

Experiencia de diálogo entre adultos y jóvenes universitarios sobre el género
Experience of dialogue between adults and young university students on gender issues

Marta Rodríguez Díaz, Lílian Santos

El transhumanismo y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores:
¿Cómo podría configurar el futuro del dolor y el sufrimiento en las personas mayores?

*Transhumanism and improving quality of life in the elderly:
How could it shape the future of pain and suffering in the elderly?*

Francis Jude Selvaraj

Medicina & ética

Revista internacional de bioética, deontología y ética médica



2024 / 1

Enero - Marzo

January - March

ISSN revista digital
2594-2166

Educación médica y derechos humanos en las unidades médicas de México:
hacia un nuevo horizonte ético

*Medical education and human rights in the medical units of Mexico:
towards a new ethical horizon*

**Francisco Domingo Vázquez Martínez, María de Lourdes Mota Morales,
Vianey Guadalupe Argüelles-Nava**

Espiritualidad y vejez: la comunidad como factor integrador
Spirituality and old age: community as an integrating factor

José Enrique Gómez Álvarez

Cuidados paliativos: una reflexión antropológica y bioética
Palliative care: an anthropological and bioethical reflection

Jimena Mónica Muñoz Merino, Silvia Becerra Castro

La eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica
Euthanasia and the end of life. A critical reflection

José Enrique Gómez Álvarez

La consigna del cuidado, medicina y filosofía
The slogan of care, medicine, and philosophy

Francisco José Ballesta



Facultad de Bioética

Instituto de Humanismo
en Ciencias de la Salud

Facultad de Ciencias de la Salud

Centro de Investigación
en Ciencias de la Salud



Red de Universidades
Anáhuac

**Centros de
Bioética**



@medicinayetica

<https://revistas.anahuac.mx/bioetica>

www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/revista-medicina-y-etica

RECTOR

Dr. Cipriano Sánchez García, L.C.

VICERRECTORES ACADÉMICOS

Dra. Lorena Rosalba Martínez Verduzco

Dr. Jose Pozón López

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE BIOÉTICA

Dr. Fernando Fabó Martín

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

Dr. José Honorio Cárdenas Vidaurri

Medicina y Ética está incluida en Scielo México, en el Directorio de Latindex, en el Catálogo Latindex 2.0, en el Directory of Open Access Journals (DOAJ), en Dialnet, en la base de datos Sherpa Romeo, en Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social (BIBLAT), en The Philosopher's Index, en MIAR. Asimismo, en las Top 100 Bioethics Journals in the World de la Bioethic Research Library, Georgetown University (Washington D.C., USA).

DIRECTOR

José Alberto Castilla

EDITORA

María Elizabeth de los Ríos Uriarte, PhD

DISEÑO DE PORTADA

Priscilla Camargo Bacha

TRADUCCIÓN

Sara Palatchi

COMPOSICIÓN TIPOGRÁFICA

Casa Aldo Manuzio

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

BIOETHICS AND MEDICINE

The International Journal of Bioethics, Deontology and Medical Ethics

Volumen XXXV

2024/1

Enero - Marzo

January - March

Consejo Científico

Agazzi Evandro, Aznar Lucea Justo (†), Carrillo José Damián, Ferrer Jorge,
García Gómez Alberto, Colleen M. Gallagher, León Francisco, Miranda Gonzalo,
Revello Rubén, Ruiz de Chávez Manuel Hugo, Serra Van Dunem José Octavio,
Simposi Jacques, Ten Have Henk, Tham Joseph, Viesca Treviño Carlos.

Comité Editorial

García Fernández Dora, Hall Robert, Jiménez Piña Raúl, Kalkach Mariel,
Llaca Elvira, Lunstroth John, Marcó Bach Francisco Javier, Muñoz Torres
Antonio, Palazzani Laura, Postigo Solana Elena, Ruiz Claudia, Tarasco
Michel Martha, Templos Luz Adriana, Velázquez González Lourdes.

Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica, Vol. XXXV, Enero - Marzo 2024, es una publicación trimestral editada por Investigaciones y Estudios Superiores S.C. (conocida como Universidad Anáhuac México), a través de las Facultades de Bioética y Ciencias de la Salud.

Av. Universidad Anáhuac núm. 46, Colonia Lomas Anáhuac,
C.P. 52786, Huixquilucan, Estado de México. Tel.: 55 5627 0210.

<https://www.anahuac.mx/mexico/>

Editora responsable: Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título:

04-2021-061709595900-102, ISSN electrónico: 2594-2166,

otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Responsable de la última actualización de este número,

Facultad de Bioética, Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte,

Av. Universidad Anáhuac núm. 46, Colonia Lomas Anáhuac,

C.P. 52786, Huixquilucan, Estado de México. Tel.: 55 5627 0210,

Fecha de la última modificación: 15 de diciembre de 2023.

El contenido de los artículos es total responsabilidad de los autores y no refleja el punto de vista del Editor ni de la Universidad Anáhuac México.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

Todo el contenido intelectual que se encuentra en la presente publicación periódica se licencia al público consumidor bajo la figura de Creative Commons®, salvo que el autor de dicho contenido hubiere pactado en contrario o limitado dicha facultad a "Medicina y Ética®" o "Universidad Anáhuac México®" por escrito y expresamente.

Medicina y Ética se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.



Índice

Editorial 1

Introduction 5

Artículos:

Experiencia de diálogo entre adultos y jóvenes universitarios sobre el género 9

Experience of dialogue between adults and young university students on gender issues 35

Marta Rodríguez Díaz, LÍlian Santos

El transhumanismo y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores:

¿Cómo podría configurar el futuro del dolor y el sufrimiento en las personas mayores?61

Transhumanism and improving quality of life in the elderly:

How could it shape the future of pain and suffering in the elderly?85

Francis Jude Selvaraj

Educación médica y derechos humanos en las unidades médicas de México:

hacia un nuevo horizonte ético108

Medical education and human rights in the medical units of Mexico:

towards a new ethical horizon 140

Francisco Domingo Vázquez Martínez, María de Lourdes Mota Morales,

Vianey Guadalupe Argüelles-Nava

Espiritualidad y vejez: la comunidad como factor integrador170

Spirituality and old age: community as an integrating factor 189

José Enrique Gómez Álvarez

Cuidados paliativos: una reflexión antropológica y bioética207

Palliative care: an anthropological and bioethical reflection219

Jimena Mónica Muñoz Merino, Silvia Becerra Castro

Reseñas:

La eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica231

Euthanasia and the end of life. A critical reflection235

José Enrique Gómez Álvarez

La consigna del cuidado, medicina y filosofía239

The slogan of care, medicine, and philosophy244

Francisco José Ballesta

EDITORIAL

Pensar la vejez, propia y ajena, nos posiciona siempre en un lugar incómodo en donde las ideas de dolor, sufrimiento y disminución están presentes acechándonos, sin embargo, resulta ineludible reflexionar sobre el tema a medida que la población mundial va envejeciendo y nuevas técnicas van surgiendo para aminorar sus efectos tanto físicos como sociales y psicológicos.

Para comenzar este año 2024 presentamos este interesante tema y otros como las discusiones en torno al género desde la perspectiva intergeneracional y la necesaria reflexión sobre los procesos de formación de estudiantes de medicina, así como el continuo énfasis en los cuidados paliativos como opción ética fundamental en el final de la vida humana.

