la atención inaccesible y el uso abusivo del ingreso y tratamiento involuntarios.

- Abogar por su participación en la elaboración y aplicación de políticas y leyes para mejorar los derechos humanos y los servicios de salud mental.
- Familiarizarse con los derechos humanos en el marco de las leyes nacionales y la legislación internacional en esa esfera.
- Unir fuerzas con otros usuarios de los servicios de salud mental para prestarse apoyo mutuo y realizar actividades encaminadas a modificar las actitudes hacia las personas con trastornos mentales, y luchar contra la estigmatización y la discriminación.

*2.5.4 GRUPOS DE USUARIOS, GRUPOS FAMILIARES,
ORGANIZACIONES DE SENSIBILIZACIÓN Y OTRAS ONG DE SA-
LUD MENTAL*

- Sensibilizar y educar al público sobre la salud mental y los trastornos mentales, y fomentar la toma de conciencia sobre los derechos de las personas que los padecen.
- Apoyar la prestación de servicios de salud mental de buena calidad en las instalaciones de atención primaria de salud, los hospitales generales y la comunidad.
- Bogar por su participación en la elaboración y aplicación de políticas y leyes a fin de aumentar el respeto de los derechos humanos y mejorar los servicios para las personas con trastornos mentales.
- Organizar servicios de atención de salud mental a nivel comunitario, por ejemplo, servicios de orientación, grupos de autoayuda para las personas con trastornos mentales y sus familias, centros de desarrollo integral, programas de rinsertión en la comunidad, tratamien-

to de casos, programas de divulgación y servicios de atención en casos de crisis.

- Ofrecer servicios de prevención y promoción tales como los programas de promoción de la salud mental en las escuelas, las áreas de trabajo y todos aquellos espacios que se desempeñen como centros de reunión social.
- Colaborar con otras ONG que compartan objetivos similares en los ámbitos nacional e internacional.

2.5.5. *FUNDACIONES DE SALUD MENTAL*

- Apoyar la elaboración y aplicación de políticos, planes y leyes nacionales en materia de salud mental que promueven y protejan los derechos humanos.
- Favorecer el desarrollo de servicios de salud mental en el contexto de la atención primaria de salud, la atención general de salud y la comunidad.
- Fomentar la creación de grupos de usuarios de los servicios de salud mental, grupos de familiares y organizaciones de sensibilización, así como sus actividades.
- Suscitar la creación de grupos de usuarios de los servicios de salud mental, grupos de familiares y organizaciones de sensibilización, así como sus actividades.
- Desarrollar las investigaciones para evaluar el impacto de las políticas y leyes en materia de salud mental, así como para desarrollar intervenciones eficaces de salud mental en los servicios de atención primaria y general de salud y los servicios comunitarios.

*2.5.6 INSTITUCIONES ACADÉMICAS SOBRE
SALUD MENTAL*

- Ofrecer formación sobre políticas, sistemas sanitarios y asistencia ética a los encargados de formular y planificar las políticas de salud mental.
- Apoya una preparación adecuada sobre salud mental a los trabajadores comunitarios y los agentes de atención primaria de salud.
- Incorporar la formación sobre las cuestiones relacionadas con la salud mental y los derechos humanos en los planes de estudios universitarios y de posgrado de los profesionales de la salud y la salud mental, incluido el personal de atención primaria, además de proporcionar planes de estudios actualizados y basados en conocimientos científicos, teniendo en cuenta las prioridades de política social.
- Llevar a cabo investigaciones sobre políticas y planificación de servicios de salud mental, incluida la evaluación posterior a la aplicación de esas políticas, y sobre los modelos de organización y planificación de servicios.
- Realizar indagaciones sobre las intervenciones eficaces de salud mental en los servicios comunitarios y de atención primaria.
- Proporcionar la supervisión de los especialistas tanto en la prestación como en la planificación de los servicios de salud mental en el contexto de la atención primaria y comunitaria.
- Impulsar de manera permanente la instrucción de las ciencias médicas en el ámbito de la salud mental, con el fin de actualizar al que ejerce y dotarlo de humanismo.

- Asegurar que humanismo y ciencia, permitirán que la medicina se perpetúe como la disciplina que nos permite auxiliar al que padece algún problema de salud en el orden mental y corresponder así a los derechos universales en la instrucción de la medicina.
- Formar en derechos humanos es el preámbulo para conferir a los profesionales de la salud mental los métodos e instrumentos educativos que les permitan promoverlos y protegerlos.

2.5.7 ORGANIZACIONES PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

- Contribuir al debate sobre la elaboración de políticas y leyes.
- Establecer normas de calidad para el personal de salud mental en todos los niveles; es decir, en el entorno de los hospitales, la atención primaria de salud y la comunidad.
- Sensibilizar a los grupos involucrados, en primera instancia, y al público en general, sobre las cuestiones relacionadas con la salud mental y los derechos humanos.
- Proporcionar acreditación a los profesionales de la salud mental, con base en criterios de formación académica de calidad y alto sentido de compromiso social.
- Apoyar el cambio de funciones entre el personal de atención primaria de salud, para que dejen de trabajar principalmente con trastornos físicos y adopten un enfoque más holístico de la atención de salud que incorpore la salud tanto física como mental.

- Favorecer el cambio de funciones entre el personal de salud mental, para pasar de entornos predominantemente institucionales a entornos más comunitarios.
- Generar, dentro del escenario educativo, la conciencia de las responsabilidades para fomentar la productividad y la competitividad en el desempeño personal, laboral, social y profesional, fundados en principios y valores éticos para la defensa de los derechos humanos.

2.5.8 *MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE SALUD MENTAL*

- Evitar los estereotipos, el sensacionalismo y la perpetuación de mitos y creencias erróneas al informar sobre las cuestiones relacionadas con la salud mental.
- Presentar cualquier de las cuestiones que atañen la salud mental, con una actitud compasiva, haciendo hincapié en lo que puede conseguirse con los recursos financieros y humanos adecuados.
- Hacer hincapié en los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

Una vez más querernos enfatizar que, de acuerdo con la perspectiva ricoeuriana, el concepto ético y filosófico de la persona tiene un papel definitivo en la incesante configuración de los derechos humanos. Independientemente de las distintas maneras de llamarlos –derechos morales, fundamentales, inalienables, naturales o históricos– éstos se respaldan con valores que van desde la no violencia, la igualdad, la seguridad, la libertad, la dignidad, la tolerancia y el respeto, hasta el amor y la justicia; de ahí que resulte importante enriquecer, no sólo en la teoría sino en la práctica social, la relevancia y pertinencia de discutir reflexio-

nes que de alguna forma puedan desembocar en acciones concretas y pertinentes para la consecución del bienestar social, la paz, el respeto por la dignidad, la integridad comunitaria y demás condiciones que el ser humano reclama día con día.

En términos sintéticos, si bien es cierto que para resolver muchos de los problemas sociales se necesitan importantes sumas de recursos financieros, vale la pena mencionar que la atención de la salud mental aboga por la sensibilidad y la conciencia de la humanidad entera; la cómoda actitud de tratar a quienes padecen trastornos mentales como objetos médicos tiende a cosificados, sin saber que al mismo tiempo nos despersonalizamos a nosotros mismos, puesto que cuando se niega al otro, el *yo* desaparece como una inevitable y consecuente respuesta.

Finalmente, resulta indispensable insistir en la necesidad de estructurar una legislación que comprenda la seguridad social, a partir de diversos aspectos, tales como vivienda, trabajo, educación y, por supuesto, salud; la ausencia o mala calidad de uno de éstos impactará inevitablemente en lo que conocemos como *vida de calidad*. Por ello es necesaria la creación de una legislación que promueva el respeto a los derechos humanos más elementales no sólo porque así se exige en el ámbito internacional, sino porque exista plena convicción de que una sociedad armónica se construye con los principios de amor y justicia, en sentido pleno de sus significados, con base en una propuesta ética genuina de Paul Ricoeur, uno de los hermeneutas que más ha contribuido en el pensamiento contemporáneo.

Hay que enfatizar que, de acuerdo con la perspectiva ricoeuriana, el concepto ético y filosófico de la persona tiene un papel definitivo en la incesante configuración de los derechos humanos. Independientemente de las distintas maneras de llamarlos: derechos morales, fundamentales,

inalienables, naturales o históricos, éstos se respaldan con valores que van desde la no violencia, la igualdad, la seguridad, la libertad, la dignidad, la tolerancia y el respeto, hasta el amor y la justicia; de ahí que resulte importante enriquecer, no sólo en la teoría sino en la práctica social, la relevancia y pertinencia de discutir reflexiones que de alguna forma puedan desembocar en acciones concretas y pertinentes para la consecución del bienestar social, la paz, el respeto por la dignidad, la integridad comunitaria y demás condiciones que el ser humano reclama día con día.

En términos sintéticos, si bien es cierto que para resolver muchos de los problemas sociales se necesitan importantes sumas de recursos financieros, vale la pena mencionar que la atención de la salud mental aboga por la sensibilidad y la conciencia de la humanidad entera; la cómoda actitud de tratar a quienes padecen trastornos mentales como objetos médicos tiende a cosificar a los pacientes, sin saber que al mismo tiempo nos despersonalizamos a nosotros mismos, puesto que cuando se niega al otro, el yo desaparece como una inevitable y consecuente respuesta.

7 CONSIDERACIONES FINALES

Para nadie es desconocido que el contexto contemporáneo no está orientado por el bien común, pues vivimos en un mundo lleno de injusticias, con afán de protagonismo y autocomplacencia, por decir lo menos, como es estudiado por Fernández-Carrión, en “Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos”, 2015:

En la era digital, el sujeto social adquiere una notoriedad sin precedentes; se conjunta el yo individualista mediante la comunicación vía internet con otros yo, dentro de un colectivo anónimo o cuasi desconocido, donde el sujeto se muestra con sus condicionantes personales o imagina-

dos y pensados como reales. En este mundo predominante individualista, los derechos humanos en algunas situaciones especiales atienden al yo perteneciente a una minoría, atendida por los poderes fácticos mundiales en contra de la mayoría, actualmente en proceso de exclusión (Fernández-Carrión, 2015: 77).

No obstante, pese a la fuerte tendencia presente por negar que entre los rasgos de la modernidad se encuentran la supresión de los principios de convivencia colectiva, basados en la solidaridad y la comprensión social y cultural en favor de mecanismos y estrategias que habilitan un sistema político controlado tendente a la desigualdad y al empobrecimiento creciente de la mayoría de la ciudadanía, el debate en torno a los derechos humanos en general y algunos derechos específicos, bajo una perspectiva ético-filosófica, nos ofrece un marco para la reflexión, la autocritica y la motivación para ser partícipes de cambio.

En función de los retos que impone el siglo XXI, vale señalar que los derechos humanos constituyen no sólo un parámetro ético-práctico que nos permite cuestionar las diversas formas de desigualdad e injusticia, sino también un eje propulsor de alternativas que intentan recuperar los valores que comprenden la dimensión humana. Entre las aportaciones de los más variados filósofos, la obra *Amor y justicia* (1990) de Paul Ricoeur, se distingue por ser un modelo de rigor apasionado por la verdad y la búsqueda de sentido de la vida, ya que ofrece planteamientos en los que prevalecen la conciencia, “la conciencia de sí” –en términos ricoeurianos–, la libertad, el respeto y la responsabilidad, y no así fórmulas superficiales o ideas al servicio de la doble moral, el utilitarismo o los grupos hegemónicos.

En consecuencia con el carácter auténtico de las reflexiones del filósofo francés –reconocido como una de las voces críticas de la época contemporánea– resulta impor-

tante advertir que las conclusiones que se presentan en este texto, en realidad no consienten cerrar un tema tan complejo que tiene que ver con la defensa de los derechos humanos con respecto a la atención de la salud mental, pues es obvio que con este tópico persiste un entramado conyuntural que involucra aspectos sociales, políticos, culturales, económicos, médicos, éticos, ujurisdiccionales, entre otros. Sin embargo, es necesario señalar que al menos esta investigación se ha comprometido a seguir un serio planteamiento de un problema que se agudiza, debido a la paulatina aniquilación de la persona, cuya dimensión ética y moral se ha restringido en un sistema cada vez más ilícito, al cual debemos hacer frente para transformar un poco en lo posible el rumbo de la humanidad.

Por lo anterior, las conclusiones del presente capítulo, se citan a continuación con base en los tres ejes rectores que guiaron la propuesta de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- ANUIES (1998) “Educación superior”, *Revista de la Educación Superior*, México, No. 107, julio-septiembre.
- ARISTÓTELES (1998) *Ética nicomáquea, ética eudemia*, Madrid, Editorial Gredos, libro V, traducción Julio Pallí Bonet.
- ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS) (2001) “Servicio de salud mental y obstáculos para su aplicación”, <http://www.who.int...>, intervención del secretario de Salud de México en la 54 Asamblea Mundial de la Salud, fecha de consulta 15 de mayo de 2001.
- ÁVILA ORTIZ, Raúl (2005) “Derecho electoral y derechos humanos de tercera generación en América Latina”, <http://www.trife.gob.mx/congreso/avila.html>, fecha de consulta marzo de 2005.

- BIDART CAMPOS, Germán (1993) *Teoría general de los derechos humanos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- BOUDORESQUES, Bernard (1995) *Luchar de manera distinta para defender los derechos humanos*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Colección Textos y apuntes, No. 34, 2 edc., traducción de Juan Parent Jacquemin.
- BOLTANSKI, Luc (2000) *El amor y la justicia como competencias. Tres ensayos de sociología de la acción*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, traducción de Inés María Pousadela.
- _____ “Calidad de vida, qué significa. Una conferencia en el Vaticano considera algunos principios éticos al respecto”, http://www.corazones.org/moral/calidad_vida.htm, fecha de consulta 18 de enero de 2006.
- CALVO MARTÍNEZ, Tomás, ÁVILA CRESPO, Remedios (editores) (1991) *Paul Ricoeur: Los caminos de la interpretación. Actas del Symposium Internacional sobre el Pensamiento Filosófico de Paul Ricoeur* (Granada, 23-27 de noviembre de 1987), Barcelona, Anthropos, traducción de José Luis García Rúa.
- CAMPS, Victoria (1998) “Evolución y características de los derechos humanos”, <http://www.ai-cat.org/educadores/2/dhldh-der-generaciones-camps.html>, fecha de consulta marzo de 2005.
- CAVESTANY, Juan (1997) “EEUU hizo experimentos radiactivos con esquimales, negros, soldados y deficientes”, *El País*, 29 agosto, http://elpais.com/diario/1997/06/29/sociedad/872805601_850215.html, fecha de consulta 12 de septiembre de 2016.
- CLAVREUL, Jean (1983) *El orden médico*, Argot, Barcelona, traducción de Marta Vasallo.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (2003) *Los derechos de los pacientes. Prevención de la violencia, atención a grupos vulnerables y los derechos humanos*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, fascículo 4.

_____ (2000) [http:// www.cndh.org.mx](http://www.cndh.org.mx), fecha de consulta marzo de 2005.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (CCE) (2005) *Libro verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas, Comisión de las Comunidades Europeas, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green.../mental_gp_es.pdf, fecha de consulta 12 de septiembre de 2016.

CONTRERAS, Miguel Ángel (2002) *10 temas de derechos humanos*, Toluca, Comisión de los Derechos Humanos del Estado de México.

CORTINA, Adela *et al.* (1998) *Educación en la Justicia* Valencia, Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia.

DEL SOLAR ROJAS, Francisco José (2000) *Los derechos humanos y su protección*, Lima, Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega.

DONAIRES SÁNCHEZ, Pedro (2005) “Los derechos humanos”, <http://www.filosofiaderecho/dhumanos.html>, fecha de consulta: noviembre de 2005.

DOR, Joël (1986) *Introducción a la lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como lenguaje*, Buenos Aires, Gedisa.

ECO, Umberto, MARTINI, Carlo María (1998) *¿En qué creen los que no creen? Un dialogo sobre la ética en el fin del milenio*, Madrid, Ediciones Temas de hoy.

ESQUIVEL ESTRADA, Noé (2001) *Universidad y derechos humanos*, Toluca, Centro de Estudios de la Uni-

- versidad (CEU), Universidad Autónoma del Estado de México.
- EY, Henri *et al.* (1980) *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, traducción de Carlos Ruiz Ogara.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (FIDH) ([1999]), <http://www.fdh.org/int-grouv/ue/ri099/rioes.htm>, fecha de consulta 20 de diciembre de 2005.
- FERNÁNDEZ-CARRIÓN, Miguel-Héctor (2016) “Bioética y discapacidad”, *Revista Vectores de Investigación* [en imprenta].
- FRENK MORA, Julio (2001) “Servicios de salud mental y obstáculos para su aplicación”, Ginebra, 15 de mayo de 2001, <http://www.who.int> (intervención del Secretario de Salud en la mesa ministerial en el marco de la 54 Asamblea Mundial de la Salud), fecha de consulta junio de 2005.
- FREUD, Sigmund (1998) “Fragmentos de la correspondencia con Fliedd (1887-1902)”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 1.
- (1998a) “Cinco conferencias sobre psicoanálisis” (1909-1910), *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, tomo XI, 23 edc., compilación y traducción José Luis Etcheverry.
- _____ (1998b) “Trabajos sobre técnica psicoanalítica” (1911-1913), *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, tomo XII, 2 edc., compilador James Strachey, traducción José L. Etcheverry.
- _____ (1998c) “El yo y el superyó” (1923-25), *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, tomo XIX, 2 edc., compilador y traducción James Strachey.
- _____ (1998d) “El porvenir de una ilusión” (1927), *Obras completas*, Buenos Aires Amorrortu Editores,

tomo XXI, 2 edc., compilador y traducción José Luis Etcheverry.

- _____ (1998e) “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajo sobre metapsicología y otras obras” (1914-1916), *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, tomo XIV, 2 edc., compilador James Strachey, traducción José L. Etcheverry.
- GARCIA MORIYÓN, Félix (1988) *Los derechos humanos a lo claro*, México, Editorial Popular.
- GARCIA GUTIÉRREZ, José Ma., CASARRUBIAS, María Antonia (2003) *Introducción a la Psicología*, Barcelona, Miletto Ediciones.
- GUERRA GONZÁLEZ, María del Rosario (2002) *Ética, globalización y dignidad de la persona*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.
- HERRERA ORTIZ, Margarita (1993) *Manual de derechos humanos*, México, PAC, 2 edc..
- HIPÓCRATES (1932) *Des épidemies*, París, Javal et Bourdeaux, tomo I.
- K. KAYE, Dionisio (2003) “Derechos humanos y servicios de salud”, *Los derechos de los pacientes*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), fascículo 4.
- KANT, Immanuel (2002) *Crítica de la razón práctica*, Barcelona, Biblioteca de los grandes pensadores, traducción de Antonio Zozaya.
- _____ (1989) *La metafísica de las costumbres*, Madrid, Editorial Tecnos, Colección Clásicos del Pensamiento, estudio preliminar, traducción y notas Adela Cortina Orts y Jesús Conill Sancho.
- KONING, Franz (1964) *Diccionario de las religiones*, Barcelona Biblioteca Herder, traducción de Eduardo Valentí Fiol.

- LACAN, Jacques (1967a) *Le Séminaire, libre IX. L'Identification* (1961-1962), París, inédito, cfr. Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, París, PUF, 1967).
- (1967b) *Le Séminaire, libre X, L'Angoisse* (1962-1963), inédito, cfr. Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, París, PUF, 1967 y *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1997).
- LAURELL, Asa Cristina (1982) “La salud como proceso social”, *Revista Latinoamericana de Salud*, México, Nueva Imagen.
- MÁRQUEZ MENDOZA, Octavio (2011) “Salud mental, un desafío para los derechos humanos”, *La salud y la migración*, En A. Mejía Modesto, D.A. Nazar-Beutelspacher, B. Salvatierra Izaba (compiladores), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, El Colegio de la Frontera Sur, et al.
- MARTÍNEZ BULLÉ GOYRI, Víctor M. (1998) “Diagnóstico genético y derechos humanos”, *Cuadernos del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derechos Humanos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, No. 91.
- (1994) “Presentación”, *Cuaderno del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derechos Humanos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, No. 64.
- MORA FERRATER, José (2001) *Diccionario de Filosofía*, Barcelona, Ariel, tomo III.
- Mounier, Emmanuel (1992) *Obras completas*, Salamanca, Sigueme, tomo 1.
- NACIONES UNIDAS (ONU) *Declaración universal de derechos humanos*, <http://www.un.org/es/documents/udhr>, fecha de consulta 12 de septiembre de 2016.

NYGREN-KRUG, Helena (2002) “Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos”, Suiza, Organización Mundial de la Salud, [http://who.int/hhr/activities/Q%26Afinalversion Spanish.pdf](http://who.int/hhr/activities/Q%26Afinalversion%20Spanish.pdf), fecha de consulta 12 de abril de 2005.

_____ *Nueva Biblia de Jerusalén* (1998) Bilbao, Desclée de Brouwer, dirección editorial José A. Ubieta López.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2003) *Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental*, <http://www.who.int/whr/integratinguides.htm>, fecha de consulta abril de 2005.

(2002) “World Health Report 2002”, <http://www.who.int/lwhr/2002>, fecha de consulta abril de 2005.

_____ (2002a) *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, París, OMS.

_____ (2002b) *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*, www.who.int/whr/2002/en.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2002) “Salud mental, un problema serio, pero con solución”, Washington, 31 de enero de 2002, <http://www.ops.diary.com.html>, fecha de consulta abril de 2005.

OTZEN, Ellen (2015) “Los niños que Dinamarca sacó de Groenlandia para convertirlos en un experimento social”, *BBC*, 11 junio. *BBC*, http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/06/150610_experimento-dinamarca-groenlandia.ninos.ch., fecha de consulta 12 de septiembre de 2016.

PARENT JACQUEMIN, Juan (1996) *Defender los derechos humanos*. Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, Colección textos y apuntes No. 19, 2 edc.

- PFEIFFER, María Luisa (2006) “El ser humano como objeto. Ciencia y ética”, *Revista Jurídica de Buenos Aires. Lexis Nexos*, Número especial Bioética y derechos humanos, 355-372.
- PLATÓN (1922) “Protágoras-Gorgias-Carmides-Ion-Lysis”, *Diálogos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 11.
- PICHON-RIVIÉRE, Enrique (1971) *Del psicoanálisis a la psicología social*, Buenos Aires, Galerna, tomo XI.
- PROGRAMA VENEZOLANO DE EDUCACIÓN-ACCIÓN EN DERECHOS HUMANOS (2004) “Provea condena doctrina regresiva para los derechos humanos de reciente sentencia de la Sala constitucional del TSJ”, http://www.uru.org/papers/20040402_provea.html, 20 de abril de 2004, fecha de consulta mayo de 2005.
- RAWLS, John (2002) *Teoría de Lajusticia*, México, Fondo de Cultura Económica, traducción de María Dolores González.
- RICOEUR, Paul (2003) *El conflicto de las interpretaciones, Ensayos de hermenéutica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, traducción de Alejandrina Falcón.
- (2001) “Entrevista con Ricoeur sobre los nuevos desafíos éticos”, Roma, 28 de junio de 2001, <http://www.zenit.org.com>, fecha de consulta enero de 2006.
- (1994) *Ética y cultura*, Buenos Aires, Docencia, traducción de Mauricio M. Prelooker, 2 edc.
- (1993) *Amor y justicia*, Madrid, Caparrós Editores, Colección Esprit, traducción de Tomás Domingo Moratalla.
- (1982) *Finitud y culpabilidad*, Buenos Aires, Taurus, traducción de Alfonso Garcia Suárez y Luis M. Valdés Villanueva.
- (1980) *La metáfora viva*, Madrid, Trotta, traducción de Agustín Neira, 2 edc.

- _____ ([1975]) “Biblical Hermeneutics”, <http://www.vaticanlholyfather/johnpaul/catechesisgenesis/documents/sp.html>, fecha de consulta 10 de abril de 2005.
- RODRÍGUEZ, Graciela (2003) “El paciente frente a los derechos humanos”, *Los derechos de los pacientes*, México, CONADEH.
- ROUDINESCO, Élisabeth, PLON, Michel (1998) *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, traducción Jorge Piatigorsky.
- SCHELER, Max (1992) *Ética*, Madrid, Espasa Calpe, traducción de H. Rodríguez Sanz.
- _____ (1957) *Esencia y formas de la simpatía*, Buenos Aires, Losada, traducción José Gaos, 3 edc.
- SGRECCIA, Elio et al. (2005) Qué significa “calidad de vida”. Una conferencia en el Vaticano considera algunos principios éticos al respecto. [Versión electrónica]. Recuperado 18 de enero de 2006. Disponible en: <http://www.sanitarioscristianos.com/documentos/234.pdf>.
- SINGER, Peter (edición) (1995) *Compendio de ética*, Madrid, Alianza Editorial, traducción de Jorge y Margarita Vigil Rubio.
- SOBREVILLA, David (1991) *El derecho, la política y la ética*, México, Siglo XXI.
- TRÍAS, Eugenio et al. (2000) “Derechos humanos: la condición humana en la sociedad tecnológica”, *Revista Jurídica de la Comunidad de Madrid*, Madrid, Tecnos, No. 8, septiembre.
- UNESCO (1985) *Los fundamentos filosóficos de los derechos humanos*, Barcelona, Unesco, traducción de Graziella Baravalle.
- UNIÓN EUROPEA <http://www.lauenbreve.com.html>, fecha de consulta 12 de marzo de 2006

3. ÉTICA PROFESIONAL MÉDICA Y PARAMÉDICA: ANTES LOS AVANCES TECNOLÓGICOS Y CULTURALES

3.1 INTRODUCCIÓN

El médico en su ejercicio profesional no sólo tiene obligaciones con su paciente sino también con la sociedad en donde ejerce. Lo que hace adquirir un compromiso moral y profesional que ha sido regulado a través de los principios éticos. La ley de ética médica en el artículo primero establece las obligaciones del médico con la sociedad, como auxiliar de la justicia y en las tareas que ella le encomiende.

Muchos profesionales tienen un concepto muy individualista de su quehacer médico y sobrevaloran los deberes con el paciente. La relación entre el médico o paramédico y el paciente deber ser una relación entre personas; cada una con sus derechos y deberes. Esto puede dificultarse cuando la atención se hace a través de una institución u otra entidad promotora de salud.

La medicina por definición es una práctica social, es un servicio a nuestros semejantes con profundo sentido humano y moral, buscando hacer el bien y encontrar en ello satisfacción, preocupándose de problemas éticos que acompañan invariablemente a muchas de las acciones entre médico-médico y médico-paciente (Velasco, 1998).

Por lo tanto la misión del médico y paramédico consiste en velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y conciencia deben estar dedicadas a su realización; acciones como estas las debe llevar el médico dentro de un marco ético en relación con sus pacientes, sus colegas y la sociedad en general, manteniéndose al margen de doc-

trinas políticas, formas de gobierno y disposiciones legislativas que no tomen en cuenta los códigos morales.

Al igual que en el ámbito educativo, los sistemas de atención médica deben organizarse para satisfacer criterios de calidad y no sólo para satisfacer los conflictos profesionales y financieros de empresarios, médicos, paramédicos, hospitales, laboratorios y compañías de seguros. La meta debe ser excelencia en medicina, definida ésta como el proceso continuo de satisfacer las legítimas expectativas de los pacientes.

3.2 LA EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA Y PARAMÉDICA, COMO UNA FORMA DE DESARROLLO HUMANO

Nuestra época actual está caracterizada por los continuos avances científicos y tecnológicos, el continuo desarrollo en todas las áreas del conocimiento que ha conducido a la conformación de lo que es actualmente el ser humano. Este desarrollo se encuentra en una constante transformación, siendo un ejemplo de ello los avances en materia de la genética, generando nuevas dificultades éticas al tratar de dar solución a un problema científico, como consecuencia la ética ha sido ensombrecida por la ciencia y la tecnología (Polaino-Lorente, 1997).

Una de las áreas del conocimiento que está inmersa dentro de los dos ámbitos es la medicina, por un lado el desarrollo científico y tecnológico, por el otro, la responsabilidad moral que implica su práctica. Por lo tanto es necesario que la medicina mantenga un equilibrio entre el desarrollo científico-tecnológico y la ética. La medicina debe tener siempre presente su “razón de ser” que es el “ser humano” y de ahí la necesidad de analizar su naturaleza. Si el médico no tiene una amplia y profunda concepción sobre las personas, ejercerá una medicina deshumanizada (Velez, 1999).

El concepto de ser humano, depende de nuestra cosmovisión, es decir, de la percepción de nuestro yo y del mundo que nos rodea; ésta cosmovisión es el resultado de la ciencia, la filosofía y la creencia adquirida por cada uno de nosotros. La ciencia nos explica el mundo interior y exterior percibido por los sentidos; la filosofía nos muestra las causas remotas, y la creencia nos hace ver el sentido último de la vida. Sin todo esto es imposible tener una idea del ser. La definición del ser humano comprende tres elementos: el yo, el otro y el universo.

Los médicos nos “encerramos” en el quehacer médico prediando las perspectivas y valores de la realidad humana. Al estudiante de medicina se le enseña que la razón de ser médico, es dar y cuidar la salud de una sociedad; por esto para muchos médicos la salud es lo más importante. Los valores de la medicina son relativos y no absolutos, los médicos por no tener en cuenta esto cometen acciones que son inhumanas o atropellan los derechos de la persona (Velez, 1999).

El médico pocas veces cura, algunas alivia, pero siempre debe consolar, en esta frase se resume el que hacer del médico y también la grandeza y miseria de la medicina. Un médico debe aliviar los síntomas del paciente, no importa sólo la etiología de la enfermedad, o si el enfermo se queja de una dolencia, no responderle con “espere y aclaremos el diagnóstico o que obre la droga” (Velez, 1999). Un médico humanista explica al paciente su enfermedad y no considera esto perder el tiempo, no le da pena ni le molesta hacerle los cuidados básicos al paciente tales como inmovilizarlo, darle la comida o aplicarle una inyección. Para él la medicina no es sólo hacer diagnósticos, es necesario atender al moribundo y después de la muerte consolar a la familia, son tareas que hace un médico y paramédico con valores humanos.

Nunca se insistirá lo suficiente en que el médico tenga conciencia del objetivo de la medicina que es cuidar la salud del paciente y aliviar su sufrimiento. Las acciones que el médico y paramédico tienen el deber de hacer son tres: acciones pedagógicas, preventivas-curativas y reparadoras. No pocas veces surgen al médico y paramédico conflictos sobre si debe primar la obligación con la comunidad.

Las características del médico y paramédico son muchas pero hay rasgos que son sin duda esenciales en el profesional de la medicina, independientemente del lugar y tiempo donde ejerce. La primera cualidad que el médico y paramédico necesita poseer es la bondad, que significa que en todo acto médico, se debe buscar primordialmente el bien del paciente. Es necesario que el médico sea buen médico y buena persona a la vez.

La segunda cualidad es que el médico y paramédico necesita conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes para ejercer la medicina con eficiencia; a esto se le llama sabiduría. El médico y paramédico tiene la obligación ética de adquirir una preparación suficiente en calidad y cantidad. La sola intención de obrar éticamente no es garantía de que se está haciendo lo mejor para el paciente. La educación del médico es un proceso continuo y podría decirse que es más necesaria después de obtener el título. El grado no es sino permiso para continuar formándose.

La última cualidad es el respeto, esta actitud es necesaria en el médico y paramédico. Respeto por el paciente y por la profesión que práctica, la presentación personal del médico y paramédico es señal de consideración con el paciente, que se extiende más allá de su persona, pues debe respetarse su condición social, su cultura, creencias religiosas y sus valores (Terrés, 1998).

El establecimiento de una relación terapéutica implica desde el primer momento que el médico o paramédico se

responsabilice de la salud del paciente, quedando obligado a atenderle lo mejor posible desde el punto de vista científico, ético y humano. Así esta alianza terapéutica que se establece se basa en una relación de confianza que da inicio desde el primer contacto, facilitando con ella el proceso de atención y logrando la colaboración del paciente a fin de combatir el padecimiento.

Dicha alianza se ve instituida por la dimensión ética que debe estar basada en una alta conciencia moral, gracias a la cual la persona deviene en el ser que configura su mundo circundante, se reconoce como quien es y funda su unitaria experiencia la convicción de su identidad personal. De tal forma que la conciencia ética, sobre todo un juicio, un acto de la inteligencia por el cual se juzga particular un hecho, conducta o suceso, aprovechándolo o desaprovechándolo que dictamina la bondad o malicia de un acto concreto.

La ética tiene como objeto de estudio la naturaleza o tendencia natural que el hombre tiene a dirigir sus acciones de un modo moral. Esta cualidad de la conducta del ser humano que lo involucra con la bondad o la maldad, además de distinguirlo lo eleva y dignifica.

La aplicación de la ética en la práctica médica (bioética) se puede percibir con los intentos de la creación de normas y leyes positivistas, sin embargo, la obligación y responsabilidad moral de forma natural en el médico o paramédico es el resultado de un florecimiento o culminación en la conciencia humana.

Así en el aspecto social de las personas ha de ser gobernado de acuerdo a su naturaleza. Esta intención puede verse ensombrecida debido a la práctica médica tradicional o institucional, se puede observar una falta de sentido moral debido a viejas prácticas costumbristas u orientadas únicamente a un beneficio lucrativo. Por lo tanto es muy importante partir de la comprensión de que la obligación moral en

la práctica médica debe surgir de la actuación conforme lo sugiere la conciencia que tiende a orientarse hacia el bien común (Domínguez, 1999).

Socialmente el hombre ha de ser gobernado de acuerdo con su naturaleza que es libre, aplicando los avances tecnológicos a su alcance y de tal forma que los actos médicos trasciendan los límites de la ciencia de la salud. Por esta situación se ha considerado a la ciencia médica una ciencia de subordinación respecto a la ética y viceversa esto demuestra que la ciencia se ha tecnificado.

3.3 CONCLUSIONES

Los médicos y paramédicos debemos convercernos que la vida humana tiene por fin la vida misma y que la salud es una condición pero no un fin. El interés de hacer más eficiente la utilización tecnológica y de insumo para la salud, mejorará la capacidad gerencial de los directivos, para brindar a la población servicios médicos y paramédicos preventivos, curativos y rehabilitatorios con calidad y equidad.

La garantía de calidad permite dismunir las deficiencias existentes entre las condiciones actuales y las deseables en el otorgamiento de la atención y asegurar al paciente la obtención de los mayores beneficios para la salud con los menores riesgos.

En la búsqueda incesante de métodos cada vez más efectivos, de estrategias más precisas y materiales cada vez más útiles, se han propiciado cambios sorprendentes y trascendentes en la atención y manejo de la medicina.

Gracias a los avances técnicos y científicos se ha evolucionado históricamente en la modificación de actitudes, participación activa de todos los sectores involucrados en la atención médica y paramédica: usuarios y profesiona-

les. Es a partir de los años de dificultades y crisis cuando se produce el despertar, si se logra la humanización de los programas médicos y paramédicos. De un modelo de programación general con objetivos globales (inter y multidisciplinario) se pasa a un modelo de atención individualizada programa con técnicas específicas con participación activa de todos los sectores involucrados (transdisciplinario).

Ante la inexorable globalización mundial se hace urgente el cambio en la orientación de la práctica profesional de médicos y paramédicos que atienden pacientes, de tal manera que entren a un proceso de mejora continua y estén más preparados para enfrentar con mayor responsabilidad y competencia técnico-científica, los retos del mañana.

La formación del médico y paramédico debe ser por consiguiente lo más amplia posible, comprender, además de una preparación en el terreno de las ciencias físico-matemáticas y biológicas, ciertas nociones fundamentales, y sobre todo, tener ideas claras acerca de la filosofía (lógica, epistemología y axiología), psicología, sociología e historia. Es necesario que un médico comprenda la naturaleza lógica y las relaciones recíprocas de las doctrinas científicas en que se basa, al menos en parte, la medicina. Que se de cuenta de hasta qué punto los procedimientos empleados por ésta son rigurosamente científicos y cuánto comienzan por ser puramente empíricos o intuitivos. Debe comprender además la función que corresponde a su labor como actividad social, para lo cual es indispensable que conozca el significado de determinados factores económicos y culturales (costumbre, vivienda, forma de alimentación, etc.) para la salud de los pueblos. En resumidas cuentas, sus principales tareas profesionales son:

- Aliviar el sufrimiento, es decir lo que constituye la práctica médica.

- Instruir en la ciencia y en el arte de la medicina a otros, es decir sobre la enseñanza.
- Aportar conocimientos a los existentes a la medicina básica y clínica, que constituye la investigación.
- Mejorar las condiciones humanas en el campo espiritual, económico y nutricional, en el amplio sentido, extendiéndolos a través del mundo, lo que concierne a la medicina internacional, es decir, sobre las relaciones humanas.

PROPUESTAS

Es necesario que en práctica médica y paramédica existan los siguientes principios y valores:

PRINCIPIOS:

- Concepción del paciente como ser humano.
- Atención del paciente y su familia con la más alta calidad humana, ética y científica.
- Atención integral.
- Defensa y promoción de la vida.
- Protección y respeto a los derechos de los pacientes.
- Respeto por la dignidad personal y familiar.
- Atención al paciente sin discriminación.
- Cuidar la formación permanente de nuestro recurso humano.
- Mantener un ambiente físico-laboral adecuado.
- Utilización eficaz de los recursos.
- Responsabilidad y profesionalismo.
- Diseñar acciones y estrategias que permitan ofrecer una adecuada asistencia médica y paramédica.

BIBLIOGRAFÍA

- CLAVREUL, Jean (1983) *El orden médico*, Argot, Barcelona, traducción de Marta Vasallo.
- DOMÍNGUEZ M., Octavio (1999) *Bioética. Objeción de conciencia en los servicios de salud*, México, Distribuidora y Editora Mexicana.
- POLAINO-LORENTE, Aquilino (1997) *Manual de bioética general*, Madrid, Editorial Rialp.
- TERRÉS-SPEZIALE, Arturo (1998) “Medicina del tercer milenio”, *Revista del Tercer Milenio*, vol. 36, No. 3, 251.
- VELASCO S., Manuel (1998) *Bioética*, México, Editorial Piensa.
- VELEZ CORREA, Luis A. (199) *Ética médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*, Medellín, Corporación para investigaciones biológicas.

CAPÍTULO II
CUESTIONES DE PSICOANÁLISIS
Y PSIQUIATRÍA

4. NEUROSIS DEPRESIVA

4.1 INTRODUCCIÓN

Al querer estudiar la entidad nosológica de la neurosis depresiva como una más de las categorías de la neurosis, nos encontramos inmediatamente que, tanto en su uso terminológico, definición y clasificación dentro del contexto que nos ocupa (Clínica-Psicológica-Psiquiátrica) hay una cierta variedad de criterios entre los investigadores, las referencias bibliográficas y el manejo diagnóstico, situación que nos plantea un abordaje del tema más difuso e inconcluso, sujeto a discusión.

Resulta muy difícil, en la “descripción general de la neurosis” separar claramente en sus orígenes, la depresión y la melancolía de la neurosis depresiva, tal como ocurre con las neurosis de angustia, histeria y obsesiva, las cuales aparecen en la nosografía como entidades apartes.

Haciendo un poco de historia, la palabra “melancolía” era conocida por los griegos y romanos quienes usaban el vocablo “tristitia” como equivalente del anterior. Así, los escritores cristianos de la Edad Media distinguían dos tipos de desesperación: aquella que proviene de Dios y la que es causada por el mundo. El hombre padecía la depresión racional y la irracional, atribuyéndose la primera al amor y la segunda al odio (Lieberman, 1958, 369).

Pinel (1801) describe al melancólico y menciona que algunos depresivos pueden cometer crímenes para buscar castigo. Griesinger (1845), también hace una detallada descripción de la depresión. W. Abraham (1911) hace una importante contribución por parte de los psicoanalistas al problema de la depresión, al observar que en los casos neuróticos, algunos abandonan sus impulsos sexuales sin

gratificación, señalando que estos pacientes habían llegado de una manera regresiva a la primera fase de desarrollo, en donde el odio había paralizado la capacidad de amar. Esta hostilidad del melancólico que dirige contra la madre por el destete, producía sentimientos de culpa y autorreproches, lo cual incrementaba la depresión (Lieberman, 1958, 369).

Al parecer, es Freud en su artículo “Duelo y melancolía” de 1917, que aunque se refería a la melancolía, describe por primera vez el conjunto de los malestares que hoy en día parecen agrupar las “neurosis depresivas”. Freud señala que “la melancolía se caracteriza únicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio” (cfr. Winnicott, 1947).

En este recorrido histórico, muy breve, el concepto de la depresión neurótica, tampoco fue reconocida por Kraepelin y la incluyó dentro de las neurastenias congénitas, mezclándola con los estados constitucionales psicopáticos. Lange (1928), discípulo de Kraepelin, fue el primero que llamó la atención sobre las depresiones que se desarrollan como resultado de la angustia que representa el vivir.

El término depresión neurótica, fue adoptado por Gillespie en 1930, añadiéndole el concepto de reacción ante las circunstancias adversas (Lieberman, 1958: 369). Al respecto, Fenichel (1934), indica que en forma leve la depresión se presenta en todas las neurosis. Guarnier (1984), plantea que la depresión *se presenta en todas las* personas en algún momento de su vida. Oportuno es acotar aquí que, en psiquiatría el término “depresión” implica al menos tres significados, puede referirse a un síntoma, a un síndrome y también a una entidad nosológica (Freud, 1955).

Clásicamente se distinguen:

1. Depresiones endógenas⁸³ (melancolías unipolares y bipolares sobre un fondo ciclotímico).
2. Depresiones neuróticas o reactivas⁸⁴.

El elemento semiológico elemental, de las depresiones neuróticas muestran una cualidad afectiva mucho más próxima al sentimiento de tristeza reactiva normal a diferencia de la depresión endógena, en donde la depresión es más vital (depresión típica y grave que responde a terapia somática) (Freud, X).

4.2 DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA NEUROSIS DEPRESIVA

De acuerdo al DS-111 el cuadro de la neurosis depresiva se encuentra localizado en la categoría de trastornos afectivos dentro de “otros trastornos específicos”, con el código 300.40 que pertenece a Trastornos distímico (o neurosis depresiva).

Es necesario aclarar que la neurosis depresiva en el DS-111 estaría incluida dentro de la sintematología esencial de los trastornos afectivos que comprende “una alteración del estado de ánimo en general” que se acompaña de un síndrome depresivo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico.

4.3 SINTOMATOLOGÍA

Sintematología esencial: El sujeto presenta una alteración crónica del estado de ánimo, que describe como triste, melancólico, abatido o bajo, que se da como una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades vitales. El estado de ánimo deprimido puede ser relativamente

⁸³ Depresión mayor en el DSM-111-

⁸⁴ Trastorno distímico en el DSM-111.

persistente o bien intermitente y separado por períodos en los que el interés, la capacidad para el placer, o el estado de ánimo pueden ser normales (unos días a pocas semanas).

Sintomatología asociada: Los síntomas asociados más frecuentes comprenden apariencia depresiva, llanto, sentimientos de angustia, irritabilidad, miedo y tristeza, excesiva preocupación por la salud física, de destrucción personal o del mundo o de pobreza. No hay, por definición, ni ideas delirantes ni alucinaciones.

Edad de comienzo: Habitualmente empieza al inicio de la edad adulta, aunque suele aparecer en la infancia o en la adolescencia, en ocasiones, a continuación de una depresión mayor.

Deterioro y complicaciones: El curso del trastorno es crónico y la duración requerida para su diagnóstico para los adultos es de dos años; para los niños y adolescentes, es suficiente un año. El deterioro en la actividad laboral o social suele ser leve o moderada. La hospitalización es rara, salvo intentos de suicidios o se asociación a depresión mayor. Debido a su cronicidad es más probable un abuso de sustancias tóxicas.

Los niños y en los adolescentes suelen encontrarse afectados las relaciones sociales con los compañeros y los adultos, reaccionando con conductas negativas o timidez a los elogios, otras veces con resentimientos y cólera manifestados en forma poca expresiva.

Factores predisponentes: Son factores predisponentes los trastornos físicos crónicos, el estrés psicosocial crónico y otros trastornos mentales, así como un trastorno de personalidad o trastorno afectivo que no remita completamente y se fusione de manera imperceptible con este estado. En los niños y adolescentes son factores predisponentes un trastorno por déficit de atención, un trastorno de conducta, un retraso mental, un grave trastorno del desarrollo o un entorno inadecuado, desorganizado, caótico o de rechazo.

Prevalencia o incidencia por sexos: La prevalencia del trastorno parece frecuente. La incidencia entre los adultos parece más frecuente en las mujeres. En los niños se presenta con la misma frecuencia en ambos sexos.

Diagnóstico diferencial de la neurosis depresiva:

1. De la depresión mayor en remisión parcial durante un período de dos años. Cuando a la depresión mayor se le sobreañade la neurosis depresiva, deberán hacerse ambos diagnósticos.
2. De otros trastornos subyacentes de personalidad (trastornos de personalidad límite, histriónica o de dependencia) en sus síntomas afectivos. Si se sobreañaden los trastornos, se recomienda hacer ambos diagnósticos.
3. De las fluctuaciones normales del estado de ánimo, expresada en la interferencia con la actividad social.
4. De los trastornos mentales crónicos como el trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia al alcohol, cuando se acompañan de síntomas depresivos, y en virtud de su intensidad o de su efecto sobre la actividad.
5. De un trastorno por déficit de atención, a un trastorno específico de desarrollo, o a un trastorno mental orgánico en los niños.

Criterios para el diagnóstico de la neurosis depresiva

1. Durante los dos últimos años (o uno en el caso de los niños y adolescentes) observar si el sujeto a presentado los síntomas característicos del síndrome depresivo (triste, melancólico, abatido, pérdida de interés, etc.) teniendo en cuenta la intensidad, duración, persistencia de la alteración en el estado de ánimo.
2. Efectuar un cuidadoso diagnóstico diferencial.

3. Ausencia de síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones, incoherencias, o pérdida de la capacidad asociativa).
4. Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, tres de los siguientes síntomas:
A Insonio o hipersomnía.

BBajo nivel de energía o cansancio crónico.

CSentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación.

DDisminución de la afectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa.

EReducción de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad.

FReatrimiento social

GPérdida de disfrute o de interés en actividades placenteras.

HIrritabilidad o cólera excesiva (expresada en los niños hacia los padres o monitores).

IIncapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos.

JSiendo activo o hablador más de lo habitual, o comunicación con lentitud e inquietud.

KActitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados, o sentimientos de lástima hacia uno mismo.

LLlanto o sollozo.

MPensamiento repetitivo de muerte o suicidio.

4.3.1 FACTORES QUE PREDISPONEN A LA DEPRESIÓN

1. Factores psicológicos predisponentes: la mayoría de los autores han visualizado las experiencias tempranas como predisponentes a las depresiones. Así, Abra-

ham describió la depresión primaria, como resultante de los desengalos tempranos de los padres (Garma, 1949 ,1). M. Klein explica que los niños tratan de lograr relaciones de objeto satisfactorias en la presencia de conflictos entre el amor y el odio. Existiendo un período en el cual el pequeño sufre una mezcla compleja de sentimientos consistentes en tristeza y pesadumbre, debido a culpa por la pérdida de objeto. Esta fase es denominada posición depresiva y aquellos que no logran superarla, repetirán estos sentimientos melancólicos a lo largo de la vida (Klein, 1955).

2. Oralidad en la depresión: Resulta claro que el concepto de la importancia primaria de la oralidad en la depresión es aceptada por la mayoría de los analistas. Freud hizo énfasis sobre lo esencial del mecanismo de la introyección en el depresivo y de su regresión a la oralidad. Introdujo el concepto de la pérdida de un objeto ambivalente y señaló que después de introyectado el objeto amoroso perdido (identificación narcisista) el odio empieza a actuar sobre el objeto sustituto (el yo se identifica con el objeto introyectado) (cfr. Winnicott, 1947).
3. La agresión: aunque esta se encuentra íntimamente ligada a la depresión, este concepto sigue siendo tema de discusión, así por ejemplo, no se sabe si la agresión es primaria o secundaria en el proceso de la depresión. Sin embargo, sigue siendo clásica la afirmación de Freud de que los autoreproches y sentimientos hostiles que el paciente siente contra el objeto amado, se vuelcan contra uno mismo, puesto que forman parte del mundo interno, al habernos identificado con el objeto perdido (Winnicott, 1947).
4. El papel del narcisismo en la depresión: la mayoría de los autores afirman que existe una mengua del mismo.

5. El papel del superyo: La severidad de esta estructura contra el yo, ha sido resaltado por todos los autores que han escrito sobre el tema. De tal forma, que en las neurosis depresiva se deben considerar los siguientes factores etiológicos:
- AUn factor constitucional (un erotismo oral).
 - BUna especial fijación de la libido en el nivel oral
 - CUna seria ofensa al narcisismo infantil ocasionado por sucesivas decepciones infantiles.
 - DUna relación ambivalente hacia ese objeto.
 - ELa ocurrencia de la primera decepción afectiva importante antes que los deseos edipicos hayan sidos superados.
 - FLa repetición en la vida posterior de la decepción primaria (Garma, 1949, 1).

4.4 ASPECTOS PSICODINÁMICOS DE LA NEUROSIS DEPRESIVA

En los primeros trabajos realizados sobre el tema se utiliza el término melancolía para asignar a esta entidad nosológica. De tal forma, se postula que en la melancolía el acontecimiento de importancia que subyace es la pérdida del objeto que precede a la aparición de la enfermedad. Esta pérdida de objeto es sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida.

El parriente después de haber perdido a su objeto amoroso, lo recupera nuevamente mediante un proceso de introyección. Siendo que Freud ha demostrado que al introyectar al objeto perdido, el melancólico lo hace revivir nuevamente: lo establece en su ego. (Winicott, 1947)

Así, el depresivo trata de conseguir lo que necesita por medio de la psicización y la sumisión. Sus relaciones

de objeto se hallan mezcladas con rasgos de identificación y tienden a cambiar de objeto con frecuencia porque ningún objeto es capaz de procurarles la satisfacción necesaria. La causa de esta decisiva incapacidad es la extrema ambivalencia vinculada a su orientación oral.

En el melancólico el proceso de introyección está basado en un trastorno radical de sus relaciones libidinales con el objeto. Se funda en un serio conflicto de sentimientos ambivalentes, del que solo puede escapar dirigiendo hacia él mismo la hostilidad que sentía originalmente hacia su objeto.

Hay una ambivalencia libidinal que todo sentimiento de amor es amenazado de inmediato por la emoción opuesta. Una “frustración”, una decepción por parte del objeto amado puede desencadenar en cualquier momento una ola poderosa de odio que barrera los sentimientos de amor, débilmente arraigados. De tal forma, el deprimido está ambivalente consigo mismo con lo es hacia los objetos pero los dos componentes de la ambivalencia se estratifican de manera diferente. En relación al objeto, los impulsos de amor son más manifiestos, en tanto que el odio se oculta. En relación al yo, es el odio el que se hace vocinglero, mientras que la sobrestimación narcisista primaria del yo permanece oculta (Royer, 1961).

De hecho, en la melancolía se presenta un cuadro en el que están inmediatamente yuxtapuestas, aunque sean absolutamente opuestas entre sí, el amor y el odio a sí mismo, una sobreestimación del ego y una subestimación de él, esto es, las manifestaciones de un narcisismo positivo y negativo. Por ello, el melancólico muestra una extraordinaria rebaja de su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. Lo cual explica el por qué en el cuadro nosológico de la melancolía destacada el desagrado moral con el propio yo por encima de otras situaciones. Asimismo, los autoreproches son reproches contra un objeto de amor, que

desde este han rebotado sobre el yo propio. Resimiendo lo anterior, se puede reconstruir el proceso de la depresión.

Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada sobrevino un sacudismo de ese vínculo de objeto. El resultado no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, que para producirse parece requerir varias condiciones. La investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación (Winicott, 1947).

De tal forma, que cuando las personas melancólicas sufren una decepción intolerable por parte de su objeto amoroso, tienden a expeler a ese objeto como si fuera excremento, y a destruirlo. Cumplen luego el acto de introyectarlo y devorarlo, que es una forma de identificación narcisista específicamente melancólica. Su anhelo sádico de venganza satisface, ahora atormentando al ego, una actividad que es en parte placentera.

El periodo de autotortura dura hasta que el transcurso del tiempo y el gradual apaciguamiento de los deseos sádicos han apartado al objeto amoroso del peligro de ser destruido. Cuando esto sucede, podría decirse que el objeto puede salir de su escondite en el ego. El melancólico puede reponerlo en su lugar en el mundo externo. Siendo que en

sus síntomas patológicos, en sus fantasías y en sus sueños, los pacientes melancólicos nos presentan un gran número y variedad de tendencias oral-sádicas, tanto conscientes como reprimidas. Estas tendencias son de las principales fuentes de padecimiento mental de los pacientes deprimidos. Por ello, se afirma que en los pacientes deprimidos, hay una fijación oral-anal, siendo que la analidad de las personas deprimidas no intenta retener a su objeto (como en la neurosis obsesiva), más bien tiende a incorporarlo, aún si para ello el objeto deberá ser destruido. Sin embargo, con la pérdida parcial de los objetos que caracteriza a esa etapa, el paciente queda libre de toda contención y su regresión se acentúa hasta llegar a la oralidad y el narcisismo.

5 DEFENSAS EN LA NEUROSIS DEPRESIVA

Los tres más importantes componentes de la defensa depresiva neurótica son: represión, proyección y el uso de quejas continuas para obtener de los demás las demandas narcisistas de las necesidades del paciente (Garma, 1949,2).

5.1 REPRESIÓN

La represión está dirigida en dos direcciones y es defectiva en ambas. Esta dirigida al control de los impulsos en cuyas derivaciones hay ansiedades dependientes orales por amor con resentimiento hostil, porque estos resentimientos no son satisfechos. La represión está también dirigida al control de los ataques por el superyo arcaico. Este último es la más significativa represión en la depresión neurótica. Cuando la agresión del superyo es dominante un sentido de culpabilidad amenaza con llegar a ser conciente, pero usualmente no llegará a ser conciente, en parte porque la proyección también

aparece, y en parte porque las quejas traen al paciente el incremento de demandas narcisistas.

5.2 *QUEJAS*

Las quejas representan intentos por establecer un equilibrio interno mediante la expresión de desagrado y estimulando a otros a dar demandas narcisistas. El término demandas narcisistas se refiere a los soportes emocionales como tranquilidad, alabanzas, recompensas, estimación, dignidad y propia estimación, que los demás proporcionan al paciente y con ello tratan de “ayudarlo” a “disminuir” la culpabilidad y con ello a evitar una regresión mayor.

5.3 *PROYECCIÓN*

Una importante defensas en las depresiones neuróticas consiste en la proyección de la agresión del superego en la realidad externa, que es la atribución de las actitudes del propio superyo hacia otras personas.

En la depresión neurótica se proyectan funciones simbolizadas las cuales pertenecen historicamente a su mundo-objeto infantil los cuales fueron inconscientemente experimentados en la infancia como la desaprobación de los padres, disgusto, desprecio o condenación. De esta forma, mediante estas proyecciones, estimula a otros para contradecir los ataques inconscientes hechos por su propio superyo. Mientras en esta última situación su ego regresivo relativamente débil recibe un refuerzo externo en la forma de demandas narcisistas de otras personas quienes así actúan como substitutos del superego. Así una situación conflictiva infantil arcaica es trasformada por la organización defensiva en una corriente de representación contemporánea. La

desventaja clave de la transformaciones que eventualmente puede volver a todos contra el paciente, el último resultado dependerá de que la ayuda exterior este disponible y en que medida el paciente sea capaz de utilizarla.

6 CONCLUSIONES

En las depresiones neuróticas la regresión reactiva la lucha infantil entre el ego dependiente y un superyo crítico, posteriormente reactiva los objetos hostiles introducidos y las identificaciones infantiles con figuras agresivas paternas. El paciente guarda lo que él puede de este superyo crítico bajo la represión. El resto proyecta sobre otra gente, especialmente sobre los seres amados, quienes se sitúan inconscientemente en el papel de los padres. Se queja contra ellos, de tal forma, que le han dado una exagerada tranquilidad, alabanzas y amor. Estas demandas narcisistas refuerzan su ego infantil y los utiliza en su combate interno con su superego arcaico (Lewin, 1947).

BIBLIOGRAFÍA

- ABERASTURY, Arminda (1959) "El mundo del adolescente", *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, vol. 3, No. 1, 3.
- (1958) "La dentición, el caminar y la posición depresiva", *Revista de Psicoanálisis*, vol. XV, 1-2, 41.
- ALVÁREZ DE TOLEDO, Luisa G. de (1966) "Los mecanismos del dormir y del despertar", *Revista de Psicoanálisis*, vol. VIII, No. 2, 25-65.
- BLEGER, José (1961) "La simbiosis", *Revista de Psicoanálisis*, vol. XVIII, No. 4, 361-369.

- FREIBERG, S. (1951) "Kafka and the dream", *Art and Psychoanalysis*, W. Phillips (edición), Nueva York, Criterion Books.
- _____ (X), Nueva York, Criterion Books.
- FREUD, Sigmund (1955) *Obras completas*, Buenos Aires, Ed. Rueda.
- GARMA, Angel (1949) "El origen de los vestidos", *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, Asociación Psicoanalítica Argentina, vol. VII, No. 2, 191-220.
- _____ (1956) *Psicoanálisis de los sueños*, Buenos Aires, Editorial Nova.
- HEIMANN, Paula (1952) "Certain functions of introjection and projection in early infancy", *Developments in Psycho-Analysis Int. J. Psychoanal. Library*, No. 43.
- _____ (1951) "Una contribución al problema de la sublimación y sus relaciones con los procesos de internacionalización", *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, vol. VIII, No. 4, 550-568.
- _____ (1949) "Some notes on the psycho-analytic concept of introjected objects" (Algunas notas acerca del concepto psiconalítico de los objetos introyectados), *International Journal of Psychoanalysis*, 22-8-17.
- KAFKA, Franz (1938) *La metamorphosis*, Buenos Aires, Ed. Losada, traducción de Jorge Luis Borges.
- KLEIN, Melanie, HEIMANN, Paula, ISAACS, Susan, RIVIERE, Joan (edición) (1952) *Developments in Psycho-analysis*, Londres, The Hogarth Press.
- KLEIN, Melanie, HEIMANN, Paula, KYRLE, R. (edición) (1955) *New Directions in Psycho-Analysis. The Significance of Infant Conflict in the Pattem of Adult Behaviour*, Londres, Tavistock Publications.
- _____ (1948) *Psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Editorial El Ateneo.

- LIBERMAN, David (1958) "Autismo transferencial, narcisismo, el mito de Eco y Narciso", *Revista de Psicoanálisis*, vol. XV, No. 4.
- LEWIN, Bertram D. (1947) "El dormir, la boca y la pantalla del sueño", *Revista de Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica Argentina, vol. V, No. 1, julio-diciembre, 180-195.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1977). *El psiquismo fetal*, Buenos Aires, Paidós.
- RODRIGUÉZ, E. (1945) "El análisis de un niño de tres años, esquizofrénico y sus relaciones con los procesos de internalización", *Revista de Psicoanálisis*, vol. II, No. 4.
- ROYER, Gilberte (1961) "Sobre un retardo psicomotor", México, APA, (trabajo leído en el *Simposium anual de la APA*, dedicado a M. Klein).
- (1961) "La actuación en la transferencia en el análisis de un fóbico", *Revista de Psicoanálisis*, vol. XVIII, No. 2.
- WINICOTT, Donald W. (1947) "Desarrollo emocional primitivo", *Revista de Psicoanálisis*, vol. V, No. 4, (leído en la British Psycho-Analytical Society, 28 de noviembre de 1945, reproducido *The International Journal of Psycho-Analysis*, 1945, vol. XXVI, part. 3 y 4, 137-143).

5. ALGUNOS DESENCADENANTES DE REACCIONES DEPRESIVAS

5.1 INTRODUCCIÓN

Cambios importantes en la vida como son: el matrimonio, embarazo, nacimiento de hijos, graduación como profesional, etc., pueden convertirse gradualmente en factores desencadenantes de reacciones depresivas intensas porque son vividos, en un plano, como pérdidas de ciertos aspectos de la identidad del yo. Generalmente, esta depresión es interpretada como correspondiente al sentimiento de culpa por el triunfo conseguido y sus implicaciones en relación con el objeto. En ciertas ocasiones, esta depresión puede ser consecuencia de la vivencia perdida de la parte del yo que contenía el anhelo a la expectativa del logro. Es decir, cuando se desea íntimamente algo y ese deseo es satisfecho, se siente placer; pero surge simultáneamente, un sentimiento depresivo por la desaparición del deseo o de las “ganas” que se tenían. Existen personas que tienden a postergar continuamente el placer para no exponerse a sufrir la depresión de su pérdida una vez logrado. Hay quienes por el mismo motivo, se postergan constantemente en la vida. Por otra parte Winnicott ha señalado que la satisfacción obtenida después del amamantamiento provoca profundamente el sentimiento de aniquiliación del objeto porque ya no se le necesita. En este caso, estaría incluida también la parte del yo que sintió la necesidad (Winnicott, 1955).

Puede ocurrir que después del orgasmo surja también un sentimiento depresivo. Siguiendo con lo anterior, una de las razones que podrían justificarlo sería la vivencia de pérdida del aspecto yoico que deseó alcanzar el placer y que se siente desaparecido, una vez logrado el mismo.

Cuando el temor a la pérdida adquiere características patológicas, puede ocurrir o producir frigidez o impotencia. Una de las fantasías inconscientes, frecuentemente contenidas en dicha ansiedad, es la de perder posiciones del yo desintegrándose en la pareja.

En condiciones normales, la misma función genital sirve a los fines de recuperación a través de la íntima fusión que se establece con los aspectos contenidos en el objeto, por su significado simbólico regresivo señalado por Ferenzi en *Thalassa* (1938).

Los sueños constituyen un medio de expresión de particular importancia a través del cual surge no sólo la vivencia depresiva, sino también el intento elaborativo del duelo consistente en la búsqueda regresiva de los aspectos perdidos.

Los sentimientos depresivos por el yo son mucho más frecuentes de lo generalmente admitido. Más todavía, puede postularse su existencia –aun como estados leves de depresión– entre los fenómenos de la psicopatología de la vida cotidiana. El tener en cuenta la aparición de estas microdepresiones o microduelos por el yo, nos ayudaría, a comprender mejor la razón de ser de muchos estados de ánimo que sin ser registrados como depresiones francas se persiben como malhumor, apatía, cansancio, aburrimiento, irritabilidad, etc. Un determinado propósito que no se realiza, un sueño que no se recuerda, cualquier tipo de frustración donde pueda estar involucrado un aspecto del yo, son algunos de los múltiples factores que diariamente desencadenan microrreacciones depresivas, como así también amanezas fugaces, al estado de identidad. El que se resuelva favorablemente, como procesos leves o se conviertan en depresiones más severas, dependerá, de la forma en que se pudieron haber resuelto las depresiones correspondientes a los primeros estadios de la vida y, fundamentalmente, a la depresión primaria correspondiente al momento del nacimiento.

5.2 FORMAS DE ELABORACIÓN DEL DUELO POR LOS ASPECTOS PERDIDOS DEL YO

El yo intenta elaborar los duelos de diversos modos. Una de las principales formas en que lo hace es a través de la relación con los objetos externos mediante los mecanismos de identificación proyectiva e introproyectiva. Otros intentos de recuperación de las partes perdidas serían por medio del recordar o revivir ciertas experiencias del pasado; o el reintegrarse con aquellos aspectos que nunca pudieron manifestarse (ciertas vocaciones, hobbies, etc.) o lograrlo, por indentificación proyectiva, a través de hijos o allegados a quienes estimulan a ejercer aquellas actividades que, por distintos motivos, les fueron vedadas o que les significaron fracasos. El tratamiento psicoanalítico ofrece las condiciones oportunas para la reuperación de los aspectos excluidos del yo por la utilización excesiva de mecanismos de defensa o por otras razones. Al mismo tiempo, otorga la posibilidad de renunciar a los aspectos que ineludiblemente se pierden y a los que se creía poseer omnipotentemente.

Una de las razones fundamentales por las que el análisis resulta tan adecuado para la elaboración del duelo por las partes perdidas del yo, es la de la condición regresiva que implica para el paciente. Generalizando, podría decirse que ciertos tipos o estados de regresión que se podrían denominar regresiones positivas o necesarias, otorgan enormes ventajas para sobre llevar impactos, traumas o pérdidas y elaborar restituciones. Freud, ya lo había señalado cuando se refirió a la importancia de refugirse en el dormir, como una regresión al narcisismo, por no poder tolerarse los estímulos excesivos de la realidad circundante. Winnicott (1955) señaló la importancia de la regresión en el análisis, considerándolo como “una parte del proceso de curación” necesaria para que

el paciente recupere su verdadero yo en lugar del “falso yo” que lo llevó a un fracaso de la adaptación del ambiente.

El duelo por las partes perdidas del yo puede dar lugar a diferentes actitudes que configuran el proceso de la elaboración. Esta, podrá asumir características normales o patológicas de acuerdo a las circunstancias, al estado del yo y a la calidad de culpa que hubiese predominado en las respectivas experiencias vividas.

Si las condiciones congénitas o adquiridas son lo suficientemente ventajosas para que el yo puede elaborar en forma positiva su depresión y sus duelos, se sentirá con impulsos reparatorios y reconstructivos hacia si mismo que le permitirán fortalecerse en su confianza y en su estabilidad. Este proceso marchará parejo, entonces, con la posibilidad de experimentar impulsos reparatorios hacia los objetos (que en primer momento fueron vividos como los representantes de los aspectos yoicos perdidos y rechazados). Hay que pensar que de esta manera puede comprenderse más cabalmente el proceso de integración simultáneo que ocurre tanto en la esfera del objeto total como del yo total. En última instancia, será este proceso de integración del yo, por el resultado exitoso de la elaboración del duelo por sí mismo y por sus objetos, lo que permitirá el afianzamiento progresivo de la propia identidad. De lo contrario, frente al fracaso de esta elaboración, por el predominio de la angustia y de la culpa persecutoria por ejemplo, el yo funcionará en forma masoquística, o recurrirá a la defensa que tenderán a empobrecerlo más todavía o caerá en regresiones a niveles de identidad más rudimentarios.

Finalmente, existirá una constelación persecutoria-depresiva-latente, desde los comienzos de la vida, en la que estarían incluidos tanto los sentimientos correspondientes a las ansiedades o culpas por la pérdida de objeto como así también los inherentes a la pérdida de aspectos del yo. Me-

lanie Klein, en sus últimos trabajos, había llegado a la conclusión de que la depresión y la culpa surgen precozmente ya en la etapa paronide-esquizoide, y de que están también referidas al yo por el sentimiento de la destrucción de algo bueno de si mismo. Pues bien, para una buena elaboración de la posición depresiva o del duelo concerniente a la vivencia del daño o pérdida del objeto resulta indispensable haber podido elaborar previamente, de un modo satisfactorio, el duelo por la pérdida o daños acaecidos a algunas partes del yo.

BIBLIOGRAFÍA

- WINNICOTT, Donald W. (1955) "Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up", *Journal of Psychol-Anal*, vol. 36, No. 1, 16-26.
- FERENCZI, Sándor (1933-1936) "Thalassa: a theory of genitality", *Psychoanalytic Quarterly Inc.*, Nueva York, 1933, 2, 261-403; 1934, 3, 1-29; 200-222; 1936, 5, 249-260.
- KLEIN, Melanie (1986) *La obra de Melanie Klein (1933-1952)*, Buenos Aires, Lugar Editorial, vol. II, Elsa del Valle (edición).

6. PROCESO DE DUELO

6.1 INTRODUCCIÓN

En este texto, se presenta aspectos del proceso de duelo, a partir de la teoría psicoanalítica que desarrolló Sigmund Freud en su obra *Duelo y melancolía* (1917), donde señala que en el duelo normal la libido es retirada del objeto amado perdido y se desplaza a otro objeto. Se incluye también una serie de consideraciones acerca del sentimiento de culpa y sus diversos orígenes, estrechamente ligados a las ansiedades de los primeros períodos de la vida. También se describen las reacciones depresivas y el duelo determinado específicamente por las experiencias de daño o pérdida de aspectos del yo, enfatizándose su aparición a partir del trauma del nacimiento. Hay que puntualizar que dada la amplitud del tema, no es posible presentarlo en forma exhaustiva.

6.2 PROCESO DE DUELO

... Cerraron la sepultura con arena mojada; bajaron el cajón despacio, con la paciencia de su oficio, bajo el aire que les refrescaba su esfuerzo. Sus ojos fríos, indiferentes. Dijeron: “Es tanto”. Y tú les pagaste, como quien compra una cosa, desanudando tu pañuelo húmedo de lágrimas, exprimido y vuelto a exprimir y ahora guardando el dinero de los funerales...

Y cuando ellos se fueron, te arrodillaste en el lugar donde había quedado su cara y besaste la tierra y podrías haber abierto un agujero, si yo no te hubiera dicho: “Vámonos, Justina, ella está en otra parte, aquí no hay más que una cosa muerta” (Rulfo, 1997: 99-100).

En los últimos años parece haberse renovado el interés de los investigadores psicoanalíticos sobre el tema del duelo. Uno de los aspectos más complejos y no completamente dilucidados aún, es el que se refiere a la diferenciación entre la calidad normal y patológica del duelo.

Otro punto que se planteó fue el paralelismo entre el duelo en la infancia y en la adultez, el yo más maduro puede experimentar pena o duelo, y el yo de la temprana infancia solo puede vivenciarlo como angustia de separación, ningún niño, antes de los dos años, es capaz de sobrellevar un duelo en el verdadero sentido del concepto, ya que su yo no se encuentra capacitado para tolerar el principio de realidad ni puede realizar los cambios adecuados en su mundo interno para controlar sus tendencias. Se ha hecho también hincapié en una diferencia cualitativa entre los aspectos normales y patológicos del duelo, basada en la intervención de mecanismos distintos o en el funcionamiento de ellos mismos; así Freud en 1917 señaló que en el duelo normal la libido es retirada del objeto amado perdido y se desplaza a otro objeto, mientras que en el duelo patológico la libido permanece orientada hacia el yo donde se produce la identificación con el objeto perdido (Freud, 1976: 243).

6.3 *CONCEPTOS DE DUELO*

El término “duelo” en castellano, “trauer” en alemán como en inglés “mourning”, pueden significar el afecto penoso como su manifestación exterior, comparado con “la melancolía, cuya definición conceptual es fluctuante aún en la psiquiatría descriptiva, se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no aparece certificada, y de ellas, algunas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas” (Freud, 1976: 241).

El duelo consiste en una reacción experimentada frente a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente. “A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa en lugar de duelo, melancolía (y por eso se sospecha en ella una disposición enfermiza)” (Freud, 1976: 241). De la misma manera “la exteriorización del duelo surge de los impulsos reprimidos ante la muerte de alguno de los padres o de los seres queridos, que se convierten en reproches por su muerte, las llamadas melancolias” (Freud, 1976: 296).

La melancolía se caracteriza en lo anímico por un sentimiento profundamente doloroso, un desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda actividad creativa y productividad así como una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones “que se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (Freud, 1976: 242).

En contraste con la pérdida consistente que caracteriza al que sufre un duelo normal, en el melancólico parece existir la pérdida de un objeto inconsciente; en el primer caso, el mundo ha quedado pobre y vacío; mientras que en el segundo es el mismo melancólico quien se siente empobrecido y despreciable. Carece de pudor y siente gran necesidad de exhibir sus defectos mediante lamentos y autorreproches. Los reproches van dirigidos en realidad, a otra persona, al objeto perdido, pero han sido vueltos contra el yo. “El duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno, falta en él la perturbación del sentimiento de sí” (Freud, 1976: 242).

El individuo, en el duelo normal, reinstala dentro de sí sus objetos de amor perdidos reales y, al mismo tiempo, sus primeros objetos amados, su padres buenos, a quienes sintió en peligro de perder cuando ocurrió la pérdida real. “La conjunción de melancolía y duelo parece justificada por el cuadro total de esos dos estados” (Freud: 1976: 241),

pues “en el duelo aparecen las ideas de mortificación [autorreproches], el llamado masoquismo moral que deviene en la llamada también depresión persecutoria paraonica del duelo” (Freud, 1976: 260).

6.4 CONSIDERACIONES SOBRE EL ORIGEN Y LA NATURALEZA DEL SENTIMIENTO DE CULPA

El sentimiento de culpa, es el resultado de una tensión entre el yo y el superyó, que se manifiesta como una necesidad de castigo. El motivo por el cual el yo, bajo la influencia del sentimiento de culpa, se somete a los mandatos del superyó es el temor de perder su cariño y protección como en otro tiempo fue el de los padres, si la suerte sonrió a esa persona, su conciencia es indulgente; en cambio, cuando la desgracia le persigue reconoce sus culpas y se impone privaciones y castigos.

El sentimiento de culpa es una formación ambivalente donde el yo se esfuerza por mantener la síntesis entre los instintos libidinosos y los destructivos y lo consigue sólo a través de una solución de compromiso, expresado por la culpa y la necesidad de castigo, estos parecen ser el producto final de la eterna lucha entre los instintos de vida y muerte.

Los trabajos de Freud demostraron que, la culpa se apoya más en la fantasía inconsciente o sea en la intención. El crimen real no es la causa de la culpa, más bien es la consecuencia. Los enfermos parecen satisfacer su sentimiento inconsciente de culpabilidad, y no quieren renunciar al castigo que la enfermedad les significa. En ocasiones la culpa se manifiesta como una resistencia a la curación.

6.4.1 *SOBRE LA EXISTENCIA DE DOS CALIDADES DE CULPA:
PERSECUTORIA Y DEPRESIVA*

El problema de la gravitación del sentimiento de culpa sobre el individuo, de la calidad de su participación en el origen y desarrollo de las neurosis y psicosis y de su intervención en la elaboración normal o patológica de todo duelo, será mejor comprendido si lo enfocamos sobre la existencia de dos clases de culpa de distinto origen.

La culpa depresiva, se trata del sentimiento de culpabilidad como elemento esencial de la posición depresiva, la otra clase de culpa es la persecutoria que tiende a aparecer espontáneamente desde el comienzo de la vida y se incrementa en forma automática junto con las angustias de la fase esquizo-paranoide o ante cualquier frustración o fracaso en la evolución hacia la fase depresiva.

El estudio de este tipo de culpa fue el que condujo a Freud al descubrimiento del superyo, temido y odiado, y al mismo tiempo querido y admirado como heredero del complejo de Edipo.

La culpa persecutoria coexiste, desde los primeros instantes de la vida, con la angustia persecutoria. Es importante diferenciar a estos dos conceptos, la angustia persecutoria se refiere únicamente a la amenaza de un peligro que puede adecuarse sobre el yo. En la culpa persecutoria, existe además el sentimiento de un daño ya ocurrido (en la realidad o en la fantasía) al yo o al objeto y que produce no solo temor a una represalia sino también desesperación, dolor y cierta pena, aunque predomina el temor.

El dolor es la verdadera reacción ante la pérdida del objeto: y la angustia la verdadera reacción al peligro que tal pérdida trae consigo. “La melancolía se presenta en combinación típica con la angustia grave” (Freud, 1976: 240).

El comienzo temprano de la culpa parece ser una de las consecuencias de la envidia excesiva. Si esta culpa prematura es experimentada por un yo cuando aún no es capaz de soportarla es entonces vivida como persecución.

6.4.2 RELACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS DE CULPA CON LOS INSTINTOS DE VIDA Y MUERTE

A partir de los primeros instantes de la vida, el lactante sufre angustias de origen interno y externo, la actuación interna del instinto de muerte produce el temor al aniquilamiento y ésta es la causa primaria de la angustia persecutoria.

La angustia primordial experimenta por el yo es la amenaza de aniquilación proveniente del instinto de muerte desde adentro. El temor a ser aniquilado fuerza al yo a la acción, engendrando las primeras defensas. El mecanismo de proyección es el medio para desviar el instinto de muerte hacia fuera, como así también para revestir de libido el primer objeto.

La actuación del instinto de muerte origina desde un principio una culpa persecutoria que es vivenciada por el yo. Esta culpa se encuentra relacionada tanto con el yo como con los objetos. Una de las principales causas de su aparición se debería al déficit en que ha quedado el yo como consecuencia del trauma de nacimiento.

Existe otra culpa que ésta directamente relacionada con lo que le pasa al yo, es una culpa frente así mismo, por haber provocado en la fantasía esta pérdida que perjudica al yo, o por no haber podido evitarla. En cada pérdida objetal se sufre simultáneamente la pérdida de las partes del yo que, por identificación proyectiva, habían sido puestos en el objeto.

El hecho de haber utilizado al objeto como un reservorio para depositar en él el instinto de muerte, provoca

también una culpa persecutoria por la utilización o aprovechamiento que se hizo del objeto y porque éste amenaza entonces con la retaliación. También se experimenta culpa persecutoria frente a las porciones del yo que fueron empleadas para vehiculizar el instinto de muerte proyectado hacia afuera.

La angustia infantil y el sentimiento de culpa que deriva de ella remontan al mismo momento del nacimiento.

Uno de los afectos contenidos en la experiencia vivencial de la culpa persecutoria, es el resentimiento, éste se experimenta frente a algo o alguien que se ha querido a quien se reprocha haber provocado una frustración, pérdida o agresión, ante la cual el yo se ha sentido víctima. El despecho, consecuencia del trauma del destete, sería una de sus formas. El resentimiento no sólo puede ser experimentado con respecto al objeto, si no también en relación con el propio yo. Puede haber también resentimiento ante el objeto muerto, por haber desaparecido y haberse llevado partes del yo; cuando mas grande es el resentimiento mayor será la culpa y la persecución y más difícil resultará la elaboración de dicho duelo.

En cambio, en la medida en que disminuye el resentimiento, y por consiguiente, la culpa persecutoria, aumentará la pena y el dolor por la pérdida, con una vivencia más depresiva, aumento de la preocupación y de la responsabilidad y, en última instancia, de la capacidad reparatoria.

En el tratamiento psicoanalítico se observa, que cuando los pacientes se encuentran bajo los efectos de la culpa persecutoria, tienden a la compulsión respectiva, a hacer actuaciones y a actitudes masoquísticas. En cambio, la aparición cada vez más frecuente y sistemática de recuerdos, vivencias y emociones denota transformación paulatina de la culpa persecutoria en culpa depresiva (Grinberg, 1962: 35)

En los pacientes que presentan un predominio de la culpa persecutoria, existe una intolerancia frente al paso del

tiempo, que puede llegar a manifestarse en forma extrema como expresiones psicóticas o de muerte. Aceptar el transcurso del tiempo implica una capacidad de perspectiva, tolerancia y aceptación de lo perdido; estas condiciones se van adquiriendo a medida que la culpa depresiva gana terreno, es decir existe un avance a través de la elaboración del duelo.

5 ¿EN QUÉ CONSISTE EL TRABAJO QUE DUELO OPERA?

El trabajo del duelo lo podemos imaginar de la siguiente manera, en la realidad, el objeto amado ya no está presente y de él se desprenden todos los enlaces libidinales con ese objeto, lo que muestra definitivamente una renuncia, sin embargo, de una manera muy general se ha observado que al ser humano le es muy doloroso abandonar una posición libidinal incluso aún cuando el sustituto aparezca. Es tan intenso el sufrimiento ante la renuncia que puede incluso producir un extrañamiento de la realidad y por ello, la retención del objeto a través de lo que se menciona como una psicosis alucinatoria de deseo es común que los pacientes en trabajo de duelo manifiesten comunicaciones, ilusiones e incluso alucinaciones con la persona muerta por ejemplo creen verla en otras personas.

Ante la pérdida real del objeto los recuerdos y las expectativas libidinales que se anuda a él son clausurados, y sobreinvertidos lo que nos lleva a un retiro de la libido, así que por este mecanismo de compromiso donde se ejecuta cada una de las partes, el orden de la realidad como se mencionó anteriormente es una experiencia terriblemente dolorosa; sin embargo, lo notable es que una vez que se ha resuelto en términos de economía psíquica parece natural este sufrimiento o displacer doloroso y “el yo se vuelve libre y desinhibido” (Freud, 1976: 243).

6 ¿COMO OPERA LA MELANCOLÍA?

La melancolía se presenta como una reacción frente a la pérdida del objeto amado y en ocasiones, puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza más ideal.

En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo, el enfermo describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna. No juzga que le ha sobrevenido una alteración, sino que extiende su autocrítica al pasado que asevera nunca fue mejor. “Si el yo es requerido por una tarea psíquica particularmente gravosa, verbigracia un duelo, una enorme sofocación de afectos o la necesidad de sofrenar fantasías sexuales que afloran de continuo, se empobrece tanto en su energía” (Freud, 1976: 86). Lo que explica ese estado de fatiga en las personas que están pasando por una situación de duelo.

Tanto en lo científico como en lo terapéutico sería infructuoso tratar de oponerse al enfermo que promueve contra su yo tales querellas. Es que en algún sentido ha de tener razón y ha de pintar algo que es como a él le parece. Pero esto es secundario; es la consecuencia de un trabajo interno que devora su yo, un trabajo que desconocemos, comparable al del duelo.

Resulta llamativo que el melancólico no se comporte en un todo como alguien que hace contrición de arrepentimiento y de autorreproche. La falta de vergüenza en presencia de los otros, que sería la principal característica de este último estado. En el melancólico podría casi destacarse el rasgo opuesto el de una acusante franqueza que se complace en el desnudamiento de si mismo.

Lo esencial no es, entonces, que el melancólico tenga razón de su penosa rebaja de si mismo, hasta donde esa crítica coincide con el juicio de los otros. Más bien importa que esté describiendo correctamente su situación psicológica, ha perdido respeto por si mismo y tendrá buenas razones para ello. De esto infiere que él ha sufrido una pérdida en el objeto; pero de sus declaraciones surge la evidencia de una pérdida en su yo.

BIBLIOGRAFÍA

- FREUD, Sigmund (1976) "Manuscrito N. Impulsos", *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. I.
- _____ (1976) "Manuscrito K. Las neurosis de defensa", *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. I.
- _____ (1976) "Manuscrito G. Melancolía", *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. I.
- _____ (1976) "Inhibición, síntoma y angustia", *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XX.
- _____ (1976) "Duelo y Melancolía", *Obras Completa*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XIV.
- GRINBERG, León (1962) "Relación de los sentimientos de culpa con los instintos de vida y muerte", *Aspectos normales y patológicos del duelo*, León Grinberg (edición), Buenos Aires, Impresiones Norpa (con el título de "Aspectos normales..." se constituye en un relato oficial al Cuarto Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, Río de Janeiro, 1962 y que es publicado en *Cuadernos de Psicoanálisis*, vol. I, No. 1, 1965).
- RULFO, Juan (1997). *Pedro Páramo*, México, Fondo de Cultura Económica, 12 reimp.

CAPÍTULO III: PSICOTERAPIA DE GRUPO

7. EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO Y EL CONCEPTO DE REGRESIÓN

7.1 INTRODUCCIÓN

Durante y después de la segunda guerra mundial, el psicoanálisis y las corrientes que de él emanaron se incorporaron tanto en Europa como en los Estados Unidos de Norteamérica, en la mayoría de establecimientos asistenciales e instituciones de higiene y salud mental. Se hizo común el empleo de la psicoterapia y comenzó a difundirse la psicoterapia grupal, sin embargo existió cierta confusión pues llegó a pensarse que cualquier actividad efectuada con algún número de enfermos agrupados sin ningún criterio de selección, se le denominaba psicoterapia de grupo. Posteriormente y de manera más formal se incorporaron nuevos conocimientos sobre la importancia para la clínica de las relaciones interpersonales, de la historia familiar como causa de la enfermedad mental y como elementos con finalidad terapéutica.

A partir de lo anterior surgieron dos grandes vertientes: la psicoterapia de grupo no analítica y la del enfoque analítico. El primer grupo lo inició Pratt en 1907, denominándolo “método de clases”, que aplicó con pacientes tuberculosos, comunidad que al igual que los psicóticos son personas que se manejan con mucho miedo y rechazo por la comunidad. Los resultados de este estudio alentaron a otros psiquiatras a investigar las ventajas que este método ofrecía. Actualmente este tipo de terapia se conoce como “terapia que actúa por el grupo”, se aplica a grupos homogéneos, estimulando las emociones colectivas sin comprenderlas, se favorece el papel del terapeuta como figura parental idealiz-

zada, su técnica abreactiva es básicamente de apoyo y guía. Mientras que en el segundo grupo, paralelamente al desarrollo del primero, ciertos psicoanalistas mostraron interés en el tratamiento de colectivo y la posible aplicación del psicoanálisis a los mismos, de aquí se desprendieron dos orientaciones:

1. Las psicoterapias que actúan interpretando al individuo en el grupo.
2. Las que toman al grupo como una totalidad dirigiendo hacia este su interpretación.

En esta segunda orientación se destacan los trabajos de Bion quien utilizó los conceptos Klenianos para la apreciación de los fenómenos grupales. A partir de él se establecen así, ciertos tipos de relaciones entre el grupo y el individuo, y formas consecuentes como se va estructurando el proceso grupal. Se aceptan los postulados de los supuestos básicos (dependencia-apareamiento y lucha y fuga), desarrollándose dos niveles de funcionamiento del grupo: uno organizado y otro impulsivo y caótico; y en conjunto a través de la interpretación se intenta hacer comprensible el material emocional.

Remontándonos al movimiento de la psicoterapia analítica de grupo en México se puede decir que la primera experiencia de la que se tiene información es del Hospital Infantil en 1949 realizada por el Dr. Ramón de la Fuente y la Dra. Eleonor Torres Graviota, a partir de ahí surgieron innumerables aplicaciones como lo es, en niños, padres, pacientes, psicóticos internos, hipertensos, obesos. Más adelante varios psicoanalistas empezaron a aplicar este método en diversas instituciones y en la práctica privada, debido a la demanda excesiva de enfermos a los que no se podían atender individualmente.

A partir de lo anterior surgió la necesidad de reunirse en un marco de mayor integración y hacia 1963 se envió una circular a todos los miembros de la Asociación Psicoanalítica Mexicana para reunir a los interesados en técnicas grupales, lo que llevó finalmente a la formación de una Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo y hacia 1970, se publicaron los estatutos de la Asociación en forma oficial, quedando esta constituida con el nombre de Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, A. C. , no lucrativa, así como la creación del Instituto de enseñanza como parte de la misma. Por este tiempo la asociación se afilió a la Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo (FLAPAG). En 1978 se inaugura la clínica para atención a la comunidad y en 1997 se abre una segunda.

Después de la evolución general y particular de la teoría y técnica de los grupos de trabajo se puede conceptualizar al grupo terapéutico como una “unidad dinámica que genera una fantasía inconsciente común alrededor del terapeuta (que es el objeto transferencial del grupo) contuyéndose en una imagen única y diferente de las imágenes particulares proyectadas en él”. El instrumento técnico para manejar el grupo consiste en la detección y en la interpretación de las fantasías inconscientes en relación a los objetos internos y externos, y en forma muy especial en relación al terapeuta, objeto de transferencia.

7.2 REGRESIÓN

7.2.1 CONCEPTO DE REGRESIÓN EN FREUD

Freud situó los orígenes de la idea de regresión en Alberto Magno, filósofo escolástico del siglo XIII, y en la obra *el Levithan* de Hobbes; pero parece haberla tomado en forma

más directa de la contribución teórica de Breuer a estudios sobre la histeria.

La palabra alemana “regresión” aparece por primera vez en el Manuscrito L (anexo a la carta del 2 de mayo de 1897) de Freud; se registra en el pasaje la interpretación de los sueños al que se agregó luego la nota mencionada. El término fue usado para designar distintos modos de regresión, clasificados por Freud como “tópica”, “temporal”, y “formal”.

La regresión “tópica”, se concibe como la excitación retrocediente hasta el extremo perceptual. Mientras que la regresión “temporal”, tiene más vinculación con el material clínico... si una influencia accidental de la vida posterior perturba el despliegue de la sexualidad normal, la consecuencia puede ser el retorno de la sexualidad “indiferenciada” del niño. En cambio, la regresión “formal”, se produce “cuando modos de expresión y de ligación primitivas sustituyen a las habituales”.

“En el fondo, los tres tipos de regresión, son uno solo y en la mayoría de las causas coinciden, pues lo más antiguo en el tiempo es a la vez lo primitivo en sentido formal y lo más próximo al extremo perceptivo dentro de la tópica psíquica” (Freud, *La interpretación de los sueños*, 1914).

7.2.2 LA REGRESIÓN EN LOS GRUPOS

La analogía entre la masa y la horda primitiva, son algunos de los fenómenos regresivos que Freud atribuyó a las masas.

W.R. Bion (1979)⁸⁵ atiende a un agregado de individuos “que se encuentran” en el mismo estado de regresión y que entran en un estado de pánico cuando los individuos

⁸⁵ Con anterioridad, en 1962, Bion ha trabajado sobre el psicoanálisis de forma con terapia de grupo con el título “Learning from experience”.

que lo componen se ven obligados por algún motivo a tomar conciencia de su individualidad:

- Primer supuesto básico es el de dependencia “...consiste en que el grupo se reúne a fin de lograr el sostén de un líder de quien depende para nutrirse material y espiritualmente y para obtener protección”.
- Segundo supuesto básico se relaciona con el propósito del grupo, es el apareamiento. El sexo de la pareja no tiene importancia, pero lo que es notable es el clima de expectación y esperanza que impera en el grupo alrededor de la pareja. Los sentimientos de apareamiento ligados al grupo, son opuestos a los de odio, destrucción y desesperación; el líder del grupo de emparejamiento está por nacer y es un mesías. Puede ser esta una utopía, una idea o una persona, pero tiene la función de “salvar al grupo”.
- Tercer supuesto básico es el de ataque y fuga. Este grupo está dispuesto a luchar por algo o a huir de algo, indistintamente. El líder debe ser capaz de movilizar al grupo y de dirigirlo al ataque o a la huida porque, si no lo hace, será ignorado. El elemento que precipitaría el cambio de un supuesto básico a otro sería, la ineficiencia de su función defensiva, pues en cada uno de ellos reaparece la escena primitiva muy temprana, con sus objetos parciales, provocadora de angustia psicótica, y los mecanismos de escisión e identificación proyectiva.

La escuela Francesa (Anzieu, Bejarano, Káes et al., 1978), en el estudio que han hecho de los grupos de formación, han observado fenómenos regresivos que suelen presentarse en otros colectivos, incluidos los terapéuticos:

1. La experiencia del frente a frente materno en las relaciones de cuidado, alimentación y comunicaciones. En este nivel de regresión, las relaciones se establecen a través de la mirada y ligadas a relaciones orales: estas ansiedades primarias son atenuadas por la ilusión constructiva de un cuerpo apropiado y unificado por un yo.
2. La experiencia del frente a frente especular que reactiva la impresión ominosa del doble y la angustia de la pérdida del Self. El escape defensivo y constructivo es la ilusión grupal de un “nosotros” triunfante. La identificación lateral especular entre los miembros del grupo procede secundariamente de la identificación primaria con el jefe o con la idea capital.
3. La experiencia del frente a frente de la cópula da lugar a la aparición de angustias y representaciones que tienen que ver con las fantasías originales.

Kaes afirma que la regresión en el campo psicoanalítico es continua y sigue una lenta y prolongada evolución en niveles diferentes; no así en los grupos de formación; en los que la regresión es discontinua, brusca, profunda y breve, al igual que la regresión de la adolescencia y en la que se pueden obtener efectos evolutivos, de reestructuraciones identificatorias, de modificaciones de la catexias como sucede en esa etapa de la vida.

Andrée Cuissard et al. (1979) menciona como fenómenos regresivos, los siguientes:

- En los primeros tiempos, el temor ogorofóbicos de la pérdida parcial de la individualidad, con la consiguiente pérdida de identidad y temor a la confusión.
- Las reacciones persecutorias con el terapeuta y los compañeros de grupo, que se encadenan defensas va-

riadas, trastornos en la comunicación, silencios, excitación maniaca, etc.

- Temor claustrofóbico a quedar encerrado en sí mismo y el miedo al abandono equiparado a soledad y muerte.

Los límites de la persona se extiende a los del grupo. Aparece un movimiento del “yo” frente a ellos, hacia “nosotros”, frente al mundo. Este movimiento se repite en los pasos evolutivos del grupo.

7.3 CORRIENTES TEÓRICO-TÉCNICAS EN PSICOTERAPIA GRUPAL

Mínima regresión propuesta por Wolf y Schwartz (1967), se encauzan directamente a la técnica del manejo psicoanalítico del paciente individual en un grupo. El analista trata de descubrir, a través de la historia, motivación, etiología y desarrollo del paciente, las leyes que gobiernan su funcionamiento mental actual. Proponen que, si la alianza del terapeuta es con el inconsciente, favorece la regresión; el resultado será la irracionalidad y la psicosis. En cambio, si se alía con el consciente, consolida la realidad.

La elaboración no es una realización de anhelos primitivos y patológicos que dejan al paciente en la regresión y la desintegración, la elaboración es la lucha por la realización y aspiraciones maduras y sanas que le permiten adelantar e integrarse.

Mientras, que Yalom (1975) señala que: la regresión ocurre de manera invariable en un grupo interaccional, de tal manera que cualquier abordaje que promueva el despliegue de modalidades más profundas de conductas interaccionales básicas facilita la regresión. No es necesaria ninguna actitud especial del terapeuta para que se desarrolle la

regresión ya sea en transacciones intermiembros o de miembro-terapeuta. Propone que la técnica en el grupo terapéutico es más de resolución que de evocación de la regresión.

En cambio, Foulkes, Grotjahn, Scheidlinger⁸⁶, Slavson, Carrilo, son partidarios de la regresión controlada.

Scheidlinger (1968), admite como elementos promotores de la regresión los siguientes: el grado de estructuración derivado del estilo de liderazgo utilizado (dirigido o no dirigido) y la amplia situación del grupo, permisibilidad y grado de definición.

En cambio, Foulkes y Anthony (1964), considera al grupo como “una sociedad en miniatura”, en la que describe una serie de fenómenos grupales: socialización a través del grupo; los fenómenos de “espejo”; los fenómenos “condensadores”; los fenómenos en “cadena”, y la “resonancia”. Los tres últimos más directamente se vinculan con los fenómenos regresivos.

Asimismo, Grotjahn (1979) ocupa una posición similar a la de Foulkes, pues considera que el tratamiento individual psicoanalítico se distingue de la terapia grupal analítica en su naturaleza dinámica y motivacional. Respecto de la regresión sostiene que, en el psicoanálisis, la regresión terapéutica debe ser controlada, lenta y reversible, situación que extiende a los grupos pequeños. En los grupos grandes el proceso regresivo es instantáneo y automático. Asimismo, señala que toda situación terapéutica induce a una regresión, aunque en diversos grados. Al mismo tiempo, observa en los grupos una regresión “benigna, compe-

⁸⁶ Según Isabel Díaz Portillo (2000) S. Tuttmann (1992 y 1993) Durkin (1964) y Scheidlinger (1968) son los primeros en reconocer que el foco en el grupo como un todo y en el individuo, son complementarios y no contradictorios. En cambio, Jerome D. Frank (1992) añade a los dos autores indicados anteriormente los nombres de Arsenian, Semrad y Shapiro (1962: 7)

titiva y reversible”. El proceso primario se torna visible y comprensible, más no amenaza. Esta regresión constituye la razón por la cual no es preciso que los grupos se reúnan casi a diario. Mientras que considera que la regresión competitiva es el factor que permite a cada integrante de un grupo estar en contacto con el inconsciente de cada uno de los demás. Esta regresión se produce casi automáticamente cada vez que el grupo se reúne para la sesión.

Slavson (1976) entiende la regresión, en cuanto se vincula con la psicoterapia puede ser terapéutica, patológica, parapatológica, inducida o normal.

La regresión terapéutica es el retorno de sentimientos y conductas pasadas, que importan el recorrer los pasos del desarrollo y organización de la psique a través de la relación transferencial con el teapeuta, como sustituto paterno, con los demás pacientes cuando se está en un grupo como réplicas de hermanos y demás personas significativas en la vida.

Por otra parte, la regresión patológica es aquella en la que el yo pasa por un proceso de desintegración. El paciente regresa a fases más tempranas de su desarrollo, no solo afectivamente sino en toda su personalidad. La regresión parapatológica ocupa un lugar intermedio entre la regresión patológica y la terapéutica. El yo no se desintegra ni se fragmenta pero la conducta y las reacciones exceden los límites de la regresión normal y la terapéutica. Slavson la ejemplifica con el “acting out” de carácter pregenital, sin presencia de psicosis, pero con “desorganización dislocación de la vida instituta del individuo”. Por último, la regresión inducida es la que una persona estimula en otra “...a través de la inducción, el contagio o la identificación”. Se debe a una debilidad yoica de los pacientes y aun alto nivel de identificación entre ellos.

Carrillo (1984), emplea el concepto como criterio psicodinámico para organizar una tipología de los grupos terapéuticos y no terapéuticos. Considera un error frecuente

el manejo de los grupos de duración limitada a niveles regresivos excesivos⁸⁷.

Mientras que Bion (1979), indica la necesidad de inducir en un grupo una regresión a niveles psicoanalíticos y concluye que ninguna terapia de grupo puede resultar si no se exploran las partes psicóticas.

Las aportaciones fundamentales de Ezriel (1920 y 1952) y Sutherland (1952)⁸⁸ son de naturaleza técnica, y se caracterizan por: la interpretación transferencial centrada en el terapeuta, y la orientada en el aquí-ahora de la situación grupal.

Grinberg, Langer y Rodríguez (1957), resaltan la importancia de la situación transferencial a través de la interpretación “aquí y ahora” y a su vez, proponen llamar “transferencia gestáltica” al fenómeno transferencial que ocurre en el grupo.

Cuissard y Bernard (1979), consideran que “...el movimiento de vaivén regresivo evolutivo está siempre presente en los grupos terapéuticos y aparecen a veces, asociaciones en cadena entre los miembros que permiten al terapeuta aprender la fantasía básica grupal en el aquí y ahora”.

Bernard y Cuissard (1979) inscriben su modelo de grupos en el de George H. Mead, quien sostiene que “...es posible concebir una persona surgida fuera de la experiencia social puesto que, cuando surge fuera de ella, resulta ser una persona solitaria y permanentemente aislada” (1968).

Asimismo, para Agustín Palacios (1975) uno de los criterios fundamentales de la curación es la resolución de la

⁸⁷ Igualmente en México la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG) (1984), con el trabajo titulado “Análisis Grupal Psicoanálisis -Grupo-Familia-Intitución”.

⁸⁸ Como apunta Isabel Díaz Portillo (2000) Ezriel (1950 y 1952) y Sutherland (1952) “cierran una brecha entre la dinámica grupal de Bion y los puntos de vista de los terapeutas de grupo”. De igual forma piensa Otto F. Kernberg (2012).

transferencia; esta implica, haber recorrido el camino regresivo y luego progresivo de cada individuo y como grupo.

Por último, Donnell (1977), entiende que todo contacto terapéutico tiende a la incentivación de los fenómenos transferenciales, propóngaselo o no.

BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU, Didier, BEJARANO, Angela, KAES, René, MISSENARD, Andró, PONTALIS, Jean Bertrand (1978) *El trabajo psicoanalítico en los grupos*, México, Siglo XXI Editores
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO (AMPAG) (1984) “*Análisis Grupal Psicoanálisis -Grupo-Familia-Intitución*”, Publicación Oficial del AMPAG, vol. II, No. 4, diciembre.
- BERNARD, Marcos, CUISSARD, Andrée (1979) *Temas de psicoterapia de grupos*, Helguera, Argentina.
- BION, Wilfred R. (1962) “*Leaming from experience*” Heinemann, Londres.
- _____ (1979) *Experiencia en grupos*, Buenos Aires, Paídos.
- CARRILLO, José Antonio (1984) “El grupo-ánalisis de duración limitada. Apuntes para un modelo”, *II Congreso Nacional de AMPÁG*, noviembre.
- CUISSARD, Andrée, BERNARD, Marcos (1979) *El grupo y sus configuraciones*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- DÍAZ PORTILLO, Isabel (2000) *Bases de la terapia de grupo*, México, Editorial Pax México
- EZRIEL, Henry (1950) “A psychoanalytic approach to treatment of patients in groups”, *Journal of Mental Science*, No. 96, 774-779.
- (1952) “Notes on psychoanalytic therapy: II Interpretation and research, *Psichiatry*, No. 15, 119-126.