El primer artículo de este número, de las doctoras Rodríguez y Santos presenta los resultados obtenidos de un estudio propio, llevado a cabo en la ciudad de Mérida, en la república mexicana en donde se exploró el diálogo intergeneracional, sobre todo, en temas actuales como el género.

El estudio fue realizado entre cincuenta profesores y formadores y cincuenta estudiantes y reflejó no sólo las diferencias esperables sino la posibilidad de encontrar puntos de acuerdo y pasar del paradigma de la guerra al del diálogo.

Cabe resaltar, que el punto de partida teórico de este estudio fue la noción de “extraños morales” de Engelhardt que se refiere a aquellos con los que no se puede dialogar debido a la diferencia de contenidos morales o bien, de modos de razonar; no obstante, a partir de la argumentación sobre la posibilidad del diálogo intercultural, las autoras afirman que es posible el intergeneracional, por ello, este trabajo demuestra, con resultados objetivos, que es posible trazar puentes que permitan la comunicación aún entre puntos de vista aparentemente distintos.

El segundo artículo constituye un análisis profundo y serio sobre el tema del envejecimiento, su actual abordaje y la influencia que ejercen las distintas tradiciones religiosas en su tratamiento y enfoque.

Así, el autor parte del dato duro de que, para 2050 la población mayor de 60 años será el 20% de la población mundial y establece la hipótesis sobre que este segmento poblacional será menos proclive a profesar alguna creencia religiosa y, por ende, a aceptar lo que éstas enseñan acerca del dolor y el sufrimiento.

Después, explora lo que las tres religiones monoteístas conciben como dolor y sufrimiento para compararlas con algunas experiencias reales de los adultos mayores al experimentar estas dos condiciones.

Por último, el autor analiza las tendencias actuales de control del dolor que, en muchas ocasiones son fallidas y terminan orillando al paciente a solicitar nuevas técnicas, dentro de las cuales, algunas ofrecidas por el movimiento transhumanista, pueden ser viables y representar un cambio de paradigma importante en la gerontología, así como en el papel que actualmente juega la religión en el manejo y afrontamiento del dolor y del sufrimiento.

El tercer artículo, de los doctores Vázquez, Mota y Argüelles-Nava nos deja ver la cruda realidad que viven y en la que se desenvuelven los estudiantes de medicina en México y cómo son sujetos de múltiples violaciones y abusos que deben cambiar con urgencia, ya que estos malos tratos afectan la atención médica brindada por ellos hacia los pacientes. De esta manera, el hilo conductor del artículo es la estrecha relación entre los derechos humanos y la salud y cómo la afectación a los primeros repercute en los segundos y viceversa.

Para comprobar que la formación de los médicos no cumple con estándares éticos y de respeto a los derechos humanos, los autores argumentan tres factores: a) la normatividad vigente que no los considera dentro del empleo formal y, por ende, acreedores a derechos y a prestaciones conforme a la ley, b) la educación artesanal que los deja expuestos en su formación y que, a la vez, expone a los pacientes que reciben su atención sin la debida supervisión de un médico ya formado, c) el impacto de los estudiantes en la atención brindada

que ha quedado registrada como quejas o denuncias por mala práctica por parte de los pacientes atendidos.

El cuarto artículo que se presenta en este número retoma el tema de la vejez y la importancia de la comunidad como factor para afrontarla. El Dr. Gómez Álvarez articula la idea de la vejez institucionalizada como mecanismo de aceptación del proceso de vejez. Pero esta, afirma, debe ir acompañada de mecanismos de construcción de comunidad que den soporte a la persona y le generen redes sociales que lo vinculen con otros pares.

Uno de estos mecanismos puede ser la práctica de la espiritualidad. Para ello, el autor propone una concepción de espiritualidad que permita unir la esfera pública de la persona con la privada, que la coloca en una necesaria relación con los otros con quienes puede ir construyendo un sentido de trascendencia que conforme comunidad y que les brinde soporte afectivo y social.

Es de resaltar también, la propuesta de vivir esta espiritualidad entre quienes trabajan en el cuidado de los adultos mayores ya que ésta se manifiesta en obras, de tal manera, que el servicio que brindan, es ya una forma de vivirse en comunidad abierta a una trascendencia. Lo anterior se convierte, en palabras del autor, en una “oración activa”.

Por último, se analiza cómo en esta puesta en práctica de una espiritualidad compartida, están presentes algunos principios bioéticos como la beneficencia, la solidaridad y la subsidiariedad.

El quinto artículo, de las doctoras Muñoz y Becerra aborda los cuidados paliativos como una atención integradora que brinda soporte y calidad de vida en momentos sufrimiento y que abona al bien de la persona. Resaltan el potencial que estos tienen para abordar la esfera espiritual y psicológica de la persona humana que les permite buscar la trascendencia, algo que naturalmente se da en un paciente que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal.

Adicionalmente, las autoras analizan la aplicación de los principios bioéticos en la práctica de los cuidados paliativos para reafirmar que estos brindan una atención integral y, por ende, son una propuesta ética que siempre deberá ofrecerse.

Las dos reseñas que se incluyen en este número son significativas en tanto que versan sobre la acción médica. La primera, del Dr. Gómez Álvarez presenta el libro *Eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica*, un libro de ocho capítulos que van desde las definiciones conceptuales de la eutanasia y los términos derivados, hasta la enumeración de argumentos a favor o en contra, pasando por el análisis de la propuesta española sobre el tema.

Una reseña que invita a profundizar y ampliar la mirada sobre el tema de la eutanasia.

La segunda reseña, de Francisco José Ballesta, narra lo expuesto en el cuadernillo *La palabra que cura* en donde se analizan cuatro palabras usadas en el ámbito médico: medicina, terapia, fármaco y cirugía en donde el autor, Raffaello Cortina, desentraña sus más profundos significados tras haberse desencantado de la figura del consentimiento informado que se ha reducido a un mero trámite burocrático; en este sentido, la reseña nos invita a recuperar el sentido verdadero de las palabras usadas en la “cura” de las personas.

Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte

Editora responsable

Universidad Anáhuac México, Facultad de Bioética, México

<https://orcid.org/000000019600445X>

INTRODUCTION

Thinking about old age, our own and others', always places us in an uncomfortable place where the ideas of pain, suffering and decline are present and haunting us; however, it is unavoidable to reflect on the subject as the world population ages and new techniques emerge to lessen its physical, social and psychological effects.

To begin this year 2024, we present this interesting topic and others such as the discussions around gender from an intergenerational perspective and the necessary reflection on the training processes of medical students, as well as the continued emphasis on palliative care as a fundamental ethical option at the end of human life.

The first article in this issue, by Dr. Rodríguez and Dr. Santos, presents the results obtained from a study of their own, carried out in the city of Mérida, Mexico, where intergenerational dialogue was explored, especially on current issues such as gender.

The study was carried out among fifty teachers and trainers and fifty students and reflected not only the expected differences but also the possibility of finding points of agreement and moving from the paradigm of war to that of dialogue.