- FOULHES, Siegmund Heinz, ANTHONY, Elwyn James (1964) *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*, Buenos Aires, Paidós.
- FRANK, Jerome D. (1992) *Classics in Group Psychotherapy*, K. Roy MacKenzie (editor), Nueva York, The Guilford Press
- GRINBERG, León, LANGER, Marie, RODRÍGUEZ [RODRIGUÉ], Emilio (1957) *Psicoterapia del grupo*, Buenos Aires, Paidós.
- GROT JAHN, Martin (1974) *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*, Buenos Aires, Paidós.
- O'DONNELL, Pacho. (1977) La teoría de la transferencia en psicoterapia grupal, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.
- MEAD, Geroge H. (1968) *Espíritu, persona y sociedad [desde el punto de vista de un conductista social]*, Buenos Aires, Paidós.
- PALACIOS, Agustín (1975) *Técnica de grupos en psicoanálisis*, México, Prensa Médica Mexicana, A 7s.
- SCHEIDLINGER, Saul (1968) "The Concept of Regression in Group Psychotherapy", *International Journal of Group Psychotherapy*, No. 18, 3-19.
- SLAVSON, Samuel Richard (1976) *Tratado de psicoterapia grupal analítica*, Buenos Aires, Paidós.
- SUTHERLAND, John Derg (1952) "Notes on psychoanalytic group therapy. I. Therapy and training", *Psychiatry*, No. 15, 111-117.
- WOLF, Alexander, SCHWARTZ, Emanuel K. (1967) *Psicoanálisis en grupos*, México, Pax.
- YALOM, Irvin D. (1975) "The theory and practice of psychotherapy" Basic Books, Inc. PUBLISHERS, New York.
- KERNBERG, Otto F. (2012) *Liebe und Aggression. Eine unzertrennliche Beziehung*, Stuttgart, Schattauer.

8. LA COTERAPIA EN LA TÉCNICA GRUPAL

Parece que entre los temas analíticos la contratransferencia se trata como un niño del que los padres se avergüenzan, pero esta vergüenza o mejor dicho, el peligro que amenaza el auto y aloaprecio del analista, por ser analizado y analista y seguir siendo neurótico, no es más que una expresión superficial de las causas de las resistencias, del hacerse consciente de la contratransferencia. Detrás de éstos, están todos los temores y todas las defensas a la neurosis.

H. Racker Estudios sobre técnica psicoanalítica

8.1 INTRODUCCIÓN

En el presente texto se describen los obstáculos que se manifiestan en la transferencia y contratransferencia, por conflictos no resueltos de los terapeutas, en la práctica psicoanalítica de grupo en la modalidad de coterapia y como estos puntos ciegos de la neurosis del terapeuta dificulta la coterapia y se proyecta en el grupo interfiriendo el trabajo grupal.

Se enfatiza la necesidad de reconocer la patología residual de los terapeutas y deslindarla de la de los pacientes, mediante: el diálogo interclínico después de las sesiones de grupo, la supervisión y el reanálisis.

8.2 LA COTERAPIA

8.2.1 LA COTERAPIA EN LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO

En la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), trabajar en coterapia es lo habitual, lo

cual ofrece grandes ventajas, cuando uno de los objetivos es la terapia analítica de grupo.

Los analistas se integran en grupos de dos o tres terapeutas, desde el inicio mismo del aprendizaje. Esta modalidad de trabajo facilita la tarea cuando se labora en un ámbito institucional, pero cuando la coterapia se hace en la práctica privada, el problema de la formación de la pareja terapéutica, se agregan situaciones concretas a resolver como son: lugar donde se hará la terapia; derivación de pacientes para la formación del grupo y acuerdos económicos; aspectos que podrán ser acordados fácilmente cuando existen parejas coterapéuticos con buen nivel de madurez.

En la AMPAG, se han elaborado numerosos trabajos sobre la técnica de la coterapia, en grupos, parejas o familias. Uno de ellos escritos por la Mdca. Cecilia Díaz de Mathmann, Dr./Mdc. Octavio Márquez Mendoza, Mdcas. H. Doring y T. Guerra, lo que motivó el deseo de compartir ésta experiencia.

La transferencia y contratransferencia en la coterapia, actúa entre grupo y terapeutas, al igual que entre los mismos terapeutas.

La relación que se da entre los terapeutas se inicia con ansiedades esquizo-paranoides más o menos intensas según la experiencia de los analistas en el trabajo dual y la elaboración de éstos núcleos esquizo-paranoides en su propio análisis.

El vínculo que se establece, tiene rasgos primarizados, que en el proceso madurativo llega a una relación genital de la pareja coterapéutica y en la que las interferencias, la contratransferencia, originada por esos conflictos no resueltos deja de actuar obstaculizando la labor terapéutica. Los impulsos pregenitales se transforman en rasgos sublimados y subordinados al yo y al sentido razonable. Cuando la pareja llega a este nivel, cada uno se siente cómodo con el otro.

Los terapeutas que inician una experiencia dual, tenderán a repetir el modelo de relación introyectado con las parejas de su historia, con sus padres, con los hermanos, conyuges, etc., si los tuviera. Los núcleos neuróticos no resueltos en la historia de sus parejas interferirán la integración de la pareja coterapéutica y por ende, la terapia grupal se verá afectada por estos conflictos de los terapeutas; ya que la capacidad interpretativa y de comprensión estará disminuida. Esto tiene una expresión en la conducta de los terapeutas que actúan como si cada uno estuviera solo, sintiendo la participación ó la presencia del otro como un cuerpo extraño que molesta; puede establecerse también un vínculo de competencia, de dominio, de dependencia o un vínculo erotizado.

La patología no resuelta de los analistas, puntos ciegos en la labor analítica, puede llevar hasta la destrucción del grupo ó de algunos de sus integrantes, fracaso terapéutico que no pocas veces se justifica refiriéndolo a un mal agrupamiento o mala selección de los pacientes.

Cuando se trabaja en coterapia no basta tener la experiencia como terapeuta, se requiere superar las vicisitudes de trabajar en pareja, ya que de otra manera la labor resulta difícil, frustrante, incómodo; incomodidad que se expresa en las tensiones sutiles o la desintegración de la pareja.

8.2.2 INICIO DE LA EXPERIENCIA EN AMPAG

La experiencia se refiere al trabajo de siete años de trabajo en coterapia en la práctica privada, actividad que se inicia durante el entrenamiento como terapeutas analíticos de grupo.

Desde la comprensión técnica se constata las dificultades en la terapia de grupos unisexuales, dificultades que se incrementan cuando el terapeuta es del mismo sexo que

el grupo, expresando en la contratransferencia, temores o fantasías no elaboradas.

La terapia formaba su primer grupo, integrado únicamente por mujeres y anticipándose a posibles obstáculos platicó con el terapeuta y surgió el acuerdo de trabajar en coterapia.

Ambos terapeutas, médicos psiquiatras y estudiantes de cuarto semestre en AMPAG, ella psicoanalista graduada y de mayor edad; él con experiencia en trabajo de grupo y técnicas de acción. La relación personal, cordial de mutuo reconocimiento en cuanto al profesionalismo del trabajo.

Al lado de lo manifestado existían contenidos latentes que al no concientizarlos se expresaban en la relación transferencial y contratransferencial de los terapeutas; para la terapeuta era contar con un continente de sus ansiedades persecutorias, implícitas en una primera experiencia de terapia grupal, tener un observador que le diera la seguridad de rescatarla al participar ella en niveles de regresión profunda con los pacientes mediante la interpretación; incluso es compartir la “culpa” por iniciar un grupo antes de lo formalmente “autorizado” por el instituto, depositando así, en el coterapeuta la imagen de una autoridad que permite y acompaña en la experiencia.

Por parte del terapeuta, lo latente era el deseo de tener una conterapeuta con experiencia psicoanalítica, con caracterología poco persecutoria, que permitía un clima de trabajo tranquilo y cálido. Además de tener nuevas oportunidades de aprendizaje, era una buena plataforma para el inicio de la terapia analítica de grupo.

Se acordó trabajar en el consultorio de la terapeuta con un grupo de cinco mujeres, con una media de edad de 36 años; cuatro de las pacientes derivadas por la terapeuta, tres de ellas habían estado previamente en terapia individual; eran mujeres sin pareja y con dificultad para retener la pareja

cuando era el caso, la cuarta se entrevistó para entrar directamente al grupo, también presentaba dificultades en la relación de pareja. La quinta paciente referida por el terapeuta, había estado también previamente en terapia individual con él y presentaba el mismo problema en cuanto a la pareja.

Se inició el trabajo grupal y consecuentemente la transferencia empezó a manifestarse en todas direcciones; intergrupala, central y también entre los terapeutas, emergiendo en el proceso los paradigmas transferenciales de sus objetos primarios.

Los objetos primarios proyectados eran: para ella, el encuentro con un padre “tolerante, flexible y protector”; para él una madre “fuerte y poderosa”, que podía satisfacer sus necesidades primarias de seguridad, afecto, alimento-conocimiento.

Por parte del grupo, ante la pareja proyectaban el modelo de relación con sus padres con los conflictos implícitos en niveles preedípicos y edípicos, ataque a la pareja, deseos de separarla.

La asimetría existente entre los terapeutas en cuanto a conocimientos y experiencia en la técnica psicoanalítica fue manejada por el grupo idealizando a la terapeuta, el deseo latente era destruir a la pareja expresando así sus conflictos edípicos que las mantenían sin pareja. También expresaban con el ataque a los coterapeutas la rabia por haber sido separadas las pacientes del vínculo simbiótico de la terapia individual.

Eran momentos difíciles, el diálogo interclínico, ocupó un espacio importante. Los terapeutas actuaban la fantasía del grupo, la discusión se daba en un clima cargado de ansiedad, culpándose mutuamente, haciéndose reproches, la terapeuta se sentía sola, sin la participación de su compañero; él se sentía desplazado, anulado por ella. En éste momento se decidió tomar una supervisión que nos mostrase los puntos ciegos de la transferencia y contratransferencia.

8.2.3 SUPERVISIÓN DE LA COTERAPIA

Había transcurrido seis meses del inicio del grupo, este colectivoparecía estancado, el contenido de las comunicaciones eran repetitivas, adormecedor, se mantenía en una posición de dependencia que fluctuaba de lo oral pasivo a lo oral agresivo.

La supervisión nos mostró actitudes de la pareja terapéutica de rivalidad y competencia que a manera de mensajes subliminales actuaban en el grupo paralizándolo.

En la medida que bajo la supervisión lográbamos una adecuada integración de la pareja, comprendimos lo que se estaba dando en el grupo; se paralizaban ante la fantasía de destruir a la pareja por sus propios deseos simbióticos o edípicos.

El grupo avanzó y aumentó el número de miembros, llegaron tres pacientes del sexo masculino, la llegada de los hombres permitió elaborar las fantasías de castración en el grupo que hasta ese momento continuaba formado únicamente por mujeres.

En éste momento de la evolución del grupo, iniciamos la práctica en el instituto, cada uno de los terapeutas ingresó a un grupo privado como coterapeutas de un psicoanalista de grupo experimentado maestro en el instituto, esto aumentó la propia experiencia, el experto nos veía actuar, participar directamente con el grupo, la formulación de las interpretaciones y sus observaciones contribuían a nuestro propio crecimiento. Simultánea a la práctica transcurría el análisis personal en grupo, que permitía esclarecer muchos aspectos de la propia neurosis.

Formamos un segundo grupo, pero por razones personales de uno de los terapeutas se decidió unirlo al primero.

Se dio una discrepancia en la forma de abordar el problema, mientras uno propone comunicar el cambio sin discutirlo con el grupo, el otro propone discutirlo con el grupo.

Sabemos que situaciones traumáticas o conflictos en la vida real de los terapeutas, obstaculizan la actividad terapéutica, cuando el equilibrio yoico alterado no se restablece.

En éste caso la terapeuta pasaba por un momento crítico que le ocasionaba un nivel de angustia que disminuía la tolerancia a la frustración, había disgustado por tener que fusionar los dos grupos, no se habló; la inconformidad fue persistida por el grupo y se hicieron dos subgrupos, liderados por un hombre y una mujer respectivamente, clara manifestación de los deseos edípicos. La fusión no se hace, el terapeuta deja al primer grupo continuado en el segundo con él va la mujer líder que deseaba seguir con la pareja terapéutica en el segundo grupo; pero un hecho circunstancial impidió su inclusión en el colectivo y continúa en terapia individual con el terapeuta.

Este fue otro momento de crisis en la coterapia, se daba más tiempo al diálogo interclínico lo que permitió una mejor comprensión de la influencia en el grupo de la intertransferencia de los terapeutas.

La pareja coterapéutica tuvo mas acuerdos que desacuerdos, se persistía la madurez traducida en seguridad, comprensión y complementariedad de las interpretaciones.

Otro acontecimiento importante en ésta dinámica sucedió: el terapeuta sufre un accidente y se ausenta un mes y medio del grupo, la terapeuta continúa sola, surgen fantasías de abandono, destrucción ó muerte, el grupo teme y desea que el terapeuta no regrese; se interpreta la ambivalencia, temor a la retaliación de la terapeuta porque en la fantasía el grupo la priva de su compañero.

El regreso del terapeuta fue recibido con agrado, una paciente a la que se había fijado fecha de salida del grupo antes del accidente del terapeuta, pidió aplazarla para poder despedirse del terapeuta.

La terapeuta fue un buen continente para las fantasías depresivas del grupo, la solidez alcanzada por la pareja terapéutica, se manifestó transferencialmente en el grupo.

En ese momento el trabajo en coterapia se dá con fluidez, sintiéndose cada uno cómodo con el otro, el integrar una buena pareja terapéutica facilita el aprendizaje, el compartir las situaciones difíciles, ser cada uno continente del otro en las ansiedades que el grupo proyecta.

El grupo también ha crecido, persive a sus terapeutas como una pareja sólida, complementaria, en la que los acuerdos y desacuerdos pueden ser hablados frente al colectivo no como rivalidades o competencias, sino como diferentes enfoques que enriquecen el proceso psicoanalítico.

8.3 CONCLUSIONES

El trabajo en coterapia requiere más que la simple experiencia como terapeutas. La formación de una pareja coterapéutica, implica evolucionar desde la relación primarizada hasta la genitalidad. Llegar a una relación de genitalidad en la coterapia, implica revisar continuamente las patologías residuales de los terapeutas mediante diferentes procedimientos: diálogo interclínico, supervisión y reanálisis. En la medida que los terapeutas logran mejores niveles de salud tendrán más objetividad y evitarán depositar su patología en los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

RACKER, Heinrich (1960) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós.

CAPÍTULO IV
TEORÍA Y PRÁCTICA EN TERAPIA
GRUPAL

9. EVOCACIÓN DE LA PALABRA EN EL PROCESO GRUPAL

Si el análisis de una Institución consiste en fijarse por tarea abrir ésta a la vocación de apoderarse de la palabra, toda posibilidad de intervención creadora dependerá de la capacidad de sus iniciadores de existir en el sitio donde eso habría podido hablar; según el modo de ser marcado por el significado del grupo, es decir, asumir un cierto modo de castración.

Psiconálisis y transversalidad, Félix Guattari, 1976

9.1 INTRODUCCIÓN

La “in-tensión” de comunicar y transmitir a ustedes una experiencia de nuestro quehacer como analista de grupo, nos ha llevado a un proceso de constantes reflexiones y de intentos de liberar la palabra de los espejismos del narcisismo.

En el curso de nuestro trabajo, nos hemos encontrado con los siguientes interrogantes:

- ¿Qué pasa cuando dos o más analistas se unen para un trabajo terapéutico?
- ¿Qué ocurre con sus respectivos deseos, fantasías y demandas?
- ¿Cómo interactúan estos? Si su labor se desenvuelve en un marco institucional, ¿cómo incide en ellos? ¿qué influencia ejercen sobre los analistas las expectativas de la Institución? Es decir, ¿la individual y la colectiva que entre todos configuran?
- ¿Cómo son conjugadas y entrelazadas esas fantasías y expectativas con las que por su lado aportan los pacientes que se agrupan para el trabajo analítico bajo la intervención del equipo?

Se expondrá las observaciones derivadas de nuestra experiencia en una ‘Institución AMPAG (Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo) centrada en la docencia a nivel de postgrado (función Instituto) y la prestación de servicios terapéuticos a la comunidad (función clínica.).

La modalidad de trabajo requerida por el Instituto es la coterapia entre un miembro ya titulado –experto– y un candidato en formación. Los grupos duran dos años. Al concluir, el experto deberá evaluarla capacidad clínica y la solidez teórica del alumno. El experto es, pues, un profesional de mayor experiencia de quien depende que el alumno sea “entronizado” o no como analista de grupo.

9.2 ANTECEDENTES

El experto pertenece a la cuarta generación de AMPAG. Ha cursado los seminarios y presentado un trabajo de recepción. Por su parte, la alumna pertenece a la séptima generación. Pasa por un proceso de aprendizaje, entrenamiento y evaluación. Aquí ya hay una diferencia: más experiencia en uno, menos en la otra.

La institución a la que pertenecemos ha tenido un cambio importante: de un gobierno piramidal pasó a una forma de gobierno horizontal, el cogobierno.

En la institución, el proceso de formación de un equipo terapéutico se inicia por parte del alumno, con la búsqueda de un experto que acceda a acompañarle en la experiencia. El elegido tiene la potestad de rehusarse. En nuestro caso, la elección fue aceptada y se inició el proceso de integración del equipo.

Ambos, experto y alumna, coincidimos en la importancia de que cada uno conociera algunos hitos de la historia del otro que, seguramente, iban a influir en su visión

y manejo del grupo. Platicamos franca y abiertamente, tocando zonas a veces conflictivas de nuestra historia, pero evitando caer en una confesión o convertir las pláticas en un espacio pseudoanalítico.

Hablamos también de nuestras experiencias como pacientes, en individual y en grupo. Buscábamos saber si no habían existido entrecruzamientos. Descubrimos que el campo estaba lo suficientemente despejado como para emprender el trabajo.

Participábamos en grupos de estudios privados. En ambos, estaba el interés por el estudio y teníamos marcos teóricos coincidentes.

¿Qué equipo deseábamos constituir? Nuestro deseo consciente u objetivo era que el deseo inconsciente de nuestro equipo pudiera ser evocado en el orden de la palabra en lugar de provocar, hacer surgir o manifestarse en una gama de síntomas. Por lo tanto, buscábamos lograr el mayor índice de transversalidad (en el sentido que le otorga Guattari) en oposición a la verticalidad y horizontalidad.

El enfoque de nuestro trabajo se ajustó a los lineamientos desarrollados en el marco institucional como consecuencia de previos cuestionamientos.

El plantearnos trabajar de esta manera coincide con una preocupación manifestada en distintos espacios institucionales. Fundamentalmente en la supervisión grupal que llevamos a lo largo de nuestra formación, en la cual al revisar el trabajo de los distintos grupos que conformamos expertos y alumnos, se detectó la necesidad de formalizar un espacio de reflexión y análisis paralelo al trabajo con los pacientes.

9.3 PROCESO DE INTEGRACION DEL EQUIPO

Una vez puestos de acuerdo en trabajar juntos, el siguiente paso fue la decisión de no abrir de inmediato el grupo para profundizar nuestro conocimiento personal y profesional recíproco. Con ello buscábamos dialogar acerca de nuestra concepción de un grupo terapéutico, nuestras ideas sobre el encuadre, características y número de pacientes con los que deseábamos trabajar.

Nuestras referencias teóricas son la teoría psicoanalítica: Freud, escuela inglesa –Klein, Bion, Winnicott– escuela francesa: Lacan y – los autores centrados en el trabajo grupal: Anzieu, Béjarano, Kaës, Pontalis, Missenard. A lo largo del proceso, al percibir que además de psicoanalista éramos representantes de dos niveles institucionales (experto-alumna) se nos impuso leer lo que ocurría desde el marco del análisis institucional a partir de las teorizaciones propuestas por Lourau, Mendel, Guattari y Lapassade.

9.3.1 EL EQUIPO EN SU FUNCION CLINICA

Después de haber notificado a los coordinadores de la clínica la decisión de abrir un grupo de adultos para un trabajo de dos años con un máximo de nueve y dos terapeutas –y sabiendo que la institución da libertad en relación con el encuadre, el tiempo, el número de sesiones a la semana, sesiones prolongadas, terminación, horarios y honorarios–, acordarnos trabajar una hora y media a la semana con los pacientes y otra hora y media en otro día de la semana para sostener el diálogo interclínico y análisis intertransfencial.

Se nos planteó la pregunta: ¿cómo recibimos al grupo? ¿Hacernos una entrevista previa individual o lo recibimos como colectivo?

El experto planteaba tener una entrevista previa. La alumna propuso que nos sujetáramos a las normas de la institución. El primero accedió, negando –desde un principio, en la relación con el grupo– la diferencia de rol, con el fin de conservar una relación tranquilizadora.

El sistema de selección de pacientes en AMPAG no corre por cuenta de los terapeutas. Al pedir consulta, los pacientes son citados a un grupo de recepción y espera. Los coordinadores de estos grupos realizan un diagnóstico presuntivo; determinan la agrupabilidad y asignan los pacientes a los distintos grupos (por iniciarse o ya en proceso), teniendo en cuenta –además de características de personalidad de los pacientes– sus posibilidades de horario.

Así, después de cuatro meses, recibimos el anuncio de que había suficientes pacientes seleccionados. Fijamos la fecha de inicio y llegamos a la institución con sólo los datos registrados en los expedientes. Nos encontramos con 7 personas: 4 mujeres y 3 hombres.

Al finalizar la primera sesión, coincidimos en pronosticar el abandono, en breve, de dos pacientes: un hombre y una mujer. Con respecto a otra paciente, diferimos. El experto pensaba que sí se iba a quedar: “contratransferencialmente me despertaba interés, la entendía, la toleraba”. Por lo contrario, a la coterapeuta le provocaba molestia, rechazo y duda de que pudiera continuar.

Al mes y medio, aproximadamente, se produjeron tres deserciones escalonadas. En ese momento aumentó la preocupación de la alumna: ¿Qué pasa con el grupo? ¿Por qué hay deserciones? ¿Qué es lo que no estamos haciendo bien? ¿Qué falta?

Nos quedamos con un grupo de cuatro pacientes. Mientras la reacción del experto fue de espera, la de su compañera fue de preocupación y reflexión en cuanto a que, en lo suce-

sivo, tendríamos una entrevista para evaluar desde nosotros la inclusión de nuevos integrantes al grupo.

De estos pacientes incluidos con entrevista previa, hubo dos deserciones. Pasaron a tratamiento individual privado.

Pensarnos que la selección de los pacientes para terapia grupal; es, para nosotros, todavía una línea abierta a la investigación.

Hubo dos nuevos ingresos a los 5 meses de iniciado el grupo. En esa fecha, el grupo está constituido por 5 mujeres y dos hombres. Se _ abre un interrogante: ¿cerramos el grupo o incorporamos más pacientes?

9.4 ETAPAS DEL PROCESO

Comenzarnos nuestro trabajo en equipo con el deseo de convertirnos en un grupo “sujeto” tal como lo conceptualiza Guattari. Nos propusimos esforzarnos por lograr los medios de elucidación de nuestras estructuras imaginarias. Compartíamos plenamente el proyecto.

Nuestra primera etapa de trabajo se caracterizó por la cooperación, el entusiasmo, la idealización. Fuimos entrando paulatinamente en una creciente negación de las diferencias. Estábamos de acuerdo en todo, nos preocupaban los mismos puntos teóricos y técnicos. Leíamos los mismos libros, coincidíamos en seminarios. Ambos veíamos en el otro a un colega, a un par, un igual. Descubrimos poco a poco que nos mirábamos en el espejo del coterapeuta. Evitábamos así, apremios y críticas. Al decir de Anzieu “intentábamos lograr que la imagen implicada fuera la propia imagen, pero duplicada, reforzada, justificada por lo que los otros son: es una imagen narcisista tranquilizadora”. Intentamos negar diferencias y conformar un equipo estilo “banda” o “pandi-

lla” con el que se puso en marcha un determinado tipo de relación imaginaria.

Esta etapa de ilusion del equipo también se daba en el grupo. Allí, pudimos visualizar mejor que en nosotros mismos. En especial, era una de las pacientes la que tendía a negar diferencias, conflictos, hostilidades. Cuando un compañero le dijo: “Te odio”, ella respondió: “yo te amo”. Constantemente, esta paciente se identifica con todo lo de los demás: “Igualito me pasa a mí”, “somos iguales”. Busca infructuosamente su propia imagen en el espejo.

Despejada en parte esta etapa de ilusion, trabajamos un tiempo aceptando diferencias, procurando encontrar dos lugares, y no uno de espejismos o de lucha. No siempre fue fácil lograrlo. Imperceptiblemente, caíamos en los síntomas, persecuciones entre nosotros, silencios, molestias.

En momentos de persecución, experimentamos deseos que sólo el reconocimiento de nuestra relación con el poder y la negación de la diferencia de roles y lugares que ocupábamos frente al grupo y a la institución, nos permitió poder verbalizarlo.

Por ejemplo, el experto pudo exteriorizar su fantasía de “liberarse de la alumna acosante”, expresada mediante el temor de que, al cambiarse de consultorio, ella no lo encontrara. La alumna, a su vez, pudo reclamar que al buscar en el grupo la mirada del experto, no la encontraba, se sentía borrada, excluida.

Este esclarecimiento de las representaciones imaginarias produce dolor y despierta agresión. Es una experiencia dramática, ya que implica la pérdida de la omnipotencia. Sin embargo, permite –en contrapartida– mayor autonomía.

La posibilidad de un diálogo –abierto, descarnado– susceptible de análisis propició el pasaje a otra etapa.

Trabajo de conocimiento y reconocimiento de nuestras diferencias: la alumna escucha, abriendo siempre pre-

guntas que hemos podido integrar en un trabajo de equipo y que ha permitido –desde la perspectiva del experto– la integración de líneas teóricas y enriquecimiento: bibliográfico y modalidades en ambos sentidos (de ella hacia el experto, de éste hacia ella).

Pudimos constatar que como señala Mannoni, en su trabajo “Poder, saber y transferencia”: “La relación del saber con el poder se plantea en el campo del análisis en forma particular. No es un poder imaginario, sino un poder sobre lo imaginario”⁸⁹.

El objetivo en el psicoanálisis, no es cultivar ese poder (ya que se cultiva solo). Su objetivo es reducirlo mediante otro “poder”: el de lo simbólico.

¿Porqué, entonces, negar las diferencias experto-alumno? Quizá por temor a que se ponga en juego una relación de poder.

El saber puede permitir algo así como un abuso de poder. Si el experto sabe, guía, sugiere, él dirá si la alumna está capacitada o no: si se le puede unguir como analista grupal.

⁸⁹ Imaginario, término derivado del latín *imago* (imagen) y empleado como sustantivo en filosofía y psicología para designar lo que tiene que ver con la imaginación, o la facultad de representarse las cosas en el pensamiento y con independencia de la realidad. Es empleado por Jacques Lacan, a partir de 1936, como término correlativo de la expresión estadio del espejo, y designa una relación dual con el semejante. Asociado a lo real y lo simbólico en el marco de una tópica, a partir de 1953, lo imaginario en el sentido lacaniano se define como el lugar del yo por excelencia, con sus fenómenos de ilusión y captación. Fernández-Carrión lo relaciona por una parte más próxima a la realidad relacionando lo imaginario con lo deseado, con el yo; mientras que cuando lo imaginario se vincula con la aspiración más extrema, casi con lo utópico pertenece al inconsciente y al ello (Roudinesco, Plon, 1998: 513-514).

9.5 MATERIAL CLINICO

A continuación, presentamos el material de una sesión, trabajada a la luz de los fantasmas⁹⁰ originarios, en la que encontramos la línea de la “castración”.

Participan cinco integrantes –cuatro mujeres y un hombre– y el equipo interpretante.

Se abre la sesión con el relato de un sueño de Luisa, integrada desde el inicio del grupo, sobre la que el equipo tenía diferente percepción. Uno suponía –basado en su contratransferencia positiva– que se quedaría; y la otra suponía lo contrario, basada en el mismo sentido, pero en forma negativa por la manera de expresarse que produce irritación, así como agresiones. Lo que revive en el grupo una madre llena de clichés, anteponiendo una ideología de superación, experiencia, “habla la voz de la experiencia”.

Luisa sueña que su hijo se cae de la azotea de su casa. Sale corriendo. Se da cuenta que él está detenido en la cornisa de una ventana, contigua a su casa. Observa que los vecinos ven la escena asustados, a punto de gritarle. Ella pide que se callen, que no hagan ningún movimiento; sale volando inexplicablemente. Lo alcanza. Lo torna en sus brazos, pero se le suelta. No lo puede contener. Se le cae y va a caer en la cocina de la casa.

Se percibe la angustia y el dolor de Luisa. Se hace un silencio que es roto por Rogelio. Dice que no podrá conti-

⁹⁰ Fantasma, término empleado por Sigmund Freud, primero en el sentido corriente, entendida como fantasía o imaginación, y después como concepto técnico, a partir de 1897. Correlativo de la elaboración de la noción de realidad psíquica y del abandono de la teoría de la seducción, designa la vida imaginaria del sujeto y el modo en que éste se representa a sí mismo en su historia o la historia de sus orígenes: se habla entonces de fantasma originario. Posteriormente, la escuela kleiniana creó el término phantasy (phantasme) junto al de fantasy (Roudinesco, Plon, 1998: 306-310).

nuar en el grupo porque, en su trabajo, están muy estrictos, por orden del jefe.

Iza interrumpe con su llegada tarde. Se sienta. Nadie habla. Llama especialmente la atención su forma de vestir: porta una camiseta muy ajustada que marca la forma del seno. Dice que hoy se vistió especialmente pensando en Luisa.

Esta le pregunta por qué. Iza le contesta que la animó el hecho de que Luisa, teniendo unos exhuberantes pechos, ella podría aceptar los suyos. A lo que Luisa responde: “Ni modo, que me los corten, pues me molestan cuando corro o al acostarme boca abajo”.

Interviene Ada, paciente que ha manifestado, en otras ocasiones, su vergüenza por sus senos que son prominentes y que le causan mucho conflicto y que compensa vistiéndose en forma masculina, para que la respeten, siempre en busca de que no la devalúen, con una modalidad de relación querulante, sobre todo con sus jefes y compañeros de trabajo, manifestada por rivalidad, lo que sucede también en el grupo; así como una gran irritación hacia Luisa, quien le recuerda a la madre sacrificada por sus hijos.

Ada relata que hace unas semanas —y no lo había dicho, estaba muy asustada—, tenía unas bolitas en los senos. El enterarse de que a la esposa de un amigo muy cercano la operaron de cáncer de mama le despertó gran angustia. Por lo que decidió acudir al mismo médico, pensando que le pasaría lo mismo. El médico la tranquilizó, diciéndole que está bien, que eso no es maligno, que es hormonal y que será controlado con un tratamiento. Le volvió el alma al cuerpo. Está sana y no le cortarán los pechos.

Iza cuenta que ayer fue al cine con su madre, a ver una película “La mujer en llamas”, donde aparecen algunas escenas eróticas que la incomodaron muchísimo. Que le angustia tratar ternas sexuales cuando está con su madre.

Rebeca dice: “Siempre aparece la madre con mucho conflicto, como sucede con la mía. Yo creo que por eso no he podido establecer ninguna relación de pareja. Mi madre siempre les encuentra peros a mis pretendientes. Y sigue muy enojada conmigo por mi divorcio. Por eso, pienso que deseo tanto que mi hijo regrese a vivir conmigo, pero él no se deja atrapar y está muy contento con su papá”.

Ya casi al final de la sesión, Iza dice que ella trae el dinero en la bolsa para pagar, pero que no puede hacerlo. Abiertamente dice que no quiere pagar, que no puede.

9.6 INTERPRETACION

“Iza, yo creo que tú estás expresando lo que pasa hoy en el grupo. Hay una gran angustia de perder. Luisa pierde su hijo en el sueño. No lo puede retener, se le desprende. A Ada le angustia que le cor ten los pechos y lo tranquila que se siente ahora que sabe que no-la mutilarán. Rogelio vuelve a intentar irse del grupo. Reaparece otra vez ese deseo de desprenderse, que nos dice con gran tristeza e impotencia; así como se tenía que desprender de su mamá, cada vez que el papá se acercaba, quedándose aislado y callado, como le sucede en el grupo. Como tú, Iza, que no puedes desprenderte de tu dinero, como algo valioso que sientes que tienes que entregar... Aquí aparecen las fantasías y temores de perder los pechos –de una parte del grupo y la otra, de mostrarlos, de seducir con ellos–, para no perder otra cosa”.

9.6.1 MOMENTO ACTUAL

Acabarnos de cumplir un año de trabajo; estamos; pues, en la mitad del proceso. Momento de integración y consolida-

ción del grupo por un lado, y fantasías de muerte, de desintegración, de enfermedad, y deserción, por el otro. Se acerca la terminación del grupo. Surgen temores de dos pacientes de tener cáncer de pecho. Hay sueños⁹¹ de muerte de niños.

Uno de los hombres, que cada tanto manifiesta su intención de abandonar el grupo, planteó una vez más su dificultad en seguir asistiendo, argumentando esta vez problemas de trabajo. Intervinimos señalando que por su historia de abandonos, el quiere abandonarnos como lo hicieron con él, y antes de que lo hagamos nosotros ahora que se ve más cerca la finalización del grupo. Sólo un corte a esa imaginización le permitirá seguir trabajando. Esto en cuanto al grupo de pacientes.

El equipo coterapéutico atraviesa también un momento ambiguo. De reflexión y escritura por un lado, y por otro de dificultades, de problemas soslayados, no tan hablados como antes. Hemos roto la relación imaginaria narcisista, especular que nos defendía de los pacientes, de la Institución, del otro.

Ahora, ¿qué vendrá? Qué vínculos configuraremos de aquí en adelante –para tener luego que desentrañarlo y romperlo? Los pacientes despliegan su “novela” y su demanda,

⁹¹ NE Sueño es entendido como el fenómeno psíquico que se produce durante el dormir; el sueño está constituido principalmente por imágenes y representaciones y también palabras o frases (FC) cuya aparición y disposición no están bajo el control consciente del soñante. A partir del siglo XVII, por extensión, el término también designa una actividad consciente que consiste en imaginar situaciones cuyo desarrollo ignora las contrariedades de la realidad material y social. Por todo esto, el concepto de sueño es sinónimo de visión, ensueño, idelaización o fantasma en sus acepciones más usuales. Freud es el primero en concebir un método de interpretación de los sueños –en su magna obra titulada precisamente *La interpretación de los sueños*– no basado en referencias extrañas al soñante sino en las asociaciones libres que éste puede realizar, una vez despierto, a partir del realto de su sueño o de lo que recuerda de él (FC) (Roudinesco, Plon, 1998: 1030-1033).

los analistas tratamos de descubrir nuestras demandas y no desplegar nuestras “novelas”.

9.7 CONCLUSIONES

En resumen, hemos encontrado una serie de conclusiones que nos permiten ir aclarando un lugar eficaz en nuestro trabajo, al poder articular los siguientes elementos:

- A La negación de la transversalidad en la Institución a la que pertenecemos —expresada en la formación de un grupo de acuerdo con el modelo de “banda” o “pan-dilla” para afrontar las ansiedades ante la demanda del grupo de pacientes y de la Institución— enmascaró y opacó nuestra función.
- B Pensarnos que la selección de los pacientes para terapia grupal, es, para nosotros, todavía una línea abierta a la investigación.
- C Que ser analista es apuntar al develamiento del deseo inconsciente en su dimensión de cura.
- D Coincidimos con Janine Puget y Marcos Bernard en que “El acto de interpretar comprende una experiencia de ‘des-ilusión’”; rompe la fantasía de fusión con un objeto imaginario e introduce la discriminación acompañada de una vivencia de pérdida de dicho objeto imaginario o vínculo ilusorio. Si el proceso prosigue exitosamente se posibilita el acceso a otro nivel vincular, esta vez simbólico.”
- E Encontrarnos que el concepto de falo, con respecto a la castración, nos abre la posibilidad de mayor comprensión en nuestro trabajo.
- F Postulamos la necesidad, compartida a nivel institucional, de contar con un espacio de diálogo y

análisis intertransferencial cuyo objetivo último es despejar las representaciones imaginariastanto del grupo de pacientes como del equipo terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU, Didier (1978) *El grupo y el inconsciente*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- ANZIEU, Didier, BEJARANO, A, KAËS, R, MISSE-NARD, A., PONTALIS, J.B. (1978) *El trabajo psicoanalítico en los grupos*, México, Siglo XXI.
- ALDEA, de la E., et al. (s/f) “El inicio de un arupo como confluenciasinstitucional” (trabajo de la séptima generación de AMPAG)
- AURON, Flora, GARCÍA BARRIENTOS, Jorge (1984) *El diálogo y el análisis intertransferencial* (Proyecto de Tesis Receptonal de AMPAG, México).
- DIAZ PORTILLO, I. , et al. (1983) *Dinámica de la relación experto-candidato* (Tesis receptonal de analistas de grupo. AMPAG, México).
- FREUD, Sigmund (1979) “Interpretación de los sueños”, *Obras completas*, Buenos Aires, Amorortu Editores, tomos IV y V.
- GUATTARI, Félix (1976) *Psicoanálisis y transversalidad*, México, Siglo XXI Editores.
- GUATTARI, Félix, LOURAU, R., LAPASSADE, G., MENDEL, G., ARDOINO, J., DABOST, J., LEVY, A. (1981) *La intervención institucional*, México, Folios Ediciones.
- KAËS, René, ARZIEU, D., et al. (1979) *Désir de former et formation du savoir*, París, Dunod.
- LACAN, Jacques (1983) *Escritos I y II*, México, Siglo XXI Editores.

- LAGACHE, Daniel (dirección), LAPLANCHE, Jean, PONTALIS, Jean-Bertrand (2004) *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1 edc, 6 reimp.
- LOURAU, René (1979) *El análisis institucional*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- MANNONI, Octave (1980) “Poder, saber y transferencia”, *Psicoanálisis*, No. 60, Montevideo.
- PONTALIS, Jean-Bertrand (1972) *Después de Freud*, Buenos Aires, Editorial Sucamericana.
- PUGET, Janine, et al. (1982) *El grupo y sus configuraciones. Teraoia psicoanalítica*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

10. LA RESONANCIA FANTASMÁTICA EN UN GRUPO TERAPEÚTICO

Están jugando un juego. Están jugando a que no juegan un juego. Si les demuestro que veo que están jugando, quebraré las reglas y me castigarán.

Debo jugarles el juego de no ver que veo el juego

R.D. Laing

10.1 INTRODUCCIÓN

A partir de la conclusión de André Missenard (cfr. Anzie, 1978: 280-303) de que el fantasma individual incosciente aparece en el trabajo de los grupos terapéuticos como el organizador del funcionamiento del grupo y de la resonancia fantasmática que se da en ellos, me ha interesado investigar esta línea teórica en mi práctica clínica.

10.2 EL FANTASMA INDIVIDUAL INCOSCIENTE

El fantasma es algo que el mismo sujeto es en su comportamiento. Pero, al mismo tiempo, es lo más oculto y reticente de decir. Es generador de placer al ser un medio de articular la dimensión del goce con el principio del placer (Miller, 1983).

Al seguir el desarrollo de Jacques-Alain Miller en *Dos dimensiones clínicas: síntomas y fantasmas*, ante la investigación freudiana —la que se encuentra en más allá del principio del placer, más allá de ese principio— lo que hay es una dimensión de goce. El fantasma aparece como un medio para articular esa dimensión de goce con la correspondiente al principio del placer.

El “fort-da” (Freud, 1979: 14-17) nos permite –de una manera dramática– observar esta articulación. Durante la ausencia de la madre, Freud había observado que el niño no lloraba cada vez que ella se apartaba de él. En cambio, se entretenía con un juego inventado por él mismo que consistía en arrojar un carretel de madera, atado a una cuerda, por encima de la barandilla de su cuna, velada por un mosquitero. Lo hacía desaparecer, acompañado de una larga exclamación “!Ooooh¡”. Freud la descifró y significaba “estar afuera”. Luego, el niño tiraba de la cuerda hasta hacer aparecer el carretel, saludándolo con un alegre “Aquí”.

Este juego era repetido por el niño incansablemente. Una de las conclusiones de Freud era que el niño se resarcía –a través de este juego– de la ausencia de la madre, procurando controlar –en forma desplazada– la aparición y desaparición del carretel.

Según A.D. Waelhens (cfr. Salas et al, 1984: 46), este juego muestra además el nacimiento del lenguaje como autónomo en relación con la realidad. El lenguaje, en esta situación, incluye un distanciamiento respecto de la vivencia real. La palabra es la evidencia de la ausencia del objeto.

Tomé este juego infantil descrito por Freud como base de mi exposición porque lo considero un claro ejemplo de la resonancia fantasmática. Freud (cfr. Miler, 1983) nos dice que los adultos no juegan como los niños porque han substituido sus juegos por el fantasma. Ante la ausencia de la madre –que es el deseo del otro, el niño del carretel pone en acción una máquina para sacar placer de la situación de abandono que le produce angustia y depresión, a través de su juego.

En este sentido, el fantasma tiene una función similar a la del juego. Es que, a partir tanto de una situación de goce como de angustia, se articula una producción de placer. La ausencia de la madre es una condición necesaria del carretel. Por la ausencia de ese otro, el niño queda en una

situación angustiosa, de la que se obtiene placer gracias a su maquinación lúdica. Es importante tener en cuenta esa ausencia, porque esa ausencia –la del otro– es lo que presentifica y pone en evidencia su deseo.

A partir de esto, Lacan construye su fórmula de metáfora paterna. Lo que aparece ahí –como deseo de la madre– es algo que viene a ocupar el lugar dejado primeramente por la ausencia de la madre. Cuando no está, se puede preguntar: ¿Cuál es su deseo?, ¡qué es lo que desea? Por ello, el niño del carretel produce esa maquinación al evidenciarse el deseo del otro. Esta ilustración es generalizable. El fantasma es una máquina que se pone en juego cuando se manifiesta el deseo del otro.

En la experiencia clínica, podemos observar que el paciente –a propósito de su síntoma– habla y habla mucho para lamentarse de el Es la razón por lo que se analiza. Pero, en relación con el fantasma, la situación es completamente distinta. Por lo general, el paciente no viene a lamentarse de su fantasma. Todo lo contrario. Podemos decir que, a través de él, obtiene placer. Se debe pensar que es una observación que todo analista puede hacer para colocar el síntoma y al fantasma en dos vertientes distintas: la del displacer y la del placer.

Es válido afirmar que el paciente encuentra –en su fantasma– un recuerdo contra su síntoma, un consuelo. Esto ya fue observado por Freud (5), pues introdujo al fantasma en psicoanálisis, como una producción imaginaria, de la que el sujeto puede disponer para ciertas ocasiones. Freud lo llamó “sueño diurno” y fue así como irrumpió, en el discurso analítico, el fantasma.

Cuando leemos el texto “se pega a un niño” –paradigma analítico del fantasma– Freud lo abre mostrando la relación entre el fantasma y la satisfacción masturbatoria. Esta satisfacción es un goce fálico, expresión que alude a un goce distinto, al “goce del otro”.

En la clínica, observamos que el fantasma produce vergüenza; por lo tanto, se oculta. Por lo general, el neurótico se avergüenza de su fantasma porque se le presente en contradicción con su fantasma porque se le presenta en contradicción con sus valores morales y es que, en general, toma el discurso de la perersión, el contenido de sus fantasmas. Quer el neurótico tenga fantasmas perversos no significa que lo sea.

Se puede afirmar directamente que el fantasma no está en armonía, con elr esto de la neurósis. El fantasma está en otro lugar distinto que del resto de los síntomas. No tiene otro papel que el de un axioma y que está en relación con el fin del análisis: ¿Qué es lo que se puede esperar?

Que la relación del sujeto, si se puede, cambie con sis significación axiomática absoluta, que se vaya descartando en el proceso analítico hasta encontrar —cada vez más puro— lo que se llama el fantasma fundamental. Este no es objeto de interpretación sino de construcción en el análisis, ya que corresponde al orden de la represión originaria. Así, nos aproximamos a fórmulas de simplicidad similar a la que Freud nos ofrece en “se pege a un niño”.

10.3 LA RESONANCIA FANTASMÁTICA

En el reagrupamiento —enendiéndolo como interés, convergencia, eco, estimulación mutua en tanto portador de un deseo reprimido de uno o varios de los integrantes del grupo terapéutico alrededor ñde algunos de ellos— se pone en juego haciéndose ver, dando a entedner a través de sí mismo en su manera de ser o sus palabras, su fantasma o uno de sus fantasmas que provoca, ante el que se devela, el horror, la fascinación o la indiferencia, según despierte en este semejante —que se siente invitado a convertirse en actor— una

condena violenta por el superyó, un deseo análogo, hasta ahora latente pero dispuesto a arder en caso de solicitación; o bien eficaces mecanismos de defensa, en particular el de negación (André Misenard, 1971) (cfr. Anzie, 1978).

El discurso del grupo puede ser entendido como la puesta en escena y en palabra del fantasma, de aquél que es el “portador”, alrededor del cual los demás integrantes del grupo o alguno dan la réplica. De otra manera, cada uno de los protagonistas ocupa una de las posiciones individuales incluidas en el escenario fantasmático del portador. De este modo, se identifican aquéllos que actualizan el fantasma; ello por una identificación con el deseo del otro o por la defensa contra ese mismo deseo.

Es así como Misenard (cfr. Anzie, 1978) concluyó con el fantasma individual inconsciente es el que se convierte en uno de los organizadores del funcionamiento del grupo. Existen, desde luego, otros organizadores conocidos como son la imagen y los fantasmas originarios —descritos por René Kaës (cfr. Anzie, 1978): los sociológicos, los históricos, los económicos, etc. Y otros por investigar.

10.4 MATERIAL CLÍNICO

Primera sesión, después de un período de vacaciones de tres semanas. Sólo asistieron Pilar y Olivia. Pilar contó que —ahora que ha tomado la decisión de divorciarse y que está separada de su marido— se ha sentido muy sola y triste; que se fue con un compañero de trabajo a un hotel, habiéndola pasado muy bien con él. El compañero traía mucho dinero en efectivo. Ella le preguntó que si no le daba miedo que ella le robara su dinero. Con lo cual, él se puso a contarle. Para sorpresa de ella, le dijo que le faltaba. Ella se defendió diciéndole que era incapaz de robarle. Y, en este juego, el hombre reaccionó

como si ella lo hubiera robado. Se enfureció, perdió el control, la golpeó. Muy asustada, Pilar regresó a su casa.

Ha pensado que tal vez sería mejor no divorciarse. Pero, se da cuenta que tampoco es posible vivir con su marido. Por eso ha tomado la decisión de divorciarse, levantando una demanda de divorcio necesario por indicaciones de su abogado, a petición de Ila. El abogado le aseguró que él la va a divorciar.

Olivia dice que no quería venir a la sesión y que realmente hubiera sido mejor no haber venido orque todo esto está muy “grueso”.

Siguiente sesión. Estan presentes Pilar, Elia, Clara, Elvira, Camilo y Olivia. Falta Pedro. Pilar –llorando– dice que ha decidio divorciarse. Que todos en su casa están en su contra. Sus hermanos y demás parientes le llaman por teléfono para que recondiere su decisión de demanda de divorcio necesario. Le dice que está loca, que va a hacer mucho daño y que se va a quedar sola; que qué más quiere; que ella tiene unmarido; que sola no vale nada. Ella ya habló con el abogado. Es hijo del que atendió a su madre en el juicio de divorcio necesario que –entre otras causas– se basó en la acusación de haber golpeado a Pilar.

Su abogado prometió ayudarla, siempre y cuando ella no cambie como varias veces lo hizo la madre. Ella no quería llegar a esto del divorcio necesario, pues fue algo que la hizo sufrir mucho en el caso de sus padres, pero no ve otro camino. Dice que el mardio la forzó a hacer el amor y le dijo que tenía derecho. En la declaración pusieron que la violó. Pasó con el juez y se sintió como si ella fuera la demandada y no la demantante. Le preguntaban repetidas vecs si el marido realmente la violó.

Interviene Clara, expresando con mucho enojo que obligarla, forzarla, es violarla. Elia –con actitud comprensiva– le dice que recuerde la experiencia que vivió en su di-

vorcio. Que, en una ocasión, le conto a su marido que tenía relaciones con otro chavo y el usó esto para quererle quitar a los hijos. Aconseja a Pilar que se cuide porque la pueden “joder” en mil maneras que a los abogados no les importa el sufrimiento y usan todas las argucias sin importarles nada.

Pilar dice que, al verla llorar, el abogado le dijo que no estaba reparada para el divorcio. Pero, ella no quiere seguir por nada junto a su marido.

Olivia le dice: “Desde que te conozco, te oigo hablar de lo mismo. Sigues con la misma historia. Parece que debes seguir los mismos pasos que siguió tu madre”.

Clara cuenta que ha pagado cosas horribles. Se queja de que hubiéramos estado de vacaciones. No recibió ayuda cuando más la necesitaba. Un hermano –hijo de la madre– llegó a pedirle alojamiento. Ella cree que el chavo es drogadicto. Ella lo ayudó. Le pidió a un amigo que lo alojara en su casa. El hermano terminó robándolo y desapareció. Otro de sus hermanos la llamó desde Tlaxcala y le dijo que al hermano la buscaba por robo. Ella se puso furiosa, indignada contra su madre: ¿cómo es posible que lo solape? Ella lo hubiera entregado a la justicia.

Elia trata de tranquilizarla diciéndole que no sea tan dura, que comprenda, que esto es resultado de tanta injusticia social.

Elvira dice que pensó irse a un tratamiento individual. Cuenta que la madre le insiste para que vuelva con el marido y los hijos. Cuenta que se “ligó” a un señor, desde otro auto. Ella genrealmente nunca acepta, pero esta vez sí. Se bajaron, le invitó a cenar en un lugar muy bonito. Le mostró sus tarjetas. Es muy agradable y quedó en llamarla. Pero, han pasado varios días y no lo ha hecho.

Elia y Clara la animan y le dicen que ahora la mujer uede tomar la iniciativa. No es coo antes, en que las mujeres esperaban que el hombre las llamara. “Tú llámale”.

Camilo dice que su divorcio fue muy doloroso, pero no como el de ellas. Que ellos –Camilo y su esposa– llegaron a la conclusión de que era mejor separarse y que cada uno buscara por su lado. Así, hicieron un divorcio de común acuerdo: que era mejor buscar un arreglo que desatar tanta violencia; que eso hace mucho daño. En la actualidad, él está saliendo con una mujer con la que se siente muy bien. Pero, ahora tiene temor que ella se puede morir.

Efectuando este relato clínico, quiero comunicarles algunas reflexiones sobre el fantasma y la resonancia que se produce en esa sesión, apoyándome en la línea teórica de mi exposición, que me permitió comprender lo que estaban ahí en juego.

Pilar –forzada, golpeada, violada, criticada por todos– es el punto donde convergen todas las injusticias. En esta situación de Pilar –al seducir, castrar provocando con la frustración que crea en el otro– podemos pensar que corresponde a una estructura histérica. La golpiza le confirma su posición en el fantasma de contenido masoquista, que toma del discurso de la perversión. O sea, cómo Pilar dispone de tal manera las cosas que las reacciones que provoca –dentro y fuera del grupo– le confirman su propia fantasma, cristalizándola en ese juego que va más allá del principio del placer.

Podemos sacar dos líneas. Una, el discurso de los derechos, de las injusticias sociales. Otra, el discurso de qué es una mujer.

Pilar respondería –con sus fantasmas– que la mujer es un dechecho, que no vale nada y la única manera de concederse valer sería en plena compulsión a la reptición (en relación con la histeria⁹² familiar). Más análisis sociológico (sociopsicológico).

⁹² NE El término histeria deriva del griego *hystera* (matriz, útero); se trata de una neurosis caracterizada por cuadros clínicos diversos. Su característica consiste en que los conflictos psíquicos inconscientes

Comprometer a la ley civil, resolviendo cuál es su estatuto de mujer o aquello que le dicta su fantasma y ella realiza con eficacia inconsciente, o la imagen que le devuelve la armazón jurídica que al luchar por sus “derechos” la presenta como destructiva frente al marido, al padre, los hombres...

Este fantasma de lo que es la mujer resuena en Elia y Clara que le dicen a Eliva que ahora la mujer es otra cosa. Ya no es el objeto que circula entre los hombres que golpean, que usan, que violan y que desechan, sino que ahora es un sujeto que puede tener deseos y decisiones (para hacer lo mismo que los hombres).

Elia y Clara han asumido ideas del movimiento de liberación femenina. En el caso de Clara, manifestado en su experiencia personal, con elecciones de tipo masculino (usa chamarras masculinas), en un intento de negar la diferencia de los sexos. Es decir, si escuchamos, el fantasma que entra en resonancia, la mujer no es ese deceso. La mujer es o puede ser igual que un hombre; o que escuchamos aquí, en otro discurso, en la misma desvaloración de lo femenino.

se expresa en ella de manera teatral y a través de simbolizaciones, así como de síntomas corporales paraxísticos (ataques o convulsiones de aspectos epilético) o duraderos (parálisis, contracturas, ceguera). Las dos principales formas de histeria teorizadas por Freud son la histeria de angustia, cuyo síntoma central es la fobia, y la histeria de conversión, en la que se expresan a través del cuerpo representaciones sexuales reprimidas. Asimismo, hay que añadir otras dos formas freudianas de histeria: la histeria de defensa, que se ejerce contra los afectos displacientes, y la histeria de retención, en la cual los afectos no llegan a expresarse mediante la abreacción. Freud y Josef Breuer aplica la expresión de histeria hipnoide, en 1894-1895, y el psiquiatra alemán Paul Julius Moebius (1853-1907), para designar un estado inducido mediante hipnosis, que produce un clivaje en el seno de la vida psíquica. También se puede aludir al concepto de histeria traumática, aplicada por Jean Martin Charcot, para referirse a la histeria consecutiva a un traumatismo físico Roudinesco, Plon, 1998: 462-468).

En el caso de Camilo, a pesar de la atenuación de los fantasmas de violencia que venimos viendo, parece decirnos: “El entendimiento es posible, pero sólo para separarse, condenando a la imposibilidad de la relación hombre-mujer”.

Este período de suspensión de tres semanas nos abre la pregunta del grupo que, puesto momentáneamente en posición d madre como en el ejemplo del “fort-da”, abandona en la medida que algún deseo de otra cosa que el grupo marcaría la interrupción ya dicha permitiendo el de-elamiento de fantasmas y deseos. Por lo que no sería inoportuno preguntarse si las invocaciones al derecho y a la impotencia de la justicia –como en el caso de Clara (hermano prófugo)– sería en mensajes claramente transferenciales que podríamos pensar como la manifestación de lo simbolizado por el grupo frente a la falta en el otro.

A continuación –en un mismo resumen–, se elabora una lista tanto de conceptos ejes como de interrogantes que me surgieron:

1. La fuerza del deseo está totalmente localizada en el fantasma.
2. Es el fantasma individual inconsciente uno de los organizadores del grupo. Donde uno o varios de los integrantes hacen entrar a otros en el fenómeno de la resonancia.
3. No hay más que fantasma individual inconsciente. ¿Hay un fantasma de grupo? (lo coincidente, lo común, el fantasma colectivo de la comunidad).
4. El encuentro en el grupo es una vivencia, en la que se manifiesta el “deseo del otro”. Este permite activa r los fantasmas.
5. El fantasma es una escena imaginaria que se desarrolla entre varios personajes. El sujeto está como espectador y no como actor.

6. El discurso del grupo puede ser entendido como la puesta en escena del fantasma. Al dar la réplica, algunos se constituyen en el escenario del portador.
7. ¿Cuál es el objetivo de la terapia de grupo desde esta perspectiva?
8. El fantasma –nos dice Lacan está clausurado y tiene una significación cerrada para los sujetos que lo soportan.
A saber “no pienso, no soy”.

BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU, Didier (1978) *El grupo y el inconsciente*, Madrid, Biblioteca Nueva, 280-303.
- FREUD, Sigmund (1979a) *Obras completas. XVII De la histeria de una neurosis infantil (el “hombre de los lobos”) y otras obras (1917-1919)*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 173-200.
- (1979b) *Obras completas. XVIII Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras (1920-1922)*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 14-17.
- LACAN, Jacques (2014) *Seminario 14: La lógica del fantasma (versión crítica)*, Psicolibrero, <http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/17%20Seminario%2014.pdf>, 1966-1967
- MILLER, Alain-Jacques (1983) *Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma*, Buenos Aires, Fundación del Campo Freudiano.
- SAFOUNAN, Moustapha (1981) *Estudio sobre el Edipo*, México, Siglo XXI, 2 edc., 145-186.
- SALAS, J. Eduardo, ABERASTURY, Arminda (1984) *La paternidad*, Buenos Aires, Ediciones Kargieman, 46.

- PICHON-RIVIERE, Enrique (1978) *El proceso grupal*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- PRADO, H.H. (1986) "La psicoterapia como defensa en la adolescencia", *Cuadernos de Psicoanálisis*, enero-junio.
- SEGAL, Hanna (1975) *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Buenos Aires, Paidós.
- SOCORRO, H. (1985) "El tiempo y la actuación en el mundo adolescente", *I Jornada de Trabajo del IMPPA*.
- _____ (1982) "La psicoterapia grupal de adolescentes", *I Congreso Nacional AMPAG*.
- VIVES, R.J. (1977) "Inseguridad básica. Una forma de identidad", *Cuadernos de Psicoanálisis*, enero-junio.
- YALOM, Irvin, LESZCZ, Moly (1975) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- WINNICOTT, Donald Woods (1982) *Realidad y juego*, Barcelona, Editorial Gedisa, 2 edc.

11. GRUPOS TERAPEÚTICOS EN INSTITUCIONES CARCELARIAS

Hace casi tres años, al hacer nuestra formación como psicoterapeutas de grupo quisimos utilizar nuestra técnica en alguna institución y por nuestro interés en la criminología decidimos acercarnos a las instituciones carcelarias del Estado de México, por ser las más avanzadas de todo el país.

Fuimos contratados como psicoterapeutas aunque nominalmente nos dieron la categoría de “Celador C”.

Tuvimos una primera experiencia de seis meses con los vigilantes de la cárcel de Tlanepantla. Esta cárcel fue creada para 120 reclusos y alberga de 250 a 300. En cada celda hay tres camas y duermen seis personas, tres sobre el piso y como este hacinamiento es insuficiente, hay unos 40 internos más que duermen en “El mesón”, que es el suelo del comedor, a donde se reúnen los recién llegados que tienen la obligación de hacer la “talacha” durante x tiempo. El pasaje del mesón, al piso de una celda y de éste a una cama se consigue por amedrantamiento hacia los demás, por dinero o por antigüedad.

Hay dos grandes dormitorios con 20 celdas cada uno a donde la ley es dictada por un “mayor” que es un interno “muy picudo” (en el exterior se ha “echado” [asesinado] por lo menos a tres) y a quién todos los celadores temen y respetan. El mayor tiene contacto directo con el propio director y recibe ganancias de cualquier concesión que se haga en el interior del plantel.

La alimentación es muy deficiente, oficialmente había un presupuesto individual oficial de \$4.80 pesos para los 3 alimentos, aunque tienen derecho a recibir alimentos del exterior, excluyendo las frutas. La única ocupación que las autoridades proveen es el hacer bolsas de papel con asas y

que ocupa a unos 40 internos, los que ganaban \$19.00 pesos por cada mil bolsas que armaban.

En toda la cárcel no había un lugar adecuado para reunir al grupo y nos designaron la antigua casa del director que ahora se usaba como cárcel especial para los policías ya que no podían mezclados con la población regular porque serían inmediatamente lichados, debido a que cada uno “investigó” a varios de los presos durante su detención.

Decidimos trabajar con los celadores por ser la parte central de la institución pues tenían una comunicación permanente con las autoridades y con los internos. Equivocadamente pensábamos que si entre ellos promovíamos algún cambio, éste tendría alguna resonancia hacia la periferia (autoridades e internos).

La institución ofreció pagarles un día extra por asistir al grupo pues una vez a la semana debían permanecer cuatro horas más, después de veinticuatro horas de trabajo continuo.

Tuvimos dos grupos de seis y de siete miembros que correspondían a sus dos turnos. Al principio se entusiasmaron al encontrarse porque suelen trabajar aislados y les ofrecíamos la única posibilidad de reunir a todo el personal de cada turno.

La sesión duraba 75 minutos, primero un equipo y enseguida el otro, mientras las policías presos iban a la dirección.

Rápidamente apareció en el grupo la ambivalencia de los celadores: sabían que eran diferentes a los presos porque cada veinticuatro horas les abrían las puertas para ir al exterior, pero se sentían internos por sus largas jornadas de trabajo, por compartir con los reclusos un trato semejante, no tenían comodidades, uniformes ni comida adecuada y a menudo eran arrestados.

Siempre tratamos de promover en ellos el “sentimiento del otro” y para ejemplificar relatamos que el día de la

bandera los vigilantes, por iniciativa propia, congregaron a todos los internos en el patio y después los encerraron. Los celadores de ambos turnos entraron en cada una de las celdas para buscar drogas y objetos puzocortantes. Los internos al descubrir que estaban atrapados, que no había un homenaje a la bandera, que eran “esculcados” y que no podían ver lo que ocurría en sus dormitorios, se dedicaron a insultar a amenazar a cada uno de los celadores que veían.

Ante este relato, que orgullosamente nos hicieron debido a la poca capacidad que tenía el grupo para comunicar, tuvimos que echar mano de las técnicas dramáticas. Dividimos al grupo en dos partes, una jugaba el papel de celador y la otra el de interno. Después escuchábamos a los que jugaron a internos expresar su sentimiento de impotencia, su rabia y finalmente las sugerencias que hicieron al plantear un registro que podía hacerse respetado al individuo, como un ser humano.

Dijeron que la revisión podía ser frente a ellos y así se perderían menos objetos de valor y añadieron que habían vivido a los celadores-celadores como intrusos, enemigos y ladrones, hablaron de la rabia que sintieron contra ellos durante el juego dramático. Después de esto el grupo empezó a hablar más abiertamente de los manejos internos de la institución decidió cambiar con respecto a las autoridades.

Apareció lo reprimido. Todos ellos habían tenido parientes encarcelados y personalmente habían tenido problemas diversos con la justicia.

Empezaron a referirse a los presos con cierta comprensión y lástima, relataron historias familiares, injusticias, que se cometían diariamente en el interior y en el exterior.

Hicieron conciencia de la importancia que tendría el que los mismos fueran un grupo organizado, empezaron a reunirse para revisar los estatutos penitenciarios del Estado de

México. Se dieron cuenta de que sus derechos y obligaciones dentro del plantel estaban débilmente marcados, a veces les pedían asistencia médica, para la que se sabían impreparados, pero no podían rehusarse. Hicieron conciencia de que tenían derecho a exigir uniformes y que la Ley de Trabajo supone que todos los empleados merecen vacaciones y ellos nunca las habían tenido.

Simultáneamente empezaron a hablar del afuera, de sus infancias, de sus conflictos y de sus familias. Se dio una clara cohesión grupal; todos participaban, daban consejos, se preocupaban y ayudaban a resolver los problemas de sus compañeros.

La única celadora mujer del grupo fue alertada por sus compañeros en cuanto al perjuicio que podía causar a su hijo, de dos años que la acompañaba regularmente al grupo y que permanecía con ella, encerrado con candado toda la noche con las reclusas. Hablaron de su impreparación, sólo dos sabían leer y escribir, y cómo esto los había llevado a su situación actual: medio-presos, medio-vigilantes. Algunos se plantaron que podían intentar hacer la Primaria, tal vez llegar a ser obreros con prestaciones más estables para sus familias.

El grupo redactó un pliego petitorio solicitando medidas de seguridad, vacaciones y que hubiera un Reglamento interno que se ajustara a las necesidades físicas de su cárcel. El día extra de pago ofrecido para ellos no había llegado y las autoridades de la institución aprovecharon la debilidad económica de sus vigilantes para “votearlos contra nosotros”, y los amenazaron con el despido, los reprimieron masivamente y nosotros tuvimos que dejarlos.

Cuando el grupo nos pidió que ya no continuara la experiencia, por una parte nos dio tristeza y por la otra fuimos capaces de aceptar que esta proposición era una decisión grupal que no sería aplastada (como su pliego petitorio),

nosotros podíamos dejarlos porque ellos lo pedían, sabiendo ya que no tendrían tampoco el día de pago extra.

En la última sesión hablamos con ellos de su impreparación que les impedía aspirar a otro empleo, de su miedo ante el posible despido, y también de nuestro error fundamental al haber confiado en lo que las autoridades nos habían pedido.

Cuando fuimos contrtados nos dijeron que los vigilantes eran pasivos, impreparados y serviles, querían que los movilizáramos y que los hiciéramos tratar de superarse.

Ingenuamente creíamos estar respaldados por la autoridad que realmente quería cambios y después entendimos que lo que solicitaban de nosotros era una complicidad que consistía en reforzarles:

1. La conformidad hacia su trabajo.
2. Sus aspectos sádicos frente a los internos.
3. Un sentimiento de pertenencia y de agradecimiento hacia la institución.

Haciendo un balanceo de este grupo creemos que hubo resultados positivos, al poder enseñar a cada grupo como expresarse, crear la concidencia de unidad e incluso al hacerles reconocer su importancia y su status social debido a sus propias carencias.

Psicodinámicamente consideramos clave a este grupo porque sus componentes están en una situación dialéctica, entre el afuera y el adentro y de hecho más cercanos al adentro. Se manejaron las dolorosas ansiedades esquizoparaonides sobre las que una insistente interpretación los llevó lentamente a una elaboración más adecuada, coincidimos en ese momento con el atreveser a hacer las peticiones señaladas, pero con la reacción represiva consiguiente nos hizo intuir por primera vez que los dirigentes de la institución que con-

cientemente nos había contratado, se oponían básicamente a cualquier cambio trascendente que pusiera en tela de juicio sus autoridades.

El segundo grupo que tuvimos fue uno de internos en Almoloya de Juárez. Nuestro criterio de selección fue sobre todo el considerar a los internos que estaban próximos a reintegrarse a la sociedad, porque casi habían cumplido su condena.

Anunciamos la hora de trabajo, nuestra unidad terapéutica e invitamos a todos los que quisieron reunirse con nosotros en un aula del hospital durante dos horas, una vez a la semana.

Este fue el grupo más sustancioso que tuvo una asistencia mínima de seis y máxima de diecisiete internos. Sorprendentemente este fue el colectivo más gratificante y el trabajo con ellos tuvo una duración de veinte meses.

Se repitió en forma más aguda que en el grupo de celadores el montante de ansiedad esquizoparanoide porque nuestras figuras eran confundidas con las de la autoridad y hasta con la de los vigilantes.

En un primer período las resistencias se manifestaron por quejas de la institución que tenían además la finalidad de probar si estábamos con ellos o no. La prueba máxima de nuestra fidelidad fue cuando un interno asistió drogado a la sesión para ver si nosotros lo “reportábamos”, así se interpretó y además pudimos ver las fantasías, representaciones simbólicas e identificaciones que buscaban a través de las drogas.

Pasado este difícil período de prueba logramos una cohesión grupal excepcionalmente aceptable que para nosotros coterapeutas fue la parte más importante de la experiencia y por lo tanto la más dolorosa de abandonar.

A medida que la situación esquizoparanoide fue elaborándose mejor, apareció la situación depresiva en la que

los internos comprendieron su grave situación regresiva, la deshumanización que significaba ser un número dentro del presidio, etc.

Pudieron ventilar mejor sus quejas, hablar de su permanente shock vital como reclusos, lo que permitió que recreara su pasado infantil, sus relaciones familiares que buenas o malas, eran superiores a la situación de abandono en que vivían ahora. Aumentaron su capacidad para comunicar ideas y sentimientos al volver otra vez a tener autoestima y sentirse individuos.

Ejemplos: “Yo vengo al grupo porque aquí me estoy enseñando a hablar, afuera siempre viví solo, con los animales y desde que entré hace once años no me llevo con nadie, siempre tengo miedo”. “Hace nueve años que tengo prohibida la visita de mis familiares, aquí es el único a donde digo lo que pienso y siento, todos ustedes son más que de mi familia”. “Antes no podía decir nada, no soportaba la mirada de mis compañeros, poco a poco fui teniendo seguridad y ahora hasta me siento importante porque ustedes me escuchaban”.

Nuestra filosofía fue considerar a la institución como lo que idealmente debía ser “un centro de tratamiento” que proporciona a los reclusos un cambio profundo y nuestra labor terapéutica la consideramos el instrumento más valioso para lograr este objetivo.

Nunca tratamos de atenuar los graves errores que se comentaban frente a los mínimos derechos de los internos como personas, pero también les hacíamos conciencia de sus aspectos masoquistas conforme los iban presentando; insistimos constantemente en que su primordial obligación era encontrar el mejor y más rápido camino hacia su libertad.

Pese a nuestros esfuerzos no pudimos cambiar el criterio de la autoridad que sigue pensando que la institución carcelaria es un almacén de castigados, marginados que con su aislamiento dan seguridad a la sociedad. Ejemplos: “¿Por qué

trabajan ustedes con las lacras? Ellos pueden estar en “segregación y allí no molesta a nadie”. ¿Por qué aceptan en su grupo a reincidentes, ellos ya no van a cambiar? Nosotros comunicamos al grupo todas las señales que recibimos de la dirección: Nos pidieron tres asistencias semanales a cambio de cobrar como psicólogos, sabiendo que no podíamos aceptar.

Después nos pusieron un jefe, pasante de psicología, quién opinó que no comprendía nuestro trabajo: “teníamos en el grupo puro deshecho, gente irrecuperable”, él prefería que hiciéramos tests, para llenar expedientes que fueran sistemáticamente guardados. Finalmente nos avisaron que el grupo podía continuar, siempre y cuando pudiera asistir al mismo un inspector de Gobernación, debidamente calificado por la dirección.

El grupo fue sabiendo de las vicisitudes que íbamos atravesando. En un primer tiempo echaron mano de mecanismos maníacos, pensaron que podían resolver nuestro problema si ellos cooperaban y entre todos pagaban nuestros sueldos, después propusieron organizar una “huelga de hambre” a modo de protesta y poco a poco, conforme íbamos recibiendo circulares se fueron conformando y recordando que “ellos tenían que hacer todo lo posible para ser libres” y que nosotros, aunque les teníamos afecto, no debíamos soportar tales presiones.

Debimos renunciar, ellos estaban tristes pero realistas nos apoyaban porque era el equivalente a la búsqueda de libertad a la que siempre los habíamos alentado. Nuestra renuncia era el último grito de libertad al que teníamos derecho y la de ellos proyectada en nosotros.

En la última sesión, uno de ellos que había estado preso varias veces, en total más de treinta años llorando dio que quería confesar algo que había decidido meses atrás, aunque le daba vergüenza hacerlo ante sus compañeros. En el grupo había aprendido a conocerse, el grupo le había mostrado

que por haber tenido poco afecto materno de niño, se hacía encarcelar para poder estar cerca de su madre debido a que nunca la tuvo y cuando él estaba libre no podía visitarla pues era peligroso para ambos, de modo que de tanto en tanto se hacía encarcelar para poder ver a su madre. En el grupo había comprendido que hay otras formas de vida y estaba dispuesto a “colgar los guantes” cuando estuviera libre.

En los últimos ocho meses además de tener el grupo de hombres, formamos el grupo de reclusas. Para verlas nos destinaron la guardería infantil y ahí se nos hizo más conciente el sabotaje institucional que se oponía a la realización de nuestro trabajo.

En la primera sesión una celadora quiso asistir al grupo pero cuando se lo impedimos el sabotaje fue abierto.

Durante varias semanas no entró ninguna interna, muchas veces ni estaban en su sección pues las celadoras –aparentemente contridiendo a las autoridades– las llevaban al cine o a clase de canto, justamente a la hora terapéutica. A pesar de estas dificultades logramos consolidar firmemente un grupo con asistencia de cinco a ocho integrantes.

La unidad terapéutica se pudo mantener al percatarse las internas de nuestra constancia versus el abandono y la pobreza que prevalecía como tónica en la sección de mujeres.

Es importante la observación de que había una interna que llamaban “la virgen”, que tenía dominada la sección, respaldada por las celadoras y por el jefe de los talleres que repartían las prioridades entre sus allegadas, éste fue el grupo que permanentemente boicoteó nuestro trabajo. Mientras que el grupo que asistía con nosotros eran las débiles mentales, las incultas y las consideradas “lacras”.

Después de un tiempo cuando ya había unidad grupal vimos que la antilider de “la virgen” (asidua participante del grupo) que fue castigada por “insultar a la virgen”, durante un mes no podría salir de su celda. Todavía pudimos

imponernos a las celadoras que tuvieron que reintegrarla al grupo, quienes decidieron que lo más importante era que su compañera —ahora en castigo— aprendiera a no tragar las pastillas que cada mañana le traían de psiquiatría, para que no se habituara ni pasara los días enteros dormida como “una idiota”, porque esto la llevaba por “un difícil camino sin regreso”, hacia lo irrecuperable.

La crudeza cada vez mayor del franco sabotaje a nosotros se llevó a cabo sobre todo en el Departamento de mujeres, en el que se las mantiene sometidas, sin trabajo y con situaciones conflictivas graves y en una uniforme serialidad de la que sólo destacaban dos precarias lideresas.

Al disminuir las ansiedades esquizoperanoides de los internos y de las reclusas, la comunicación de sus responsabilidades legales se hizo abierta al reconocer la conducta mal adaptada que tuvieron con la sociedad, mientras que en un primer tiempo se consideraban mártires que pagaban condenas inmerecidas.

Los grupos evolucionaron favorablemente y nos sentíamos satisfechos del trabajo realizado, pero como hemos señalado cada vez mejor fuimos detectando la insidiosa labor destructiva de la institución que se oponía a nuestra labor terapéutica y a la enseñanza filosófica de nuestra tarea, hacer conciencia en los seres humanos, aún en las precarias condiciones de encierro que presupone el presidio.

La institución rígida en sus principios, desea que el marginado sea un ente seriado. Cuando nuestros tres grupos (celadores, reclusos e internas) empezaron a evolucionar hacia una mayor responsabilidad y realismo, las presiones que cada uno de ellos comenzó a hacer ante la autoridad carcelaria, exigiendo sus mínimos derechos y respeto de su individualidad, se aumentó la reacción represiva de los dirigentes tomando medidas como las descritas, que fueron haciendo imposible nuestro trabajo.

La desesperanza e impotencia de los grupos que nos vimos obligados a abandonar nos llevó a una fuerte depresión, sentíamos una “libertad” que nos ahogaba con rejas imaginarias en las que somos prisioneros y juguetes de instituciones más poderosas que la propia cárcel [la Poítica carcelaria de los Estados, N.E.].

Las protestas que hicieron a las autoridades pertinentes no lograron impedir lo que se aproximaba, nuestra renuncia que obedeció al aplastamiento por una fuerza autoritaria que nos quería obligar a la identificación con los presos, como lo hace con los celadores a los que también sojuzga y encacerla (recordemos que nuestro nombramiento era de “celador c”).

Nuestro último grito de libertad fue la renuncia que planteó al despedirnos de los grupos de internos, grito de rebelión y de protesta, desesperación inútil que logró ser asimilada gracias al trabajo realizado hasta entonces por nosotros, aceptando relativamente el reconocimiento final de su impotencia y de la nuestra ante el poder indiscutible de la autoridad institucional. Recientemente encontramos un artículo en el *Psychiatric New* en el que hay una publicación del Med. Richard G. Rappaport, de Chicago, quien relata una experiencia paralela a la nuestra.

El también hizo psicoterapia analítica de grupo en una cárcel, también consiguió la rehabilitación de muchos pacientes y poco a poco fue sufriendo un sabotaje muy parecido al nuestro [pero en Estados Unidos, N.E.].

Primero le quitaron el presupuesto, pero él siguió trabajando, entonces le negaron ayuda administrativa y por último le quietaron el local en donde veía a sus grupos. Igual que nosotros vió la necesidad de renunciar, cuestionándose hasta el último momento si las autoridades carcelarias desean realmente una rehabilitación de los prisioneros [no, completamente no, N.E.].

12. LA CO-COORDINACIÓN DE UN GRUPO DENTRO UNA INSTITUCIÓN CARCELARIA

12.1 INTRODUCCIÓN

Durante cuatro meses que trabajé con seis internos en psicoterapia individual en el Centro Penitenciario, vislumbre la posibilidad de formar grupos, lo que me daría la oportunidad de abarcar un número mayor de reclusos.

La Mdca. Döring asignada a otro penal y yo decidimos trabajar grupos en ambas instituciones en co-coordinación.

12.-2 HISTORIA DEL GRUPO DE RECLUSOS

Iniciaré con un breve bosquejo del funcionamiento del Centro y el destino de los internos, una vez condenados: Si el interno trabaja tendrá derecho a un día de libertad por dos días de trabajo acumulativo, lo que representa que obtendrá disminución de su pena, que es valorada, según el tipo de delito, reincidencia y resocialización, que es comentado en Consejo Técnico Interdisciplinario Compuesto, por el director del Centro, la Secretaría Jurídica, el médico general, grupo de psicólogos, trabajadores sociales, administradores de talleres, jefe de vigilancia y médico psiquiatra. El Consejo de acuerdo a una escala codificada previamente, discute el caso de los internos; los que estén en la media como calificación máxima podrán obtener los beneficios que les corresponden: salir de excursión quincenal sin vigilancia formal o sea con personal técnico, para iniciar su camino a la libertad.

Elegimos para la formación de los grupos, entre aquellos penados que por alguna causa se les hubiera negado el beneficio al que teóricamente podrían aspirar y aquéllos que estuvieran próximos a ser dictaminados por el Consejo Técnico. También se tomaron en cuenta a cinco internos enviados por la psicóloga del penal, por ser drogadictos y de difícil manejo (sólo uno de ellos aceptó formar parte del grupo). Hicimos también una entrevista grupal; todas estas preselecciones conformaron un grupo de catorce internos acusados de delitos violentos en su mayoría; de entre 21 a 56 años de edad, con escolaridad promedio correspondiente al cuarto año de primaria y con una condición socio-económica baja.

12.2.1 PRIMERA REUNIÓN

Asisten pocos, la tónica dominante es la pérdida de libertad con su concomitante depresión, algunos han sido apresados como chivos expiatorios de delitos no cometidos, otros por causa justificada y entre éstos algunos que sobornando a la policía han sido dejados en libertad en ese momento, aunque varios años después fueron vueltos a apresar.

12.2.2 SEGUNDA REUNIÓN

Asisten cinco internos. Las primeras comunicaciones son pobres. Intentos de balancear la situación depresiva que les origina la pérdida de su libertad acudiendo a paupérrimas ganancias secundarias, ya que algunos provienen de cárceles que se encuentran en condiciones de gran carencia, como son: hacinamiento, falta de trabajo, etc. que ahora veían compensadas en éste Centro, como son en cambio: la

buena comida y recibir sueldos que obtienen por sus trabajos dentro del penal.

Algunos miembros del grupo apoyando su resistencia en el trabajo que ejercen amenazan con ausentarse.

12.2.3 *TERCERA REUNIÓN*

El emergente es un interno drogadicto a quien el Consejo le negó su libertad por la imposibilidad de que la familia se traslade a una diferente de la ciudad (actualmente vive en el Lolinito), pensando que con esto se podría evitar la reincidencia del penado; también nos comunica que uno de sus hermanos acaba de cumplir una sentencia en esta misma cárcel; y que vino por fumar marihuana. Como este emergente da la tónica grupal, se propone una dramatización. La consigna es que el interno llega a su domicilio, se encuentra con un grupo de amigos que lo invitan a fumar marihuana; él actúa por su voluntad y con firme propósito, absteniéndose y en ese momento llega la policía y “sus amigos” se ponen de acuerdo por no haberlo podido integrar en el grupo de fumadores de marihuana y lo acusan de ser el distribuidor de la droga; enfatizando que el policía al llevárselos detenidos dice que el interno que acaba de salir “esta ya en lo mismo” y que ahora además es reincidente, lo que implica que ya no podrá aspirar a los beneficios que otorga el Consejo Técnico. El recluso y la totalidad del grupo vuelven a la tónica depresiva de la sesión al comprender que salir de la cárcel es “estar marcado”. Ya no es necesario hacer algo malo, basta que lo parezca. Diez días después nos enteramos que la madre ha sido apresada por tráfico de drogas.

12.2.4 CUARTA REUNIÓN

Asisten catorce internos y dos terapeutas invitados. Uno de los internos cuenta, que al ser atacado por cuatro individuos en una riña se convirtió en homicida. Los que riñeron con él venían borrachos. Programa que cuando salga se dedicará solamente a ir de su casa a su trabajo y viceversa. Interviene un terapeuta y le hace ver que a su externalización va a reproducir el sistema de la cárcel, y que ésta al parecer para los demás no es la expectativa más sana.

Otro componente del grupo habla de la angustia que le produjo la muerte de su esposa, pues tenía 9 hijos, cuanta que cuando estuvo en otra pequeña cárcel, sabiendo que un hijo suyo estaba enfermo, y viendo que la puerta principal estaba abierta se escapó, razón por la que cree que no se le haya permitido ir al entierro de su esposa.

Otro de los internos dice ser maestro de sociología y civismo. Y con este gobierno se metió a contratista y se vió envuelto en un fraude, piensa que el entrar en la cárcel, es una experiencia que a la larga le será útil. Se nota claramente sus tendencias de líder distorcionador, al que tuvieron que quitar la palabra varias veces debido a que interrumpía a los demás. Su ansiedad lo hace verbalizar casi verborreicamente.

Pedimos que entrevistara un silencioso que dice claramente venir al grupo a aprender a hablar, ya que cuando era chico fue pastor y no tenía oportunidad de hablar con nadie.

El grupo plantea su desesperanza con respecto del Consejo Técnico, pues saben de muchos que cumplieron los requisitos básicos y sin embargo no pudieron obtener los beneficios. Uno de los teapeutas señala que parece que el Consejo Técnico está dotado de algo misterioso y poco definido, notándose aquí la falta de comunicación que hay en la institución a pesar de los aspectos positivos que para uno de los internos se reduce a las apariencias.

CAPÍTULO V
SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA
DE LA BIOÉTICA Y LA NEUROCIENCIA

13. ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD MENTAL Y LA ADMINISTRACIÓN EN EL ÁREA DE LA BIOÉTICA

13.1 INTRODUCCIÓN

Dos elementos destacan en nuestro acontecer: por un lado está el avance científico y tecnológico que nos sitúa en las fronteras del conocimiento y de la bioética en campos como la ingeniería genética y la reproducción asistida; por el otro, en contraste, encontramos en los distintos ámbitos y niveles de la vida, toda clase de expresiones de violencia, crueldad y destrucción, cuyas oleadas se incrementan –paradójicamente conforme avanzan las sociedades, lo cual deja manifiesta la dualidad pulsional descrita por Sigmund Freud en la teoría psicoanalítica que expresa la dimensión del ser humano como el ser más maravilloso y monstruoso que existe en la naturaleza (Braunstein, 1981: 194). En este último punto, de acuerdo con Erich Fromm, la agresividad en las personas no se explica únicamente en términos de herencia animal ni de instinto destructor, sino que ha de entenderse, a su vez, sobre la base de aquellos factores ambientales que actúan sobre lo biológico.

El presente texto se refiere al estudio de caso sobre un paciente, estudiante universitario del sexo masculino, a quien se le brindó atención psicoterapéutica desde noviembre d 2001 hasta la primera quincena de febrero de 2002. Inicialmente el paciente se presentó a consulta por cuenta propia en el área de Salud Mental que ofrece servicio en forma permanente la Universidad Autónoma del Estado de México, a través del Instituto de Investigación en Ciencias

Médicas (ICMED). El proceso que siguió el caso permitió analizar tanto el proceso administrativo que opera en el ICMED como el roceso entre éste y el plantel educativo en el que cursaba sus estudios el propio paciente.

Se suscita una reflexión en tres vertientes:

- La práctica de las instituciones de salud mental, tanto públicas como privadas, en cuanto que despliegan procesos administrativos que pueden ser evaluados y mejorados.
- La responsabilidad bioética que desempeñan las instituciones de educación superior al atender problemas de salud mental de su comunidad estudiantil.
- La familia y su respuesta bioética al enfrentar problemas de salud mental dentro de sus integrantes.

Con base en lo anterior, este texto buscó aportar elementos para contribuir al mejoramiento del proceso administrativo que se aplica en el ICMED, a fin de que la institución genere un sistema de atención más eficaz y eficiente para sus pacientes. Por otra parte, se intentó superar el dualismo mente-cuerpo, al vincular no sólo los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales sino además incluir todos los aspectos bioéticos relacionados, a fin de impulsar tanto una psiquiatría más inclusiva e interdisciplinaria –para una mejor comprensión de los enfermos en su dimensión conciente e inconciente–, como la generación de reflexiones bioéticas que orienten a las instituciones de educación superior, a los profesionales y al personal administrativo que laboran en ellas, hacia una actitud más comprometida desde la filosofía moral.

Desde el punto de vista operativo y aplicativo se busca dejar sembrada la reflexión de esta perspectiva, esperando que ello otorgue un nuevo matiz en los programas de apoyo

estudiantil –particularmente en aquellos relacionados con la salud mental– que actualmente se aplican dentro de las Instituciones de Educación Superior (IES).

Se finaliza diciendo que esta visión –congruente con la óptica psicoanalítica bajo el supuesto que la enfermedad mental, como acto humano, contiene un sentido– busca justamente coadyugar a la comprensión del enfermo y contribuir a hacer una psicoterapia más comprensiva y contemporánea.

13.2 CONTEXTO SITUACIONAL

El estudio de caso se construyó a partir de la atención clínica brindada a un estudiante de un plantel educativo de la institución universitaria. El programa de atención en el área de salud mental del ICMED, por causas exógenas al propio instituto, se circunscribió a cuatro meses pero se mantuvo el seguimiento del caso por espacio de dos meses más. Una vez que se consideró que el paciente probablemente no retornaría, se optó por iniciar la generación del presente trabajo.

Conviene señalar que desde la perspectiva de este trabajo, el caso fue remitido al ICMED cuando ya presentaba un cuadro avanzado de consumo de drogas, comportamiento agresivo en las aulas, ausencias recurrentes en las sesiones de clase y dificultades en la dinámica familiar.

Esta forma de reaccionar ante una situación problemática que refleja un estudiante deja al descubierto la importancia de analizar y evaluar la trascendencia de que, con plena vinculación de instancias como el ICMED, pudiesen existir sistemas de evaluación y seguimiento de casos atípicos en cada plantel educativo de las Instituciones de Educación Superior (IES); así como áreas especializadas en el diagnóstico de cuadros de comportamiento de esta naturaleza. Es recomendable que las IES consideren la convenien-

cia d diseñar y operar un programa de diagnóstico y, en su caso, canalización de situaciones límite, lo cual generaría un sistema clínico-administrativo más eficiente, eficaz y oportuno.

Enseguida, a efeto de ofrecer elementos de juicio que permitan identificar las característics básicas del caso seleccionado, se expone un resumen general y, con la finalidad de guardar plenamente la identidad dl paciente, se ha convertido en denominarle Pedro B.

13.3 SIPNOSIS DEL CASO

Características del paciente. Nombre: Pedro B. Edad: 20 años. Sexo: masculino. Estado civil: soltero. Ocupación principal: estudiante. Escolaridad: 2^o semestre de licenciatura en una institución pública.

Ingreso y evolución del caso. Pedro B. era un estudiante de un plantel educativo que formaba parte de una institución de educación superior. Se presentó por iniciativa propia en el área de Salud Mental del ICMED, el día 5 de noviembre de 2001. El propósito de su visita fue solicitar atención psicológica, debido a problemas de conducta en el ámbito escolar [A partir de esta sección del trabajo, el proceso administrativo y clínico que trazó el caso, se representa en el diagrama de Gantt incluido en el presente capítulo Cuadro 13.3.1].

Durante el proceso de valoración, se observó la siguiente sintomatología: perplejidad, aislamiento, ansiedad, alteraciones del lenguaje y la comunicación; descarrilamiento o laxitud de asociaciones, tangencialidad, neologismos y trastornos del contenido del pensamiento (Spitzer, 2000).

Por lo anterior, se propuso un tratamiento combinado psicofarmacológico y psicoterapéutico a base de Olanzap-

na⁹³ (Ziprexa tabletas 10 mg. por la noche) y se estableció un programa de consultas semanales, a efecto de mantener un proceso de evaluación y seguimiento permanente.

Inicialmente se le sugirió al paciente su canalización a una institución de salud que brindara la atención hospitalaria y, en su caso, de internamiento si así lo ameritaba, dado que el ICMED sólo ofrece consulta externa. No obstante, el paciente insistió en la necesidad de ser atendido por el especialista de la institución pública universitaria que lo había tratado desde el principio. Lo anterior indicaba la expresión de la transferencia positiva por parte del paciente y la familia, misma que se iría resolviendo y aclarando durante el proceso terapéutico; asimismo, la contratransferencia del terapeuta de igual manera positiva hacia el paciente y su familia. Derivado de lo anterior, se dio cabida a las primeras entrevistas explicando los siguientes puntos:

Se informaría permanentemente de la evolución que se presentara, así como de las crisis tanto de la estructura familiar como del paciente, y se manifestaría continuamente la prudencia y control que se requiere en todo momento tanto dentro de la consulta como fuera de ella.

Por lo tanto se registrarían los avances encaminados a aliviar el sufrimiento, el grado de recuperación del funcionamiento familiar, la mejora en la sintomatología psicótica del paciente, la elaboración del duelo de la infancia, el grado en la toma de conciencia de su persona y su dignidad, así como las posibilidades de reconducción a sus actividades escolares.

Una vez expresados estos puntos y derivado de la actitud de compromiso humano establecida con anterioridad, se decidió sostener esta demanda de atención en bien de ellos y del médico psicoanalista, congruente tanto con la

⁹³ Olanzapina: tranquilizante mayor con mínimos efectos secundarios vs. otros medicamentos del mismo tipo.

ética médica (Velasco, 1998: 55) como la del psicoanálisis (Lacan, 1981: 307).

El encuadre propuesto inicialmente, consistió en una sesión por semana los días lunes a las 11:30 hrs., lo cual entró en operación desde el mes de noviembre de 2001.

La siguiente entrevista clínica con Pedro B. fue el día 12 de noviembre del mismo año, en la que se le observó más estructurado y estable, de ahí que se estipuló un contrato terapéutico para dar continuidad al tratamiento semanal perfilado originalmente.

No obstante, el día 19 del mismo mes, el paciente no se presentó a su consulta clínica y tampoco acudió a la semana siguiente (26 de noviembre), pero, sin previo aviso, asistió a consulta el siguiente día, a fin de solicitar un justificante médico de sus ausencias en la escuela. Dicha petición fue expresada en forma agresiva, demandante y fuera de la realidad. Ante esta situación, se le explicó cuál era la función de la institución y del profesional, por lo que aparentemente quedó de acuerdo en regresar con regularidad al tratamiento.

A partir de esa fecha, el paciente no volvió al ICMED. Sin embargo, la madre del paciente se presentó para solicitar un justificante que explicara las ausencias generadas por su vástago en las aulas. En ese momento se le habló sobre la importancia de que el joven continuara asistiendo a la consulta, ya que la función del Instituto no se limitaba a la justificación de inasistencias, sino a la atención del padecimiento que lo estaba discapacitando en forma severa.

Una vez indicado lo anterior, se formuló una programación de común acuerdo para continuar con la atención clínica, pero nuevamente el paciente no se presentó a consulta y tampoco se recibió información por parte de algún integrante de la familia. Esta situación se mantuvo por espacio de 40 días, es decir, entre el mes de diciembre de

2001 y los primeros días de enero de 2002 [Ver diagrama de Gantt].

Durante la segunda semana del mes de enero de 2002, tanto la madre del enfermo como el propio Pedro B. se presentaron en el área de Salud Mental del ICMED, para notificar que el paciente había sido internado en un hospital psiquiátrico privado, durante el lapso comprendido entre el 3 de diciembre de 2001 y el 8 de enero de 2002. Allí fue atendido, según lo expresó la señora, por un especialista. La prescripción psiquiátrica que recibió el paciente, con base en la receta que entonces se exhibió, fue a base de: Clopixol Depot 200 mg./ Artane 5 mg./ Seropram 20 mg./ Valium 10 mg./ Rivotril 2 mg.⁹⁴

Desde el ingreso del caso hasta este momento, el plantel educativo del que proceía el estudiante, no había establecido contacto intrainstitucional con el área de Salud Mental del ICMED. Este aspecto será objeto de análisis más adelante. Ante la insistente preocupación de los familiares y del propio paciente por obtener un justificante médico que revocara las ausencias escolares ante las autoridades educativas, el médico optó por buscar un vínculo oficial con los funcionarios del organismo académico, a fin de dar cuenta de las condiciones que presentaba el caso y de pugnar por un tratamiento amplio e integral para el paciente y la familia.

En este caso como en otros, se informó a la unidad educativa la evolución del paciente y, de manera especial, de su asistencia a través de una nota de referencia-contrareferencia en la que se indicó a las autoridades del plantel educativo que si el paciente no asistía con regularidad al tra-

⁹⁴ Combinación de tranquilizantes menores y mayores con efectos secundarios que requieren correctores de tipo anti parkinsonianos incluidos en este esquema.

tamiento psicoterapéutico, no podría responder a ninguna actividad escolarizada, debido al cuadro que presentaba.

Una vez que el plantel educativo fue notificado de la situación que guardaba el caso, se explicó a los familiares y al paciente la trascendencia de mantener un tratamiento adecuado, a efecto de que en función de los resultados y la posible evolución pudiese retornar a sus actividades escolares. Con estas bases, el área de Salud Mental abrió un nuevo contrato terapéutico que involucraba de manera más franca a los integrantes de la familia y, por supuesto, al paciente. Desde la misma segunda semana del mes de enero, Pedro B. retoma su tratamiento.

Lamentablemente, hacia la segunda semana del mes de enero de 2002, Pedro B., después de una riña sostenida con varios de sus compañeros, recibe la notificación oficial de que ha sido dado de baja y que debe recibir tratamiento médico para superar su esquema de comportamiento antisocial. Ante ello, el dictamen escolar explicita que el paciente debe ser tributario de atención psiquiátrica, en función de las irregularidades presentadas en cuestión de asistencia e incumplimiento en las tareas escolares y las conductas agresivas y amenazantes expresadas hacia sus compañeros⁹⁵. El comunicado elaborado por la máxima autoridad escolar determinó, unánimemente, interrumpir su estancia como estudiante durante por un periodo de cuatro ciclos lectivos, condicionando su reincorporación cuando las instancias competentes certifique su rehabilitación, es decir, el ICMED.

Ante esta situación, el especialista en psiquiatría se comunicó con uno de los funcionarios del plantel y preguntó sobre la posibilidad de que el paciente fuese nuevamente aceptado, en caso de que se lograra su recuperación antes

⁹⁵ Por ejemplo: amenazas de muerte, exhibición de instrumentos punzo cortantes que corresponden a un trastorno antisocial de la personalidad DSM-IV.

del dictamen. La respuesta fue positiva y alentadora. La autoridad académica agregó que lo importante era ayudar a los estudiantes y que, en caso de resultados positivos, serviría de apoyo en el tratamiento del paciente así como en su inserción social, hechos de suma importancia para librarlo de la psiquiatrización y por lo tanto evitarle un escenario poco promisorio.

Una vez generados los comunicados oficiales en torno a la suspensión de Pedro B., el plantel educativo decidió canalizar oficialmente al paciente hacia el ICMED, a fin de que recibiera el tratamiento respectivo y que se gestionara la participación activa de los integrantes de la familia.

Durante la misma segunda semana del mes de enero de 2002, el área de Salud Mental del Instituto se da a la tarea de redactar un informe sumario sobre la trayectoria y desarrollo que ha presentado el paciente y el médico especialista vislumbra la hipótesis de que el agravamiento y erosión del comportamiento antisocial de Pedro B. puede estar asociado a que el consumo de drogas se ha mantenido en forma relativamente constante y, desde luego, al margen de la vigilancia de los progenitores.

A partir de la segunda quincena del mes de enero y prácticamente las primeras dos semanas del mes de febrero de 2002, el paciente expresa haber retomado el tratamiento indicado por el ICMED. No obstante, como resultado de una nueva valoración, el especialista del área de Salud Mental del propio instituto, logra constatar que el paciente ha continuado con el problema de la farmacodependencia⁹⁶ y recomienda la canalización de Pedro B, hacia una institución especializada en tratamiento de adicciones, ya que se trata de un paciente con probable cuadro de psicosis (Freud, 1982a: XVI, 224) [Ver diagrama de Gantt en página Cuadro 13.3.1].

⁹⁶ El uso de sustancias tóxicas puede causar psicosis transitorias.

Características familiares. El paciente procedía de una familia conyugal nuclear, de nivel socioeconómico medio-alto y afincada en el ámbito urbano. Al parecer, los detonadores de la crisis de comportamiento se circunscriben a cuatro factores: dificultades de la transición en la etapa de la adolescencia; consumo de drogas; crisis emocional por rompimiento de noviazgo, y dificultades de identificación con la estructura parental.

El paciente pertenece a una familia copuesta por un padre profesionista exitoso, una madre ama de casa –considerada por el padre como una excelente persona– y un hermano –un año menor que él– que mostraba éxito en los estudios y buena conducta dentro del ámbito familiar.

Secuencia del Proceso Clínico-escolar aplicado a través de consulta externa. Paciente: Pedro B.

Cuadro 13.3.1 Diagrama de Gantt

N.	Actividades	2001-2002							
		N.	D.	E.	F.				
1	Pedro B. se presenta por cuenta propia para ser valorado clínicamente								
2	Aplicación de diagnóstico								
3	Prescripción de tratamiento								
4	Cita siguiente semana. Mejoría								
5	Ausencia dos semanas								
6	Presencia de la madre de Pedro B. para solicitar justificante escolares para el paciente								
7	Solicita nueva presencia del paciente								
8	El paciente se ausenta 40 días								

Esta situación había producido una gran rivalidad entre hermanos, debido a que el padre tenía mejor comunicación con el hijo menor, quien gozaba de muchos beneficios como utilizar el automóvil, permisos y vacaciones, entre otros.

Lo anterior supone la producción de un esquema de familia disfuncional de tipo descontrolada descrita or enfoque sistémico. Cabe mencionar que el nivel socioeconómico de esta familia es medio alto, razón por la que paralelamente Pedro B. ha podido ser atendido en una institución psiquiátrica privada. Sin embargo, llama la atención que después de cuarenta días de internamiento, el paciente continuó con sintomatología de enfermedad mental diagnosticada por fuga de ideas y daño, labilidad emocional y querulancia, principalmente hacia el padre.

En forma resumida, cabe mencionar que durante las sesiones de consulta se presentó la siguiente evolución:

1. El paciente insitió en que le fueran justificadas sus faltas de asistencia a sus actividades escolares, lo que mostraba una desconexión con la realidad porque se había explicado tanto en forma verbal como escrita su situación académica.
2. Continuó con una actitud poco tolerante, y fue verbalmente agresivo, con poca disposición para escuchar. Se llegó al acuerdo de que asistiera a otra sesión y de que la familia controlara la violencia en casa, para de esta forma mantener una estabilidad emocional de control por parte de todos sus integrantes.
3. Pedro B. se presentó con sus padres y hermano, y se llevó a cabo una entrevista familiar en la que se identificó el conflicto entre los hermanos, derivado de un sentimiento de desplazamiento en el afecto de los padres por el hijo menor. La madre habló y mencionó que la relación familiar cambiá a partir de que

Pedro B. ingresó al nivel medio superior, tiempo en que terminó una relación de noviazgo⁹⁷ y se refugió en sustancias tóxicas.