It should be noted that the theoretical starting point of this study was Engelhardt's notion of "moral strangers", which refers to those with whom dialogue is not possible due to differences in moral content or modes of reasoning; however, based on the argument about the possibility of intercultural dialogue, the authors affirm that intergenerational dialogue is possible, and therefore, this work demonstrates, with objective results, that it is possible to build bridges that allow communication even between apparently different points of view.

The second article is a profound and serious analysis of the issue of aging, its current approach and the influence exerted by different religious traditions in its treatment and focus.

Thus, the author starts from the fact that, by 2050, the population over 60 years of age will be 20% of the world population and establishes the hypothesis that this segment of the population will be less inclined to profess any religious belief and, therefore, to accept what they teach about pain and suffering.

It then explores what the three monotheistic religions conceive of as pain and suffering and compares them with some of the actual experiences of older adults in experiencing these two conditions.

Finally, the author analyzes the current trends in pain control, which are often unsuccessful and end up leading the patient to request new techniques, among which some offered by the transhumanist movement may be viable and represent an important paradigm shift in gerontology, as well as in the role currently played by religion in the management and coping with pain and suffering.

The third article, by Drs. Vázquez, Mota and Argüelles-Nava, shows us the crude reality in which medical students live and work in Mexico and how they are subjected to multiple violations and abuses that must change urgently, since this mistreatment affects the medical care, they provide to patients. Thus, the common thread of the article is the close relationship between human rights and health and how the affectation of the former has repercussions on the latter and vice versa.

In order to prove that the training of physicians does not meet ethical standards and respect for human rights, the authors argue three factors: (a) the current regulations that do not consider them within formal employment and, therefore, entitled to rights and benefits under the law, (b) the artisanal education that leaves them exposed in their training and, at the same time, exposes patients who receive their care without the proper supervision of an already trained physician, (c) the impact of students in the care provided that has been recorded as complaints or allegations of malpractice by the patients attended.

The fourth article presented in this issue takes up the subject of old age and the importance of the community as a factor in dealing

with it. Dr. Gómez Álvarez articulates the idea of institutionalized old age as a mechanism for acceptance of the aging process. But this, he says, must be accompanied by community-building mechanisms that support the person and generate social networks that link him or her to other peers.

One of these mechanisms can be the practice of spirituality. To this end, the author proposes a conception of spirituality that allows to unite the public sphere of the person with the private one, which places him/her in a necessary relationship with others with whom he/she can build a sense of transcendence that conforms community and provides affective and social support.

It is also worth highlighting the proposal to live this spirituality among those who work in the care of the elderly, since it is manifested in works, in such a way that the service they provide is already a way of living in a community open to transcendence. This becomes, in the author's words, an "active prayer".

Finally, it is analyzed how in this implementation of a shared spirituality, some bioethical principles such as beneficence, solidarity and subsidiarity are present.

The fifth article, by Drs. Muñoz and Becerra, addresses palliative care as an integrative care that provides support and quality of life in times of suffering and contributes to the good of the person. They highlight the potential of palliative care to address the spiritual and psychological sphere of the human person, which allows them to seek transcendence, something that naturally occurs in a patient diagnosed with a terminal illness.

In addition, the authors analyze the application of bioethical principles in the practice of palliative care to reaffirm that palliative care provides comprehensive care and, therefore, is an ethical proposal that should always be offered.

The two reviews included in this issue are significant in that they deal with medical action. The first, by Dr. Gómez Álvarez, presents the book *Eutanasia y el final de la vida*. A critical reflection, a book of eight chapters ranging from the conceptual definitions of euthanasia

and derived terms to the enumeration of arguments for and against, including an analysis of the Spanish proposal on the subject. A review that invites to deepen and broaden the view about euthanasia.

The second review, by Francisco José Ballesta, narrates the booklet *La palabra que cura* (The word that heals) in which four words used in the medical field are analyzed: medicine, therapy, drug and surgery, where the author, Raffaello Cortina, unravels their deepest meanings after having become disenchanted with the figure of informed consent, which has been reduced to a mere bureaucratic procedure; in this sense, the review invites us to recover the true meaning of the words used in the “cure” of people.

Dr. María Elizabeth de los Ríos Uriarte

Editor in charge

Universidad Anáhuac México, Faculty of Bioethics, Mexico

<https://orcid.org/000000019600445X>

Experiencia de diálogo entre adultos y jóvenes universitarios sobre el género

Experience of dialogue between adults and young university students on gender issues

*Marta Rodríguez Díaz**

Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma, Italia

*Lilian Santos***

Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma, Italia

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.01>

Resumen

La diferencia generacional afecta la relación alumnos-profesores universitarios y tiene consecuencias en el aprendizaje. Para promover la apertura al diálogo de esos grupos sobre temas conflictivos, se desa-

* Profesora en la Facultad de Filosofía del Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma, Italia. Coordinadora académica del Instituto de Estudios Superiores sobre la Mujer, Roma, Italia. Correo electrónico: marta.rodriguez@upra.org
<http://orcid.org/0000-0002-1464-4400>

** Profesora en la Facultad de Bioética del Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma, Italia. Becario de investigación en la Cátedra UNESCO de Bioética y Derechos Humanos, Roma, Italia. Correo electrónico: lilian.santos@upra.org
<http://orcid.org/0000-0002-5498-7109>

Recepción: 25/10/2023 Aceptación: 29/10/2023

rollaron una serie de talleres para una experiencia de diálogo sobre la cuestión del género. El enfoque fue multidisciplinar incluyendo elementos de filosofía, sociología, comunicación y bioética. Las líneas teóricas de abordaje fueron los “extraños morales” (*moral strangers*) de Engelhardt, un paralelo con el diálogo intercultural, y la comunicación a nivel de los valores en juego. Este artículo recoge la metodología de los dos días de talleres impartidos en una universidad de México. Los participantes fueron 50 jóvenes (entre 18 y 25 años) y 50 adultos. Se llevaron a cabo 4 talleres y 2 encuestas, intercalados por 3 conferencias. El artículo presenta cada actividad con el correspondiente objetivo de aprendizaje y los resultados. En la conclusión, se ofrecen algunas lecciones sobre el diálogo intergeneracional y sobre el diálogo sobre la cuestión del género.

Palabras clave: diálogo, diversidad sexual, encuentros intergeneracionales, género, relación docentes-alumnos.

1. Introducción

Los talleres que se llevaron a cabo y que se resumen en el presente artículo, buscaron responder a la inquietud presentada por el equipo directivo de la Universidad Anáhuac Mayab, ubicada en Mérida Yucatán, México. Los docentes habían expresado que con frecuencia no lograban conectar con los jóvenes estudiantes. La impresión de que la propuesta formativa no interpelaba suficientemente a los alumnos se debía, según su parecer, a que a veces se hacía uso de un lenguaje y unas categorías lejanos a la mentalidad de los jóvenes. Se evidenció la necesidad de entablar un diálogo intergeneracional y superar así la fractura y desconfianza que se daba con frecuencia. El programa de talleres fue diseñado y ejecutado para responder a esta inquietud. Los talleres tuvieron como objetivo favorecer un diálogo efectivo entre los dos grupos: los adultos (profesores y formadores) y los jóvenes (estudiantes) y como tema se eligió la cuestión del género, por ser uno de los temas más difíciles de afrontar en el diálogo entre

generaciones. Consideramos que esta metodología podría utilizarse para afrontar otros temas difíciles en el diálogo intergeneracional.

No se pretendió una comprensión exhaustiva y ni siquiera suficiente del género, sino que el interés fue el de centrarse en buscar un verdadero diálogo y encuentro entre jóvenes y adultos. Se trataba de salir de esta experiencia habiendo sido capaz de comprender y recibir algo de la otra generación. Eso exigiría por parte de todos, una actitud de apertura y escucha, y ahí estaba el verdadero desafío.

2. Líneas teóricas de abordaje

2.1. De “extraños morales” a sujetos capaces de diálogo y colaboración social

El filósofo americano Hugo Tristram Engelhardt Jr. introdujo las expresiones “amigos morales” (*moral friends*) y “extraños morales” (*moral strangers*). Los amigos morales son aquellos con quienes compartimos los contenidos morales con sus reglas de evidencia e inferencia. Extraños morales son aquellos con quienes no compartimos las premisas éticas, y el conflicto puede deberse a su incompatible modo de razonar o a la discrepancia en valores morales (Cf. 1). Nuestra sociedad posmoderna, globalizada y pluralista está compuesta no sólo por “amigos morales” sino también por “extraños morales”. ¿Cómo evitar una confrontación que lleve al conflicto y a la destrucción?, y ¿cómo vivir en una sociedad compuesta por “amigos” y “extraños morales” sin caer en el relativismo que deja de buscar el bien común?

Además de la pluralidad, el fenómeno de la polarización se está haciendo evidente en muchos entornos, trayendo consecuencias negativas para el hombre y la vida en sociedad (Cf. 2). Algunos han explicado el mecanismo de la polarización afectiva (Cf. 3) y sus causas, en donde un factor importante a considerar es el diálogo polarizado en la era digital, sin embargo, no se ha podido probar el que las redes sociales sean causa de la polarización (Cf. 4). Algunos han sugerido que el diálogo polarizado no es consecuencia de, sino que se

manifiesta en el contexto digital (Cf. 5). Defendemos que es necesario no sólo dar al “extraño moral” el beneficio de la duda, sino también intentar discernir la verdad en su visión moral ya que esta disposición facilita la comunicación necesaria para el funcionamiento de la vida en sociedad (Cf. 6).

2.2. Utilizar las lecciones del diálogo intercultural

Vamos a utilizar de las expresiones “amigos morales” (*moral friends*) y “extraños morales” (*moral strangers*) de Engelhardt, para hacer una analogía entre al diálogo entre grupos moralmente diversos y el diálogo entre personas de idiomas diversos. La competencia intercultural se refiere a las habilidades, actitudes y comportamientos necesarios para mejorar las interacciones en la diferencia, ya sea dentro de una misma sociedad (diferencias de edad, sexo, religión, estatus socioeconómico, afiliación política, origen étnico, etcétera) o a través de las fronteras (Cf. 7).

Para dialogar con alguien de una cultura distinta, es necesario un idioma común. En primer lugar, es necesario aprender las palabras, el vocabulario, las expresiones propias del otro idioma. En este proceso nos damos cuenta de que hay palabras idénticas o muy similares que se usan con diferentes significados. Hay conceptos que tienen más matices en un idioma que en otro y algunos idiomas tienen términos que simplemente no existen en otros y hacen difícil la traducción, sin que esto suponga que la realidad que significan no exista en otra cultura.

En segundo lugar, la comunicación con un extranjero no se reduce a la comunicación verbal, también los gestos y el lenguaje corporal son importantes. Hay cosas que no se dicen, pero que invitan, agradan, molestan u ofenden, y que hay que aprender a diferenciar. Un paso posterior a la comunicación verbal y corporal se da cuando se conocen los gustos, las tradiciones, las cosas que la otra cultura disfruta. Lo anterior es también comunicación intercultural y ayuda a conocer y entender los valores de la otra cultura. Otro paso, no fácilmente

alcanzable en el diálogo intercultural, es el de entender los miedos, que son fuente de los rechazos expresados por la otra cultura.

Una actitud de apertura hacia lo diferente es de suma importancia. Para aprender palabras, conceptos y comportamientos, para conocer la historia, las razones, los valores, los gustos y los miedos del otro, es necesario dialogar y compartir con el otro.

La comparación del diálogo intercultural con el diálogo entre “extraños morales”, en este caso concreto el diálogo intergeneracional, muestra una verdad importante: uno no deja de ser quien es por saber dialogar con quien es diferente. El diálogo no implica ni olvidar ni renunciar a lo propio, ni siquiera cambiar gustos. Aprender un nuevo idioma, no implica olvidar el idioma materno, significa aprender nuevos modos para comunicarse, e incluso enriquecer los propios conceptos. De hecho, se puede llegar a ser amigo de un “extraño moral”.

2.3. Espacio seguro para que el diálogo pase de los conceptos a los valores en juego

Resulta evidente que este tipo de diálogo requiere más que confrontar ideas. Implica no sólo buscar el entendimiento mutuo en el nivel de las ideas, sino también de los valores. Nuestra sociedad pluralista y al mismo tiempo tan amenazada por polarizaciones, necesita de este tipo de diálogo, para reducir los prejuicios entre los grupos (Cf. 8,9).

Es crucial llegar a la pregunta de ¿por qué le importa al “extraño moral” un determinado tema, una determinada afirmación? Cuando él siente que tiene el espacio seguro para hablar, compartirá este por qué, revelando los valores que están detrás de su postura. Los valores son bienes percibidos que se quieren alcanzar y se teme perder. Por lo tanto, se tiende a orientar las acciones hacia ellos, y a protegerlos con las decisiones. Si el diálogo se queda sólo en confrontaciones y defensas de las propias ideas, no se llega a conocer los valores en juego. Poco o nada de constructivo sale de esos “diálogos”.

3. Método

Para estos talleres, la universidad reunió a cincuenta adultos y cincuenta jóvenes. Los jóvenes tenían entre 18 y 25 años. Tanto los jóvenes como los adultos provenían de distintas carreras y ámbitos de la universidad.

La experiencia se desarrolló a lo largo de 2 días, donde se intercalaban conferencias sobre el género y talleres orientados a provocar el diálogo intergeneracional sobre el tema. El grupo de 100 personas participó en 4 talleres y 2 encuestas, además de 3 conferencias. Los talleres se realizaron en modalidad intensiva: de 9:00 a 18:00 hrs., con comida incluida, por dos días consecutivos. Los tiempos de pausa y convivencia favorecieron el clima de confianza y encuentro. Las conferencias tenían como objetivo aportar perspectivas e información sobre el tema en cuestión, que ayudara a que los participantes revisaran, precisaran y reformularan sus posiciones. La dinámica de los talleres siguió una línea de diagnóstico, luego de apertura al diálogo por parte de los grupos, seguidos por ejercicios de diálogo, y finalizando con el balance del mismo.

La Tabla 1 muestra la explicación de las distintas actividades que se llevaron a cabo, su modalidad (si fueron individuales o grupales y, en caso de ser grupales, con qué criterio se hicieron los grupos), y los resultados de aprendizaje que se lograron al final de cada actividad.