4. La madre consideró que la situación del fracaso en la relación de noviazgo no era tan importante, más bien propio de su edad, a lo que el paciente expresó lo contrario, condición que reflejó la poca empatía de la relación parental, ya que anteriormente era un estudiante con altos promedios, que destacaba en las actividades deportivas, particularmente en la natación, habiendo sido inclusive seleccionado para competir en el ámbito nacional dentro de su categoría, opciones de crecimiento personal que había abandonado.

En general, las conducta manifestadas por Pedro B. a lo largo del tratamiento estuvieron caracterizadas por constantes interrupciones, llanto frecuente, burla y mofa, evasión de la situación, lo que da cuenta del profundo estado regresivo en que se encontraba.

13.4 INVESTIGACIÓN SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD MENTAL Y LA ADMINISTRACIÓN EN EL ÁREA DE LA BIOÉTICA

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en lo anterior, se estima que a partir de método de estudio de caso se pueden proyectar una serie de consideraciones en torno al papel bioético que juegan, por un lado, la institución educativa en general (Universidad Autónoma del Estado de México); por el otro, la instancia encargada de atender los casos que le son remitidos para su atención clínica y psiquiátrica de la propia institución (Instituto de Investigación en Ciencias Médicas), y finalmente, el papel

⁹⁷ El duelo de la infancia en la adolescencia.

que está llamada a desempeñar la familia en casos como el que se describe.

El método de estudio de caso ha sido motivo de amplias discusiones en torno a su alcance teórico, pero también se ha reconocido que cuando la situación elegida permite explorar a profundidad una serie de aspectos que interesan a la propia investigación, y cuando la pertinencia del caso seleccionado constiuye una representación cualitativa de otros fenómenos similares, el ejercicio inductivo puede arrojar luz sobre importantes aspectos del fenómeno que se estudia (Arellano, 1998).

Cada uno de los elementos y reflexiones que se desarrollan a lo largo de este texto, tiene como eje particular la intención de contribuir al planteamiento de un esquema de administración de instituciones de salud, que haga posible un mejor tratamiento, atención y generación de procedimientos que conlleven posiciones bioéticas.

A este respecto, se formulan varias interrogantes: ¿qué representa la escuela o la ocupación académica en la escala de valores de los padres y de la familia en general, cuando se atraviesan problemas de personalidad más severos que tratocan el destino de un ser humano?

Con base en los requerimientos y demandas exhibidas tanto por el paciente como por los padres, podemos vislumbrar que lamentablemente se toma más trascendente para los progenitores el hecho de que su vástago acude a clases, en detrimento del pleno enfrentamiento y asimilación de la problemática que presenta el joven y, adicionalmente, quizá descendentado el papel que juegan ambos cónguyes en la etiología del cuadro psicopatológico.

De hecho, la posición del ámbito familiar parece circunscribirse a la búsqueda de alternativas que auguren capacidad para resolver el problema, sin ofrecer un esquema de coparticipación que permite arrojar luz sobre el posible

cauce que tomará la situación si se articulan esfuerzos desde distintos ángulos.

¿Qué constituye para la escuela y en general para la institución educativa el hecho de que un ser humano que arrope en sus aulas, se vea abrazado or una crisis psicopatológica cuya fuente de causalidad, en principio, señala tres ejes consustanciales: consumo de drogas, crisis emocional y participación de la familia?

Por lo descrito anteriormente, el plantel educaivo denota de manera clara tres funciones básicas: la identificación de situaciones críticas en sus estudiantes; la canalización hacia instancias de salud, a través de la toma de decisiones administrativas y, en su caso, el seguimiento comportamental y académico que presenta el estudiante cuando éste se reintegra a la actividad áulica.

Si bien dichas funciones no dejan de quedar enmarcadas en un esquema administrativo convencional, sería de especial relevancia apuntar las siguientes cuestiones:

¿El seguimiento que se ha de realizar al paciente, cuando se reintegra temporalmente o en forma definitiva a la actividad escolar, ha de estar circunscrito a la petición de justificantes de inasistencia? ¿Este tipo de “controles” administrativos operan en la dimensión que reclama una problemática psicopatológica? ¿Es posible que las instituciones escolares no hayan analizado las implicaciones bioéticas y la efectividad de una serie de procedimientos de control que han sido diseñados y operados para los comportamientos convencionales que exhiben sus estudiantes?

Por ahora, las posibles respuestas a cada una de las interrogantes formuladas en el párrafo anterior, tendrían como base fundamental la necesidad de revisasr, analizar y replanear el esquema de seguimiento y evaluación comportamental con que cuentan algunas escuelas de educación

superior, en tanto se vislumbra que no fueron concebidos para atender casos especiales que demandan otro tipo de acciones y de interacciones tanto con los familiares, el propio estudiante y aún más con el centro d salud que brinda atención a casos como el que se continúa describiendo.

Con los anteriores elementos habría que formular lo siguiente: ¿por qué con el tratamiento farmacológico y la psicoterapia familiar no se ha mejorado el cuadro psicótico? ¿El paciente continúa utilizando sustancias tóxicas que le producen estados que se manifiestan en los síntomas clínicos descritos? Lo anterior haría considerar la opción de un tratamiento especializado en adicciones en una institución pertinente para estos casos.

13.4.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Una forma de obtener orientación en un campo, es encontrar un punto central de referencia y comenzar la reflexión a partir de él. En esta estructura, el análisis detallado de la situación adquiere una dimensión nueva porque lo que se hace es ubicar un hecho, desde cuyo principio, a partir del relato de historias, se va describiendo el entorno y el momento en que acontece, y se detectan las actitudes y aptitudes de los involucrados y las reglas que se deben seguir, para entonces producir una teoría sobre los orígenes de este acontecimiento

Para la elaboración de este estudio se utilizó el método de caso, el cual permite descomponer las conjeturas propias iniciales del problema a tratar, en una serie de supuestos más específicos. Esto permite hacer un análisis más detallado de la situación o problema, lo que conlleva de manera más fácil y precisa al establecimiento del grado de inrerrelación que guarda cada uno de estos supuestos en el desarrollo del hecho acontecido.

En forma resumida, se contó con un caso en el que el paciente (Pedro B.) presenta un cuadro psicótico, como resultado de un proceso complejo de su desarrollo psíquico e intrafamiliar pero vinculado sustantivamente por el consumo de estupefaciente.

Ante ello, emergen una serie de situaciones administrativas y bioéticas que abren la oportunidad para revisar tanto procesos de corte administrativo como aspectos vinculados con principios éticos que pueden ser sometidos a una revisión crítica, dada la condición que presenta el caso específico.

En tal sentido, se plantearon las siguientes cuestiones como puntos centrales, ante la condición que presenta el paciente (cuadro psicótico):

- ¿Cómo se colisionan y reordenan los cuatro principios bioéticos cifrados en el trabajo clínico, ante un paciente que refleja un cuadro de lesión de sus condiciones d autonomía?
- ¿Cuáles tendrán que ser el papel y la decisiones prácticas que deben poner en marcha el médico, la institución educativa y la de salud que brindan atención al paciente?
- ¿Cuál es el papel y la función bioética de la familia y de los padres, ante la condición que presenta uno de sus integrantes?
- En un terreno más amplio, se formulan dos interrogantes más:
- ¿Son los comité de bioética una alternativa a favor de la atención médica integral de los estudiantes y una posible solución a la disminución en la deserción escolar?
- ¿Tanto las instituciones de salud públicas y privadas como el personal médico especializado que interviene

en este caso, basan su atención y decisiones en los principios filosóficos de la bioética?

13.4.3 OBJETIVOS

La respuesta a estos planteamientos nos permitirá arribar a los siguientes objetivos:

1. Apoyar la generación de propeustas que permitan desde un enfoque bioético, coadyuvar al fortalecimiento de las estrategias llevadas a cabo hasta ahora, en materia de prevención y tratamiento de la salud mental, tanto en el ámbito familiar como en las instituciones de salud públicas, privadas y educativas.
2. Impulsar la revisión y análisis crítico de los sistemas administrativos de una instancia de salud, basados en las condiciones generales que presenta un caso y, en su supuesto, buscando su posible aplicación en otras condiciones similares.
3. Abrir un espacio de reflexión que busque la interrelación entre el ámbito clínico, administrativo y bioético.

13.4.4 MARCO TEÓRICO DESCRIPTIVO

En atención a las características del estudio de caso así como a los objetivos formulados en el trabajo de investigación, enseguida se exponen los elementos teóricos-descriptivos que constituyen los marcos generales en los que se inscribe la presente tesis.

Inicialmente, se ofrece una breve exposición de la bioética. La intención central es dar cuenta del enfoque con el que se abordó el estudio y cómo se buscó vincular con el

caso clínico, en términos de preocupaciones de salud desde la disciplina de la psiquiatría. Por esta razón, se incluyeron algunos párrafos centrales que tratan de vincular ambos campos: la bioética y la psiquiatría.

Finalmente, en tanto las condiciones del caso tenían como una de sus bases etiológicas el consumo de drogas, se presentan, en forma resumida, una serie de datos, programas y acciones que tanto a escala internacional como nacional han figurado y continúan en el escenario del tema de la drogadicción en el sector de los jóvenes.

Bioética. Un campo necesario. La bioética se define como el estudio interdisciplinario de los problemas creados por el progreso biológico y médico, tanto a nivel microsocial como macrosocial, y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores, en el futuro y en el presente. Desde luego, se trata del estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examina a la luz de los valores y principios morales.

Por tanto, la bioética ha de abarcar la ética médica⁹⁸, pero no se limita a ella. La bioética constituye un concepto más amplio en cuatro aspectos importantes:

1. Comprende los problemas relacionados con los valores que surgen en todas las profesiones de salud, incluso en las afines y la salud mental.
2. Se aplica a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento que influye, de manera directa o no, en la terapéutica.
3. Abarca una amplia gama de cuestiones sociales, como las relacionadas con la salud pública, la ocupacional y la ética del control de la natalidad, entre otras.

⁹⁸ La ética médica, en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación entre médico y paciente.

4. Va más allá de la vida y la salud humana, en cuanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas. Por ejemplo, en lo concerniente a experimentos con animales y a demandas ambientales conflictivas.

En tal sentido, podemos decir que este texto se inscribe de manera clara en los primeros dos aspectos y de manera más tangencial alude a los dos restantes. Respecto a los dos primeros aspectos señalados, como se podrá apreciar más adelante, el caso analizado implicó el debate y la colisión de una serie de valores y necesidades emanados de distintas ópticas, condiciones y necesidades: desde el punto de vista de la institución educativa que pugna por una adecuada atención pero que al mismo tiempo trata de salvaguardar al resto de la comunidad escolar, desde la visión de la institución de salud que le trata de brindar la mejor atención inicial al paciente o, en su caso, la mejor canalización a partir de un sistema de evaluación psicoterapéutica; y desde la óptica de la familia, que busca con denuedo la recuperación de la salud de su vástago pero que intenta mantenerlo en el sistema escolar, con relativa independencia de los problemas de comportamiento y de bajo desempeño escolar que mantiene.

Ética médica y psicoanálisis. Cuando un persona enferma y más de una enfermedad incurable, psicológicamente se ve afectada:

La etapa inicial, de crisis, se caracteriza por la negación. La etapa de transición empieza con periodos alternantes de coraje, conmiseración y ansiedad; repaso obsesivo del pasado en un intento de comprender qué fue lo que hizo para merecer enfermar... la etapa siguiente es de "aceptación" a las limitaciones impuestas por la enfermedad... Se llega finalmente, a la etapa de preparación para morir (Jinich, 1998: 110-111).

Estas cuatro etapas por las que pasa el enfermo terminal obligan a la medicina a brindar una mejor atención médica, no sólo física sino psicológica. En este sentido, la atención médica dirigida a cualquier tipo de aciente, en fase terminal o no, debe medir su efectividad.

Una palabra de alivio da mucho más que un paquete de medicamentos. Y es que en el psicoanálisis la cura puede darse por medio de las palabras y del oído, principalmente. Las palabras, porque son el medio principal en el que tanto el paciente como el médico pueden expresar lo que hay en su interior, y el oído porque este sentido es el que siempre está alerta par entender mejr lo que se escucha.

Si en medicina se puede hablar de un cuerpo médico determinado por su objeto, en el psicoanálisis sólo es posible descubrir un discurso, un movimiento, un conjunto de vínculos sociales que no llegan a palpase como una corporación.

Al respecto, Freud (1910) en su artículo “El psicoanálisis silvestre”, hace interesantes consideraciones. Una de ellas dice que “La cura no es el suministro de un saber al paciente. La labor del análisis consiste en combatir las resistencias internas al propio saber inconsciente del analizante, hasta sus límites propios y no en su ilimitación universitaria” (cfr. Clavreul, 1978: 9).

Con base en lo anterior, también debemos plantear cuál ha de ser la posición bioética de los especialistas en salud cuando se trata d un problema como la drogadicción. En el tema que nos ocupó, como se indicó páginas anteriores, uno de los factores detonantes del caso Pedro B. fue precisamente el del consumo de drogas, que lo llevó a presentar un cuadro psicopatológico severo

La primera noción a que nos conducen tanto el sentido común como la propia psiquiatría respecto a una persona drogadicta, como lo señala Diego Gracia, es al concepto de “vicio”. Al respecto, el autor indica que:

La psiquiatría ha tenido una gran capacidad normativizadora, no sólo de lo sano y de lo enfermo, sino también de lo bueno y de lo malo, de lo correcto y de lo incorrecto. De algún modo puede decirse que... la psiquiatría ha sido la rama de la medicina más directamente implicada en normativizar la conducta de los hombres, no ya la física, como la medicina, sino la moral (Gracia, 1998: 117).

A este respecto, el propio Gracia llama la atención sobre la ética que ha de privar frente al drogadicto, en tanto que

Trata de un ser humano como los demás, dotado de dignidad, y or tanto sujeto a derechos humanos fundamentales. El consumo de drogas no priva del respeto debido a todos y cada uno de los seres humanos. [Por ello] frente al modelo de la discriminación moral y social del drogodependiente, es necesario elaborar un modelo alternativo, basado en la comprensión y el respeto (Gracia, 1998: 132-133).

Desde esta óptica, como se puede apreciar en los siguientes párrafos, en nuestro país el tema de la drogodependencia ha cobrado especial relevancia y se han puesto en marcha una serie de programas y campañas para combatir este grave problema que afecta seriamente al grupo de los jóvenes.

Consumo de drogas ilegales. Sin duda alguna, se trata de un problema que se mueve a escala global y mantiene fuertes vínculos con otros fenómenos como la violencia, el narcotráfico y el crimen organizado. A escala micro, el uso y abuso de sustancias prohibidas vulnera la salud de las personas, lesiona el ámbito familiar y promueve la inestabilidad social.

Si bien es cierto que las características de consumo varían de nación a nación y de región a región, la mayor proporción de drogas proviene de plantas naturales tipo

*cannabis*⁹⁹ (nueve de cada diez países reportan su consumo), le siguen muy de cerca los opiáceos y ocupan el tercer lugar las sustancias derivadas de la hoja de coca: ocho de cada diez países (Guaderrama, 2002: 24).

De acuerdo con el mismo informe de la ONU, durante los años 90 el consumo de drogas continuó expandiéndose en casi todo el mundo. A esta inclinación internacional lamentablemente no escapa México. Veamos, en forma muy apretada, las principales cifras y tendencias.

Poco más de tres millones de personas, en su mayoría hombres, reportan haber consumido –al menos una vez– alguna droga ilícita.

De cada cien personas que dijeron haber probado alguna vez una droga ilícita, 43 tenían entre 12 y 25 años, es decir, eran adolescentes o jóvenes.

Con base en los resultados aportados por la Secretaría de Salud, se indica que en México el peril característico del consumidor de drogas es el de un varón de 15 a 19 años de edad, sobre todo soltero y con baja escolaridad. Asimismo, que la marihuana y ls inhalables son las drogas más recurrentes en adolescentes (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Tijuana (14.73%), Ciudad Juárez (9.20%), Ciudad de México (7.28%) y Guadalajara (7.50%), constituyen las ciudades consideradas de mayor riesgo en el consumo de drogas, a finales del siglo XX, aunque en otros sitios se ad-

⁹⁹ La prevalencia alguna vez en la vida del uso de mariguana en la población general, para el caso de México, fue de 4.7, prácticamente siete veces menor a países como Australia (31.0), Dinamarca (31.3) y Estados Unidos (32.9). Indudablemente, cualquier incidencia en materia de consumo de drogas se vuelve objeto de profunda preocupación ara todos los países. Ver Secretaría de Salud (1999), el tema en la actualidad adquiere otra dimensión, que excede el espacio de este texto, que alude especialmente al tiempo en el que se desarrolla el hecho analizado.

vierten indicios preocupantes en la adicción a drogas como la cocaína y la heroína (Secretaría de Salud, 1998).

La marihuana se ha mantenido como la principal droga entre los grupos consumidores. Según las Encuestas Nacionales de Adicciones, su uso alguna vez en la vida, casi se duplicó, pasando de 2.99% a 4.70%, en tan sólo la década 1988 a 1998 (Medina-Mora, 2002: 25).

Se registra un aumento en la prevalencia del consumo de drogas en México, pero crece en forma alarmante la adicción a la cocaína¹⁰⁰, especialmente entre los jóvenes y personas de menores recursos económicos. En la Ciudad de México, según reportes de diversos estudios realizados con población estudiantil, el índice de menores que han experimentado con cocaína creció de 0.5% a 4%, entre 1976 y 1997 (Guaderrama, 2002: 25).

El consumo de algunas sustancias adictivas, por vía intravenosa, aumenta el riesgo de contraer otras enfermedades como el VIH/SIDA y la hepatitis B y C (Medina-Mora, 2002: 25).

México ha trazado una larga trayectoria en materia de atención a farmacodependientes. Prácticamente desde finales de la década de los años 60, se crearon los Centros de Integración Juvenil (CIJ).

Sin embargo, fue hasta 1972 cuando el gobierno mexicano abrió un frente para atender e investigar este problema de salud, a través de la fundación del Centro Mexicano de Estudios en Farmadependencia (CEMEF).

Doce años después, en 1984, en la Ley General de Salud por vez primera se consideró a las adicciones –farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo– como un

¹⁰⁰ Los resultados comparativos, respecto a la prevalencia alguna vez en la vida del uso de cocaína en como Australia, España y Canadá y siete veces menor que el consumo de los Estados Unidos de Norteamérica. Desde luego, el lugar que ocupa México no es, en modo alguno, tranquilizador.

problema de salubridad general y se estableció el marco jurídico para realizar acciones en esta materia. Dos años más tarde, en 1986, fue creado el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Este Consejo está presidido por la Secretaría de Salud y es el encargado de buscar la promoción y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado en la prevención y el combate a los problemas derivados de la adicciones¹⁰¹.

Adicionalmente, a través de la participación de la Secretaría de Educación Pública (SEP), se elaboraron los primeros contenidos programáticos de apoyo tanto a la educación primaria como a la de los adultos. Con ella se integraría un sistema de atención desde cuatro instancias: salud, educación, justicia y atención a la juventud.

En materia de investigación epidemiológica, en el año 1988 se llevó a cabo la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) y, por su parte, en los años 1986 y 1992, la SEP y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INP), efectuaron encuestas en la población estudiantil de todo el país (Guaderrama, 2002: 26).

Los programas y acciones tanto a escala federal como estatal han continuado su labor, y durante los últimos años se ha implementado una serie de acciones de este tema. Recientemente, en el marco de la celebración del Día Internacional de lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, la SS emitió un plan de comunicación para “desarrollar una campaña¹⁰² integral para la prevención de la farmacodependencia, orientada a fortalecer los factores de protección y reducir los riesgos para evitar el consumo de

¹⁰¹ El CONADIC propone y evalúa los Programas Nacionales contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia.

¹⁰² El lema de la campaña fue: “la vida es la meta. Vamos contra las drogas”.

sustancias adictivas” (Secretaría de Salud, 2001: 4). Dicha ropeusta define como audiencia primaria a los adolescentes de 12 a 18 años y plantea los siguientes objetivos:

- Que los padres cuenten con estrategias para facilitar la comunicación familiar, la disciplina y el establecimiento de reglas firmes y concretas como un factor protector.
- Que la comunidad reconozca la farmacodependencia como un problema de salud que atañe a la sociedad.
- Que los adolescentes identifiquen los beneficios de vivir una vida sana, reforzndo los factores de protección.
- Que los padres de familia y maestros dispongan de lainformación para promover entre los adolescentes conductas y actitudes protectoras para que eviten el uso de sustancias tóxicas.
- Que los responsables de programas de atención a adolescentes y jóvenes cuenten con información para laorientación, detección temprana del probela y la atención a los adolescentes (Secretaría de Salud, 2001: 4).

13.4.5 ELEMENTOS DEL CASO

Este apartado tiene por objeto exponer los conceptos y argumentaciones que dan sustento a este texto, los cuales son abordados desde dos vertientes: la base administrativa de los procesos que se entretajan en el quehacer institucional de un ámbito de salud que ofrece servicios, y una segunda, acerca de aquell que permite explicar la casualidad y móviles relacionados con los aspectos bioéticos del caso estudiado.

13.4.5.1 ANÁLISIS ORGANIZACIONAL: EL CASO DE UN CENTRO DE SALUD

Dado que el caso está circunscrito a un proceso de atención en un centro de salud, enseguida se expone una serie de elementos que se estiman característicos de este tipo de organizaciones y que marcan diferencias cualitativas con respecto a otros organismos.

13.4.5.1.1 Objetivos y valores

Siguiendo a Robert Wilson (1963), particularmente los centros de salud pueden tener objetivos diversos. Sin embargo, el propósito central es satisfacer las necesidades del cuidado y tratamiento de los pacientes. Pero cada tipo de participantes (pacientes, cuerpo médico, enfermeras, cuerpo administrativo, patrocinadores y otros) interpreta los medios para lograr estos objetivos en función de sus propios sistemas de valores y requerimientos.

13.4.5.1.2 Tecnología

Los médicos y la comunidad en general despliegan un tipo de interés muy especial cuando se trata de centros de salud, pues se reconoce que, en términos generales, los hospitales se han convertido en instituciones primarias para la sociedad, en tanto son capaces de acuar la tecnología médica (conocimientos, habilidades y equipo especializado) necesaria para el tratamiento del paciente.

Con las nuevas complejidades, ha habido una creciente necesidad de mejorar las técnicas de organización y de administración. En organizaciones pequeñas y menos complicadas, éstas eran relativamente simples. En el hospital

moderno y aun en centro de salud como el Instituto de Investigaciones en Ciencias Médicas, son necesarios enfoques más complejos para la coordinación de las actividades, pues no sólo se generan servicios de salud sino que a través de esta función primigenia se busca dar impulso a la función de la investigación.

No sólo los aspectos del conocimiento de la tecnologías se han hecho más avanzados y especializados; los aspectos físicos de la tecnología (facilidades, maquinaria y equipo) son también más costosos y complejos.

13.4.5.1.3 Estructura

La estructura de la organización de un centro de salud clásico difiere sustancialmente del modelo burocrático de otras organizaciones de gran tamaño. El centro de salud tiene una relación única entre la autoridad formal de la posición, tal como es representada por la jerarquía administrativa, y la autoridad del conocimiento, representada por los medios practicantes y otros profesionales. En el caso del ICMED y del área de Salud Mental, esto resulta evidente pues el médico tiene ante sí toda la responsabilidad de cada caso que recibe o que le es turnado.

13.4.5.1.4 Organización administrativa y el cuerpo médico

La diferenciación de las actividades se genera a partir de la distinción entre la organización administrativa y el cuerpo médico. La organización administrativa está encabezada por la Coordinación General del ICMED, que nombra al administrador del Instituto como la instancia que apoya el funcionamiento de la organización. Bajo la Coordinación

General están los distintos jefes de área, queines tienen a su cargo actividades funcionales.

La otra parte de la diferenciación dual es el cuerpo médico, el cual está encargado del tratamiento o proceso de “cura”. El cuerpo médico está constituido por doctores titulados, especialistas y posgraduados, así como practicantes que se dedican a nutrir su proceso de formación académica y profesional.

Las funciones y relaciones del cuerpo médico con otras secciones del Instituto están basadas en la posición legal del facultativo. Como organización, el ICMED no puede practicar la medicina. Sólo los médicos están autorizados legalmente a practicar la medicina en los pacientes. Por ello, el citado cuerpo es en gran medida autónomo y tiene un enfoque primario en los aspectos terapéuticos del tratamiento del paciente; de hecho, en la mayoría de los hospitales generales y de las áreas clínicas que conforman al ICMED, es una estructura autónoma con un director médico, comité ejecutivo y distintos comités funcionales. Está formado por médicos, quienes se dedican a la práctica individual. En tal sentido, es un cuerpo muy independiente de la organización administrativa.

13.4.5.1.5 Estructura y autoridad

El grupo legalmente responsable en el ICMED, encargado de legislar la política, es la junta directiva; por lo tanto, sus integrantes deben ser los formuladores de políticas internas.

La actividad esencial en el Instituto es el cuidado médico para el paciente, una especialidad de los médicos, quienes, por ende, son los que deben determinar las políticas de la organización al respecto.

Cada uno de estos grupos tiene una base para el ejercicio de la autoridad; sin embargo, éstas no se encuentran cla-

ramente delineadas y separadas. Existen muchas interfaces entre las fuentes de autoridad, las cuales crean conflicto. Es difícil seleccionar a alguno como poseedor de la autoridad central. La autoridad está distribuida y compartida, más que adherida, a la escala jerárquica.

13.4.5.1.6 Sistema psicosocial

Un centro de investigación y de salud como el ICMED es básica y fundamentalmente, y or encima de todo, un sistema-hombre. Es un sistema-social complejo: su materia prima es humana; su producto es humano; su trabajo está hecho principalmente por manos humanas, y sus objetivos son humanos; esto es, servicio directo a la gente.

El paciente constituye uno de los individuos claves para el Instituto, ya que es simultáneamente cliente y producto del ICMED. Entra al área correspondiente con suspicacia, miedo, y cierta resistencia en el mejor de los casos. Quizá su motivación dominante es la de ser capaz de salir del centro de atención por su propio pie y tan rápido como sea posible.

Como se puede vislumbrar en el caso que se presenta en este texto, el estar enfermo, por ejemplo, por lo común releva de otras obligaciones tales como ir a trabajar o a la escuela. La persona enferma es dependiente; no se puede cuidar por sí mismo, por lo que debe ser cuidado. Pero en tanto estar enfermo es un estado indeseable, hipotéticamente o en condiciones normales, él tiene la obligación de ponerse "bien", lo cual conlleva la obligación de buscar ayuda técnicamente competente. Todas estas definiciones del papel del paciente prescriben que éste actúe en una forma muy pasiva y obediente en el centro de salud.

13.4.5.1.7 Cuerpo administrativo

El papel del administrador se ha desarrollado más rápidamente que cualquiera otro en las dos últimas décadas de cambio reciente en los centros de salud. Cada innovación en el tratamiento médico y quirúrgico de los pacientes ha tenido un efecto en la participación del administrador dentro del drama total. Nuevos equipos, nuevas prácticas y nuevas maneras de utilizar los recursos han alterado la vida de todos los departamentos de los centros de salud, y este hecho ha motivado nuevas demandas sobre el administrador.

Por encima de todas estas cosas, el administrador es en sí mismo parte de una profesión naciente, para la cual la educación de posgrado y las asociaciones formales de colegas son cada vez más importantes. La proposición acerca de que el administrador de un centro de salud o de un hospital apenas comienza, indica que su posición está menos definida y no tiene los precedentes históricos del cuerpo médico o la junta directiva.

El administrador de hospital en funciones debe estar preparado para vivir un papel muy ambiguo e incierto, uno que requiere el uso de la sugestión y la persuasión, más que de la autoridad formal. Por ello, el estilo de liderazgo democrático-participativo es generalmente el más efectivo.

13.4.5.2 LA BIOÉTICA Y LA PRÁCTICA MÉDICA

Como disciplina independiente, la bioética surge de manera clara durante los años 70 del siglo XX (Jonsen, 1994: 13). Desde entonces a la fecha, sus contribuciones han sido vertiginosas, pues se ha aprovechado del amplio e histórico bagaje que nos ha legado la filosofía moral, a través del pensamiento de grandes filósofos y pensadores como Platón, Aristóteles, Kant, Stuart Mill, Nietzsche, entre muchos otros.

En fechas más recientes, las aportaciones de Juliana González Valenzuela han generado importantes reflexiones en el ámbito de la bioética en particular y de la ética en general (1989, 1996 y 1997). Desde luego, el presente texto no pretende ofrecer un panorama general del desarrollo de la bioética, sino más bien colocar como punto de partida de breve pero trascendental historia que ha marcado este nuevo ámbito interdisciplinario. Los profesionales del campo de la salud así como las instituciones debemos retomar con mayor frecuencia y profundidad sus contribuciones para revisar críticamente nuestro quehacer y nuestros procesos de pensamiento.

En la práctica médica, la bioética ha sido cuestionada vigorosamente durante los últimos 30 años a raíz del desbordamiento de la tecnología, la manipulación genética, el manejo de embriones humanos, los trasplantes humanos y la síntesis de nuevas moléculas capaces de modificar el comportamiento. Este peso del progreso, aun siendo en general positivo, ha contribuido a cambiar el punto de vista de los profesionales de la salud no sólo en lo que debería ser el ejercicio de su profesión, sino también respecto a la enfermedad y al sufrimiento humano, por lo que el eje central de esta discusión radica –dado este nuevo escenario– tanto en los procedimientos utilizados en la medicina contemporánea como en el “rearme ético de sus profesionales” (Polaino-Lorente, 1997: 21).

Es conocida la definición de bioética dada por la *Encyclopedia of Biethics*: “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales” (*Encyclopedia of Bioethics*, 1995: XIX).

La bioética tiene su precedente en la ética y/o en la deontología médica. Sin embargo, no se trata de la misma disciplina ya que la ética médica tiene un ámbito mucho

mas restringido porque atañe sólo a la práctica de la medicina, mientras que la bioética no está *per se* limitada a esta práctica, aun cuando en nuestra sociedad algunos de los problemas que afronta la bioética deban ser resuletos por los médicos (Polaino-Lorente, 1997: 23).

El objeto material de la bioética es el actuar humano en el reino de la vida. Ahora bien, el actuar humano puede ser reconducido al saber y al obrar estrictamente entendidos (uso del saber), de aquí que el ámbito de la bioética se nos presente como el conocimiento científico de la vida y del uso de este saber (Polaino-Lorente, 1997: 23).

Desde los albores de la medicina, Hipócrates estableció las pautas éticas para el ejercicio médico, y a partir de ese hecho se derivaron los códigos de ética médica establecidos por los colegios y academias en los que se explicitan los principios que imponen la atención al paciente (Vélez Correa, 1999: 40), así como los criterios base para la toma de decisiones que permitan generar confianza en el mismo. Por lo tanto, toda profesión médica debe ser ejercida no sólo desde un enfoque ético, sino más bien desde una perspectiva bioética donde, además de buscar hacer el bien de manera particular, se trabaja por mejorar el bienestar de la comunidad y la armonía de esta, con su entorno.

Albert Jonsen se refiere que desde el *Informe Belmont: Normas éticas para la rotación de la investigación sobre seres humanos*, editado en 1978 por la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, se plantean cuatro principios que se han de atender en el campo médico-clínico: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Jonsen, 1994: 14). Dichos principios han operado como guías orientadoras de la ética en el cuidado de la salud, pero el ropio autor comenta que si bien estos principios tienen una gran valía ética, no

están desprovistos de problemas en el momento de pretender su aplicación en condiciones particulares y prácticas.

¿En qué consiste cada uno de estos principios?

- Autonomía. Se manifiesta en el deseo del paciente, es decir en que se realicen o tomen decisiones plenamente vinculadas a lo que él espera o desea. Sin embargo, en condiciones en las que el paciente no puede expresar sus propias decisiones, se considera la opinión de los familiares o de la pareja.
- Beneficiencia. Principio que alude a preservar el beneficio hacia el paciente o la persona. Sin embargo, muchas ocasiones resulta difícil esclarecer este principio debido a que existen tratamientos clínicos que, en el corto plazo, pueden ser considerados como poco benevolentes pero a largo plazo general el beneficio que implica este precepto.
- No maleficencia. Alude a la importancia de velar por que las formas de relación y los tratamientos no generen efectos que puedan lesionar al paciente o que pongan en peligro la calidad de vida de la persona necesitada de un determinado sistema de atención.
- Justicia. Se trata de un principio que lleva a la valoración y análisis permanente de la serie de condiciones que privan en cada caso, a efecto de estimular una toma de decisiones que dé cabida a las distintas voces y protagonistas implicados en el caso, por ejemplo: a autonomía del paciente vs. la beneficiencia vs. perjuicio vs. los avances médicos vs. la disponibilidad vs. el riesgo, etc.

No obstante, como lo indica el propio Jonsen, por una parte, cada uno de estos principios pueden disputarse la prioridad frente a los desafíos que presentan los casos clínicos (Jonsen, 1994: 18-19), como el que se aborda en el pre-

sente texto y, en segundo término, es importante considerar que los casos particulares de salud contienen, a su vez, cuatro características constantes: indicaciones médicas, las preferencias del paciente, su calidad de vida y rasgos contextuales (Jonsen et al., 1992: 57) De esta manera, cada una de estas cuatro características o tópicos, constituye puntos de referencia tanto para los principios como para las circunstancias relacionadas.

A este respecto, como primer elemento, Jonsen sostiene que es indispensable comprender cabalmente cada uno de los principios. No obstante, se debe tener en consideración que la sola definición y entendimiento de cada uno de los principios no resuelve los problemas, debido a que cada problema moral o bioético está inmerso en “una multiplicidad de circunstancias tales como definir concretamente el factor tiempo, lugar, personas involucradas y el papel que desempeñan las políticas institucionales (Jonsen, 1994: 17), así como otra serie de factores que le dan especificidad a cada caso.

Lo anterior nos lleva a la condición de tener que admitir que cada problema moral no involucra un solo principio, sino varios, e implican diferentes normas que compiten en importancia. En palabras del mismo autor, “en la mayoría de los casos en que se involucran cuestiones éticas, el problema es causado por la aparente colisión de varios principios; de hecho, no es suficiente el razonamiento de éstos, sino que es necesario determinar cuál de ellos prevalece en el conflicto (Jonsen, 1994: 18). En suma, cada problema moral está inmerso en una multitud de circunstancias.

Con base en lo expuesto, ¿cuáles son los principios bioéticos que fundamentan los criterios de atención en la práctica de la salud mental?

La salud mental puede definirse como la capacidad para tener una vida digna personal gratificante y participar adecuadamente en la vida social (Vélez Correa, 1999: 105).

Una vez enunciado lo anterior surgen las dificultades: ¿qué es vida digna? ¿Qué es participar adecuadamente? No es posible decir que una persona que no se adapta a la sociedad es necesariamente un psicópata. La historia nos muestra que innumerables personas que no se adaptaron al medio donde vivieron, ahora son consideradas importantes para la humanidad. Por ello, se requiere que el médico sea juicioso tanto al diagnosticar el estado de salud mental de una persona, como en la selección y uso del tratamiento para su rehabilitación, en el entendido que la persona más fácil de manipular es sin duda el enfermo mental que puede ser manejado por medio de diferentes tratamientos como la psicoterapia y psicofármacos, o bien, por procedimientos más agresivos como electrochoques.

Otro problema que surge frente al psicótico es el ejercicio de su autonomía. ¿En qué momento su enfermedad le quita su autonomía o su poder de decisión? Existe la creencia de que el enfermo psiquiátrico no tiene la capacidad de autodeterminación y, por lo tanto, se corre el riesgo de violentar sus derechos con facilidad.

En este aspecto, es importante resaltar que la bioética no es una ciencia voluntarista que vaya presidida sólo por las leyes que escrupulosamente regulan las relaciones entre el médico y sus pacientes. La bioética es una disciplina de orden cognitivo. De ahí que ella misma se subordine y ordene a la consecución y/o facilitación de que el ser humano alcance su fin último que es la felicidad (Polaino-Lorente, 1997:138). Por consiguiente, la cuestión que el médico ha de responder no es tanto la pregunta kantiana ¿qué debo hacer?, sino más bien la de ¿cómo debo comportarme?

A esto hay que añadir que no hay acciones médicas aisladas. Todas las pequeñas decisiones que integran el acto médico se hacen convergentes, se anudan, se entrelazan, se configuran en un proceso en el que es muy difícil separar y

distinguir unas de otras. Si hiciéramos de la bioética y de la medicina una bioética casuística y una patología también casuística, lo que haríamos sería romper la realidad del ser humano, fragmentarlo, atomizarlo en esa *membrana iniecta* en que or esa acción devendría la persona humana (Polaino-Lorente, 1997: 149).

La misión de la bioética y la medicina es la de integrar los diversos elementos que la componene en una unidad de sentido superior. El error casuístico –sea aplicado a la conciencia o a la enfermedad– sólo queda superado cuando se contempla el juicio ético desde el horizonte de lo preceptivo y lo normativo.

Cuando se parte de la ley, el apego al caso singular y concreto que ha de juzgarse aparece como más exigente y mejor fundado. ¿Por qué? Porque entonces se descubre que lo que hau que hacer es aplicar determinados principios a unas conductas, a la luz de los criterios de verdad que en estas últimas se contienen. Sólo actuando así, se puede dilucidar lo que estaba permitido y lo que estaba prohibido en aquellas circunstancias y, en consecuencia, si el acto realizado era bueno o no, si se planifica o no la vida de quien así se comporta haciéndola más benevolente.

13.4.5.3 LA PRÁCTICA DE LA SALUD MENTAL Y LAS INSTANCIAS INVOLUCRADAS

Hasta hace unas décadas, la relación entre el médico y el paciente era más personal. Actualmetne interviene un gran número de sujetos en la prestación del servicio, ejemplo de ello es la incorporación de personal adminsitrativo e instancias no necesariamente expertas en la atención médica que se involucran en la prestación de los servicios, lesionando, en ocasiones, la autonomía del paciente o de la profesional.

A fin de dirimir entre los puntos de vista que se presentan en la toma de decisiones de carácter ético dentro de las instituciones, han sido creados mecanismos multidisciplinarios, a través de los cuales se concentran valores y voluntades, se dan recomendaciones sobre las decisiones, se realiza el seguimiento y se evalúa la acción tomada.

A éstos se les ha denominado comités de bioética. Estos comités tienen una función operativa y de intermediación en el estudio de las discusiones éticas en el individuo y el trabajador de la salud, así como en la investigación y la aplicación de la tecnología.

13.4.5.4 UNIVERSALISMO VERSUS SINGULARIDAD

La cuestión dilemática del universalismo versus singularidad se plantea sobre todo en la ética de la situación. Una ética que sostiene que es más importante la circunstancia que el individuo, el contexto que la persona, el ambiente que el ser humano.

En la ética de la situación, el comportamiento humano no puede fundamentarse sobre leyes universales que además sean válidas para todos los seres humanos y en todos los tiempos y en todos los lugares (Polaino-Lorente, 1997: 326).

La ética de la situación busca fundamentarse en las condiciones y circunstancias en que se encarna cada comportamiento. Dicho de otra forma, la ética de la situación es una ética siempre situada, circunstanciada y, hasta cierto punto, parasitada por esas circunstancias que son las que se convierten en criterio decisorio para evaluar el comportamiento humano.

En este sentido, esta ética debe tener en cuenta las circunstancias porque éstas pueden matizar, corregir, am-

pliar, intensificar las consecuencias con lo que se modifica incluso, la gravedad o levedad de la situación.

13.4.5.5 LA FAMILIA DEL PACIENTE

Como regla o máxima sistémica, todo padecer envuelve a la familia. La manera de envoverla es muy variada y difícil de predecir, a menos que se tenga un conocimiento profundo e íntimo de los múltiples factores psicológicos, sociales y culturales que determinen las características de la estructura dinámica de la familia y la interpretación y sentido profundo que sus integrantes le dan a la enfermedad y a su padecer. Ante ello, resulta evidente que el médico no sólo debe tratar la enfermedad sino el padecer, y no sólo debe prestar atención al padecer del individuo que destruye una familia, cuyos integrantes suelen tener una visión dicotómica del propio padecimiento y necesitan buscar un sentido orientado en la afirmación de la vida (Kleinman, 1998: 56).

Por lo anterior, el clínico actual debe ir más allá del modelo reduccionista biológico de la enfermedad, y adoptar el modelo biopsicosocial propuesto originalmente por un biólogo distinguido: Von Bertalanfy, del cual se ha derivado la terapia familiar con enfoque sistémico.

13.4.5.6 HORIZONTE LEGAL

La relación entre el médico y el paciente, como cualquier otra de carácter jurídico, debe ser explicada a la luz de los derechos y obligaciones de los elementos personales en ella involucrada. Asimismo, es igualmente necesario abordar la cuestión atendiendo a la teoría de la legitimación del acto biomédico, ya que de lo contrario se corre el riesgo de plantear explicaciones fragmentadas.

Siendo así, todo acto biomédico se legitima a través de un criterio ontológico-sujetivo que nos lleva a la necesaria concurrencia de los siguientes elementos (Casamadrid et al, 1998: 219):

- Un fin reconocido jurídicamente por el Estado, merced a la ontología del acto mismo.
- La aceptación libre del paciente, y
- La protección del derecho de tercero.

Con relación al primer punto, cada acto particular debe participar del fin constitucionalmente garantizado: la protección a la salud. Ello presupone que cada acto concreto debe ser apreciado bajo las reglas de la *lex artis* de la medicina y con el exclusivo propósito de curar.

En cuanto a la aceptación libre del paciente –deoniminada consentimiento bajo información– ésta presupone el ejercicio de la voluntad bajo las formalidades reguladas en la legislación civil, en forma libre de vicios y en ejercicio de un derecho propio.

Con la tercera, referida a la protección del derecho de tercero, se garantiza la correcta evaluación del impacto en la sociedad, de los derechos y obligaciones asumidos por los elementos personales de la relación (médico-paciente).

Aunado a lo anterior, a la disertación de los fundamentos jurídicos antes expuestos, se incorporan de manera más específica aquellos que tienen relación con el caso que nos ocupa, distinguiéndose, por una parte, los aspectos legales en materia de salud mental, y por otra, las implicaciones jurídicas desde el punto de vista penal, estas últimas tomadas en cuenta a partir de las acciones delictuosas en las que incurre el paciente objeto de este estudio.

El instrumento jurídico que regula la práctica de la salud mental es la Ley General de Salud¹⁰³, y para efectos de este texto, tienen relación los artículos 72, 73, 75 y 77 que a la letra dictan:

Capítulo VII. Salud Mental

Artículo 72. La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

Artículo 73. Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instancias de salud y los gobiernos de las entidades federeativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia formentarán y apoyarán:

I.El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;

II.La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;

III.La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia y,

IV.Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Artículo 75. El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto se ajustará a principios éticos y sociales además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.

¹⁰³ Ver Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud (2001).

Artículo 77. Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos procurarán la atención inmediata de las personas que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales”.

Con relación a los actos delictuosos en los que incurre el paciente, éstos se identifican dentro del Código Penal de Procedimientos Penales para el Estado de México (Gobierno del Estado de México, *Código Penal de procedimientos penales para el Estado de México*, 2000), a saber:

Subtítulo Quinto. Delitos contra la reputación de la persona. Capítulo I. Injurias.

Artículo 283. Se impondrán de tres días a seis meses de prisión y de tres a treinta y cinco días de multa, a quien fuera de una contienda de obra o palabra y con ánimo de ofender, ejecute una acción o prefiera una acción que, or su naturaleza, ocasión o circunstancia pueda perjudicar la reputación del agraviado.

Artículo 179. Son armas prohibidas: los puñales, cuchillos, puntas y las armas ocultas o disimuladas en bastaones...

Artículo 180. Se impondrá prisión de seis meses a seis años y de tres a doscientos quince días de multa y decomiso de objetos, a quien porte, fabrique, importe, regale, trafique o acopie sin un fin lícito las armas prohibidas en el artículo presente. Se entiende por acopia la reunión de tres o más armas de esta clase.

Artículo 234. Lesión es toda alteración que cause daños en la salud producida por una causa externa.

Artículo 235. Al inculpado del delito de lesiones que no pongan en peligro la vida se le impondrán:

I. De tres a seis meses de prisión o de tres a treinta y cinco días de multa o ambas penas cuando el ofendido tarde en

sanar hasta quince días inclusive y no amerite hospitalización. Este delito se perseguirá por querrela y, II. De cuatro meses a dos años de prisión y de cincoc a ciento cincuenta días de multa, cuando el ofendido amerite hospitalización o las lesiones tarden en sanar más de quince días”.

13.4.6 INTEGRACIÓN DE ELEMENTOS ADMINISTRATIVOS DE SALUD MENTAL, CON UN ENFOQUE BIOÉTICO

Durante el desarrollo de las entrevistas con Pedro B., se decidió enfocar la atención en la evolución de las relaciones dentro de la familia, sin olvidar la importancia que tiene la problemática tanto personal como familiar de la cual el paciente es portador, de lo que se observa:

Que la figura del padre quedaba borrada como tal, sin embargo, parece tener una relación fraterna, por lo cual la figura materna surge como el eje de autoridad. Lo anterior se manifiesta en un apérdida de límites que dificulta al paciente identificarse con una figura fuerte y, por tanto, lo mantiene en una problemática caótica competitiva que paradójicamente lo hace portador del fracaso en un inserción a la vida adulta.

Al hacer una reflexión sobre las repercusiones del fracaso amoroso del paciente durante la etapa de la adolescencia, se descubre una intensificación del duelo¹⁰⁴ (Green, 2000: 119) de la infancia, derivado del intento fallido por encontrar fuera de la familia el objeto perdido de la niñez.

¹⁰⁴ Duelo: como mecanismo estructurante, está ligado a las pulsiones de vida porque es un proceso indispensable para la superación de las fijaciones y por consiguiente es necesario para los cambios evolutivos (Green, 2000: 119).

Es importante mencionar que durante la adolescencia se reactivan los núcleos depresivos porque el propio adolescente va percibiendo la pérdida de los vínculos parentales con gran dolor, angustia y soledad. Si a esta situación se agregan el consumo de drogas y manifestaciones de baja autoestima, estrés y conductas destructivas que tarde o temprano repercuten en la persona, en su trabajo y en su vida familiar —ya que se pierde el interés por lo que le rodea—, la persona se convierte en un ser improductivo, conflictivo y aislado incluso por su propia familia.

Desde una perspectiva social, este problema tiene sus raíces en la disfunción familiar, en el fracaso escolar y en desilusiones amorosas.

Hay personas extraordinariamente inteligentes, civilizados, perfilados para triunfar pero no son más que eso: piezas de ajedrez que se desenvuelven a través de estrategias preconcebidas. Sin embargo, durante el primer acto auténtico de autoconciencia se refugian en el alcohol y las drogas que debilitan la voluntad hasta perder el dominio de sí mismos.

Con base en lo anterior, la problemática del paciente y la forma en que se abordó, la podemos ubicar en la corriente filosófica de un liberalismo radical que exagera el valor de la libertad hasta el atropello del otro, en tanto que a la familia la podemos situar dentro de la corriente pragmático utilitarista, que se base en la consideración de la utilidad: si algo es considerado útil para las personas, debe ser lo mejor para ellas.

Las corrientes filosóficas que denotan la actuación de las instituciones de salud mental públicas y privadas se ubican dentro del pragmatismo utilitarista y el personalista, expresado en el concepto de persona, con base en el fundamento de la visión moral y de la realidad, que considera a la persona en su hacer más que en el ser (Domínguez Márquez, 1999).

Por otra parte, la ética institucional se pierde de la recta razón volcada hacia los intereses políticos que pretende mantener un equilibrio entre los derechos y la asistencia de los servicios de salud.

Asimismo, el presente texto plantea la objeción de conciencia como uno de los derechos más elevados del ser humano que se deben ejercer en todos los actos de la vida, de acuerdo con el concepto de manifestar una resistencia ante una norma considerada injusta, por estar en contra de sus convicciones y principios éticos profesionales.

La objeción de conciencia es una forma de “concebir y ejercer en su más alto sentido la libertad del hombre” como tal, y debe formar parte de las garantías individuales que permitan y faciliten el desarrollo de las potencialidades del hombre (Domínguez Márquez, 1999: 99).

De acuerdo con el desglose del caso, el paciente debió haber sido canalizado mucho antes de lo que lo hicieron las instancias escolares; esto nos hace inferir que no se le dio la importancia que merecía desde un inicio, ya que su situación pudo alcanzar dimensiones menos significativas si se hubiese frenado a tiempo.

Por los antecedentes mismos de la situación, los padres debieron observar y detectar las anomalías en el comportamiento de Pedro B., lo que nos hace suponer una falta de interés por parte de ellos, así como una dinámica familiar problemática. En caso contrario, los padres hubieran podido detectar los primeros cambios en el comportamiento de Pedro B., y tomar acciones con la oportunidad necesaria.

Como se puede apreciar, a lo largo del presente caso se manifiesta en repetidas ocasiones la corriente de liberalismo radical basada en la realización de decisiones y acciones originadas en la conciencia individual, negando la realidad sin admitir ningún poder por encima del grupo.

Lo que interesa destacar en este apartado es el hecho de que las políticas de planificación familiar, sobre todo en los medios urbanos y en las clases sociales medias, desde 1970 han generado en México y en muchos países occidentales, estructuras familiares estrechas (las tendencias demográficas oscilan entre uno y tres vástagos), y, paradójicamente, ello no ha propiciado una mejor y más profunda atención para con los hijos ni una reconstrucción de la paternidad y la maternidad.

Por otra parte, el tráfico y consumo de drogas parece ganar vertiginosamente mayor terreno entre los jóvenes, quienes han encontrado un medio de escape y de irreverencia que atenta contra su salud y resulta adverso para su potencial como seres humanos. Este fenómeno del mundo de las drogas no se ha podido combatir con eficacia, a pesar de los esfuerzos que realizan muchos países del orbe y, como la tendencia mundial en materia penal está cifrada sobre la base de que se penaliza y castiga tanto al productor de enervantes como al que trafica con dichos productos, en general, a los consumidores se les considera como enfermos y, por ende, como pacientes.