Tabla 1. Actividades, modalidad y resultados de aprendizaje

Actividad	Modalidad	Resultado de aprendizaje
1. Encuesta inicial.	Individual (anónima).	Explicitar la desconfianza hacia el grupo con una visión diversa.
2. Lluvia de ideas y selección de las condiciones y compromisos para el diálogo.	Grupos por generaciones. Sesión plenaria: presentación del trabajo por grupos y compromiso de todos.	Concretar las condiciones y el compromiso para el diálogo.

3. Preguntas guía: conceptos y definiciones.	Grupos mixtos (generaciones mezcladas). Sesión plenaria: presentación del trabajo por grupos.	Convencimiento de la posibilidad de un espacio en el cuál expresar con libertad las diversas opiniones.
4. Cuadro guía 1: convergencias y divergencias.	Grupos mixtos (generaciones mezcladas).	Identificar convergencias y divergencias de ideas.
5. Cuadro guía 2: revisión y conceptualización más precisa de las convergencias y divergencias.	Grupos mixtos (generaciones mezcladas). Sesión plenaria: presentación del trabajo por grupos.	Revisar las convergencias y divergencias de ideas después de la discusión plenaria.
6. Balance del diálogo.	Grupos mixtos (generaciones mezcladas). Sesión plenaria: presentación del trabajo por grupos.	Recoger lo aprendido en la experiencia de diálogo y generar ideas de cómo continuar el diálogo.

Fuente: elaboración propia.

4. Resultados

4.1. Encuesta inicial

La primera actividad consistió en que todos los participantes rellenaran un módulo anónimo. Esta encuesta buscaba concretar cómo se veían a sí mismos y a la otra generación en relación con el género. El módulo fue contestado por 76 personas. En la Tabla 2, se recogen algunas respuestas a las preguntas. El criterio de selección ha sido el de elegir las veinte respuestas que más se repetían en cuanto al concepto.¹ Se ha respetado la formulación original de las respuestas.

¹ Aunque con palabras ligeramente distintas como, por ejemplo, “etiquetar y poner etiquetas”. En el caso de respuestas parecidas, se han escogido las que expresaban la idea de manera más completa. Por ejemplo, entre las respuestas “no entienden”, “no entienden y permanecen cerrados”, se ha preferido la segunda respuesta.

Tabla 2. Respuestas más representativas de la pregunta 1

1. Respecto a la cuestión del género, la otra generación no comprende que...
<ul style="list-style-type: none">• Nuestra generación es de mente abierta.• Lo peligroso de su planteamiento y repercusiones a mediano plazo.• A los mayores les cuesta aceptar los cambios en roles y sexualidad.• Mi vida es diferente a lo que ellos vivieron.• Pueden existir distintos géneros y cada persona es lo que decide ser con base en su historia y experiencias.• La plenitud de la felicidad está en seguir la ley natural que tenemos inscrita en nuestro corazón.• Las etiquetas no importan.• Mi vida ha sido formada por ellos, pero tengo el privilegio de decidir mi propio camino.• Que no busquemos cosas locas.• Que existen más de dos, que es una cuestión de la identidad de la persona.• Que hay realidades objetivas, que no dependen de opiniones ni de épocas.• Tenemos diferentes opiniones que deben de ser escuchadas.• Que existen sólo dos géneros.• Que es una identidad que no debería de estar sujeta a normas sociales.• Que algunas personas no se identifican con lo que se había establecido como un “género”.• El reconocerse como hombre o como mujer es una forma muy plena de ser feliz.• Sí, hemos pasado por las mismas inquietudes y tribulaciones que ellos.• Ante todo, debe de primar el respeto y la empatía por cada persona.• El mundo está en constante cambio.• Hay muchas cosas que han cambiado con respecto al género.

Fuente: elaboración propia.

Las respuestas a esta primera pregunta van en dos direcciones: algunas apuntan más a la cuestión del género en sí, y cómo se entiende: si hay dos o más géneros, el papel de los roles y de la sexualidad y si existe o no una ley natural. La mayoría subraya la diferencia de actitudes de las dos generaciones: si son más o menos abiertas al cambio, a la tolerancia o a las etiquetas.

La Tabla 3 presenta las respuestas a la segunda pregunta en donde emerge claramente la desconfianza de ambas generaciones acerca de la posible apertura de la otra y de su disponibilidad para entablar un verdadero diálogo. Casi todas las respuestas confirman la dificultad de expresarse y dialogar con franqueza y señalan a la otra generación como la responsable de la cerrazón. Resulta más o menos claro que se encuentran a “años luz”, y esto puede llevar a que nunca se hayan expresado las propias ideas con libertad.

Tabla 3. Respuestas más representativas de la pregunta 2

2. Cuando expreso mi opinión sobre un tema relacionado con el género ante una persona de la otra generación...
<ul style="list-style-type: none"> • No respetan a géneros que consideran diferentes. • No me entienden, se cierran en su idea y no son abiertos a escuchar cómo son las cosas ahora. • A veces entienden. • Por lo general los noto cerrados. • Con respeto intento expresar mis ideas, pero cuando veo que puede haber un choque prefiero no hablar. • Lo rechaza, generalmente. • Siento miedo de ser etiquetado y no ser escuchado. • Me siento obligada a responder cómo ven ellos las cosas. • Consideran que quiero enseñarles o que no sé nada. • Siento un poco de miedo a cómo van a reaccionar. • Son un poco cerrados, con ideas arcaicas. • Es difícil hacer un vínculo. • Se contraponen. • Prefiero evitar la confrontación. • Que yo estoy en otro mundo. • No trata de comprender lo que estoy expresando. • Espero una posición radical no abierta al diálogo respetuoso. • Me da miedo el daño emocional y la reacción de no pensar como ellos. • Creo que nunca he sido abierta al respecto con la otra generación. • Me siento a años luz de lo que ellos viven o vislumbran.

Fuente: elaboración propia.

La tercera pregunta confirma esta desconfianza mutua, como se muestra en la Tabla 4. Las dos generaciones se sienten desacreditadas recíprocamente y consideran que este prejuicio hace muy difícil la verdadera comprensión. Es interesante resaltar el sufrimiento que esto supone y que se puede percibir en algunas respuestas.

Tabla 4. Respuestas más representativas de la pregunta 3

3. Considero que los adultos/jóvenes piensan que nosotros...
<ul style="list-style-type: none">• No los entendemos.• Somos incapaces de pensar en lo correcto y en lo erróneo.• Buscamos violentarlos cuando no es así.• No estamos de su lado.• Estamos equivocados al hacer las cosas diferentes.• No somos tolerantes.• Queremos coartar su libertad, violentarlos.• Que no sabemos nada, que somos ignorantes.• Solo queremos vivir una vida relax.• Etiquetamos.• Que no estamos abiertos al cambio.• Queremos prohibirles cosas.• No tenemos conflictos de género.• Estamos jodidos por la forma en la que pensamos y queremos hacer las cosas.• Somos frágiles, una generación “de cristal”.• No podemos comprenderlos, y que sus problemas son diferentes a los nuestros.• Somos apretados y mochos, anticuados.• Nos ponen un molde de rebeldes, irresponsables. Que estamos perdidos por la tecnología y otras cosas.• Vivimos en un libertinaje desenfrenado.• Queremos oprimirlos.