En tal sentido, cobra especial relevancia abrir espacios de discusión para analizar las implicaciones bioéticas que representa el hecho de que en la mayor parte del mundo se hayan creado condiciones para estimular el narcotráfico y, por ende, el consumo de drogas, factor que ha generado la emergencia de un grupo altamente vulnerable como es el de los jóvenes, pues se estima que la mayor parte de los consumidores y de los adictos inician este tipo de conductas nocivas precisamente en la etapa de la adolescencia.

En otras palabras, si bien es cierto que los adolescentes pueden atravesar por etapas o periodos de crisis emocionales y aun más de problemas de identificación tanto con la figura paterna como con la materna, queda de manifiesto

que las repercusiones psicopatológicas que pueden desencadenar dichos estadios o crisis, se ven agravadas e incluso detonadas por condiciones de consumo de drogas; aspecto que gravita en el entorno de los jóvenes.

13.4.7 CONCLUSIONES

El texto presente fue construido a partir de la metodología de estudio de caso. Desde esta óptica, resultó de especial interés realizar un seguimiento cuidadoso en torno a las condiciones en que ingresó el paciente a la institución de salud, generar un sistema de seguimiento y establecer vínculos con el plantel educativo que originalmente transfirió al paciente.

A partir de las circunstancias en que fue presentado el paciente, fue posible sacar a flote una serie de condiciones que privan en la institución educativa y que generaron una serie de incidencias limitantes del marco de acción por parte de la institución de salud. También se identificaron elementos de intervención de orden familiar que jugaron un papel importante en el desarrollo del caso, así como los escenarios que fueron emergiendo a lo largo de los meses que se mantuvo atención al paciente.

Por otra parte, las características particulares del paciente hicieron posible la revisión, análisis y evaluación de los procesos administrativos que operan actualmente en el ICMED. En este sentido fue necesario colocar como características centrales del caso las implicaciones bioéticas que representan para una instancia como el ICMED y para el personal médico, la atención, tratamiento y, eventualmente, la canalización del paciente, con fines de rehabilitación. Asimismo, se puso de manifiesto qué papel bioético debe desempeñar la familia, ante una situación dramática como la que se genera a partir de la transformación del comportamiento y la

consecuente patología del mismo, como resultado no sólo de un lamentable consumo de drogas que genera un cuadro esquizoide en el paciente, sino como agente de socialización que mantiene una determinada responsabilidad en la gestión del cuadro y, por ende, de la problemática.

En otro ángulo, las condiciones operativas y sistémicas que tiene el INCMED para brindar atención a determinado tipo de pacientes, puso de manifiesto que es indispensable la formación bioética del personal médico que presta sus servicios en este tipo de instancias y que, a la luz de esta serie de avances que podrían generarse, los procedimientos administrativos tendrían que ser revalorados, a efecto de establecer un mejor sistema de atención y tratamiento que contribuya no sólo a desarrollar eficientemente los servicios, sino a proporcionar una atención más humana y comprometida con cada cuadro clínico que se presenta en las instalaciones del ICMED.

En atención a que el paciente fue canalizado hacia una institución de salud que le brindara servicios especializados en materia de atención de las adicciones, y a que la función del propio ICMED está circunscrita a la detección, tratamiento y, en caso de cuadros severos, a la identificación y gestión ante instancias más apropiadas para ofrecer servicios más específicos, resultó difícil dar la continuidad deseada a Pedro B, toda vez que no existe un vínculo fluido y permanente con los planteles educativos, encargados de la canalización de casos críticos. En tal sentido, es importante continuar el análisis de otros casos, a efecto de contribuir a la reflexión clínica, administrativa y bioética que implica el trabajo en el campo de la salud.

Para el ICMED, esta primera experiencia de evaluación ha constituido una valiosa oportunidad para identificar las áreas de oportunidad que se tienen como instancia de salud y ofrecer los primeros elementos de juicio con miras

a emprender modificaciones que contribuyan a una mejor calidad y eficiencia del servicio.

1. Este caso nos presenta con gran claridad la desarticulación existente entre las diferentes instancias tanto médicas como administrativas internas y externas, que incidieron en el paciente en forma iatropatogénica.
2. En este sentido, se considera de suma importancia la creación de un Comité de Bioética dentro de las instituciones médicas de educación superior que atienda este tipo de casos y garantice en forma objetiva e imparcial, los derechos humanos de la comunidad universitaria con sus diferentes actores (estudiantes, docentes y administrativos), y, asimismo, asesore a los planteles educativos en la forma de abordar y dar solución a este tipo de problemática.
3. El sustento de la anterior propuesta se basa en el principio de bioética como una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico, psicológico y social, con el conocimiento de los sistemas de los valores humanos que nos permite hablar de un nuevo paradigma intelectual consistente en la confrontación entre hechos y valores.
4. Asimismo, se considera conveniente la realización de las siguientes estrategias dentro del ámbito institucional para influir de manera positiva en un cambio en la autonomía de las personas para decidir ante problemas de salud mental:
 - Desarrollar programas de educación continua en materia de salud mental, dirigido a orientadores y personal docente que se encuentran en contacto directo con la comunidad estudiantil.

- Fortalecer los programas de educación continua en el área de la salud mental, dirigidos al personal dedicado a esta tarea dentro de las instituciones públicas.
- Incrementar las líneas de investigación en el campo de la salud mental, de manera particular en el área de prevención.

Finalmente, es importante destacar que para la realización de este caos, se pidió autorización al paciente y su familia aplicando los siguientes principios:

- Principio de consentimiento informado, que plantea la libertad de que hay prestado información o no.
- Principios básicos de respeto por las personas, desde el punto de vista ético y legal tanto verbalmente como por escrito.
- Principio de no maleficencia, que formulan dos reglas complementarias: por un lado no hacer daño y por el otro extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.
- Principio de justicia, quien debe recibir el beneficio de la investigación y en este caso queda exento de cualquier sufrimiento por aplicar el anonimato de los sujetos de investigación privilegiando el cuidado de la utilización de enfermos mentales.

El consentimiento informado es siempre verbal y en documento escrito y garantiza que la información más relevante haya sido dada por el médico y recibida por el paciente y su familia. Para considerar esta autonomía, se requiere de la voluntariedad, ya que todo consentimiento en el que se le haya prestado información o no emitido por un enfermo que no actúa en forma voluntaria, no es aceptable desde el punto ético y legal.

BIBLIOGRAFÍA

- ARELLANO GAULT, David (1998) "Case studies methodology in social sciences", *Centro de Investigación y Docencia Económica*, México, CIDE.
- BRAUSTEIN, A. Néstor (1981) *A medio siglo del malestar de la cultura*, México, Siglo XXI Editores.
- CASA MADRID MATA, Octavio, (1998) *El derecho sanitario mexicano. La enfermería en México. Sistemática jurídica y legitimación del acto biomédico*, México, Memoria del Simposio Internacional de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, <http://dianelt.unirioja.es/descarga/articulo/4052715.pdf> (con el mismo título se publica como capítulo 36 del *Manual de ética y legislación en enfermería: biomédica de enfermería*, Nicolás Alarcón, et al, Madrid, Ed. Mosby, 1997, 236 ss.)
- CLAVREUL, Jean (1978) *El orden médico*, Barcelona, Editorial Argot.
- DOMÍNGUEZ MÁRQUEZ, Octaviano (1999) *Objeción de conciencia en los Servicios de Salud. Bioética*, México, Distribuidora Editora Mexicana.
- REICH, Warren (edición) (1995) *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York, Macmillan Publishing Company, V.I. 2 edc. revisada.
- FREUD, Sigmund (1982a) *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XVI.
- _____ (1982b) *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XIV.
- _____ (1982c) *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. I.
- GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (2001) *Ley General de Salud*, México, Ediciones Fiscales.

- GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO (2000) *Código Penal de procedimientos penales para el Estado de México*, México, Ediciones Delma.
- GONZÁLEZ VALENZUELA, Juliana (1998) *El malestar en la moral. Freud y la crisis de la ética*, México, Porrúa Grupo Editorial
- _____ (1996) *El ethos, destino del hombre*, México, Fondo de Cultura Económica.
- _____ (1989) *Ética y libertad: Ensayos*, México, Fondo de Cultura Económica.
- GRACIA, Diego (1998) *Bioética clínica*, Bogotá, Ediciones El Buho.
- GREEN, André (2000) *La pulsión de muerte*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- GUADARRAMA RICO, Luis Alfonso y cols. (2002) *Medios y salud pública. La voz de los adolescentes*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México. Informe preliminar presentado ante la Organización Panamericana de la Salud, Bahía, Brasil.
- JINICH, Horario (1998) *El paciente y su médico*, México, JGH Editores.
- JONSEN, Albert (1994) "Clinical Ethics and the Four Principles", *Principles of Health Care Ethics*, Raanan Guillon, Nueva York, John Wiley&Sons.
- KEINMAN, A. (1998) *The illness narratives. Suffering and the human condition*, Filadelfia, Basic Books.
- LACAN, Jacques (1981) *Escritos 2*, México, Siglo XXI Editores.
- MEDINA-MORA, María Elena (2002) *Tendencias del abuso de drogas*, Guadarrama y cols., México, (como "Tendencias dl abuso de drogas en México", *Conadic informa, boletín del Conadic/Secretaría de Salud*, junio de 2001) (En la actualidad se podría apreciar la evolución del consumo de droga por lo expresado en el artícu-

- lo “Tendencias del uso de drogas en la ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012, *Salud mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2014, Vol. 37, No. 5, 423-435 o “El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011”, Jorge Villatoro, María Elena Medina-Mora, et al, México, *Salud mental*, vol. 35, No. 6, 447-457. María Elena Medina.Mora et al, “Las drogas y la salud pública: ¿hacia dond vamos?”, *Salud pública*, Vol. 55, No. 1, enero-febrero, 2013. Medina-Mora et al. “Del siglo XXI al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad”, *Salud mental*, 2001, vol. 24, No. 4, 3-19)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1998) *La salud en las Américas. V, I*, Washington, OPS/OMS.
- POLAINO-LORENTE, X (1997) *Manual de bioética general*, Madrid, Ediciones Rialp.
- SECRETARIA DE SALUD (2001) *Plan de comunicación para la celebración del día internacional de lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas*, México, SS.
- _____ (1999) *El consumo de drogas en México: Diagnóstico, tendencias y acciones*, México, SS/CONADIC.
- _____ (1998) “Encuesta Nacional de adicciones 1998”, México, SS/CONADIC.
- SPITZER, L. Robert (2000) *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Editorial Masson.
- VELAZCO SUÁREZ, Manuel (1998) *Bioética*, México, Editorial Piensa.

VÉLEZ CORREA, Luis Alfonso (1999) *Ética médica*, Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas.

WILSON, Robert (1963) "The Social Structure of a General Hospital", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Medicine and Society, vol. 346, 67-76.

9.1 ANEXOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

I ESTRATEGIAS Y TÁCTICAS TERAPEÚTICAS

Lo que sigue es un bosquejo de los criterios y lineamientos terapéuticos que van a encuadrar el trabajo en el Área de Salud Mental del ICMED: en la investigación, en la atención y en la docencia. Son regulaciones que se fundamentan en marcos conceptuales teórico-técnicos constituidos por los conceptos fundamentales del psicoanálisis, de la teoría(s) sobre los grupos, de la terapia de objetivos específicos, breve y de emergencia, la terapia familiar con enfoque sistémico y conceptos sobre las instituciones, por lo que toca a los recursos técnicos que van a ser utilizados: los grupos de recepción y evaluación, la terapia de grupo, la de parejas y familias y la terapia individual, tomando en cuenta que para la aplicación de estas técnicas se usarán los criterios de la terapia de duración limitada y objetivos específicos. Posteriormente, se agregarán otros recursos terapéuticos más especializados: grupos de psicodrama psicoanalítico, laboratorios de movilización, grupos de niños y adolescentes, grupos de pacientes psicósomáticos, grupos de padres con hijos que requieran apoyo de educación especial; diversos tipos de grupos operativos, etc.

Por lo tanto se proponen los siguientes encuadres tomando en cuenta nuestro esquema referencial y la demanda a corto y mediano plazo.

Grupos de recepcion y evaluacion:

1. Tienen como finalidad al recibir al paciente, el proporcionarle un espacio de seguridad en esa zona intermedia entre el afuera y el adentro institucional. En este clima, la meta seria facilitar el que el paciente deposite sus primeras ansiedades producidas por la insercion interna y externa (subjetiva y objetiva), su analizabilidad, su agrupabilidad, valorar los beneficios que puede proporcionarle lo que el ICMED ofrece, y finalmente aplicar el tratamiento mas adecuado para su problematica, o en caso contrario orientarlo en busca de ayuda fuera del instituto.
2. Los grupos de recepcion y evaluacion, lo forman de 10 a 12 pacientes y sus acompañantes, si asi lo desean, y un equipo de dos o mas terapeutas. Funcionan una vez a la semana con duracion de 2hrs.30minutos. Distribuidas en la forma siguiente: la primera hora y media se dedicara al trabajo grupal con las metas enunciadas, luego media hora en que los pacientes y el equipo terapeutico funcionan separadamente para procesar el material; y una media hora final para hacer la sintesis, la “devolucion” a los pacientes, y las recomendaciones que se hayan decidido.
3. Estos grupos se manejan con tecnicas verbales y psicodrama de acuerdo a las necesidades.
4. En estos grupos, el paciente asistira de una a tres veces, antes de ser derivado a su tratamiento definitivo. En este tiempo de grupo, el paciente pagara su cuota de recuperacion al terminar cada sesion.

5. Estos grupos pondrán funcionar como grupos de “espera”.

I.I TERAPIA DE GRUPO

1. Los grupos serán manejados dentro del marco teórico del psicoanálisis, y la terapia sistémica y los criterios de la terapia de objetivos específicos y duración limitada.
2. Lo forman de 10 a 12 pacientes y dos o más terapeutas (idealmente), manejados con técnicas verbales y psicodrama. Estos grupos funcionan una vez a la semana hora y media, con una duración de aproximadamente seis meses.
3. Los grupos serán abiertos durante los primeros meses, y cuando sea el momento dinámico adecuado, continuarán funcionando como grupos cerrados hasta su terminación, según el criterio de los terapeutas.
4. Dentro de las primeras tareas que enfrentará el grupo o/y los terapeutas será el de discutir y elaborar todo lo relacionado con el encuadre: institucional, con técnicas de duración limitada, grupo abierto-cerrado, con terapeutas invitados, eventualmente, además, el análisis y la elaboración (desde las primeras fases de la terapia), de los duelos que van a ser catalizados por el encuadre: duración limitada, terapeutas invitados, etc.
5. A la disolución del grupo se hará una evaluación final de lo que se logró, y se darán recomendaciones pertinentes a cada uno de los integrantes.
6. Si el paciente, sin avisar, deja de asistir tres sesiones seguidas, será interpretado como abandono de terapia.

7. Los terapeutas en el primer mes de la asistencia del paciente, completaran la nota inicial (historia cunica breve), que empezó a ser elaborada en el grupo de recepción y evaluación. Hara una nota inicial de la terapia, las notas de evaluacion (individual y/o grupales) necesarias asi como la nota final de la terapia de cadapaciente y del grupo.
8. El material del punto anterior será archivado en su folder respectivo.
9. Se programaran sesiones clínicas para la discusión integrados por elpersonal profesional del área, cuya tareaserá la de comparar experiencias, sugerir cambios y sobre todo investigar temas específicos, y presentar trabajos y publicaciones.

I.II TERAPIA DE PAREJAS Y FAMILIAS

1. Estas terapias sonmanejadas dentro del marco teórico del psicoanálisis, la terapia familiar sistémica y los criterios de la terapia de objetivos específicos y duración limitada, se usa técnicas verbales y psicodrama en caso necesario.
2. Idealmente son coordinadas por dos terapeutas, una vez a la semana, en sesiones de una hora a una hora con quince minutos y con una duración promedio de 3 a 6 meses, o pueden funcionar con un terapeuta o eventualmente con terapeutas invitados.
3. Lo mismo que lo asentado en los untos 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del encuadre para la terapia de grupo.

I.III TERAPIA INDIVIDUAL

1. Estas terapias se manejan dentro del marco teorico del psicoanallsis y los criterios de la terapia de objetivos especificos y duracion limitada.

2. Para este tipo de terapia, se aceptan pacientes en situaciones agudas y de emergencia (externas y/o internas), que pueden ser solucionadas o controladas en un tiempo relativamente breve, y tengan la posibilidad de continuar su tratamiento con alguna de las técnicas grupales que proporciona el ICMED. En estas terapias, (o en situaciones agudas en otras terapias), se indicaran psicofarmacos si esto es deseable y necesario.
3. Lo mismo que lo asentado en los puntos 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del encuadre para la terapia de grupo.

I.IV PROCEDIMIENTOS CLÍNICO-ADMINISTRATIVOS

1. El paciente llega para su primera entrevista al módulo de recepción, se le abre su expediente, el Departamento llena en la nota inicial la ficha de identificación; al mismo tiempo se le entrega el esquema de funcionamiento del Área de Salud Mental y un cuestionario donde el paciente deberá proporcionar datos sobre su grupo(s) familiar, y explicar lo más ampliamente posible los motivos por los cuales solicita el tratamiento.
2. Enseguida el solicitante, pasa una breve entrevista con alguno de los integrantes del Departamento de Salud Mental, para conocer, aclarar dudas, que el entrevistador haga una presunción diagnóstica, y decida el paso siguiente: a grupo de recepción directamente algún tipo de terapia. Derivarlo a alguna otra Institución, o indicar los estudios complementarios y las interconsultas pertinentes.
3. Si pasa al grupo de recepción y evaluación, ahí asiste entre una y tres sesiones, luego es derivado al tipo de tratamiento (tratamiento seleccionado).

4. En el grupo de recepción, los terapeutas continuarán elaborando la nota inicial cuya terminación estará a cargo del terapeuta(s) que se le asigne al paciente.
5. El terapeuta(s) que se haga cargo del paciente, elaborará una nota de inicio de terapia.
6. En lo relativo a las notas de evolución, estas se harán individualmente y del grupo en su totalidad, por lo menos cada tres meses y/o cuando se presente un cambio dinámico importante.
7. La nota inicial de terapia, las de evolución así como de terminación (por los motivos que sea) de inmediato deberán ser archivadas en el Departamento, para los efectos administrativos, clínicos y de investigación que se requieran.
8. Periodicamente, se organizaran grupos de trabajo formados por el Departamento para la discusión de los criterios clínico-administrativo y efectuar las modificaciones pertinentes.

II INSTRUMENTOS DE TRABAJO DEL ÁREA DE SALUD MENTAL

II.1 INTRODUCCIÓN

Hemos estado trabajando en la estructuración de los instrumentos administrativos-técnicos, que se proponen para ser usados, con el fin de organizar el trabajo en el área de salud mental concentra en forma práctica la materia prima para la investigación, así como para que sirvan de medios de articulación de la institución con los pacientes y con los profesionales que trabajan en ella.

Queremos hacerlos funcionales, útiles y fáciles de manejar: en la comunicación, en la circulación de la infor-

mación y los conocimientos, en la terapia, en los aspectos administrativos, como base para afrontar problemas legales que se puedan suscitar, contar con material clínico para satisfacer necesidades de la docencia, como dijimos para que sirvan de materia prima en las actividades de investigación, no nos olvidemos que nos sirvan de vínculo comunicacional. Esperemos, que si como dice Macluhan, “el medio es el mensaje”; logremos conseguir que nuestros mensajes (en esta área), nuestro “medio”, sea simple, claro, funcional, y útil.

Una definición descriptiva de institución, la representa como un sistema de roles y normas que encuadran las actividades de un grupo, que tienen un objetivo(s) común. Los instrumentos que se proponen, tienen como propósito contribuir a una organización racional de nuestra labor.

II.II ENUMERACIÓN DE LOS DIVERSOS INSTRUMENTOS DE TRABAJO EMPLEADOS EN LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA DE SALUD MENTAL

1. Esquema de funcionamiento del Área Clínica (dirigido a los pacientes).
2. Cuestionario para los pacientes.
3. Estudio social (ficha socioeconómica y/o sociodemográfica).
4. Nota inicial (que será elaborada por diferentes terapeutas: el que hace la entrevista inicial, los del grupo de recepción y evaluación, los que se harán cargo del caso, etc.).
5. Hoja de derivación, tarjetas terapeutas, tarjetas para coordinar el uso de los consultorios.
6. Notas relacionadas con el uso de la terapia.
A Nota sobre el inicio de la terapia.

B Nota de evolución de la terapia.

C Nota de terminación o interrupción de la terapia.

*II.III EJEMPLARES DE CADA UNO DE LOS INSTRUMENTOS DE
TRABAJO:*

ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO

1. El Área de Salud Mental del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México (ICMED) ofrece diversos tipos de psicoterapia (individual y grupal), de duración limitada y objetivos específicos: parejas y familias, con problemas emocionales afectivos, mentales y de conducta que pueden recibir tratamiento en consulta externa.
2. Los terapeutas y/o personal de recepción valoraran el nivel socioeconómico de cada persona, pareja o familia que solicite terapia, para decidir lo relativo a la cuota de recuperación que deberá cubrir.
3. Procedimiento: los pasos a seguir desde que una persona toma contacto con la Institución, son los siguientes:

A Llenar personalmente un cuestionario que le proporcionará el Área.

B Una primera entrevista con alguno de los terapeutas que integra el Departamento de Recepción y Evaluación, para registrar los primeros datos.

C En base a la entrevista, el paciente (o pareja o familia), será valorado individualmente, o bien, en los grupos de recepción y evaluación. Estos grupos, los forman los pacientes, sus acompañantes si así lo desean y uno o dos terapeutas. El grupo de recepción y evaluación, se reúne una vez a la se-

- mana, durante 2 horas y media; y el paciente puede asistir a un máximo de 3 sesiones. Estas reuniones, tienen como finalidad evaluar la situación de cada paciente y hacer las recomendaciones pertinentes.
- D En el grupo de recepción y evaluación (o de entrevistas individuales de evaluación), se le asignará un terapeuta, al mismo tiempo, que se elegirá el tipo de terapia más adecuado, de acuerdo con sus problemática: terapia individual, de pareja, terapia familiar, de grupo, combinaciones de las anteriores, etc. También se decidirá si se considera conveniente que se realice algún estudio complementario, y/o la necesidad de consultar con otros especialistas.
- E Los tratamientos (psicoterapéuticos) que ofrece el Área de Salud Mental del ICMED son de duración variable: desde una sesión hasta tratamientos de aproximadamente un año.
- F Los ajustes posteriores en lo relativo al tratamiento: tiempo, número de sesiones, tipo de terapia, etc. lo hará cada paciente con el terapeuta que se le asigne.
- G Si el paciente (o la pareja o la familia), sin avisar no asiste a tres sesiones consecutivas esto se interpretará como abandono de la terapia, y su lugar o tiempo quedará libre para ser utilizado por otros pacientes.

II.III.I FICHA INICIAL, DE RECEPCIÓN

A la persona, pareja o familia que solicite tratamiento. Favor de llenar este cuestionario, que tiene como finalidad recolec-

tar datos, que nos servirán para entender mejor su(s) problemática. Esta información es estrictamente confidencial.

II.III.I.I Datos generales

Nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, tiempo que lleva en el trabajo, escolaridad (hasta que grado cursó o cual está cursando), trabajos anteriores.

II.III.I.II Situación actual

Por favor explique en la forma más amplia posible, los siguientes puntos:

- A Razones por las cuales solicita terapia.
- B Tratamientos previos, y con quien los realizó.
- C Que espera conseguir del tratamiento que solicita.
- D Tiene algún problema físico (discapacidad) o es buena su salud?

II.III.I.III Describa su grupos(s) familiar(es)

Parientes (padres, hermanos, esposo(a), hijos): viven, edad, estado civil, ocupación y escolaridad.

Subrayar el lugar que usted ocupa: Con quien vive actualmente.

II.III.I.IV Descripciones del grupo familiar y de los familiares (en forma breve)

- 1 Describa a su grupo(s) familiar.
- 2 Describir a su mama.

- 3 Describir a su papa.
- 4 Describir a sus hermanos.
- 5 Describa a su esposo(a).
- 6 Describa a sus hijos.

II.III.I.V Evaluación inicial. Diagnósticos: médico, de personalidad y dinámico-genético.

II.III.I.VI Recomendaciones y objetivos terapéuticos (estudios complementarios, psicofármacos, estrategias y tácticas terapéuticas)

II.III.I.VII Horarios disponibles del solicitante(s)

II.III.I.VIII Derivación (a que Departamento va a ser canalizado, con quien, que día, a que hora y en cual consultorio)

II.III.II Notas

II.III.II.I Nota inicial

Entrevistador(es), fecha, expediente.

- I Ficha de identificación (nombre, edad, sexo, dirección(es), teléfono(es), referencia, aportación).
- II Impresión inicial (inicio del padecimiento, unto de urgencia, datos importantes del examen mental, foco, conflicto básico, transferencia).

II.III.II.II Nota sobre el inicio de la terapia

Terapeuta, fecha, paciente (pareja, familia o nó de grupo), tipo de terapia, encuadre.

Se trata de resumir brevemente la situación interna y externa actual del paciente (o de la pareja, o familia o grupo), sus emergencias, las estrategias y tácticas terapéuticas, las expectativas, el pronóstico, la situación transferencial y contratransferencial, etc.

II.III.II.III Nota de evolución de la terapia

Terapeuta, fecha, paciente (pareja, familia o nó de grupo), tipo de terapia, encuadre.

Se trata de resumir brevemente la situación interna y externa actual del paciente (o de la pareja, o familia o grupo), sus emergencias, las estrategias y las tácticas terapéuticas, la situación transferencial y contratransferencial, etc. Esta nota debe hacerse por lo menos una vez cada tres meses y/o cuando haya cambio dinámico importante en el proceso de la terapia.

II.III.II.IV Nota de terminación de la teapia o de referencia

Terapeuta, fecha, paciente (pareja, familia o nó de grupo), tipo de terapia, encuadre.

Se resume de forma abreviada la situación interna y externa actual del paciente (o de la pareja, o familia o grupo), al momento de terminar o interrumpir su terapia; los logros internos y externos prodeucidos, el pronostico, etc. Esta nota puede servir como referencia a otro tipo de terapia o a otro terapeuta.

II.III.III ORGANIZACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

II.III.III.I Lo individual

Primera parte:

- 1 Notas de terminación de la terapia (o de referencia)
- 2 Notas de evolución de la terapia.
- 3 Notas sobre el inicio de la terapia.

Segunda parte:

- 1 Notas iniciales
- 2 Cuestionarios

Tercera parte:

- Estudios complementarios

II.III.III.II Lo grupal

Primera parte:

Hoja de control de honorarios

Segunda parte:

Notas de evolución cada tres meses o cambio se produce un cambio dinámico

Tercer parte:

Notas de inicio de la terapia

Formulario clínico de salud mental II.III.III.II.I

Nombre, sexo, eda, estado civil, escolaridad, fecha (por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos).

		No	Si		
			P	R	M
1	¿Se siente triste o afligido?				
2	¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3	¿Duerme mal de noche?*				
4	¿En la mañana se siente peor?				
5	¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6	¿Le ha disminuido el apetito?*				
7	¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8	¿Ha disminuido su interés sexual?				
9	¿Considera que su rendimiento en el trabajo o en el estudio es menor?				
10	¿Siente presión en el pecho?				

11	¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
12	¿Se siente cansado o decaído?				
13	¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14	¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15	¿Está más irritable o enojón que antes?				
16	¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17	¿Siente que le es menor útil a su familia?				
18	¿Siente miedo de algunas cosas?				
19	¿Siente deseos de mori?				
20	¿Se siente apático, sin interés en las cosas?				

*Calificar igual si hay aumento de sueño o apetito

Calificación	
Preguntas contestadas en la 1ª columna (No) X1=	
Preguntas contestadas en la 2ª columna (Poco) X2=	
Preguntas contestadas en la 3ª columna (Regular) X3=	
Preguntas contestadas en la 4ª columna (Mucho) X4=	
Total	

Equivalente a puntaje: 20 a 35 normal, 36 a 39 reacción de ansiedad, 40 a 45 depresión incipiente, 46 a 65 depresión media y 66 a 80 depresión severa.

II.III.IV Entrevista clínica

Instrucciones: Por favor contesta las siguientes preguntas verídicamente, si tienes alguna duda, pregunta al facilitador. Anota en la casilla de la derecha la respuesta correcta o

con la que estés de acuerdo. Si no encuentras las respuestas, escríbelas claramente y con la mayor precisión. Todos los datos obtenidos en esta entrevista son confidenciales y servirán únicamente para fines estadísticos. Gracias.

Fecha

I Ficha de identificación

1 Nombre 2 Edad, lugar de nacimiento 3 Sexo (1 masculino 2 femenino) 4 Estado civil (1 soltero 2 casado 3 divorciado 4 separado 5 unión libre 6 viudo) 5 Dirección y teléfono 6 Nivel de escolaridad terminado (1 Primaria 2 Secundaria 3 Esc. Técnica 4 Preparatoria) 7 Nombre de la escuela de, Procedencia 8 La Escuela de donde procedes es (1 Escuela pública 2 Escuela privada) 9 Nivel escolar que cursas actualmente (1 Preparatría 2 Licenciatura) 10 ¿La elección de continuar con este nuevo ciclo de estudios fue? (1 Obligatoria 2 Voluntaria)

II Historia médica

- 11 ¿Qué enfermedades importantes has adecido en los últimos cinco años?
- 12 ¿Has sufrido algún accidente importante en los últimos cinco años? (1 Si 2 No)
- 13 En caso afirmativo, anota cuáles
- 14 ¿Alguna vez has estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico? (1 Si 2 No)
- 15 En caso afirmativo ¿De qué tipo? (1 Individual 2 Familiar 3 Grupal 4 Otras)

III. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

- 16 Marca el o los cuadros correspondientes a los padecimientos que presentan algunos de tus familiares y menciona quién específicamente

Contesta el siguiente cuadro con los siguientes códigos (1 Si 2 No)

Parentesco: Alcoholismo, Problemas emocionales, Retardo mental, Alteraciones genéticas, Epilepsia

IV Composición familiar (Cuadro de descripción del grupo familiar). Contesta el cuadro con las siguientes claves:

17 Vive (1 Si 2 No)

18 Edad: número de años

19 Estado civil (1 Soltero 2 Casado 3 Divorciado 4 Separado 5 Unión libre 6 Viudo)

20 Ocupación (1 Profesionista 2 Comerciante 3 Obrero 4 Campesino 5 Ama de casa 6 Otros (especifica))

21 Escolaridad terminada (1 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria 4 Escuela Técnica 5 Universitario)

Pariente (Padre, madre, hermano(s)): Vive, edad, estado civil, ocupación, escolaridad

22 ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? (1 1^o 2 2^o 3 3^o 4 4^o 5 5^o o más)

23 ¿Cómo son las relaciones entre tus hermanos y tu? (1 Buenas 2 Regulares 3 Malas)

24 Si no son buenas, di ¿por qué? en orden de importancia

25 ¿Vives con tu familia? 1 Si 2 No

26 En caso de que no vivas con tu familia, menciona con quien vives (1 Otros familiares 2 Amistades 3 Casa de huéspedes 4 Solo)

27 Si actualmente tus padres están divorciados o separados contesta cuanto tiempo tienen en cualquiera de esas condiciones (1 Menos de un año 2 1 a 4 años 3 5 a 9 años 4 Más de 9 años)

28 ¿Alguno de ellos se ha vuelto a casar? (1 Mi padre 2 Mi madre 3 Ambos 4 Ninguno)

29 En caso de haber fallecido algún familiar de los que mencionaste en el cuadro anterior, contesta el siguiente cuadro

Parentesco, Edad de la muerte, Causa de muerte

V Área laboral

30 ¿Desempeñas algún trabajo remunerado? (1 Si 2 No)

31 ¿Desde hace cuanto tiempo? (1 Menos de un año 2 1 a 2 años 3 Más de 2 años)

32 ¿Cuántos trabajos has tenido? (1 Uno 2 Dos 3 Más de dos)

33 ¿Cómo son tus relaciones con tu(s) jefe(s)? (1 Buenas 2 Regulares 3 Malas)

34 Si no son buenas di ¿por qué?

35 ¿Cómo son tus relaciones con tus compañeros de trabajo? (1 Buenas 2 Regulares 3 Malas)

36 Si no son buenas, di ¿por qué?

VI Desarrollo psicosexual y hábitos. Contesta con veracidad. Recuerda que los datos son confidenciales y sólo para fines estadísticos

37 ¿Has tenido relaciones sexuales (1 Si 2 No)

38 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

39 En caso de que tengas o hallas tenido relaciones sexuales ¿son satisfactorias? (1 Siempre 2 Algunas veces 3 Nunca)

40 ¿Has padecido alguna enfermedad de transmisión sexual? (1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 Una o más veces a la semana)

VII Área emocional

43 ¿Alguna vez te has sentido muy angustiado? (1 Si 2 No)

44 En caso afirmativo señala las posibles causas

- 45 ¿Has sentido algún temor o miedo incontrolable? (1 Si 2 No)
- 46 En caso afirmativo especifica a qué cosas, personas o hechos, según su importancia
- 47 En caso de presentar algún(os) tic() menciona cuáles
- 48 Describe tu estado de ánimo actual. Puedes anotar más de una respuesta (1 Normal 2 Deprimido 3 Ansioso 4 Exaltado)
- 49 ¿En caso de que padezcas alguna(s) enfermedad(es) frecuentemente menciona cuáles son?
- 50 Si padeces de convulsiones, menciona con qué frecuencia las presentas
- 51 ¿Has tenido ideas o pensamientos de suicidio? (1 Ninguno 2 Solo ideas o pensamiento 3 Intentos de suicidio)
- 52 ¿Has sufrido algún maltrato físico o psicológico en tu vida? (1 Si 2 No)
- 53 En caso afirmativo especifica (1 Dentro de tu familia 2 Fuera de tu familia)
- 54 ¿A qué edad sucedió aproximadamente?
- 55 ¿Con qué frecuencia lo has sufrido?
- 56 En caso afirmativo, explícalo brevemente

VIII Percepciones sobre el grupo familiar

- 57 Describe la imagen que tienes de tu padre con respecto a su carácter
- 58 Describe la imagen que tienes de tu madre con respecto a su carácter
- 59 Describe la imagen que tienes de tus hermanos, específica a que hermano te refieres
- 60 Describe la imagen que tienes de tu pareja, con respecto a su carácter
- 61 Describe la imagen que tienes de ti mismo

13. NEUROCIENCIA

13.1 INTRODUCCIÓN

La neurociencia es una ciencia experimental que explica la función del cerebro, aplicando métodos de observación, experimentación e hipótesis propias de las ciencias empíricas. Entre ellas las técnicas de neuroimagen, tanto la resonancia magnética estructural como la funcional posibilitan la localización de diferentes actividades del cerebro, los vínculos que coexisten entre las distintas zonas, así como las funciones mismas del “cerebro en acción” y reacción; con ello, se dio un paso adelante en el descubrimiento de las distintas áreas del cerebro especializadas en diversas funciones y se constató que existe relación entre ellas.

13.2 NEUROCIENCIA E INVESTIGACIÓN DEL CEREBRO

La neurociencia comprende la conjunción de conocimientos científicos en general, así como filosóficos, sociales, políticos y legales...; pero sin que ello de lugar a entender que se necesita de una propuesta neuropolítica, neurofilosófica, etc., como propone algunos autores, como es el caso de Adela Cortina (2011), por ejemplo, pues sólo es necesario vincular la neurociencia con las diferentes ciencias que alude a ella. Un caso distinto, lo presenta Carlos Eduardo Maldonado (2007) al proponer los conceptos de bioderecho, biopolítica, bioeconomía, a partir de la consideración de que la bioética, tiene implicaciones y sobre ella también incide el derecho, la economía y la política, para marcar una manera de entender y de aplicar la bioética en las diferentes esferas de la vida humana. Asimismo, sobre la vida y las prácticas sociales en particular repercuten distintos as-

pectos de las ciencias, como la política, la economía, etc., mientras que no sucede igual con la neuroética, cuyo principal objetivo o fundamento son las neuronas, un aspecto específico biológico de los seres vivos (FC).

En particular, las técnicas de imagen cerebral (CC), como la resonancia magnética funcional (fMRI) o la tomografía por emisión de positrones (PET), según apunta Rubia pueden

medir los cambios en el metabolismo de la glucosa y del flujo sanguíneo que están ligados a la actividad cerebral, tanto en personas normales como en pacientes afectados por diversas enfermedades. En sujetos normales se han utilizado para medir las diferencias de actividad de ciertas regiones del cerebro mientras el sujeto está realizando tareas cognitivas. También se han empleado estas técnicas para analizar qué ocurre en el cerebro cuando tomamos una decisión o cuando realizamos un movimiento “voluntario” (Rubia, 2011: 8).

La lectura de imágenes cerebrales, posibilita empíricamente apreciar la relación existente entre la capacidad de razonar, la de sentir y detectar los fallos emocionales, por ejemplo, que pueden llevar a una persona a tener una conducta antisocial, como se aprecia en el trabajo empírico desarrollado sobre las causas de los trastornos emocionales denominado “Phineas Gage”. Este caso se produce en Nueva Inglaterra, en 1848, siendo Gage capataz de obras ferroviarias en Vermont, un día sufre un terrible accidente laboral, tras una explosión una barra de hierro de un metro de largo y seis kilos de pesos le atraviesa el cráneo, le entra por la mejilla izquierda, traspasa el lóbulo frontal y sale por el lóbulo temporal. Una vez recuperado, al principio sigue actuando con naturalidad, pero con el paso del tiempo su carácter cambia radicalmente, convirtiéndose en

un ser agresivo y con marcado carácter antisocial —como señala Antonio Damasio en *El error de Descartes*— “Gage no es Gage”, pues se le había producido una desfrontalización, padeciendo el síndrome orbitofrontal, que afectaba a sistemas del cerebro dedicados al razonamiento, al verse afecto el lóbulo frontal, repercute en su pensamiento y conducta, y especialmente en las dimensiones personales y sociales (el lóbulo temporal incide sobre la memoria y las emociones). Los sistemas mentales permiten un “correcto” desarrollo y funcionamiento de las estructuras del razonamiento-comportamiento social, así como de los mecanismos que posibilitan valorar las consecuencias de nuestras acciones sociales, inhibir actuaciones antisociales, en cada momento y anticipar o pensar de alguna forma el futuro. En este sentido, Damasio aludía a la disgregación entre la razón y los sentimientos propuesta por Descartes, pero en realidad lo importante de este caso es la relación establecida con las experimentaciones de la neurociencia entre la razón y las emociones (FC).

Como antecedentes históricos recientes, se puede aludir a las primeras lobotomías frontales que realizó el médico Egas Moniz, en 1935, con los pacientes que tenían enfermedades mentales resistentes al tratamiento farmacológico; con la aplicación de este tratamiento “cambiaron la personalidad de los pacientes”, por lo que se cuestionaron su pertinencia (Valenstein, 1986).

BIBLIOGRAFÍA

- CORTINA, Adela (2011) *Neuroética y neuropolítica: sugerencias para la educación moral*, Madrid, Tecnos.
- DAMASIO, Antonio (2006) *El error de Descartes: emoción, razón y cerebro humano*, Barcelona, Crítica.

- MALDONADO, Carlos Eduardo (2007) “Bioética, biopolítica, bioderecho y bioeconomía: panorama práctico sobre la bioética”, *Bioética y biojurídica*, Tunja, Uniboyacá, 42-53.
- RUBIA, Francisco (2011) “El controvertido tema de la libertad”, *Revista Occidente*, Madrid, No. 356, 5-17.
- VALENSTEIN, E.S. (1986) *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*, Basic Books.

CAPÍTULO VI
PENA DE MUERTE A LA LUZ
DEL PSICOANÁLISIS Y LA BIOÉTICA

15. PENA DE MUERTE Y BIOÉTICA

La pena de muerte no es sólo un problema de estadísticas o de sistemas, sino de moral y de sentimientos [...] El patíbulo no es sólo un instrumento de muerte sino un símbolo. Es el símbolo de la crueldad y del desprecio por la vida; es el denominador común de la ferocidad primitiva, del fanatismo medieval y del totalitarismo moderno; el más obscuro símbolo de esa tendencia propia de la especie humana que conduce a desear su propia destrucción.

Arthur Koestler

15.1 INTRODUCCIÓN

Dado que la pena de muerte no conforma una reminiscencia histórica, sino por tratarse de una realidad actual, su práctica supone un trasfondo de principios elementales que influyen en la conducta individual y colectiva, cuyas consecuencias pueden abordarse desde la reflexión psicoanalítica. Esta perspectiva analítica describe el contenido del presente capítulo.

El psicoanálisis constituye una disciplina que, a principios del siglo XX, entretejió un sistema interpretativo que, a pesar de las críticas, expectativas y refutaciones recibidas, realizó diversos aportes teóricos y clínicos, en el marco del comportamiento humano. Entre tales contribuciones, la metodología psicoanalítica ofrece la posibilidad de alumbrar ciertas vivencias efectivas y emociones humanas, con el propósito de descubrir los mecanismos promotores de determinado estado psicológico capaz de alterar la vida social. Así, una función del psicoanálisis consistiría en comprender los motivos que condujeron a la realización de actos específicos; entre ellos, la conducta criminal y la emergencia de la pena capital.

Dentro del vasto campo de las ciencias o disciplinas que se ocupan de la personalidad y del comportamiento, se desenvuelve un área de desempeño relativo al ejercicio clínico, cuyo objetivo remite a problemáticas que afectan el valor y el sentido de la vida humana. En consecuencia, se evidencia una conexión entre los campos de la bioética y del psicoanálisis. A saber, éste aborda cuestiones simbólicas que interactúan con las estructuras sociales; a título de ejemplo, los postulados psicoanalíticos permiten inferir que la pena de muerte responde a una *pulsión de thánatos* que encerraría a los individuos en un círculo vicioso y destructivo de retroalimentación violenta. La conceptualización que aquí se incluye brindará el panorama teórico elemental para vislumbrar las implicaciones psicoanalíticas sobre el particular fenómeno de la pena de muerte. De hecho, el abordaje desde la praxis y desde el análisis psicológico ilumina los orígenes y la evolución del castigo capital. Las consecuencias, los argumentos y los motivos de esta práctica punitiva se enriquecen con el aporte de cada perspectiva de interpretación.

Cabe señalar que, más allá de presentar a la violencia, la guerra y la muerte como rasgos inherentes al pasado histórico, también constituyen fenómenos dinámicos. En términos de tal proceso conceptual de resignificación permanente, durante el último tercio del siglo XVIII, acerca de la pena de muerte puede constatarse que se toma la vida de otro sujeto porque:

- Nos incomoda, es un obstáculo frente a nuestras metas, pone en riesgo nuestra libertad, o simplemente se opone a nuestras razones políticas o económicas;
- Se le enfrenta a su propia violencia, bajo la forma de enemigo (en caso de guerra) o de delincuente. Ello conduce a puntualizar que dichos calificativos se inscriben dentro de un proceso de complejas medica-

- ciones culturales que, frecuentemente, estigmatizan como parte de un fenómeno de simplificación social.
- Se obra en legítima defensa, ante una amenaza directa. Sin embargo, tal legitimidad no siempre resulta clara. De hecho, cada parte de un conflicto tiende a suponer el ejercicio de alguna forma de defensa.

1.2 ANTECEDENTES

A la luz del psicoanálisis, los actos criminales no pueden comprenderse sin considerar la situación psicopatológica de su autor. Muchos homicidios, por ejemplo, se comenten ante situaciones altamente emotivas y pasionales, que impiden una conexión armónica con la realidad social. Allí, el efecto disuasivo de las penas adquiere un valor relativo. Se refuta, pues, el criterio que se asocia la aplicación de sanciones con una disminución directa del delito. En otras palabras, la lógica criminal se rige, con frecuencia, ante situaciones que podrían calificarse como “sin salida”. Esto equivale afirmar que el sujeto queda, al momento de la comisión del hecho, impedido de valorar las consecuencias inmediatas o mediatas de su accionar; desarticula la secuencia sociocultural crimen-castigo. Así, desde la óptica psicoanalítica, la disuasión no se presenta como una relación tan simple, al intervenir variables emocionales significativas.

El escritor inglés Arthur Koestler describe de manera ilustrativa el contexto del sistema judicial del siglo XIX, en cuanto a la pena de muerte. En un pasaje de sus narraciones, relata:

Todos se conducían de manera inhumana porque, si bien se hacían pasar por expertos, conocían muy poco la naturaleza humana y los móviles a que obede un criminal. Vícti-

mas de su deformación profesional, ignoraban todo acerca de las fuerzas de la herencia, las trabas del medio social. Hostiles, por cierto, a toda explicación, psicológica o sociológica, consideraban al criminal nada más que como un monstruo de depravación que no podía ser corregido y que tenía que ser destruido (Camus, Koestler, 1972: 52).

Más recientemente, el francés Camus recrimina la tradición jurídica afirmando que:

Se mata la criminal porque es lo mismo que se ha hecho durante siglos [...] Por rutina se prosigue, entonces, con los argumentos que circulaban hac siglos, con sólo algunas modificaciones que la evolución de la sensibilidad pública hace inevitables [...] Todos los valores [...] han sido trastornados por el miedo y el odio, tanto entre los individuos como entre las naciones. La verdad es que en la edad nuclear matamos como en la edad romana (Camus, Koestler, 1972: 125, 160 y 163).

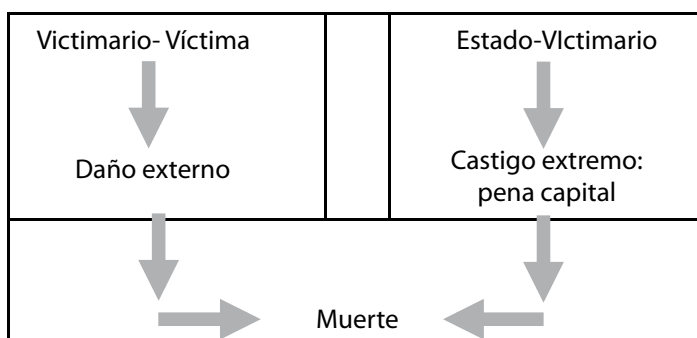
Siendo el Estado el ente responsable de autorizar la aplicación de la sanción capital, desde la psicología social pueden interpretarse las implicaciones subyacentes. En cuanto al rol institucional, podría afirmarse que la represión del delito le compete, no sólo como derecho, sino como deber; justificando, de tal modo, su actuación como ejecutor de castigos. Sin embargo, la premisa elemental del bien común cotaría la discrecionalidad del Estado, derivando en las nociones de justicia y prevención. Es decir, la potestad de aplicación de castigo, con objeto de evitar un daño social determinado. En tanto que el agravio no amerite la pena de muerte, se ofrecerían al infractor oportunidades de rehabilitación y reinserción social.

Cuando el accionar se tipifica dentro del radio de acción de la sanción capital, dichas oportunidades quedan vedadas. Ante tales casos, la observación se orienta sobre tres

factores: *víctima*, *victimario* e *instancias judiciales*. El primero, por acción del victimario, ha recibido un daño directo o indirecto, categorizado como falta máxima o irreparable; en el otro extremo, el autor del daño también se inscribe en víctima, dada la lesión que su integridad física sufre por parte de la autoridad judicial, legitimada en el derecho. Por cierto, el Estado-nación moderno puede recurrir al castigo moral para sostener su status quo, pero difiere de la ley taliónica, por su carácter mediador entre víctima y victimario y su poder inapelable. No obstante, y aún mediatizada, persiste la lógica primitiva de la venganza, recurriendo a acos y ritos de cosificación, cuando no de humillación y de crueldad, contra el condenado.

En forma gráfica, el esquema de la relación víctima-victimario-Estado se presentaría del siguiente modo:

Figura 2.1 Relación víctima-victimario-Estado



Este esquema sugiere que, a través de la pena de muerte, resisten reminiscencias del pasado prehistórico protojurídico, cargado de connotaciones atávico-religiosas que aluden a los temores humanos radicales. En definitiva, la subsistencia de la pena de muerte remite al debate sobre el significado del valor justicia, la finalidad y los límites del *ius puniendo*. Asimismo, a nivel psicológico, pone de

manifiesto la presencia de tensiones reactivoaffectivas, confrontadas con los parámetros habituales de racionalidad y razonabilidad del derecho penal.

El castigo capital preeciste a la autoridad social, identificándose como respuesta retributiva individual, fácilmente degradable dentro de un círculo de venganza mutua. El advenimiento de la organización política gelegó sobre un poder soerano, apoyado gradualmente sobre derecho positivo, la aplicación sancionatoria (Ricoeur, 1999: 188).

En este contexto, el drecho se erige como medio práctico de regulación de la conducta interindividual. Pero, mantendría en el trasfondo de la pena de muerte la fuerza de arbitrar como instancia suprema frente al *miedo a morir*. Esto desnuda un cariz manipulador, cuyo eventual conflicto con el concepto de Estado de derecho merece atención. Por cierto, el miedo del sentenciado, a menudo prolongado durante años, sumado a las connotaciones que operan sobre el imaginario colectivo, compromete una presión psíquica.

Con tales elementos de reflexión, la crítica contemporánea refiere una doble inhumanidad de la pena de muerte: por su pretensión de superar el terreno de lo que el ser humano puede conocer y medir; por quebrantar una forma de solidaridad que reúne a todas las personas contra la muerte. Que estos argumentos sean recientes no debe sorprender. Antes se sabía poco de la psicología del miedo a la muerte, y su desarrollo histórico demostraría que, como sucede con la sensibilidad al dolor, ha aumentado con el correr del tiempo.