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la Tabla 5, emergen las consecuencias de la desconfianza: las dos generaciones están convencidas que, si las deci-

siones dependieran de la otra, las cosas irían “objetivamente” mal. Ambas señalan que habría injusticias y daño a las personas.

Tabla 5. Respuestas más representativas de la pregunta 4

4. Si las políticas de género dependieran totalmente de la otra generación...
<ul style="list-style-type: none">• No habría libertad de expresión.• Seríamos una generación dividida.• La otra generación estaría inconforme.• Un caos.• Seríamos más libres pero el concepto de límite sería borroso.• Nos limitarían la opción a cuestionarnos.• Habría más opresiones y discriminación.• Desorden y confusión.• Complicado.• Todo se aprobaría sin suficiente reflexión, y con consecuencias negativas en el futuro.• No progresaríamos. Hay que evolucionar.• Los lobbies de izquierda los manipularían y harían aún más daño que ahora.• Libertinaje.• Seríamos más libres.• Todo sería permitido, sin principios ni valores universales.• Habría escasez de libertad de expresión y de identidad.• Tendríamos miles de baños diferenciados.• No habría crecimiento ni desarrollo.• No contarían con una visión de género y terminarían violentando los derechos humanos de los demás.• Muchas personas se sentirían frustradas e incomprendidas.

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 6 se muestra el juicio de las dos generaciones hacia la otra. Sólo tres respuestas sugieren adjetivos con un matiz que podría considerarse positivo: “libres, diversos, incluyentes”, y más adelante “sensibles, empáticos”. La tercera respuesta que entraría aquí es “ideas acertadas”, aunque va asociada a “cerrados”.

Tabla 6. Respuestas más representativas de la pregunta 5

5. Tres adjetivos que según tú caracterizan la actitud de la otra generación con respecto al género.
<ul style="list-style-type: none">• Ignorancia, irrespetuoso, necesidad.• Defensivos, cerrados, impuestos.• Incertidumbre, miedo, confusión.• Libres, diversos, incluyentes.• Cerrada al diálogo. Desinformada. Sin datos.• Relativismo, radicalización, confusión.• Libertinaje, sin límites, capricho.• Feo, raro, limitado.• Intolerancia, falta de empatía, apatía.• Distante, dañino, preocupado.• Libre, fluido, sin etiquetas.• Cerrados, aunque con ideas acertadas.• Rebeldía, intolerancia.• Extrema generalización y polarización. Intolerancia. Falta de apertura.• Incomprensivo, obsoleto, anticuado.• Sensibles, victimistas, empáticos.• Actitud misógina, homófoba y estancada.• Radical, confrontadora, egoísta.• Cerrazón, imposición, no actitud de diálogo.• Desconocimiento, impulsivo, temor.• Prepotente, altanero, irrespetuoso.• Retadora, inestable e intolerante (por no aceptar la verdad).

Fuente: elaboración propia.

Esta última pregunta y la que sigue, representadas en la Tabla 7 y 8, ponen de relieve la frustración de todos, adultos y jóvenes, ante la otra generación. En las respuestas se adivinan los valores que cada generación defiende, y de nuevo el sufrimiento por considerar que la otra no está abierta a comprender y dialogar.

Tabla 7. Respuestas más representativas de la pregunta 6

6. Me hiere que los adultos/jóvenes...
<ul style="list-style-type: none">• Crean que siempre están bien.• Vean mal mis acciones.• Me cataloguen sin escuchar.• No escuchen.• Supongan que no sé.• Rechacen lo que para mí es valioso.• No consideren como válidas nuestras ideas.• Crean que somos el enemigo.• Nos hagan sentir juzgados y con miedo, y que por eso a veces no podamos acercarnos a ellos y expresar nuestras inquietudes.• No piensen en el futuro y en la importancia de la familia.• Me vean como un tonto, crean que no entiendo, que no podemos hablar.• Sean egocéntricos.• Nos subestimen por ser menores de edad.• No comprendan los nuevos puntos de vista de la vida.• Desacrediten mis principios. Piensen que sólo queremos juzgar y señalar.• No se den cuenta de que sus palabras a veces transmiten discursos de odio.• Crean que nos pueden controlar y tomen decisiones por nosotros.• Me parece triste que los adultos no solo desacrediten los temas, sino que ataquen a las personas.• No quieran trabajar juntos para construir algo juntos, y sólo esperan que nos adaptemos a su molde.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Respuestas más representativas de la pregunta 7

7. Me da miedo que los adultos/los jóvenes...
<ul style="list-style-type: none">• No me acepten.• Tengan respuestas equivocadas.• Se polaricen sin escuchar.• Se pierdan en una existencia vacía y sin propósito.• Se exalten y busquen una gran pelea, que haya represalias.• No encuentren verdad.• Me cataloguen y difamen.• Lastimen y limiten a los jóvenes por no tener las mismas ideas.• Sigam creyendo que nuestra generación es mala y que hacemos cosas incorrectas.• Lleguen a la edad de la vejez sin comprender aún a sus hijos, sobrinos, nietos.• Sean radicales o extremistas en sus posturas.• Emitan comentarios agresivos respecto de la postura de los jóvenes.• No sigan los consejos de los mayores.• Se destruyan.• Nunca encuentran en nosotros interlocutores de confianza.• No muestren apertura y sean intolerantes.• Sigam tomando decisiones sin abrirse a cómo son hoy las cosas.• Pierdan los principios como el respeto a la vida.• Por falta de entendimiento del bien, hagan cosas horribles.• Sigam tomando decisiones basados en creencias arcaicas, y que esto afecte a nuestro futuro.

Fuente: elaboración propia.

Se ha presentado una síntesis de la primera encuesta para evidenciar el punto de partida del segundo taller: la desconfianza recíproca entre las dos generaciones e incredulidad acerca de la necesidad o de la posibilidad de un verdadero diálogo.

4.2. *Lluvia de ideas y selección de condiciones y compromisos para el diálogo*

Después de este primer ejercicio, se hicieron equipos por generaciones: cinco equipos de jóvenes y cinco de adultos. Se les pidió que concretaran cuatro cosas:

- ¿Qué querían pedir?
- ¿Qué estaban dispuestos a dar?
- ¿Qué podría bloquear el diálogo?
- ¿Cuáles serían las ventajas de que este diálogo funcionara?

La Tabla 9 recoge las aportaciones de los equipos. En la presentación de los resultados, no se distingue entre las aportaciones provenientes de jóvenes y las de los equipos de adultos, aunque como en el módulo anónimo, en algunos casos es fácil deducir su procedencia.

Tabla 9. Identificación de condiciones y compromisos para el diálogo

Queremos PEDIR	Queremos DAR	Nuestros BLOQUEOS	VENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad afectiva - Apertura - Empatía - Respeto - No a la defensiva - Respeto auténtico - Apertura - Posibilidad de construir - juntos 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad afectiva - Nuevas perspectivas - Escucha activa - Respeto - Una razón para maravillarse - Testimonio - Flexibilidad - Encuentro - Empatía - Experiencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Imposición de ideas - Choque de contextos - Falta de paciencia - Que se vuelva un debate (ganar/perder) - Lenguaje - Soberbia intelectual - Prejuicios 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer los puntos de vista de la contraparte - Generar acuerdos - Nos define y da identidad - Nuevas perspectivas - Que el diálogo se convierta en acciones - Empatía

Queremos PEDIR	Queremos DAR	Nuestros BLOQUEOS	VENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> - La libertad de equivocarnos y la empatía de corregirnos/acompañarnos - Comprensión - Paciencia - Caridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Acogida - Paciencia - Conocimiento - Cultura - Esperanza en base a la experiencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Soberbia intelectual - No escuchar - Ideologías - No encontrar lenguaje común - Mentalidad rígida - Etiquetar - Ignorancia - Falta de paciencia - Lenguaje distinto 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha - Comprensión - Resiliencia - Crear espacios seguros - Desarrollo del pensamiento - Posibilidad de entender al otro - Un primer paso en la búsqueda de encuentro - Muestra de buena voluntad

Fuente: elaboración propia.