Los planteos psicoanalíticos centrales alrededor de la pena de muerte derivan del estudio sobre las *pulsiones de vida y muerte*. En este sentido, los primeros apuntes de Freud acerca de la actitud humana frente a la muerte son dignos de mención. Dicn que a su llegada sobreviene una profunda conmoción “y es como si nos sacudieran en nuestras extecutivas” (Freud, 1998d, 291). Expresa, sin lugar a dudas, que

la muerte tiene un importante efecto sobre nuestras vidas. Curiosamente, más allá de presentarse como una imagen común, frente a la muerte surge un estado de impotencia, de sujeción total a nuestras necesidades, “lejos de toda posibilidad de auxilio, enterrados vivos” (Rechardt et al, 1991: 92). El dolor de muerte viene del hecho mismo de vivir y, por ello, la defensa por la vida ha cobrado el valor más alto dentro de la axiología.

Según Freud, desde que los hombres de la prehistoria se enfrentaron al cadáver de la persona amada germinaron varias actitudes y sentimientos. Entre ellas, la doctrina del alma, la creencia en la inmortalidad, la conciencia de culpa. De éstos derivan los primeros preceptos éticos, sobresaliendo el mandamiento “No matarás”, cuya alusión imperativa “nos da la certeza de que somos el linaje de una serie interminable de generación de asesinos que llevaban en la sangre el gusto de matar, como quizá lo llevemos todavía nosotros” (Freud, 1998d: 297). Así, la matriz del ser humano primitivo persiste en nuestro inconsciente de manera irreductible. De acuerdo con la propuesta psicoanalítica, las vicisitudes que atraviesan al individuo, de algún modo, sintetizan el pasado de la humanidad.

Esta idea concuerda con la historia de la pena de muerte. Koestler ya la había formulado, al apuntar que “en el fondo de cada hombre civilizado se oculta un hombrecito de la edad de piedra, pronto para el robo y la violación, y que reclama a grandes gritos un ojo por ojo” (Camus, Koestler, 1972: 106). Por su parte, Camus coincide, agregando que dentro de la lógica de la respuesta taliónica, la pena de muerte mata, castiga, pero nada previene. “Quien me hizo mal debe recibir mal; el que me reventó un ojo, debe quedarse tuerto; en fin, el que me mató debe morir ... El talión es de la categoría de la naturaleza del instinto, no de la categoría de la ley” (Camus, Koestler, 1972: 134).

Desde la óptica freudiana sólo existen dos instintos antitéticos en los seres humanos: *Eros* (*Ερωξ*) y *Thánatos* (*Θάνατος*). El primero se refiere a la autoconservación y al amor; el segundo, a la destrucción. Eros busca la unión y Thánatos la disolución. También se les denomina “instituto de vida” e “instinto de muerte”. Este último dice Freud, sólo se trata de un paso para regresar al estado anterior (cfr. Camus, Koestler, 1972: 135). Ambos son fenómenos vitales y en correlación, donde cada uno emite una energía; Eros se transforma en libido y Freud la ubica en la estructura del yo para controlar la agresividad de éste. Eros y libido son términos homólogos. En cambio, no hay otra denominación para el instinto de muerte que dé una idea más acabada de su fuerza.

Laplanche sostiene que las nociones freudianas de autoconservación y de pulsión de muerte no son independientes, ni siquiera se remplazan una a otra, aún más resultan complementarias. La segunda modificaría y estabilizaría a la primera, proponiendo para ello el siguiente esquema (Laplanche, 1991: 22).

Figura 2.2 Relación de las nociones freudianas de autoconservación y pulsión de muerte

Funciones de autoconservación	Pulsiones sexuales
(antes “pulsiones del yo”)	
Pulsiones sexuales de vida	Pulsiones sexuales de muerte
Libido del yo	Libido de objeto

Adiverte que la relación de las pulsiones con los principios de funcionamiento del aparato psíquico no son sencillas, aunque señala que el principio de placer se encuentra desgarrado al comienzo entre dos tendencias contradicto-

rias. Son el principio de inercia o del cero y el principio de constancia. Es decir, cuando el principio de placer tiende a reducir absolutamente todas las tensiones, se encuentra al servicio de la pulsión de muerte.

A diferencia de Laplanche, Rechartd afirma la independencia de ambas pulsiones, pues Eros busca intensificar la vida y un acrecentamiento de la tensión energética, mientras que la pulsión de muerte tiende a eliminar todo aquello que incide en el aumento de dicha energía. Luego, la pulsión de muerte debe entenderse como una manifestación indirecta de un impulso perturbador que activa las fuerzas destructivas (Rechartd, 1998: 53-54).

Aún presuponiendo la intangibilidad de los conceptos expuestos, por tratarse de aspectos inherentes al funcionamiento psíquico, cabría realizar dos interrogantes: ¿de dónde proviene la pulsión de muerte? Y ¿cómo permanece en el curso de la humanidad?

Freud reconoce el instinto de muerte como una pulsión biológica que empuja a retornar a lo inorgánico. Desde el nacimiento, los seres humanos estamos expuestos a una importante serie de necesidades (invariablemente presentes en cada uno de nosotros, aunque en proporciones variables), frente a las cuales podemos reaccionar de dos maneras: una de ellas es buscar su satisfacción; la otra, consiste en intentar el aniquilamiento de la necesidad y de la parte que la experimenta. A ello se refiere esta cita: “el deseo de aniquilación está dirigido desde el comienzo a la vez contra el sí mismo que percibe y el objeto percibido” (Rechartd, 1998: 54). Un ejemplo, burdo pero ilustrativo, se daría cuando *crremos* que un medio eficaz para curar un fuerte dolor de cabeza consistiría en quitarnos la cabeza.

Las pulsiones sexuales de vida funcionan según el principio de la energía ligada; su meta es la síntesis, la conservación o la constitución de unidades y enlaces, y su obje-

to fuente es un objeto total, regulador. En tanto, las pulsiones sexuales de muerte funcionan según el principio de la energía libre; su meta es la descarga pulsional total, al precio de la aniquilación del objeto, siendo hostiles al yo y, por eso, tendiendo a destabilizarlo (Laplanche, 1998: 31). Así entendida, la pulsión de muerte contiene un ataque interno al yo, por objetos que son simultáneamente estimulantes y peligrosos para él.

Por su parte, Eero Rechartt, entiende por *pulsión de muerte* “la lucha activa, permanente y obstinada, por recuperar un estado de paz conocido anteriormente: esfuerzo por desembarazarse de lo que es vivido como perturbador y/o mantenedor de la inquietud” (Rechartt, 1991: 51). Presupone que la muerte es una forma de contravenir ese “estado de paz”, siendo la destrucción un medio de lucha para alcanzar dicho estado. “La pulsión de muerte es inherente al hombre: es una lucha obstinada, continuada e inexorable que lo empuja a buscar paz y distensión por cualquier medio, bajo cualquier forma, y no simplemente una fuerza que tendería a transformar lo animado e inanimado” (Rechartt, 1991: 53).

El instituto de muerte permanece en el interior y siempre se manifiesta hacia el exterior en forma destructiva; ya que, de acuerdo con Jean Laplanche, “las pulsiones sexuales de muerte funcionan según el principio de la energía libre (principio del cero); su meta es la descarga pulsional total, al precio de la aniquilación del objeto; ellas son hostiles al yo, y tienden a desestabilizarlo” (Laplanche, 1991: 31). Este instinto aparece como ira y agresividad, dándose la posibilidad de atacar a otro ser humano hasta matarlo, o también dirigiéndose hacia un proceso de autodestrucción. En ambos casos, la libido no tiene la fuerza suficiente para contrarrestar al otro instinto. En este mismo tema trabajó el grupo de Zurich, encabezado por Jung, cuyo trabajo valo-

rara el propio Freud. Sin embargo, estimó arriesgado hacer conclusiones apresuradas de las pruebas de asociación en materia jurídica y penal, puesto que es necesario analizar con calma los motivos, por cierto complejos, que desencadenan la violencia.

En lo profundo, en todo sentimiento de culpabilidad opera el instinto de muerte. Éste y la envidia, según Melinie Klein, comparten un rasgo esencial, pues atacan a la vida y a las fuentes vitales. De hecho, la envidida representaría una exteriorización del instinto de muerte, consistiendo “necesariamente un sentimiento ambivalente, ya que está enraizada, en la necesidad y la admiración [...] y como en todos los sentimientos ambivalentes puede haber en ella un predominio de fuerzas lidinales o destructivas” (Segal, 1995: 48).

Otros autores, como Eero Rechartt y Pentti Ikonen, coinciden en identificar thánatos y envidia, pero agregan otros sentimientos afines: angustia, ira, odio, repulsión, vergüenza, culpabilidad, apatía, aburrimiento” (Rechartt, Ikonen, 1991: 89).

A partir de tales premisas, generadas fundamentalmente del trabajo de investigación documental, habilitaría a comparar los casos de homicidio (delito) con la muerte legalizada por vía de la pena capital. El criminal pudo ser “arrastrado” a la acción por una fuerte necesidad de aminsonar energías, a tal punto agobiantes que le alejaron de los principios morales y éticos de su contexto cultural. En tanto, a los jueces les impulsaría un ambivalente sentimiento de envidia que, en cualquiera de los casos, influye para determinar la sentencia máxima. En palabras de Hanna Segal, “la aniquilación es a la vez la expresión del instinto de muerte en la envidida y una defensa frente a la experiencia de envidia por medio del aniquilamiento del objeto envidiado y del sí mismo que desea y envidida al objeto” (Segal, 1995: 48).

Por supuesto, es propio de la experiencia humana contar con afectos provenientes de la fuente del palcer. Sin ellos resultaría imposible distinguir el sentido de estar vivos. No obstante, en ciertos estados depresivos o de despersonalización, prevalece la pulsión de muerte. Ésta, en circunstancias favorables, también es capaz de movilizar el instinto de vida. Se da pie, entonces, a pensar que el Estado —a través de la reflexión judicial— ofrece la oportunidad de reemplazar la eliminación de los “enemigos sociales”, por estrategias que influyan de manera positiva sobre éstos y la sociedad toda. Varias propuestas se han hecho en tal sentido; por ejemplo, programas de rehabilitación y reinserción comunitaria, campañas de promoción de derechos humanos.

Retomando la teoría freudiana, el criminal es prácticamente asimilado al histérico, dado que ambos ocultan un secreto. Pero, existe una diferencia: el primero sabe qué oculta ante el resto de la sociedad, mientras que el segundo desconoce el secreto y se oculta de sí mismo. En consecuencia, debe analizarse con calma los comoplejos que ocasionan la histeria y la conducta violenta; de hecho, durante el tratamiento psicodinámico, el histérico “pone su empeño conciente en cooperar en la lucha contra su resistencia, pues espera que la indagación le brinde una ventaja: la curación; en cambio, el criminal no presta su colaboración, pues lo haría en contra de todo su yo” (Freud, 1998a: 94).

Para Freud es preciso descubrir las causas de la resistencia entre el inconsciente y la conciencia. Por ello, el psicoanálisis toma en cuenta tres elementos simultáneos al inicio del tratamiento: infantilismo, sexualidad y represión. El último concepto es uno de los grandes aportes de la teoría, posibilitando distinguir distintas enfermedades anímicas.

Como apostilla del contexto y desarrollo histórico de la disciplina, vale referir a Jacques Lacan. Éste retomó el enfoque precedente, al crear hacia 1964 la Escuela Freudia-

na de París, tomando los criterios tradicionales del psicoanálisis con una notoria orientación crítica. Entre los nuevos planteamientos, el lacanismo describe el estadio del espejo, desde una analogía entre la psicología animal y la fisiología humana, mediante tres perspectivas: real, simbólica e imaginaria (Miller, 1989: 11). De tal modo, pudo adentrarse en la agresividad cotidiana del hombre, hasta afirmar que el psicoanálisis no resulta útil para dar cuenta del problema, aunque sí para la comprensión y explicación del fenómeno, interpretado como una rivalidad sinsentido o un temor por nuestra propia imagen (cfr. Miller, 1989: 12).

Si bien Lacan no pretendió fundar un nuevo psicoanálisis, propuso una relación más compleja con el lenguaje, que funcionaría como estructurador del inconsciente (Miller, 1989: 7). En la dimensión imaginaria se encuentra la rivalidad, que encuentra en la palabra una función pacificadora, como vehículo de comunicación interpersonal. En lo correspondiente a la pena capital, la visión lacaniana remitiría a cierta síntesis dialéctica entre el utilitarismo grupal y la realidad individual. Así, la idea de castigo se percibe como una característica de la convivencia social, asociada con una función de ejemplaridad tendiente a la corrección de las conductas perturbadoras del orden colectivo.

1.2 LA ÉTICA PSICOANALÍTICA

Desde tiempos remotos, el ser humano se ha preocupado por llevar a cabo todas sus acciones bajo la contemplación de lo permitido. En este sentido, si no cumple con lo estipulado por la ley, surge un vínculo de culpabilidad que se asocia con padecimientos.

De acuerdo con Miller y Ravinovich, especialistas lacanianos, la “ética del psicoanálisis” se refiere a las contri-

buciones freudianas en materia de la experiencia científica que nace en los albores del siglo XX, la cual va más allá del sentimiento de obligación inherente en la ética tradicional. “En la articulación teórica de Freud [...] la génesis de la dimensión moral arraiga tan sólo en el deseo mismo. De la energía del deseo se desprende la instancia que se presentará en el término último de su elaboración como censura” (Miller, 1995: 12).

La ropuesta del psicoanálisis pretende aboradr el origen de la moral basándose en la distinción cultura-sociedad. En este sentido, y con base en la reflexión moral, son tres los ideales analíticos que se persiguen para el auxilio de los pacientes:

- Ideal del amor humano. El análisis planteó una nueva perspectiva sobre el amor, al colocarlo en el centro de la experiencia ética y erótica.
- Ideal de la autenticidad. Como cualidad vital más que a modo de etapa, abriendo “vías y caminos y allí esperamos que llegue a florecer lo que se llama virtud” (Miller, 1995: 19).
- Ideal de no-dependencia. Dado que el análisis se inscribe bajo conceptos complejos derivados de los traumas, los matices del “carácter” permiten diferenciar los distintos modos de pensamiento.

La cuestión ética se define a artir de la ubicación del ser humano con lo real y de su búsqueda de la felicidad. Al respecto, Freud sostiene que “nada está preparado en el macrocosmos ni en el microcosmos”; la realidad exige la energía del placer, entendida como la satisfacción de los deseos (cfr. Miller, 1995: 23). “La satisfacción de un anhelo.. no tiene una relación simple y unívoca con su anhelo. Lo rechaza y lo censura [...] Volvemos a encontrar aquí la dimensión esencial del deseo, siempre deseo en grado segundo, deseo de deseo” (Miller, 1995: 24).

Lacan, por su parte, afirma que en el psicoanálisis es donde mejor se plantea la forma de “medir, localizar, situar, organizar los valores” (Miller, 1995: 17).

Ahora bien:

La interiorización de la Ley, no cesamos de decirlo, no tiene que ver con la Ley [...] Es posible que el superyó sirva de apoyo a la conciencia moral, pero todos sabemos que nada tiene que ver con ella en la que concierne a sus exigencias más obligatorias. Lo que exige no tiene nada que ver con aquello que tendríamos derecho a hacer la regla general de nuestra acción (Miller, 195: 369).

La culpa arraiga en una herencia cultural de dominio que controla la acción humana e implica el seguimiento de los valores establecidos por una sociedad, con el fin de preservar su naturaleza. Por lo tanto, el psicoanálisis ha contribuido a brindar una explicación de las conductas que infringen la norma. Por una parte, opera la prohibición y, por otra, su ejecución va unida a cierto alivio anímico para el malhechor. El delincuente sufre una ertinaz culpabilidad, de origen desconocido; pero después de cometer la falta, aquella presión que le aqueja, disminuye; la conciencia de culpa queda ocupada de alguna manera.

Lacan sostiene que la relación crimen-castigo se orienta hacia la preservación de la armonía social. En cambio, el psicoanálisis cuestiona las acciones humanas e indaga sobre sus pretensiones morales, pues, ya sean sanas, enfermas, normales o mórbidas, tienen un sentido oculto al que se puede llegar. Entonces, la ética psicoanalítica alude a la “experiencia trágica de la vida”, en la cual se inscriben las acciones y los valores. En cuanto al tema sustantivo de este trabajo, correspondería la cita de Luis de la Barreda Solórzano cuando señala que “es la condición humana, con sus luces y sus sombras y sus laberintos intrincados, lo que subyace en la historia de la pena capital y el debate al respecto” (Barreda, 2004: XIV).

15.4 PSICOANÁLISIS FREUDIANO

15.4.1 TÓTEM Y TABÚ

En la propuesta psicoanalítica freudiana destaca, dentro de su pretendido sustento multidisciplinario, un interés por la antropología. Específicamente se vale de dos de sus conceptos tradicionales para entender el comportamiento humano colectivo y el origen de diversas instituciones sociales: *tótem y tabú*. Con ellos justifica que hablar de la condición humana implica un abordaje ontológico y cultural. Freud se basa en la hipótesis del asesinato del padre primordial como determinante para todas las formas de organización humana. Al mismo tiempo, permite acercarse a los problemas de los pueblos, mediante el estudio de las prohibiciones culturales o el tabú (comparable al imperativo categórico de Kant) (cfr. Freud, *Tótem...*, 1998c, V, XIII: 7).

Para la propuesta psicoanalítica, las vicisitudes individuales configuran, de algún modo, un resumen de las vicisitudes del pasado de la humanidad. Esto significa que a cada acción humana se asocia un correlato social e histórico.

Para explicar el *asesinato del padre primordial*, Freud recoge datos etnológicos que le permite reconocer en el totemismo la forma religiosa más antigua y universal, implicando un comportamiento sociocultural que permanece latente en todas las civilizaciones.

Inspirándose en los escritos de Darwin, supone que el hombre primitivo vivió en pequeñas hordas dominadas por un macho poderoso, dueño y señor de todas las hembras. La situación de los hijos machos era dura; quien despertaba los celos del padre era muerto o poscrito. La forma de vida consecuente consistió en la organización de pequeñas comunidades, cuyas hembras eran conseguidas mediante el raptó. La figura del padre representaba un gran obstáculo contra

los deseos de los hijos y los hermanos, hasta despertar sentimientos de odio, de muerte y de reemplazo. Freud expone sus ideas en el escrito *Tótem y tabú*; cuyas bases surgen del estudio de salvajes australianos, a través de quienes identifica el estado primitivo que conserva el hombre actual.

Una vez eliminada la figura del padre sobrevino el desorden social, en la cual los hermanos se disputaban la sucesión paterna. Pero el principio de la realidad se impuso y aquellos comprendieron que, para sobrevivir, debía reprimirse el principal móvil del parricidio: la posesión de las hembras del mismo clan. Además, de la ambivalencia de los sentimientos hacia el padre (odeio y amor reverencial) surgió una notable culpabilidad. De modo que, tanto el principio de la realidad como el sentimiento de culpabilidad representaban aspectos fundamentales del entramado psíquico individual y social, habiendo provocado el nacimiento del orden colectivo, las normas morales y la religión-en principio en su versión totémica—.

Con impulso en el bien común se impuso la necesidad de renunciar al ideal de imitación paterna, en cuanto a la posesión de las hembras, dando lugar a las siguientes reglas primordiales:

- El tabú del incesto; a saber, el horror y prohibición del contacto sexual entre familiares.
- El precepto de la exogamia; es decir, la obligación de buscar pareja fuera del propio grupo.
- La prohibición de matar al animal totémico (representación del padre asesinado); debido a que el remordimiento primitivo se satisface con la sustitución del padre a través de la figura de un animal fuerte y temido.

Estas primeras normas serán esenciales para la convivencia familiar y clánica. Por ende, cualquier violación

es causa de castigo y, sin más, de la muerte, dado que toda subvención rememora el parricidio original (Freud, *Tótem...*, 1998c, V, XIII: 15).

Aquí aparece la idea de tabú como sagrado y, al mismo tiempo, como ominoso, rohibido e impuro. Freud retoma estas nociones de Wundt, quien refiere al tabú a modo de código social. Sin embargo, el tabú es diferenciado del plano religioso o moral, ya que éstos, en tanto convenciones humanas, son producto de las ilusiones y deseos. Son, en definitiva, resultado de sentimientos de desamparo, de la necesidad de protección frente a los peligros de la vida, del temor a la fragilidad de la existencia humana ante la muerte. En antropólogo Thomas Norticote, y el propio Freud, alude a tres fases del tabú: “a) el carácter sagrado (o impuro) de personas o cosas, b) la índole de la restricción que resulta de ese carácter, y c) la sacralidad (o impureza) producto de violar esa prohibición” (Freud, *Tótem...*, 1998c, V, XIII: 28). Ninguna remite a los meramente religioso.

El tabú, aun cuando adhirió a la religión, mantuvo sanciones ejemplares a quienes rompieran las reglas, con el propósito de representar un espectáculo de suplicio que, a los ojos de la ley, pudiera frenar cualquier intento de desorden social. Para Freud, estas expresiones explicitan el miedo al poder que la propia sociedad ha creado. Considera que, en el ámbito de la estructura política, “los primeros sistemas penales de la humanidad se remontan al tabú” (Freud, *Tótem...*, 1998c, V, XIII: 29).

La relación entre el totemismo y el tabú se concreta en tres tipos de violaciones: comer o matar a los animales que sirven de guía; la relación con personas transgresoras del tabú (incluyéndose a enfermos y muertos); los daños a plantas y espacios (cfr. Freud, *Tótem...*, 1998c, V, XIII: 32). Quien cometiera uno de estos actos, sufriría la amenaza permanente del castigo. En el caso de los enfermos

obsesivos se trata de una amenaza interna, al manifestarse en la mente; pero, en la colectividad, el riesgo es externo, llevando al apartamiento de aquellos que han violado las normas. Aún así, el “placer de violarlo [al tabú] subsiste en lo inconciente [...]; los hombres que [lo] obedecen tiene una actitud ambivalente hacia aquello sobre lo cual el tabú recae” (Freud, *Tótem...*, 1998c, V, XIII: 42).

Dentro de los pueblos primitivos, quien mataba a sus enemigos experimentaba sentimientos encontrados: odio y arrepentimiento simultáneamente. Se diría que, mucho antes de toda legislación o “revelación divina”, ya conocían el mandamiento de no matar, intuyendo que su violación traía consigo el castigo (Freud, *Tótem...*, 1998c, V, XIII: 46).

En este contexto, aparece la conciencia moral, como la certeza de culpabilidad. Freud la define como producto de la ambivalencia de los sentimientos ante el tabú; “la percepción interior de que desestimamos determinadas mociones de deseo existentes en nosotros” (Freud, *Tótem...*, 1998c, V, XIII: 73). Como ejemplo, el mandamiento “no matarás” provoca horror, pero como “tras cada prohibición, por fuerza hay un anhelo”, subsiste un impulso asesino en todas las culturas (cfr. Freud, *Tótem...*, 1998c, V, XIII: 75). Dicho mandamiento enuncia un carácter imperativo que “nos da la certeza de que somos el linaje de una serie interminable de asesinos que llevaban en la sangre el gusto de matar, como quizá lo llevemos todavía nosotros”, de tal forma que el ser humano de la prehistoria permanecería en nuestro inconsciente de una forma irremediable (Freud, *Contribución a la historia...*, 1998d: 297). “E nuestras mociones inconscientes eliminamos día tras día y hora tras hora a todos cuantos nos estorban en el camino, a todos los que nos han ultrajado o perjudicado. El ‘Que el diablo se lo lleve’ [...] en verdad quiere decir ‘Que la muerte se lo lleve’, es en el interior de

nuestro inconsciente un serio y poderoso deseo de muerte” (Freud, *Contribución a la historia...*, 1998d: 298).

Aunque Freud reconoce que la vida es el primer deber de todo ser humano, la realidad psíquica impulsa pensamientos y desos de muerte sobre el inconsciente. El castigo resultaría, bajo esta lógica, como una manera de conservar el tabú o la formación social, constituyéndose en el primer antecedente de todo sistema penal.

Si alguien ha llegado a satisfacer el anhelo reprimido, no puede menos que mover igual anhelo en todos los miembros de su sociedad; para sofrenar esa tentación es preciso que ese a quien en verdad se envidia sea privado del fruto de su osadía, y no es raro que el castigo dé a sus ejecutores la oportunidad de cometer a su vez la misma acción sacrilega so capa de expiarla. Por lo demas, esta es una de las bases del régimen penal de los seres humanos, y tiene como peremisa, por cierto que correcta, la homogeneidad de las mociones prohibidas tanto ara el criminal como para la sociedad vengadora (Freud, *Totem...*, 1998c: 76).

En síntesis, la muerte del padre primordial generaría la conciencia culpable frente a la violación del mandato “no matarás”. Luego, el parricidio se presenta como una de las expresiones de mayor carga sicológica, a nivel individual y colectivo, en diversas culturas. Sobresalen la noción cristiana del pecado original y, desde luego, el complejo de Edipo. Asimismo, el parricidio se presenta como el único punto concreto en la vida anínima de los pueblos, explicando el origen de los trastornos individuales y de la agresividad colectiva, como hrencia de las sociedades acutales (cfr. Freud, *Totem...*, 1998c: 158).

A partir de la correlación entre totemismo y tabú, la postura psicoanalítica reconoce la posibilidad de abordar ciertos comportamientos humanos, entre ellos la actitud

o deseo homicida, tanto en su expresión “criminal” como en términos de acción punitiva. La comprensión dialéctica del tótem y tabú ofrece una herramienta interpretativa, que vincula el comportamiento asesino con la aniquilación del padre primordial, al cual nada le puede ser negado. Manteniendo tal secuencia explicativa, el aislamiento temporal o permanente que aplica el sistema penitenciario no sería más que una huella de las instituciones ancestrales. Finalmente, la pena de muerte reflejaría, en esencia, una manifestación primitiva.

15.4.2 EROS Y THÁNATOS

Uno de los principales aportes del movimiento psicoanalítico –desde sus observaciones clínicas– radica en explicar la vida anímica a partir del gobierno de tres polaridades regidas con base en elementos opuestos. Son:

- a) Sujeto (yo)-objeto (mundo exterior);
- b) placer-displacer;
- c) activo-pasivo (Freud; Contribución a la historia..., 1998d: 40-41).

Tales polaridades influyen sobre el comportamiento individual y social, quedando sueltas a las fuerzas de la voluntad, la conciencia y el inconsciente.

Freud arribó a estas conclusiones tras formular tres hipótesis:

1. La existencia de un aparato psíquico.
2. La realidad de una energía mental que reocorre ese aparato.
3. El funcionamiento de dicho aparato mental.

La realidad psicológica freudiana surge de un mundo lleno de objetos. Entre ellos, existe uno especial: el cuerpo. Éste es importante en tanto actúa para sobrevivir, reproducirse y está guiado para satisfacer sus diversas necesidades: alimenticias, de protección, biológicas, sexuales, entre otras. Como parte del cuerpo existe el sistema nervioso como componente representativo. Una de sus características destacables es la sensibilidad ante las necesidades corporales.

Según el psicoanálisis, la oposición yo-objeto se impone al individuo desde edad temprana, cuando el infante construye un concepto de mundo, a través de la socialización. Más allá de las potenciales divergencias del sujeto, se presupone la conformidad con las convenciones sociales. Sin embargo, a través de la oposición activo-pasivo, se determina tanto la pasividad del yo, en la medida que recibe estímulos provenientes del mundo exterior, y la actividad cuando reacciona frente a aquellos. Por su parte, la oposición placer-displacer remite a la satisfacción o insatisfacción frente a las pulsiones (Freud, *Contribución a la historia...*, 1998d: 48).

Hasta 1920, Freud sostuvo que el aparato anímico funciona regido por el principio del placer, el cual lo mantenía libre del exceso de excitación, evitando el displacer. Pero, en su obra *Más allá del principio del placer* (1920-1922) identificó tres situaciones que restringen dicho dominio. Esto se debía, entre otras razones, a:

1. El principio del placer es reemplazado por el principio de realidad que exige postergar la satisfacción y tolerar provisionalmente el displacer.
2. Durante el desarrollo del yo surgen conflictos y escisiones, llevando a la incompatibilidad de ciertas

- pulsiones, que resultan displacenteras al alcanzar la conciencia, tras ser reprimidas.
3. Displacer de percepción, debido a: percepción de una pulsión insatisfecha; percepción exterior penosa en sí misma; percepción con expectativas displacenteras (Freud, *Más allá del principio del placer...*, 1998e, V, XVIII, 7-8).

A través de un caso concreto puede ilustrarse la dinámica del aparato anímico. Suponiendo que una de las prácticas normales más tempranas del ser humano, como es el juego infantil, consiste en la transformación lúdica de una vivencia real, cabría afirmar que los niños repiten en el juego todo cuanto les ha impresionado en la vida. En la vivencia, participa de manera pasiva, siendo afectado por ella; durante el juego representa un papel activo, replegando su experiencia, aunque fuese displacentera.

Entonces, vale considerar que, desde el psicoanálisis, las pulsiones ocupan una parte relevante de la vida psíquica y anímica. Aquí se presenta el desafío de definir el término “pulsión”, anticiando que refiere a “concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma” (Freud, *Más allá del principio del placer...*, 1998e, V, XVIII, 7). En otras palabras, Freud le emplea como noción basada sobre la descripción de la sexualidad humana; como un impulso originado en una excitación corporal (fuente), que moviliza al organismo para suprimir su estado de tensión. La finalidad de la pulsión consiste en la recuperación del equilibrio previo a la excitación. Su objetivo es el elemento que posibilita la realización de dicho fin.

La pulsión implica un proceso dinámico; un movimiento de carga energética que dispone al organismo en un

determinado sentido. Para ello, cuenta con sus fuente (estado de tensión interno), su fin (suprimir tal tensión) y su objeto (gracias al cual alcanza su fin).

Comprender el postulado psicoanalítico de las pulsiones requiere analizar, junto con el significado, las inferencias del concepto mismo. Cabe indicar que la propia traducción del término originario (en alemán *trieb*), no provoca consenso entre los expertos. Una tendencia mayoritaria prefiere recurrir al término *pulsión*, en lugar de *instito*, diferenciándolo claramente de la expresión alemana *instinkt*. Para Freud, *instinkt* designa una conducta hereditaria, predeterminada genéticamente, cuyo objeto y fin están prefijados por naturaleza. En contraste, *trieb* alude al empuje que moviliza al organismo hacia un objeto y un fin de satisfacción pulsional, no prefijados. Contrariamente, otros autores utilizan instinto en lugar de pulsión. También pueden citarse designaciones alternativas, entre tales: excitaciones, representaciones afectivas, mociones de deseo, estímulos endógenos.

Freud sugiere cuatro motivos pulsionales, sometidos a las influencias de las tres grandes polaridades que gobiernan la vida anímica:

1. El trastorno hacia lo contrario Puede darse mediante dos procesos: retorno de la actividad a la pasividad (sadismo-masoquismo); trastorno en cuanto al contenido (el giro amor-odio). En este contexto, el masoquismo es el sadismo vuelto hacia el yo. Aquí se produce un cambio de vía al objeto, manteniéndose la meta inalterada. En cuanto al par de opuestos “sadismo-masoquismo”, el proceso se presenta de la siguiente manera: a) el sadismo es una acción violenta, afirmación de poder, necesidad de dominio dirigida a otra persona como objeto; b) el objeto es resignado y sustituido por la propia persona, dudando

también la meta (de activa a pasiva); c) se busca un nuevo objeto que toma el papel activo del sadismo. Aquí se presenta el masoquismo, con el fin de sugerir que la satisfacción se obtiene por el camino del sadismo originario, en cuanto el yo pasivo se traslada a su opuesto anterior, que deja al sujeto ajeno. No hay masoquismo que no se engendre en el sadismo. La concepción sádica es deteriorada por la acción-meta, que inflige dolor, humillación y apoderamiento. El niño sádico no toma en cuenta ni se propone infligir dolores; pero una vez traspuesto el masoquismo, los dolores sirven para proporcionar una meta masoquista pasiva, de modo tal que las sensaciones dolorosas desbordan la excitación sexual, generando placer; después podría seguir la meta sádica de provocar dolor sobre otro, gozando de manera masoquista al identificarse con el objeto sufriente. En ambos casos, no se goza del dolor mismo, sino del placer o de la excitación sexual que lo acompaña. El goce del dolor es una meta originariamente masoquista, pero que sólo puede devenir en meta pulsional para quien es originariamente sádico.

2. La vuelta hacia la persona propia. La observación analítica puede comprobar que existen comportamientos que buscan dejar de impactar sobre los otros para inluir sobre el propio individuo, puesto que “lo esencial en este proceso es el cambio de vía del objeto, manteniéndose inalterada la meta” (Freud, *Más allá del principio del placer...*, 1998e, V, XVIII, 7). El ejemplo típico de dicha transformación es el cambio de sadismo a masoquismo.
3. La represión. En términos freudianos, las pulsiones suelen chocar algunas veces con resistencias que impiden su operación. Cuando esto sucede, se con-

tradice la identificación entre satisfacción pulsional y placer. Por lo tanto, se origina un apotencial represión, cuando el motivo de displacer supera el palcer de la satisfacción. Tan importante y complejo resulta este fenómeno que Freud le consideró como “el pilear fundamental sobre el que descansa el edificio del psicoanálisis” (Freud, Más allá del principio del placer., 1998e, V, XVIII, 37-39). En su explicación diferencia dos fases: en una primera, la fuerza pulsional no se encuentra dentro del ámbito consciente y, al estar motivada por propiedades y procesos incoscientes, causa una trasposición de las energías psíquicas en afectos –particularmente en angustia motivada por la conciencia moral–; la segunda constituye la represión determinante, cuando la pulsión es sofocada or completo debido a las débiles posibliidades de cumplir el principio del placer.

4. La sublimación. Se presenta como la transformación de un impulso inaceptable en una forma socialmente aceptada, incluso productiva. Por esta razón, alguien con impulsos hostiles puede desarrollar actividades como supletorias como cazar, practicar deportes o convertirse en militar. Una persona que sufre de fran ansiedadm en un mundo confuso convertirse en un exitoso hombre de negocios o científico. Alguien con pedorosos impulsos sexuales bien podría ser fotógrafo, artista o un novelista. Freud, de hecho, sostiene que toda actividad creativa positiva radica en una sublimación, especialmente de la pulsión sexual.

Una vez detallado el contenido conceptual acerca de las pulsiones, vale avanzar sobre la clasificación freudiana. Según ésta, existen dos grandes categorías: *pulsión de vida* y *pulsión de muerte*, cuyos ejes rectores se conforman por

el Eros y Thánatos respectivamente (Freud, Más allá del principio del placer., 1998e, V, XVIII, 40).

Tal como se expusiera, la teoría pulsional reconoce formulaciones cambiantes y no sucesivas en el propio Freud; las ideas son retomadas y reelaboradas sucesivamente. En su primera etapa, entre 1905 hasta 1914, reconoce y contrapone las pulsiones sexuales a las pulsiones de autoconservación (Freud, Más allá del principio del placer., 1998e, V, XVIII, 40). Las primeras representan los intereses de la especie, mientras las segundas representan al conjunto de necesidades ligadas a las funciones corporales indispensables para la vida, cuya función es resguardar los intereses del individuo. La energía propia de las pulsiones sexuales se denomina *libido*; la correspondiente a las pulsiones de autoconservación se designa como *interés*. La relación original entre tales pulsiones se establece a través del *apuntalamiento*. Como afirma el autor vienés, las pulsiones sexuales sólo secundariamente se vuelven independientes, apuntalándose inicialmente sobre las funciones somáticas vitales, que le indican la fuente, el objeto y el fin.

A partir de 1910, Freud introduce la noción de *pulsiones del yo*, igualándolas a las *pulsiones de autoconservación*. Las pulsiones yoicas adquieren una doble función de autoconservación del individuo y de agente de la represión, cuya energía se sitúa al servicio del yo en el conflicto defensivo. El yo suponía, en ese momento, dos acepciones. Según la primera, es sinónimo de sujeto o persona total; en cambio, de acuerdo a la restante, conforma un conjunto poderoso de representaciones que, guiado por las pulsiones de autoconservación, adhiere al principio de realidad, en oposición al deseo. Enfrentando estas tendencias yoicas, las pulsiones sexuales representan, inicialmente, una fuerza sometida al principio del placer, difícilmente “educable”,

primaria y amenazante para el equilibrio del aparato psíquico, puesto que no considera las exigencias de la realidad.

Lo anterior deriva en el reconocimiento de la intervención de tendencias agresivas dentro del funcionamiento mental; por ejemplo, alrededor del complejo de Edipo describe una conjunción de deseos primigenios tanto amorosos como hostiles. Hacia 1905, Freud ortogó a la agresividad un rol fundamental a nivel clínico, enfatizando la necesidad de hacer conscientes todos los impulsos, como parte del proceso de cura. Asimismo, asignó una importancia singular a las tendencias destructivas, presentes en afecciones tales como la paraoia, la neurosis obsesiva y la melancolía.

No obstante, esta primera formulación de la teoría pulsional carece del planteamiento que dé cuenta de la autonomía de los impulsos agresivos. En 1908, Alfred Adler introdujo el concepto de *pulsión agresiva*, junto con la idea de un *entrelazamiento pulsional*. Freud se rehusaría aún a admitir la existencia de una pulsión agresiva específica, creyendo erróneo particularizar aquello que él atribuía a todo lo pulsional. Concebía a la pulsión como un “fragmento de actividad”, manteniendo “su propio poder de devenir agresiva”. En esta primera formulación teórica, la agresividad se entiende como un componente parcial de toda pulsión.

Desde 1914, al publicarse la *Introducción al narcisismo* se inicia una segunda etapa de la conceptualización freudiana (Freud, Más allá del principio del placer., 1998e, V, XVIII, 67 y 98). En este texto se plantea una subdivisión de las pulsiones sexuales, en función de su objeto de elección. Se distinguen la libido del yo (libido narcisista), cuando el objeto es el propio yo, y la libido objetal, si el destino de la misma es externo. La energía de las pulsiones del yo conserva el nombre de interés del yo o simplemente interés, sin embargo, Freud reconoce que sólo es posible distinguir las pulsiones yoicas de

las libidinales cuando éstas invisten al objeto. La libido que inviste al yo provoca efectos indiferenciables del interés. En consecuencia, la autoconservación puede ser referida al amor a sí mismo, es decir, a la libido del yo.

Desde el punto de vista dinámico, el conflicto psíquico aparece en la oposición entre la libido narcisista aliada a las pulsiones del yo y la libido objetual. El interés de la libido narcisista es proteger la pulsión sexual objetual. Esta formulación permite comprender y distinguir las neurosis de transferencia, de las neurosis narcisistas o psicosis. En las primeras, la libido se intorvierte y carga a objetos imaginarios; en las segundas, la pulsión sexual toma como objeto al yo, conservando la doble concepción que le caracterizaba en la primera teoría.

En esta segunda formulación de la vida pulsional, el odio y la agresión intervienen en uno de los polos del conflicto psíquico, oponiéndose a la libido objetual y favoreciendo su represión, dada su asimilación a la libido narcisista.

15.4.3 LA PULSIÓN DE MUERTE

La antítesis entre las pulsiones de autoconservación y las de conservación de la especie, así como la antítesis entre el amor al yo y el amor a los objetos, quedan incluidos en Eros. Esto equivale a conceptualizar la agresión como elemento autónomo en su origen, opuesto tanto a la pulsión sexual como a los “intereses del yo”. En lo sucesivo, se reconocerá a las fuerzas destructivas el mismo poder que a la sexualidad. En *Más allá del principio del placer* (1920), Freud confirma el supuesto delplaccer como principio rector del funcionamiento mental. De ahí, la tendencia del aparato mental a buscar el placer a través de un equilibrio energético, que no siempre se consigue.

En la teoría psicoanalítica adoptamos sin reservas el supuesto de que el curso de los procesos anímicos es regulado automáticamente por el principio del placer. Vale decir: creemos que en todos los casos lo pone en marcha una tensión displacentera, y después adopta tal orientación que su resultado final coincide con una disminución de aquella, esto es, con una evitación del displacer o una producción de placer (Freud, *Más allá del principio...*, 1998e: 7).

En términos contextuales, el despliegue de fuerzas destructivas que significó la primera guerra mundial influyó sobre el postulado freudiano de *pulsión de muerte*.

En su obra *Más allá del principio del placer* alude justamente a la pulsión de muerte, donde impera el principio de nirvana. Principio que tiende al cero absoluto, a la reducción completa de las tensiones; al más allá donde se anula la diferencia, la individualidad y donde lo vivo muere. La vida podrá subsistir mientras Eros consiga someter al principio de nirvana y mudarlo en principio del placer (o principio de constancia), el cual será transformado en principio de realidad por obra de las exigencias de ésta. El principio de nirvana, que corresponde a la pulsión de muerte, sufrió en el ser vivo una modificación que lo transformó en principio del placer. Esta modificación proviene de la pulsión de vida, la libido (cfr. Freud, *Más allá del principio...*, 1998e: 38).

Freud fundamenta este *más allá* a partir de hechos clínicos regidos por la compulsión a la repetición, concebida como un proceso incoercible, de origen inconsciente. A través de aquél el individuo tiende a reproducir experiencias antiguas de displacer y dolor, sin conciencia de estar repitiendo, sino con la idea de tratarse de una experiencia completamente motivada en lo actual.

La pulsión de muerte tiende a la reducción completa de las tensiones, disolviendo al ser vivo al estado de materia inorgánica, destruyendo las unidades vitales, nivelando las tensiones y retornando a un estado de reposo absoluto. Las pulsiones se dirigen primariamente hacia el interior, tendiendo a la autodestrucción (pulsión de destrucción), enfocándose hacia el exterior (pulsión agresiva), en un segundo momento. Este empuje por el retorno a lo inorgánico supone que todo ser vivo fue antes un “ser no vivo”. En tal sentido, la satisfacción de la pulsión conllevaría el retorno a un estado anterior.

La pulsión destructora del propio organismo se torna inofensiva cuando deviene en pulsión agresiva, misión facilitada por la constitución del sistema orgánico vinculado a la musculatura. Para Freud, parte de la agresión sirve a la sexualidad; por ejemplo, en el sadismo. Cuando la pulsión destrutiva se convierte en pulsión agresiva, parte de ella permanece en el organismo evidenciándose en el proceso del masoquismo primario. Así, las pulsiones de muerte se contraponen a las de vida.

El concepto freudiano de *pulsión de muerte* afectó la comprensión de los fenómenos agresivos en la vida mental. En lo clínico, se ha relacionado estrechamente con las formas más malignas del *narcismo*, con el predominio de lo tanático por sobre lo libidinal. En realidad, thánatos como un principio fundamental de lucha y destrucción, se expresaría en todos los ámbitos, enfrentado a la pulsión de vida y su fuerza cohesiva e integradora.

15.4.4 EL MALESTAR EN LA CULTURA

Sigmund Freud afirmó que la psicología, en sus planos individual y colectivo, respondía al efecto de determinantes bio-

lógicos, tanto como a influencias ancestrales de la cultura. El enlace de los componentes particulares y sociales como variables involucradas en el comportamiento humano, constituyó una aportación significativa del ensamiento freudiano. Mientras prevalecía el criterio de una masculinidad y femineidad adscriptivas, en términos de rol –y aún como caracteres impuestos desde la creación divina–, expuso la incidencia de patrones dinámicos familiares, a modo de respuesta bio-psi-co-social (Freud, *Más allá del principio...*, 1998e: 67).

Dentro de la estructura psíquica, la pulsión de vida y la pulsión de muerte conviven de manera necesaria. Se trata de dos manifestaciones polares, cuya tensión genera consecuencias de diversa índole.

Desde las culturas más primitivas, el devenir de la civilización quedó signado por la historia de sus guerras. Ello nos invita a reflexionar acerca de las transformaciones del ser humano, habida cuenta del atrón de agresividad y violencia que ha persistido a través del tiempo. Esta problemática o preocupación, incluye la consideración del castigo capital, cuya explicación psicoanalítica derivaría de la muerte del padre primordial. Aún cuando múltiples acciones remitan a la cooperación y a la tolerancia, existirán oportunidades variadas que orienten la conducta por el camino opuesto.

De acuerdo con el testimonio del psicoanálisis, casi toda relación afectiva íntima y prolongada entre dos personas – matrimonio, amistad, relaciones entre padres e hijos– contiene un sedimento de sentimientos de desautorización y de hostilidad que sólo en virtud de la represión nos es percibido. Está menos encubierto en las cofradías, donde cada miembro disputa con los otros y cada subordinado murmura de su superior (Freud, *Más allá del principio...*, 1998e: 96).

La denominada tendencia a la destrucción, heredera de la pulsión de muerte, se presenta como resquicio del so-

metimiento, de la frustración y de la culpa que orbitan alrededor de la alegoría del padre, símbolo de norma y autoridad. Específicamente, enfocado sobre la dimensión social, Freud advierte que:

Si su desarrollo cultural [refiriéndose a la especie humana] logra, y en caso afirmativo en qué medida, dominar la perturbación de la convivencia que roviene de la huana pulsión de agresión y de autoaniquilamiento, nuestra época merece quizás un particular interés justamente en relación con esto. Hoy los seres humanos han llevado tan adelante su dominio sobre las fuerzas de la naturaleza que con su auxilio les será fácil exterminarse unos a otros, hasta la última persona. Ellos lo saben; de ahí buena parte de la inquietud contemporánea de su infelicidad, de su talante angustiado (Freud, *El provenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras obras* (1927-1931)..., 1998f, V, XXI: 140).

Se infiere, pues, un malestar en la cultura; una resistencia a la pulsión agresiva natural de los seres humanos. Por ello, se han impuesto limitaciones éticas, destinadas a preservar la especie. En tal sentido, el establecimiento de la pena de muerte evidenciaría cierto conflicto frente a dicha tarea de salvaguarda.

Freud ha señalado una evolutiva capacidad de renuncia a las fuerzas del impulso destructivo; pero, postula al deficitario correlato en cuanto al avance del *eros*, articulador de la vida. Sólo así, se accedería a una dinámica intrapsíquica acorde con la conciliación de la felicidad individual (principio de placer) y comunitaria. En lugar de ello, surgió el paradigma de la Escuela Positiva, cuyos criterios penales apunturaron a la peligrosidad del delincuente, dejando su huella en las políticas públicas de seguridad.

Sintéticamente, las nociones e ideas generadas desde el ámbito de la psicología, y específicamente del psicoanálisis,

sis, aportan un significativo factor interiniente en el diálogo interdisciplinario que debate sobre la pena de muerte. Ésta aparece como una forma de castigo que incide en una doble dimensión: personal y colectiva. Queda, pues, expuesta una base epistemológica interesante para la comprensión de la ciencia jurídica.

BIBLIOGRAFÍA

- CAMUS, Albert, KROESTLER, Arthur (1972) *La pena de muerte: un problema siempre actual*, Buenos Aires, Emecé.
- BARREDA SOLÓRZANO, Luis de la (2004) “Prólogo”, *Pena de muerte: mitos y realidades*, Pedro José Peñalosa, México, UNAM, Porrúa.
- FREUD, Sigmund (1998a) “Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci y otras obras (1910)”, *Obras completas*, James Strachey (compilador), Buenos Aires, Amorrortu, V, XI.
- _____ (1998b) “Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913)”, *Obras completas*, James Strachey (compilador), Buenos Aires, Amorrortu, V, XII.
- _____ (1998c) “Tótem y tabú y otras obras (1913-1914)”, *Obras completas*, James Strachey (compilador), Buenos Aires, Amorrortu, V, XIII.
- _____ (1998d) “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)”, *Obras completas*, James Strachey (compilador), Buenos Aires, Amorrortu, V, XIV.
- _____ (1998e) “Más allá del principio del placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras (1920-1922)”, *Obras completas*, James Strachey (compilador), Buenos Aires, Amorrortu, V, XVIII.

- _____ (1998f) “El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras obras (1927-1931)”, *Obras completas*, James Strachey (compilador), Buenos Aires, Amorrortu, V, XXI.
- LAPLANCHE, Jean (1991) “La pulsión de muerte en la teoría de la pulsión sexual”, *La pulsión de muerte*, André Green et al., Buenos Aires, Amorrortu.
- MILLER, Jacques-Alain (edición) (1995) *El seminario de Jacques Lacan. Libro 7. La ética del psicoanálisis 1959-1960*, Buenos Aires, Paidós.
- _____ (1989) *Recorrido de Lacan. Ocho conferencias*, Buenos Aires, Manantial, 4 edc.
- RECHARDT, Eero (1991) “Los destinos de la pulsión de muerte”, *La pulsión de muerte*, André Green et al., Buenos Aires, Amorrortu.
- RECHARDT, Eero, IKONEN, Pentti (1991) “A propósito de la interpretación de la pulsión de muerte”, *La pulsión de muerte*, André Green et al., Buenos Aires, Amorrortu.
- RICOEUR, Paul (1999) *Lo justo*, Madrid, Caparrós.
- SEGAL, Hannah (1995) *Sueño, fantasmas y arte*, Buenos Aires, Nueva Visión.

CAPÍTULO VII
ESTUDIO DE CASO

16, ESTUDIO DE CASO: TERAPIA PSICOANALÍTICA

Enero 20 de 1979

Querido Octavio: Desde que llegué me puse a escribir una crónica –mi Crónica de Vancouver-. Lo mismo hice en el hospital psiquiátrico. Quizá para no olvidar lo que he visto, lo que he hecho. ¿O quizá como una manera de conservar mi identidad en un lugar extraño? Aquí estoy, soy yo, soy yo. En realidad, creo que siempre estoy llevando un apunte, aunque sea mentalmente, de lo que veo o hago. Quizá por eso es que de tiempo en tiempo pienso que me gustaría tener una columna en un periódico, para poder poner en blanco y negro mis apuntes de la vida diaria.

Aunque una cosa es escribir una crónica, y otra es la necesidad de que alguien la lea ¿Necesito tener algún feedback de lo que escribo para reconocer que existo?

Hasta este momento me he sentido muy bien y bastante ambientada. Extraño un poco a los gatos, nada a los chicos –podría decirse, inclusive, que es un descanso no estar con ellos-. De mi mamá ni me acordaba hasta que me habló de ella ayer por teléfono mi hermana– y de momento me molestó que me la recordara. Al rato la volví a olvidar.

Quien más bien ha estado en mi mente es Víctor, no porque lo extrañe, sino porque es una especie de crítico perpetuo y molesto –de cómo doy mi clase, de si pierdo mi tiempo en el gimnasio o en el cine en vez de encerrarme en la biblioteca, etc.– No lo puedo exorcisar y aunque su presencia no es angustiante, sí es molesta. No me deja en total libertad.

En los últimos días tuve una pesadilla que incluía a Víctor, en papel de perseguidor implacable, que me buscarme hasta encontrarme escondida bajo un escritorio con

un joven con quien acababa de hacer el amor en forma muy agradable. Víctor me echaba una mirada de odio y me trataba con el mayor desprecio, gritándome que no debía estar perdiendo mi tiempo haciendo esas cosas. Desperté muy angustiada.

Y en la noche siguiente soñé que en un club, adonde pasaba un rato simpático con varias personas, me fui a meter al baño y sentada en el excusado de pronto, sin saber por qué, sollocé y se me salieron unas lágrimas. En ese momento me daba cuenta de sentir una soledad insuperable, y sentía que mientras toda la gente que conocía o que estaba a mi alrededor tenía alguna relación, buena o mala, con otras personas, yo estaba en un vacío total, desconectada de todo el mundo. Y en el sueño, en ese momento, pensaba otra vez en suicidio y en los medios para hacerlo.

Ya semidespierta estuve elaborando mucho ese sueño y relacionándolo con el de Víctor, sin llegar a ninguna conclusión. Sin embargo, no me sentía, ya despierta, ni deprimida ni solitaria.

En eso sonó el teléfono y hablé con Magda, que me llamaba nada más para saludarme, y cuando regresé a mi cama —era muy temprano en la mañana, me acordé del prendedor de esmeralda de mamá que siempre asocio con Colombia, y esta vez lo asocié con Magda y tuve una sensación muy grande de ira localizada precisamente en mi pecho izquierdo.

Aquí estoy encantada con mis actividades físicas, y me siento sumamente vital en mi cuerpo. Me doy cuenta que el movimiento del cuerpo, de los músculos, la utilización de mi cuerpo, es muy importante para mí, y que lo intelectual es totalmente de interés secundario y casi artificial. Ciertamente no tengo a ningún Víctor mentalmente dirigiéndome en clase de gimnasia, y allí me puedo comparar más que favorablemente con las otras personas, en su mayoría jóvenes de 20 a 25. Pondero la cuestión de edad y no encuentro la manera de

analizarla. En parte creo ver cuál puede ser el problema de mamá, que nunca se ha sentido vieja —o acaso apenas ahora empieza a sentirlo—. Yo no me siento vieja, aunque muy de vez en cuando me doy cuenta que para éstos mis compañeros de clase sí lo soy. Pero en la clase de gimnasia hay otro elemento, que no es la edad. Hay personas allí que pueden hacer los ejercicios mejor que otros, y yo estoy entre los que los pueden hacer mejor. Y eso es todo.

Me gustaría mandarte mi crónica, pero quisiera saber si te interesaría recibirla. Escríbeme, me gustaría saber de ti.

Recibe un saludo cariñoso de María

P.S. Te mando la primera parte, para que veas de qué se trata, pero dime si quieres que te mande más después.

Enero 21 de 1979

Querido Octavio: Te mando adjunto copia Xerox de mi carta de ayer, porque la eché en el buzón sin completar la dirección en el sobre me faltaba poner el número del edificio y la zona postal, así es que dudo que te llegue una carta dirigida al Dr. Octavio Márquez, Insurgentes Sur (sin número y sin zona postal).

Habrá que ver por qué no quería que te llegara.

Saludos, María

CRÓNICA DE VANCOUVER

Enero 4, 1979

Me despierto de Ileana y Armando en el aeropuerto y paso por migración, adonde como de costumbre insisten que soy nacionalizada porque nací en Londres. Después de las explicaciones, también de costumbre, me instalo en una cola durante media hora para pasar la “revisión” de dos uniformados en la entrada de la Sala 11, y en ese tiempo con-

verso con una encantadora familia de altísimos canadienses que resultan apellidarse Treviño, y le doy discretos codazos a una japonesita que hace lo imposible por ganarme mi lugar en la cola. Me instalo cómodamente en el asiento G25 del Jumbo que me fue asignado previa petición expresa en inglés a un japonés que no habla español: “in the non-smoking area, as far as posible from the smoking area, on the aisle”. Al abordar, motores andando, y después de una hora de los tres o cuatro discursos del capitán en incomprensible inglés, japonés y “español”, arrancamos. En cuanto se apaga el no smoking sign, se encienden decenas de cigarrillos a mi alrededor, y descubro que estoy precisamente en medio del smoking area. Recojo todos mis tiliches y me estaciono frente a la cabina del purser y le hago saber mi intención de viajar parada hasta Vancouver a menos que me cambie de lugar. Hace unos cuantos cambios de muy mala gana y viajo el resto del camino entre los no fumadores. Más o menos desde San Luis Potosí se ven mantos de nieve en la tierra.

El avión aterriza con precisión japonesa cinco horas más tarde, y paso aduanas y migración sin problemas, rápidamente y con sonrisas. Mi equipaje es el primero en dar la vuelta en el carrusel y en menos de 10 minutos salgo a la sala de espera adonde me pregunto cómo voy a reconocer a Jorge García, Director del Departamento de Estudios Latinoamericanos del Simon Fraser, que ofreció recibirme. La primera persona que veo es un chaparro de pelo negro y bigote caído ¿Jorge García? Sí. María. Sí. El pobre me ayuda a subir mi equipaje a su auto (casi 45 kilos, cinco piezas, y no me cobraron overweight).

Enfilamos hacia las montañas que rodea Vancouver al noroeste, y durante casi una hora de camino atravesando una ciudad que parece tan grande como México entre Tlálpan y Satélite, pero más limpia y con poco tráfico, me va señalando lugares y edificios de interés y me dice que voy a

estar muy aislada en la Universidad porque no hay nada por allí cerca, ni gente, ni tiendas que valgan la pena, ni restaurante (todos los buenos están en el centro), ni cines teatros, museos, etc., y nada; y al mismo tiempo me va explicando que los empleados de la Universidad están en huelga por aumento de salarios, que a los profesores no se les permite sindicalizarse (parece que estoy en México) y que el gobierno local se compone reaccionarios que no son profesionistas y que son anti-intelectuales; que hay mucho desempleo y que para ir al downtown el camión tarda $\frac{3}{4}$ de hora de ida y otro tanto de vuelta. Además, que tardíamente los canadienses se están dando cuenta de su total dependencia de los Estados Unidos, que el Capitán Vancouver nunca puso pie en Vancouver, que las compañías petroleras americanas se posesionaron de las mejores tierras alrededor de esta ciudad, y que la Simon Fraser ha llevado grupos grandes de estudiantes a Huehuetenango, Guatemala, durante varios veranos para hacer estudios sociales, antropológicos y arqueológicos, y que han ayudado a descubrir unos huesos de mamut en esa zona. Me dice miles de otras cosas que no recuerdo.

-1-

Llegamos a un paraje desde el que se puede ver la ciudad y los fjords que la entrecortan, cerca de la Universidad, y Jorge detiene el auto para dejarme gozar el panorama.

La Simon Fraser University es un conjunto de edificios super modernos de concreto visible, de tamaño monumental pero muy agradable proporciones, construidos entre 1964 y 1966 por Erickson y Massey, con un alumnado de 10.000 compuesto principalmente de hijos de obreros. Todo esto me dice Jorge García. Yo en ese momento estoy fascinada por la nieve que cubre los campos alrededor de la Universidad y preocupada por el aislamiento que ha sugerido Jorge.

Me instalo en un pequeño flat: una recámara grande, con libreros empotrados de piso a techo a un lado, cama confortable, un sofá, televisión con esplendida vista enfrente, refrigerador, estufa eléctrica, otro closet, y un lindo baño. Todo alfombrado en oro viejo y con cortinas muy bonitas que hacen juego. Tengo teléfono particular en el escritorio y una maceta de una de esas plantas de tipo desierto que tanto vemos en México, de hojas largas verde oscuro bordeadas de un filo amarillo. Jorge me obsequia otra planta cuajada de zinnias rojo y oro Y, naturalmente, hay calefacción controlable en el apartamento.

Dejo mis cosas y Jorge me lleva a un centro comercial que está a unos cuatro o cinco kilómetros (como de la Villa Olímpica a C.U. o al Colegio de México), y descubro un mundo de tiendas enormes, supers, tres cines y varios restaurantes. Empiezo a pensar que Jorge exagera el asilamiento. Compró huevos, crema, quesos, pan, jamón, té, café, arenques ahumados y leche, mantequilla y sopas de lata para surtir mi refrigerador, y gasto \$13,04 (calculo que todo esto me habría costado más o menos lo mismo en México –alrededor de \$250 pesos–). Por cierto, no alcanzo a distinguir diferencia entre la leche y la mantequilla de aquí y la de allá, lo cual me hace suponer que a) no tengo paladar, b) la leche en México es muy buena, c) la leche en Canadá es muy mala.

Le doy las gracias a Jorge por todas sus atenciones y hacemos cita para vernos mañana a las 10 en su oficina. Desempaco, y apenas lleno dos medios anaqueles con papeles y libros. Lamento no haber traído muchos más libros, siquiera para decorar. Sin embargo, en pocos minutos me doy cuenta que he traído muchas cositas, casi sin pensarlo, y mi apartamento queda adornado y muy alegre en un tris tras. Dos trapos bordados de Oaxaca para el escritorio, una canastita chiquita de Guatemala que me dio Ileana para mis

plumas y lápices, mi reloj de mesa, mis collares que cuelgo del nuevo de cristal (¿a qué horas lo empaqué, que no me acuerdo?), la cajita de porcelana que hizo Christiane, las cazuelitas de Chiapas que me dio Armando, el árbol de la vida de estambres de color que descolgué de mi pared y metí en un veliz al último momento, recuerdo de Anabelle y Andrés, mi radio de mesa, un cuadrado de Louis, y muchos otros bibelts que me han obsequiado en diferentes épocas las personas que me quieren. Mi apartamento se llena de mi gente, y la decoración es discretamente mexicana y muy alegre.

Me acuesto a las 7:30 p.m. horas de Canadá (5:30 horas de México) y duermo como un tronco.

Viernes 5 de enero

Suena el despertador, experimento con la regadera (rica y caliente), cocino dos huevos tibios y tomo café con crema, hago mi cama y salgo de mi apartamento a las 9:50, preocupada porque quizá llegue tarde a mi cita con Jorge.

-2-

Afuera el aire es fresco (bracing, como diría Nanchi), y hay nieve por doquiera, PERO NO HACE FRIO. La gente en su mayoría viste blue jeans, camisa sport abierta o T-shirt, uno que otro sweater o saco. ¿Adonde está el famoso frío? Sorprende continuamente ver la nieve, porque no parece justificarla el clima. Hace mucho sol. Sin embargo, todo el mundo DICE que hace mucho frío.

Frente al gimnasio caminan dos empleadas huelguistas y hay un letrero que dice que el Gym estará closed for the strike. Llego al central mall, un enorme corredor abierto como de 50 metros de ancho por unas dos cuerdas de largo,

con pasillo cubierto a cada lado y una zona central cubierta de vidrios en la parte central, bordeada por toda clase de servicios –biblioteca, teatro, cine, tienda, librería, cafetería, pub, banco, etc. etc.–. La biblioteca y el bookshop están cerrados por la huelga y dos empleadas huelguistas charlan frente a cada uno. Entro en un edificio enorme y empiezo a buscar a Jorge García, solo que no recuerdo ni en qué piso ni en qué oficina ni en qué departamento se encuentra, porque en el camino me dio ayer que ya no es chairman del Latin American Studies porque ese es un puesto rotativo y ahora le toca a no sé quién. Me meto a un elevador y desembarco en el 60 piso. No hay un alma en ninguna parte. Recorro pasillos y pasillos de cubículos con puertas cerradas. Veo un letrero que dice English y otro que dice Kinestesis. Subo y bajo escaleras, ya no sé ni en qué piso estoy. Me siento perdida y por fin encuentro otra vez el elevador y bajo a la planta baja. Encuentro dos enormes cafeterías provistas de todo: bacon ad eggs, sausages, ensaladas, pasteles alore, jugos, todo todo todo. ¿Para qué cocinar en casa? Hay tres personas en una, dos en la otra. Pregunto si alguien conoce a Jorge García y un joven que estudia neuro-lingüística me lleva a su oficina. Pero no está Jorge. No está nadie. Digo qué raro, si me cito a las 10 y ya son las 11. El joven me dice que no, que apenas son las 9. He olvidado cambiar la hora de México.

Mi nuevo guía me convida a un café y me da un tour de la Universidad. Me doy cuenta que mucha gente vive en el campus. Subimos y bajamos miles de escaleras, recorremos kilómetros de pasillos, veo auditorios, salones, oficinas, más cafeterías, más bookshops y candy shops y magazine shops y cosas por el estilo. No me ubico. Estoy perdida. No entiendo el lay-out. Nunca ponemos pie afuera y sin embargo pasamos facultad tras facultad. Enormes laboratorios de física, química, biología. Secciones intermi-

nables de humanidades. De pronto estamos en el 9th level aunque solo, subimos dos escaleras. De repente estamos en el 3rd level y solo bajos dos pisos. Me habla mi guía del “tower” pero no he visto ninguna torre, ni cuando subí en elevador la primera vez. Seis horas más tarde, después de recorrer el edificio con varios guías en el curso del día, empiezo a medio entender de qué se trata. Es un enorme cuadrángulo construido en una serie de niveles de un monte, con un sistema de desniveles que llaman levels, y en una vuelta completa del cuadrángulo sube uno 4 o más niveles que se llaman 1st, 2nd, 3rd, 4th level, etc.

Hoy conocí a una argentina, a dos chilenos, a un yugoslavo, a una francesa, a un árabe, a tres indios de la India, a un mexicano, a un griego, a una sueca, a tres japoneses y a un chino, y a un puñado de canadienses con acentos que varían desde el más puro Oxford English hasta el más puro cockney.

En el curso del día he acumulado tres kilos de folletos, papers, booklets e instructivos, he abierto una cuenta de banco, me he inscrito en el

3

social security, y he llenado una multitud de formas diferentes para medical car, tax deductions, el archivo de Personal, para que me den llave de mi oficina, credencial para la biblioteca, etc. etc. Solo me faltó inscribirme en el gimnasio, y eso me lo impidió la huelga. También me apunté para clases de chino, conversación en francés, introducción a la criminología, y los últimos pasos de disco dancing. El lunes voy a la primera reunión del Women’s Study Group. No quiero ni pensar en el tiempo que hubiera tomado hacer todo esto en México.

Estoy encantada con lo que he visto a la fecha. Ya hay 15 alumnos de 4º año inscritos en mi curso, que vale 5 cré-

ditos o sea 1/3 de los créditos que se requieren por semestre, y me han preguntado si quiero cerrar allí la inscripción pues les parece que ya son muchos para un salón. Si hubieran estado en alguno de mis salones en Ciencias Políticas con 150 a 200 alumnos amontonados adentro! Doy clase los martes y los jueves de 3:30 a 5:20 y mis alumnos tienen derecho a dos horas por semana de consulta en mi oficina si quieren.

Ni aislada ni lejos de servicios, he decidido quedarme aquí durante todo el tiempo y no buscar otro alojamiento. Me gusta mucho el que tengo.

A las 4 ha terminado toda la actividad del día, y a las 6 me vienen a buscar Michele y Richard Boyer (él es el historiador que me recomendó). Me doy más cuenta de las distancias y calculo que el centro, adonde vamos a cenar en un restaurant griego, es distante de la Simon Fraser como del zócalo a las Lomas.

Richard me dice que me quieren contratar en Washington University –viaje pagado y honorarium– para que les vaya a dar un lectura sobre tema que yo quiera. Acepto.

Después de cenar vamos a casa de los Metcalf, papás de Michele, en el posh end of town. West Vancouver, y allí no pasamos más de tres horas sentados en sillas rectas muy incómodas aunque obviamente muy caras y elegantes, discutiendo si los nuevos ricos saben qué hacer con su dinero como los ricos que heredan su dinero y sus tradiciones, y si Hitler, Churchill, Napoleón y Pancho Villa eran románticos. Me aburre infinitamente este tipo de discusión, y meto dos o tres notas discordantes en la conversación, aunque no suficiente para romper la armonía. Son personas muy amables mis gracious hosts.

Mañana me lleva a conocer Vancouver un especialista en geografía humana (no dice anatomía humana, conste), y el domingo saldrá a pasear con uno de los chilenos que conocí y su esposa, que también viven en el campus.

Fin de mis primeros dos días.

4

Sábado 6 de enero

Me levanto temprano y escribo a máquina dos horas. Quiero mandar mis notas a México hoy. Me pregunto si le puede interesar a alguien leerlas.

Llega por mí Phil Wagner. Le ofrezco café pero dice que mejor vamos a su casa, que su esposa nos espera. Atravesamos la ciudad y veo que ya comienzo a reconocer algunas calles y avenidas. Su esposa, Margaret, me recibe con un saludo muy cordial y ligeramente militar —es alemana—. Nos instalamos alrededor de la mesa a tomar Kirch, café y pastel de fruta. Margaret tiene un fino sentido de humos y una buena educación europea. Phil habla varios idiomas, ha vivido en México, Costa Rica, Nicaragua, Perú, Japón, Persia, Alemania y otros países; es una mezcla desconcertante de muy culto y “muy gringo”.

Me enseñan el plano de la ciudad y Phil traza el recorrido que vamos a hacer hoy. Por la costa hacia el norte hasta Squamish, y de regreso a partes de la ciudad que aun no he visto, como la Universidad de British Columbia y el Museo de Antropología, China Town, etc. Nos instalamos en su automóvil, Margaret atrás con Mrs. Shaw, W.S.D. (World's Sweetest Dog), viejo animal de 14 años que apenas puede con su alma, en vuelto en una fina cobija de lana que fue de la abuela alsaciana de Margaret. Phil se preocupa por Mrs. Shaw todo el camino, y le habla continuamente.

El paisaje es monótonamente bello. Por todos lados montañas cubiertas de nieve, y en las laderas, al borde de la carretera, a cada cuantos metros, escurrimientos cristalizados, estalagmitas de hielo que brillan en el sol, un sol fuertísimo que calienta y deslumbra. El mar, o los fjords,

ríos o lo que sean, bajo el cielo inténsamente azul, salpicado de barcos y barcazas. Cuento 14 barcos grandes en la Bahía y todavía hay más. Vancouver es un puerto importante, me dicen, y probablemente el lugar en donde se concentra más que en cualquier otra parte el tráfico de drogas.

Viajamos una hora y Phil decide regresar sin llegar a Squamish. Vemos caravanas de autos que llevan skis en el toldo. Hay muchos lugares donde se practica ese deporte, inclusive dos en las orillas de la ciudad, accesibles por funicular. La gente de la ciudad sube a esquiar en la noche como nosotros vamos al cine después de cenar.

Todos los parajes son inténsamente boscosos. Inclusive la ciudad da la impresión de bosque, porque las casas están rodeadas de árboles y plantas por todos lados. Hay tanto árbol que en el camino vemos a varias personas con sierras eléctricas portátiles cortándose rebanadas de troncos tirados para su chimenea. El do-it-yourself al cuadrado. Veo varias caletas con yates estacionados, atrapados en el agua congelada. Se ven como el estacionamiento de Bellas Artes, pero en grande.

De regreso a la ciudad se queja Phil del tráfico al cruzar uno de los grandes puentes que unen las colonias al otro lado de los fjords con el centro. Para mí, el tráfico es tan intenso como el de Insurgentes en semana santa, o sea, casi nada.

6

Hay un millón de habitantes aquí, en un área más o menos comparable con México DF (aproximadamente 30 millas de lado a lado), y probablemente poco más de un millón de vehículos. Están en Jauja y no lo saben.

Me doy cuenta que no se oye ruido, a pesar del “denso” tráfico, y que desde que llegué no he oído cláxons, rechinidos de frenos, ruidos de motor, radios a todo vo-

lumen, gritos, ni voces alzadas: ni siquiera se oyen los aviones, aunque los ve uno pasar volando. El sistema nervioso descansa de veras.

Vamos a un gran shopping center para que saque una copia xerox de mis notas antes de echarlas en el buzón (seld-operated, coin controlled, 10c la copia), y Margaret me señala un “indio” –hombre alto y fuerte como el de *One Flew Over the Cuckoo’s Nest*–, con traje típico (típico de Hollywood, de cowboy, pelo largo negro en dos trenzas, expresión burlona). Me dicen los Wagner que aquí tratan muy mal a los indios, y que hay mucha discriminación racial. Mencionan que en Rae Edgo, en el norte, hay muchos indios tuberculosos, desnutridos, y que viven hasta 14 en un solo cuarto. Problema universal, por lo visto. ¿No será que nosotros, los que vivimos en un cuarto (o más) por persona, somos los que estamos al revés? *All the world’s a Little queer* sabe thee and me, and thee’s a Little queer?

Continuamos el paseo y cruzamos el Chapultepec de Vancouver, más arbolado, quizá, y pasamos junto al lago que está congelado (cosa insólita, dice Phil) y lleno a reventar de gente patinando entre patos y gansos que buscan algún lugar líquido y no lo encuentran.

El museo me saca de mi cínica actitud, por fin algo que nunca antes he visto: Bellísimo edificio moderno por Erickson (es un arquitecto bastante chingón, no cabe duda), con un bosque *adentro* –árboles tallados, algunos altísimos, como de tres piso o más alto; parecen monolitos de piedra como los de México- tlalocs y quetzalcoats cortados en la vil madera. Me pregunto si primero tiraban el tronco o si se encaramaban a tallarlo sin siquiera cortarlo, todavía plantado. No pregunté, pero así me lo figuro. Es admirable, es impresionante. Algunos estan pintados, pero la mayoría no, es la madera pelona.

También hay miles de anaqueles y gabinetes llenos de objetos autóctonos, qué tan autóctono es el trabajo de cuentas de vidrio tan “típico” de aquí, si fueron los europeos que trajeron las cuentas? Tanta cosa acaba por fastidiarme, como en cualquier museo.

Son las 5 y ya parece de noche. No he sentido frío ni lo siento ahora Phil se detiene en un supermercado que se llama Partenón y compra cosas para hacer una cena griega. Mientras él cocina, Margaret toca Beethoven, Chopin, Bach, y un estudio de Reger en su piano de media cola, y cenamos canapes alfa, sopa beta, ensalada delta, pan y queso gama y postre teta, con vino resinado y café ad hoc.

Pido un taxi y me cuesta 14 dólares regresar a la Universidad. El chofer un irlandés, la hace de guía de turistas todo el camino y me habla de un restaurant mexicano – Primo’s– adonde canta y toca guitarra una “señorita” mexicana que estudia en el Simon Fraser. Estoy harta de “guided tours” y me prometo que nunca más trataré de enseñarle todos los “sights” de México de un golpe a los pobres visitantes que caen en mis manos.

Desde mi ventana se ve allá abajo la ciudad iluminada y me recuerda cómo se vía México desde Vereda de Santa Fé antes del smog.

Domingo 7 de enero

Me levanto temprano y averiguo algo del edificio Shell, adonde vivo. Originalmente solo para hombres, ahora es mixto o coed, y es común que viva una pareja en un cuarto. Hay alojamiento para 110 estudiantes, en cuartos sencillos o dobles, bien equipados y cada uno con refrigerador. Cada piso tiene baños comunes –tinas, regaderas, excusados, etc., y no hay separación por sexos. Hay varios salones de recreo –con TV, billares, o para bailar o leer–, y casi ningún reglamento ni horario, excepto que no pueden

cocinar en sus cuartos. Hay cocina comunal con hileras de estufas, sinks, mesas y lockers adonde los que quieren cocinar pueden guardar sus ollas y trastes, y es gratis. También hay una lavandería con lavadoras y secadoras, que funcionan con monedas. Yo tengo el único apartamento completo en el edificio

Visito a los Wesfal en el edificio contiguo. Germán está haciendo una maestría en lingüística y lleva tres o cuatro años aquí. Cuando llego está rebanando pancita o tripa para la comida y preparando masa para hacer pan. A él le toca hacer de comer los domingos. Tiene un apartamento de dos recamaras, baño, sala y cocina, con decoración étnica, de muy buen gusto, casi toda América Latina está representada en objetos diversos y hay algunos orientales. Plantas por todas partes. Vive con su esposa Jovita y tres hijas de 13 años para abajo, y están con ellos ahora la hermana de Germán y tres hijitos recién refugiados de Chile. El marido de ella, matemático, ha encontrado trabajo en un aserradero al norte de Canadá, muy bien pagado, cortando leña o apiando tablones. Su familia lo va a alcanzar allá en unos días.

En este edificio, que es todo de apartamentos, solo viven familias. Hay niñitos por todas partes. Qué bueno que no estoy allí. Me llevan los Wesfal a un Reucling Room, un bodegón enorme adonde la gente lleva lo que ya no le sirve y encuentra cosas que le pueden servir. Todo gratis. Todo libre. Ropa, aparatos, muebles. La hermana de Germán ha encontrado mucha ropa de invierno para ella y sus hijos. Yo me llevo un par de botas blancas para la nieve, hechas en Corea. Me caben, están nuevas. ¿Las usaré?

Me convidan a comer pero prefiero ir a Loughheed a ver qué hay allí los domingos. El camión que sale de la Universidad cada hora todo el día precisamente a la hora y 16 minutos, llega en 7 minutos al Shopping Center. Encuentro abierto un enorme supermercado de materiales de construc-

ción y artículos para reparación del hogar –plomería, electricidad, pintura, etc.–. Está lleno de gente. Fix it yourself Sunday. Voy al cine y hay cola para comprar los boletos. A media función se va el sonido pero nadie se inmuta. Grito cácaro y chiflo a la mexicana, y al rato vuelve el sonido. Nadie se ha inmutado. Mientras espero el 145, que es el camión que va a SFU y que sale cada hora a la hora y 32 minutos exactamente (me recuerda a Inglaterra, y pienso en Chiddingstones, compro unos pedazos de pescaso frito en un Pancake House y regreso con mi fish and chips chupándome los dedos todo el camino.

A las 7 me acuesto, cansada y a gusto. Antes de dormir escucho en televisión al nuevo ministro de Energía, Minas y Petroleo, que manifiesta que todo el esfuerzo y los recursos del gobierno local se canalizarán para producir suficiente energía para satisfacer las necesidades nacionales y que solo se exportará a E.U. si hay demasía.

Lunes, Enero 8

Despierto con hambre y me levanto para prepararme un midnight snack, pero veo el reloj y son las 7:30 de la mañana.

Tomo el 8:16 a Lougheed y compro provisiones para unos cuantos días. Decido que mi dieta será a base de pescados, huevos, frutas, queso, leche, etc. Me paseo por todas las tiendas del shopping center y veo cosas muy bonitas y otras muy feas, pero no compro más que unos overshoes de hule para mis botas. Por cierto, me da gusto ver a tantas mujeres con botas cómodas como las mías y poco makeup. Ve unos zapatos que creo le podrían gustar a Ileana, y quizá los compre más adelante. Los precios están tan altos como en México. Woolco tienda barata y veo montones de personas comprando rollos y rollos de papel de baño y kleenex. A mí me da flojera ese tipo de ahorro. Regreso con solo mi

bolsa de mandado (a rayas de colores, guatemalteca, que me traje, pero aquí, como en Londres nada llama la atención. Podría uno salir en pijamas y ni quien se fije), y me felicito de haber traído de México todo lo necesario. No sé si más adelante tendré que comprar algo de ropa, pero por ahora, nada.

El resto del día lo paso inscribiéndome en clases de gimnasia y natación y paseándome por la universidad, antes y después de la junta del women's study group, adonde discuten la necesidad de aumentar el alumnado, que solo es de 120 estudiantes con 18 maestras.

La huelga sigue. Los empleados quieren un 6% de aumento este año más algunas prestaciones, pero la administración se niega a negociar y ofrece 4%.

Martes 9

Despierto con una idea muy clara de cómo voy a dar mi primera clase, y me levanto a poner en orden mi escritorio y todos mis papeles. De allí me sigo con la losa y los cubiertos de que dispongo y veo que tengo una fuertísima tendencia a la haus frau. Lavo y escombro todo. Junto mis libros y papeles y, ya comida, me voy a mi oficina, adonde me instalo con mi lista de alumnos. Hay de todo, undergraduates y gente de maestría, así como oyentes, y vienen de ciencia política, de psicología, de geografía y de filosofía. ¿Qué tienen en común? Toca la puerta una joven que me pregunta si la acepto no está inscrita. Le digo que sí.

A las 12:30 oigo música clásica y me asomo. En uno de los pasillos está un cuarteto tocando Purcell. Me dicen que todos los días hay conciertos gratis en los pasillos y apunto en mi agenda que el viernes habrá uno de guitarra clásica. Regreso a mi oficina.

Localizo mi salón y lo reviso. Es grande, tiene bonita vista y pizarrón. Conecto mi grabadora y hablo desde diferentes partes del salón a ver si graba. Salgo, me compro

un pastel de cereza y un café y regreso al salón. Por estar leyendo (compré un libro sobre Nicaragua en un pasillo) y comiendo al mismo tiempo, tiro el café. ¿Nervios? Salgo y me compro otro pastel de cereza y un té. Esta vez no lo tiro.

Empiezan a llegar. Todos los de la lista más otros 6. Averiguo lo que tienen en común. Les pido que escriban un párrafo o dos sobre cualquier impresión que tengan sobre México, aunque sea inventada, y luego les pido que lean o hablen de eso y se presenten. Casi sin excepción han viajado, vivido o estudiado en México o piensan ir allí y dicen que no entienden ni jota de ese país. ¡Si supieran que yo tampoco! Pero entre todos producen suficiente información para crear una idea bastante amplia de México. Les doy algunos datos –población, ingreso per cápita, deuda exterior, etc.– suficiente para apantallar, y a tres de los alumnos les asigno la tarea de hablar en la siguiente clase de tres épocas que ellos mismos escogen: la conquista, la colonia y la independencia. Observo que aunque uno no quiere ser “la autoridad” los alumnos tienen la tendencia de ponerlo a uno en esa posición.

Regreso a mi oficina y alguien me invita a ver dos películas interesantes como parte del curso de lingüística, una sobre la comunicación entre las abejas en un panal, y la otra sobre un gorilita llamado Washo al que durante cinco o más años le enseñan a “comunicarse” con una familia de antropólogos por medio del lenguaje de los sordomudos. Me parece lamentable el resultado. Uno “humanizado” que usa pañales, bebe un vaso y come con cuchara, se lava los dientes después de comer y además hace sus necesidades en una basinica. La inversa del *Enfant Sauvage*. ¿Por qué no se les ocurrió a esos antropólogos tratar de aprender el lenguaje de los monos?

Miércoles 10

Hablo al Consulado de México para hacer cita con el cónsul Enrique Rivera, pues quiero iniciar los trámites para extender mi pasaporte que vence en abril, pero resulta que lo operaron del apéndice hace dos semanas y solo va al consulado a ratitos. Escribo un rato y a las 11^{1/4} voy a mi clase de kinesiology o Exercise Management (the science and philosophy of exercise and its implications). Hacemos ejercicios de flexibilidad y estiramiento y cada quien aprende a reconocer su heart bear rate en descanso y en diferentes ritmos de actividad, según su edad y su condición. Somos 30 o 40 en la clase y hay de todo. Me doy cuenta que soy una gimnasta frustrada, aunque todavía bastante ágil.

Hoy llovizna, un chipichipi delgadito que no moja, y la neblina limita la visibilidad. Pero sigue sin hacer frio y la vista desde la ventana de mi apartamento es bella. En primer plano, junto a la ventana, pasto verde, luego una franja de pinos chaparros muy verdes, con árboles pelones detrás, un manto de nieve y a lo lejos montañas, que esta mañana no se ven.

Hablo con dos mexicanas esta tarde y confieso que no me identifico mucho con ellas. Teresa, casada con un músico canadiense (músico popular) juega a que estudia y es un poco petulante. Es de las que consulta a los profesores: “¿Ay profe, usted qué piensa, me cambio a ésta clase o mejor me meto en aquella? ¿Y si me pasara a esta otra? Niña ñañara (qué difícil es escribir esas palabras si no hay ñe en la máquina).

La otra, Margarita, casada con un químico-músico, sí estudia en serio, pero es de las que termina sus frases con grititos y risitas, niña muy-muy. “...es divino”, “de lo más lindo”. Me recuerda a Meche.

Encuentro más cómodas a las personas europeas, orientales o anglosajonas en general, más relaxes, más sua-

ves, o por lo menos da esa apariencia. Ayer otra alumna mexicana que tengo, que lleva años aquí, dijo que cuando regresó de visita a México hace poco sintió un impacto terrible —cultura snock, dijo—. La entendí. Es clásico, nos ha pasado a muchos.

Salgo de mi oficina a las 6:30 y se me ocurre subir por otra de cientos de escalareas que hay por aquí, y me vuelvo a perder. Me encuentro en un laberinto de enormes aulas y no hay ninguna señal que me indique adonde ando. Salgo por fin a lo que ya conozco como el East Corridor y cuento 20 auditorios grandes. Hay tanta gente aquí de noche como de día, aunque nunca se ven hordas de estudiantes en ninguna parte. En una de las cafeterías hay más de 250 personas, y no se oyen ruidos de platos ni voces.

Además de las múltiples cafeterías, casi no hay un pasillo sin máquinas vende-dulces, sándwiches, café, refrescos y hasta chicken soup, y todo el día y en todas partes se ve a la gente comienzo, en los halls y pasillos, caminando, en el suelo, en los cubículos y en los salones de clase, afuera, adentro. Y también en todas partes hay estudiantes sentados o acostados leyendo, charlando o estudiando en recovecos al fombraos y bancas acojinadas, así como en cubículos abiertos tipo biblioteca que hay por donde quiera. Los halls principales tienen como 10 metros de ancho y unos 200 de largo.

En uno de esos correos está practicando carreras una chica deportista y en otro un grupo ensaya pasos de chachachá. Veo un letrero que dice que cada jueves hay reunión de chinos cristianos y que allí se hablará en cantonés. A ver si el próximo jueves me asomo para oír hablar cantonés.

Compo una manzana, unas pasitas y un pie de cereza — me estoy aficionando, por lo visto— y me voy a casa. Se siente el aire fresco y agradable. Saco mi llavero que ya me parece como de housekeeper: 7 llaves que he acumulado para mis diversos territorios, y me hago unos huevos revueltos con

brócoli fresco y té con crema, pero dejo los trastes para mañana. Ya estuvo bueno de haus frau.

Jueves 11

Decido llevar todos mis materiales de clase a mi oficina y me voy cargada de libros y papeles. En el camino me detengo en el campo a cambiar un cheque y me encuentro allí a Vijay, un estudiante de Malaya (¿Malasia?) que lleva un año aquí estudiando pest control por cuenta de su gobierno y que tiene el compromiso de trabajar 4 años en su país cuando regrese. Está con Simon, que acaba de llegar de Ghana, con el mismo propósito acompaño a Shell House adonde Simon busca alojamiento, pero la gerente le dice que noy vacantes y que su solicitud apenas les llegó en octubre y que normalmente necesitan de 6 meses a 1 año de anticipación para conseguir cuarto. Me sorprende la negativa, pues apenas hace una hora oí decir que en el tercer piso hay varios cuartos vacios. De regreso a mi oficina Vijay nos lleva al International Club y nos presenta con tres chicas asiáticas que lo manejan. Me invitan a una reunión que va a tener al rato para que se conozcan los estudiantes extranjeros del SFU, pero me excuso. Más bien, necesito conocer a más canadienses, pues hasta ahorita casi todos los que he tratado son extranjeros.

Mi cubícul o oficina es grande, con 6 sillas, pizarrón, escritorio, dos libreros, teléfono y vista agradable. Empiezo a clasificar mis libros cuando alguien toca para decirme que hay un concierto gratis de guitarra clásica en el teatro. Dejo todo y voy para allá. Son dos jóvenes que tocan muy bien, duos de Handel, Beethoven Albeniz, Granados, Ravel, y el teatro es todo lujo.

Regreso y caen más personas a preguntar si pueden tomar mi clase. Les digo que si y cuento la lista. Ya son veinte.

Llego a clase un poco antes de la hora y cuelgo un mapa de México en el pizarrón, y apunto las etapas que

vamos a ver en el semestre. Apilo en mi mesa varios montones de periódicos que traje de las últimas dos semanas de diciembre y la primera de enero hasta el 4, cuando salí: The News, Excelsior, Uno+Uno, para repartir al final de la clase y que cada alumno escoja de allí un tema de actualidad para discutir o investigar más adelante.

Fernando, un boliviano, hace una buena exposición de la organización social prehispánica y de la conquista española, June, que estudia arqueología, habla de la condición de los indios en los primeros cien años de la colonia, y Peter, que estuvo tres años en Cholula, explica el movimiento de independencia casi exclusivamente en términos de los sucesos políticos franceses y españoles de la época. Una alumna, que ya me reprocho en la primera clase de no ocuparme, como el resto del 10% del upper class al cual seguramente según ella, pertenezco, de evitar que se le venda cocacola y pan bimbo a los indios de Yucatán, me detiene al final de la clase para decirme que está decepcionada del bajo nivel de sus condiscípulos que no saben nada o casi nada de la historia básica de México y hacen perder el tiempo en repasar cosas que ya deberían saber. Ella quiere hablar solo de política y cambio social. Le recuerdo que mi programa especifica un breve repaso de la historia antes de llegar a México contemporáneo, aunque de hecho todo el tiempo estamos intercalando cuestiones actuales en las discusiones. Me pide que yo dé los lectures y le recuerdo que los ground rules para mi clase son máxima participación de los alumnos. Me doy cuenta que Lynda me está trantando de calar para saber a qué lado me inclino y con un estilo que podría ser la envidia de Reyes Heroles le doy a entender que no soy ni de izquierda ni de derecha sino todo lo contrario.

A las 6:45 me recoge Jorge para llevarme a cenar a su casa, recién construida en el bosque que está en la orilla norte de la ciudad (como en las faldas del Ajusto, arribita

del Colegio de México, para dar una idea de ubicación) y me enseña una terraza bordeada por viejos pinos y cedros adonde dice que llegan osos negros en verano y que cuando esto sucede tiene que hablarle a los forestales que vienen y los matan porque son muy peligrosos. Ahora en invierno bajan venados a comerse los rosales de su jardín.

La esposa de Jorge, muy amable y trilingüe (español, alemán, inglés) es una rubia alemana que se ocupa de cuidar a sus dos niñas, bonitas y educadas pero que quieren que yo salude a sus muñecas. Eludo la demanda y Jorge me enseña la casa, que está toda forrada por dentro con anchos tablones de cedro. En la sala, que mide casi 10 metros de alto, sorprende ver un enorme pino raro y fino que crece en una maceta. Me dicen que es una Araucaria del Perú. Los muebles son casi todos de cuero y encino tallado con figuras incas y patas torneadas, cubiertas de cuero repujado, que han hecho traer por avión de Bolivia. En los muros hay tapices de México y otros lugares, con dibujos muy originales, y un enorme “rubbing” de una estela de Tikal.

Llegan Alberto y Raquel Ciria, a quienes saludo de parte de Gregori Selzer y que me preguntan por Noé Jitrick a quien estiman mucho. La cena es muy formal y abundante, servida en finísima vajilla (explican que es un delicatessen aun aquí, adonde crece silvestre) y gran rebanada de pastel hecho por Renata con auténtica receta del Schwartz Forest (Vald) con chocolate importado de Alemania. Aprovecho para explicar que Urquidí quiere decir Birche Vald en vasco, y pido otro pedazo de pastel.

La conversación es amena, interesante y amable, bien lubricada con dos botellas de vino tinto. Ciria y García conocen México y el Colegio de México y a mucha gente que conozco. Se interesan por mi clase y les comento cómo la estoy llevando y quienes son mis alumnos. Les parece bien

lo que estoy haciendo y me dan algunas ideas para manejar a los alumnos más difíciles.

Jorge aclara que cuando llegué me habló de aspectos negativos del alojamiento en el Simon Fraser para que mis expectativas no fueran demasiado altas, y le da mucho gusto que esté contenta allí. Ciria y él consideran, como yo, que en realidad es un lugar privilegiado y que es una ganga el apartamento que tengo con tantas comodidades y a un costo tan bajo.

Les menciono la negativa a Simon en el Shell House esta mañana y pregunto si lo rechazarían por discriminación, pero me aseguran que no, que no hay discriminación en el campus y que seguramente los cuartos, aunque estén aparentemente vacíos, deben estar reservados para alumnos que aún no han llegado.

Hablan de la huelga, y Jorge teme que se llegue a una huelga general porque la administración no cede un ápice, pero después hablo con varios empleados en Shell House que dicen que no creen que llegue a huelga general porque a nadie le conviene.

CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL

RESPONDIDO POR OCTAVIO MÁRQUEZ MENDOZA

En mi juventud, el primer deseo para realizar una carrera profesional fue ser médico por tratarse de un conocimiento que podría aplicar a mis semejantes con un espíritu de servicio para aliviar el sufrimiento; el cual tenía como experiencia tanto mi persona como mis seres queridos y nuestros amigos. De esta forma quería dedicarme a una profesión respetable y reconocida por todos como “buena”. Durante la carrera muchas especialidades me llamaron mi atención; por ejemplo, la neurología y la cardiología; pero al tomar contacto con la psiquiatría y experimental el entorno del dolor mental y sus devastadoras consecuencias me avogue con pasión a estudiar psiquiatría, en especial la dinámica tan cercana al psicoanálisis. Desde niño pensaba ¿por qué se daban conflictos en las relaciones entre las personas a pesar de que eran tan cercanas y se querían? El pensar en los motivos profundos que las ocasionaban y que yo veía que les sobrepasaban aún sin quererlo, ya sea familiares, escolares o en general en la sociedad. Me acerqué a algunos psicólogos y trate de entender el problema mental, hasta que llegué a dar con la psicoanalista Frida Zmud, con la que logré empezar aclarar todas aquellas inquietudes médicas y sociales que me han preocupado siempre.

Aún de manera caótica, logré integrar medicina y psicología, psiquiatría y psicoanálisis. Decidí formarme como psicoanalista a partir de mi propia vivencia en psicoanálisis y el aporte teórico logrado obtener de la Asociación Mexicana de Psicoanálisis de Grupo, conocida como AMPAG, con el propósito de prevenir, curar en vida, y cuidar y ayudar a morir bien.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

(en torno a los textos incluidos en el presente libro)

1. BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS

“Salud mental, un desafío para los derechos humanos”, *La salud y la migración en México*, Alfonso Mejía Modesto, Dominga Austreberta Nazar-Beutelspacher, Benito Salvatierra Izaba (coordinadores), Toluca, Gobierno del Estado de México, Universidad Autónoma del Estado de México, El Colegio de la Frontera Sur, Consejo Estatal de Población, 2012, 203-216.

“Salud y derechos humanos”, *Amor y justicia, proyecto de vida: Interconexión ética, derechos humanos y salud mental*, México, Editorial Torres Asociados, 2011, 175-280.

“El debate bioético en la comprensión del derecho a la salud mental”, *La bioética en el siglo XXI. Una práctica en la incertidumbre*, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, G. Gerardo Huitrón Bravo (coordinadores), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 223-236.

2. ÉTICA Y DERECHOS HUMANOS: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

“Ética y derechos humanos, un cambio de paradigma en la atención de la salud”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, G. Gerardo Huitrón Bravo, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, *La bioética en el siglo XXI. Una práctica en la incertidumbre*, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, G. Gerardo Huitrón Bravo (coordinadores), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 183-202.

3. ÉTICA PROFESIONAL MÉDICA Y PARAMÉDICA: ANTES

LOS AVANCES TECNOLÓGICOS Y CULTURALES

“Ética profesional: médica y paramédica. Ante los avances tecnológicos y culturales”, Octavio Márquez Mendoza, Lic. Marcela Veytia López, Lic. Rosa María Morfin Orozco, P. Psic. Maximino Martínez Núñez, del Instituto de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México, presentado en el *IV Foro de Ética, del Centro de Investigación de Estudios de la Universidad de la Universidad Autónoma del Estado de México*, junio de 2001, y publicado con el mismo título en *Universitas. Cuadernos del Centro de Estudios de la Universidad*, No. 27, 2001, 72-80. Nota. En el texto original incluye como propuesta final unos valores (“confusos” según N.E., como “bondad, santidad, verdad”), que en la versión escrita no los incluye.

4. NEUROSIS DEPRESIVA

5. ALGUNOS DESENCADENANTES DE REACCIONES DEPRESIVAS

“Algunos factores desencadenantes de reacciones depresivas”, s/f (con bibliografía de 1955, fecha máxima). Manuscrito mecanografiado con correcciones a pluma y el cambio de título por “Notas sobre algunos factores desencadenantes de reacciones depresivas”, con la firma de Octavio Márquez y la rúbrica al final del texto de la Dra. J. Velez.

6. PROCESO DE DUELO

“Proceso de duelo”, elaborado por Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Denisse López Morales y Maximino Martínez Núñez, de la Coordinación General de Investigación y Estudios Avanzados, Instituto de Investigación en Ciencias Médicas, Area de Salud Mental, de la Universidad Autónoma del Estado de México, [1997].

7. EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO Y EL CONCEPTO DE REGRESIÓN

“Evolución de la sicoterapia de grupo y el concepto de regresión”, septiembre 1999.

8. LA COTERAPIA EN LA TÉCNICA GRUPAL

“La coterapia en la técnica grupal”, Cecilia Díaz de Mathmann y Octavio Márquez Mendoza, texto probablemente elaborado con intención de convertirse en un informe de actividades de trabajo en AMPAG, aparece en el documento mecanografiado que conserva Octavio Márquez, número del 88 a 95.

9. EVOCACIÓN DE LA PALABRA EN EL PROCESO GRUPAL

“La evocación de la palabra en el proceso grupal”, de Octavio Márquez Mendoza y Dra. Beatriz Orosco, presentado al *VIII Congreso Intermacional de Psicoterapia de Grupo*, México, abril de 1984.

10. LA RESONANCIA FANTASMÁTICA EN UN GRUPO TERAPEÚTICO

“La resonancia fantasmatica en un grupo terapéutico”, presentado en el *II Congreso Nacional de Psicoterapia de Grupo*, en la sesión de “La praxis grupal”, en México, noviembre de 1984.

11. GRUPOS TERAPEÚTICOS EN INSTITUCIONES CARCELARIAS

“Grupos terapéuticos en instituciones carcelarias”, Mdca. Rosa Döring, Octavio Márquez Mendoza, presentado en el *Congreso Anual de la Asociación Psicoanalítica Mexicana*, en noviembre de 1976.

12. LA CO-COORDINACIÓN DE UN GRUPO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN CARCELARIA

“La co-coordinación de un grupo dentro de una institución”, texto mecanografiado, para que lo elabora el autor para presentarlo en el Congreso Anual de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, en noviembre de 1976.

13. ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD MENTAL Y LA ADMINISTRACIÓN EN EL ÁREA DE LA BIOÉTICA

Análisis de la problemática de salud mental y administrativa en el área de la bioética, tesis para la obtención del grado de Maestro en Administración de Instituciones de Salud, presentada en la Universidad La Salle, en 2002. Con una selección de su contenido y reelaborado se presenta con el título de “Analysis of the Problem of Psychotherapy of Mental Health and Administration in the Area of Bioethics”, en *International Journal of Current Research*, diciembre de 2016, vol. 8, No. 12, 44296-44298, elaborado por Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, et al.

14. NEUROCIENCIA

Texto inédito, elaborado conjuntamente con Fernández-Carrión.

15. PENA DE MUERTE, PSICOANÁLISIS Y BIOÉTICA

“Reflexiones bioéticas sobre la pena de muerte”, *Bioética y pena de muerte: la sociedad regida por una pulsión de thánatos*, Bloomington, IN, Estados Unidos, Palibrio, 2011, 154-158

16. ESTUDIO DE CASO: TERAPIA PSICOANALÍTICA

Texto inédito.

BIOGRAFÍA DE OCTAVIO MÁRQUEZ MENDOZA

(del amplio curriculum del autor, sólo se atenderá en este primer volumen de las Obras completas de Octavio Márquez, a los apartados que aludan a la psiquiatría y al psicoanálisis, principalmente, y en segundo lugar a la bioética pero en torno a la salud mental y los derechos de los pacientes)

DESEMPEÑO PROFESIONAL	
ADSCRIPCIÓN AC-TUAL	
06/1997 - 01/2013 ;	INST. DE EDU. SUP. PUBLICAS , UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO / INSTITUTO DE INVESTIGACION EN CIENCIAS MEDICAS, PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO DEFINITIVO "F"
EXPERIENCIA LABO-RAL	
01/2004 - 01/2006 ;	Institución , INST. DE EDU. SUP. PUBLICAS, RESPONSABLE DEL ÁREA DE SALUD MENTAL , UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO / INSTITUTO DE INVESTIGACION EN CIENCIAS MEDICAS, , , , ,
01/2003 - 02/2010 ;	Institución , INST. DE EDU. SUP. PUBLICAS, PROFESOR DEFINITIVO TIEMPO COMPLETO, CATEGORÍA D , UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO / INSTITUTO DE INVESTIGACION EN CIENCIAS MEDICAS, BIOÉ-TICA, SALUD MENTAL, , He asesorado diversas tesis de licenciatura, maestría y doctorado. Producción de artículos en revistas arbitradas e indizadas Capítulos de libros " libros,
02/1999 - 02/2001 ;	Institución , INST. DE EDU. SUP. PUBLICAS, SECRETARIO DE LA ACADEMIA DE PSIQUIA-TRÍA , UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO / FACULTAD DE MEDICINA, , , , ,
06/1997 - 02/2007 ;	Institución , INST. DE EDU. SUP. PUBLICAS, IN-VESTIGADOR ÁREA DE SALUD MENTAL , UNI-VERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO / INSTITUTO DE INVESTIGACION EN CIENCIAS MEDICAS, , ,

PRODUCCION CIENTIFICA	

FORMACION ACADEMICA	
NIVELES/ GRADOS ACADE- MICOS	

Este libro se imprimió
en el mes de marzo de 2017
en los talleres de Creative CI
Ángel del Campo 14-3, Col. Obrera,
Del. Cuauhtémoc, D. F., México, C. P. 06800.