Se subraya que lo que más pidieron todos fue apertura (5 veces), seguida de empatía (3 veces). Por lo que se refiere a lo que estaban dispuestos a aportar, la respuesta más frecuente fue “nuevas perspectivas” (4 veces), seguida de respeto y empatía (2 veces cada una). En cuanto a los eventuales bloqueos, se señalaron los prejuicios (5 veces), la falta de escucha (4 veces) o de paciencia (3 veces). Finalmente, las ventajas que se vislumbraban iban en la línea de la comprensión, el encuentro y la posibilidad de construir juntos.

4.3. Preguntas guía: conceptos y definiciones

Una vez definido el compromiso que cada uno estaba dispuesto a asumir para hacer posible el diálogo, empezaron los trabajos propiamente dichos. Se hicieron 10 equipos mezclados: adultos y jóvenes juntos. La dinámica consistía en trabajo por grupos, seguida de sesión plenaria y conferencia. Las preguntas guía para el primer trabajo fueron las siguientes:

- ¿Qué es el género?
- ¿Quién inventó el término “género”?
- ¿Qué piensa la Iglesia sobre el género?
- ¿Qué suscita en mí esta palabra?

En este primer ejercicio, no se les pedía llegar a ningún tipo de consenso. Cada miembro del grupo debía expresar su respuesta a la pregunta con total libertad, y todas las respuestas eran recogidas en el acta sin correcciones ni comentarios. En la sesión plenaria, cada equipo expuso los resultados de su trabajo. Destacó la diversidad de opiniones sobre estas preguntas. Algunas señalaban con mucha precisión quién y cuándo había inventado el término (la mayoría se referían a John Money a finales de los años 60), mientras que otras decían que siempre había existido. En lo que se refiere a la opinión de la Iglesia acerca del género, la mayoría de las respuestas subrayaban el juicio negativo: que no estaba de acuerdo, que lo consideraba peligroso, una ideología, etcétera. La heterogeneidad de las respuestas fue particularmente notable en los sentimientos que suscitaba la palabra género: desde el miedo a la confianza, libertad o dictadura, alivio o temor.

Para iluminar estas respuestas, se presentó en una conferencia la génesis del término: ¿cómo se introdujo en el ámbito de la psicología, del feminismo y de la política, la reacción inicial de la Iglesia y su evolución? La conferencia no pretendía dar respuestas definitivas sino iluminar la cuestión desde una perspectiva más amplia y ofrecer un marco que ayudara a entender algunos de los motivos de las polarizaciones. Ayudó a comprender que, parte de la confusión, provenía de la no distinción de niveles en los que normalmente se plantea el diálogo, mezclando el ámbito existencial (la vida de las personas concretas), el ámbito antropológico (qué es efectivamente el género) y el ámbito político. Visualizar la génesis de la equivocidad en cada ámbito ayudó a que todos tuvieran un panorama más claro.

4.4. Cuadro guía 1: convergencias y divergencias

En el segundo trabajo por equipos,² las preguntas guía fueron las siguientes:

- ¿Qué es el sexo?
- ¿Cómo se relacionan sexo y género?
- ¿Ser varón y mujer es algo natural o cultural?

Los equipos tenían que recoger sus respuestas y organizarlas en:

- Principales respuestas.
- Puntos de encuentro.
- Puntos por iluminar.

El elemento que se añadía en este ejercicio era la necesidad de individualizar los puntos de acuerdo en las distintas posiciones y los aspectos por iluminar. Esto requería no sólo la recogida aséptica de las opiniones de cada miembro del grupo, sino una mayor comprensión de las distintas ideas, de sus convergencias y divergencias. A continuación, la Tabla 10 funciona como guía para recoger el resultado de este ejercicio:

Tabla 10. Formato convergencias y divergencias

	Principales respuestas	Puntos de encuentro	Puntos por iluminar
¿Qué es el sexo?			
¿Cómo se relacionan sexo y género?			
¿Ser varón y mujer es algo natural o cultural?			

Fuente: elaboración propia.

² A partir de este momento, los equipos se mantuvieron. Como hemos señalado, eran equipos mezclados entre jóvenes y adultos ya que la idea de mantenerlos era favorecer el aumento de la confianza y del diálogo.

Nuevamente, en la sesión plenaria se expuso el resultado del trabajo de todos los equipos, seguida de una conferencia que buscaba iluminar los puntos señalados por ellos. La definición de sexo no presentaba particulares dificultades, mientras que no era tan clara la respuesta a las otras dos preguntas. Sobre la relación entre sexo y género, unos decían que eran lo mismo, otros que eran realidades independientes, y otros afirmaron que no sabían. En cuanto a la cuestión de ser varón o mujer, hubo quienes dijeron que era natural, otros cultural, y otros que los dos. Después de esta exposición de los grupos, se presentaron distintas teorías de género y se evidenciaron algunas de las ventajas y puntos frágiles de su modo de concebir la relación entre sexo y género. Con la exposición teórica se buscaba dar elementos que ayudaran a una comprensión más completa de la cuestión, haciendo ver la insuficiencia de los enfoques que reducían su complejidad, absolutizando un solo elemento. Quedó claro que no era preciso hablar de “la” teoría o “la” ideología de género, y que más bien es necesario considerar la heterogeneidad de las teorías y la imposibilidad de referirse a ellas como si fueran un bloque monolítico.

4.5. Cuadro guía 2: revisión y conceptualización más precisa de las convergencias y divergencias

El siguiente ejercicio por equipos consistió en volver al cuadro ya completado en el trabajo anterior y revisar o matizar algunos puntos, a raíz del intercambio en sesión plenaria y de la conferencia teórica. Casi todos los equipos reformularon algunas de sus ideas y señalaron con más precisión los puntos de encuentro o a iluminar. En particular, quedó más claro para todos que el ser varón y mujer era natural y cultural al mismo tiempo. Hubo además una mayor convergencia, que evidenciaba que todos iban cambiando de posición o conceptualizándola de manera más clara.

Una última conferencia desarrolló el papel de los distintos ingredientes que entran en juego en la identidad: cuerpo, psique, cultura, libertad. De esta manera, se mostraron qué elementos privilegiaba cada teoría de género, proponiendo claves desde las que discernir la mayor o menor validez de las distintas posiciones. Como se ha señalado, no se buscaba dar una solución definitiva a las preguntas en torno a la cuestión del género sino simplemente ampliar la mirada al respecto. Los participantes confirmaron que las conferencias habían ayudado a revisar sus propias ideas, y a cambiar de posición en algún aspecto.

4.6. Balance del diálogo

Al final de cada ejercicio de diálogo por equipos, se pedía que dedicaran unos minutos para hacer un balance de cómo había funcionado el diálogo en sí, con ayuda de las siguientes preguntas:

- ¿Qué me ayudó durante el diálogo?
- ¿Qué no me ayudó durante el diálogo?
- ¿Qué he aprendido?
- ¿Tengo algo que agradecer?

Se les invitaba a que tuvieran un momento de reflexión personal, seguido de unos minutos de compartir brevemente, si así lo deseaban. Esto ayudó a que todos tuvieran presente no sólo la evolución en comprensión de las ideas que se estaban afrontando, sino el ejercicio mismo del diálogo: sus condiciones, bloqueos y exigencias.

En un último trabajo por equipos, se pidió que expresaran lo que habían aprendido del diálogo. En la Tabla 11, se recoge una síntesis de las aportaciones de los distintos equipos en torno a las tres preguntas guía que se les ofrecieron:

Tabla 11. Balance del diálogo

¿Qué hemos aprendido acerca del diálogo estos días?
<ul style="list-style-type: none">• ¡Que sí se puede!• Que hacen falta espacios seguros para poder confiar y platicar de estos temas.• Que no es del todo cierto que los jóvenes siempre piensan como los otros jóvenes y que los adultos siempre piensan como los demás adultos.• Que compartimos muchas ideas y valores.• Que ha sido posible porque hay respeto y apertura.• Se estableció un ambiente seguro, de confianza.• Que ha sido posible por el modo en el que se ha dirigido todo el encuentro.• Ha sido posible porque nos hemos esforzado en superar las polarizaciones.• Que llegamos con ideas sobre la otra generación que estaban equivocadas.• Que es posible dialogar sin discutir, gracias a que se han afrontado temas polémicos sin tono polémico.• Que ha sido posible por el respeto, escucha activa, hacernos vulnerables.• Ha roto los esquemas o preconcepciones que traíamos.• La importancia de hacer puentes a través de la empatía, la conexión, el respeto y la humildad.• Apertura al aprendizaje.• Que sí es posible, que tenemos como barrera el miedo y que tenemos que perder el filtro y no temer a ser juzgados.• Que todas las personas, independientemente de su edad, tienen algo valioso que aportar.• Que necesitamos la experiencia y el conocimiento de ambas generaciones.• Fue posible porque todos tuvimos la actitud de aprender, de escucha asertiva y la voluntad.
<ul style="list-style-type: none">• Que es posible, indispensable.• Que no nos entendemos porque hemos vivido cosas diferentes, pero que existe una gran voluntad de entendernos.• Que es normal que seamos diferentes.• Que somos complementarios, no opuestos.• Que es fundamental establecer un pacto de buena voluntad desde el inicio.

¿Cómo podríamos crear más espacios como éste?
<ul style="list-style-type: none">• Perdiendo el miedo, fomentando el respeto y la responsabilidad.• Mesas de trabajo como espacios seguros.• Grupos de diálogo para fomentar espacios como éste.• Establecer vínculos de confianza. Debe de ser una propuesta de ambas partes.• Es necesario hacer pausas y dar espacios para el diálogo.• Replicar este evento extendiéndolo al resto de la comunidad.• Dar la certeza de que en la universidad se puede hablar de todo, y que no se juzga a nadie.
¿Qué propondríamos a la universidad?
<ul style="list-style-type: none">• Capacitación a todos los maestros.• Ampliar talleres como éstos, sobre otros temas.• Hacerlo fuera de la universidad.• Abrir espacios de diálogo sobre estos temas y otros relacionados.• Ofrecer herramientas para poder sanar las heridas que vemos en los formadores y en los adultos.• Cambio de metodología en algunas clases, para favorecer el diálogo intergeneracional.• Incorporar lo aprendido en las clases y ámbitos de trabajo.

Fuente: elaboración propia.

Como actividad final, se propuso a los participantes que resumieran en una palabra cómo sintetizarían la propia experiencia y la compartieran en sesión plenaria. Las palabras más repetidas fueron: alegría, encuentro, esperanza, “sí se puede”, puente, conversión, empatía, diálogo, sorpresa, nuevo camino. La alegría de todos fue la nota más característica de este momento conclusivo, que expresaba la satisfacción de todos por el ejercicio realizado.

Hasta aquí, la descripción de los dos talleres. En el siguiente apartado se comparten algunas conclusiones a raíz de esta experiencia.

5. Discusión y conclusiones

Las conclusiones van en dos líneas: por un lado, la experiencia misma de diálogo y la metodología utilizada; por otro, la cuestión específica del género. Por lo que se refiere al diálogo, se considera que éste fue favorecido gracias a algunos elementos del método, en particular:

- La creación de un espacio seguro, donde había compromiso explícito de que se podían expresar las propias opiniones con libertad y respeto.
- El compromiso asumido por todos para hacerlo posible, habiendo individuado antes los miedos y posibles bloqueos.
- La conciencia de que no se trataba de ganar un debate, sino de que todos salieran enriquecidos. El planteamiento de los talleres no fue dialéctico, sino dialógico.
- La conducción suave de las sesiones plenarias, que buscaba ofrecer elementos de reflexión y no dar respuestas cerradas. Esto favoreció que todos se sintieran acogidos y respetados, y al mismo tiempo estimulados a pensar desde otros puntos de vista.
- Una metodología precisa de los trabajos por equipos, que encauzaba y ordenaba la reflexión y la escucha recíproca. La experiencia demostró que la desconfianza inicial estaba hecha de prejuicios, que provocaban cerrazón y temor. El método ayudó a superar esta desconfianza y a que hubiera un verdadero diálogo.
- Los talleres mostraron también que es posible hacer un ejercicio crítico y de aprendizaje con jóvenes y adultos al mismo tiempo, y que este ejercicio lleva a que las ideas iniciales se maten o cambien significativamente.

En lo que se refiere al género, la experiencia confirmó que la polarización desde la que normalmente se afronta el debate requiere de

una paciente distinción de niveles, conceptos, matices. Sin estas distinciones es inevitable caer en posiciones reductivas, que se ideologizan fácilmente. Aunque ya se ha aludido a esto en la descripción misma de los talleres, se recogen ahora estas distinciones con mayor precisión.³

- La importancia de distinguir los niveles desde los que se afronta el diálogo. Llama la atención que normalmente el debate se afronta sólo desde el nivel ético o político (si las parejas del mismo sexo deberían de poder adoptar, el matrimonio igualitario y otros). Las experiencias de las personas son con frecuencia una interferencia en este nivel, porque resulta difícil separar las ideas de los rostros de las personas conocidas que viven o sufren determinadas situaciones. Rara vez se logra iluminar este diálogo desde un nivel más profundo: el antropológico (qué es el género, el sexo, cómo se relacionan). El nivel antropológico se sostiene a su vez en un nivel gnoseológico (si existe una verdad, si es posible conocerla, etcétera) y metafísico (relación entre universal y particular, esencia y existencia, identidad y diferencia), que rara vez se explicitan y afrontan. Sin una clarificación de los presupuestos de fondo desde los que se afronta la cuestión, resulta muy difícil llegar a consensos en el nivel ético o político.
- La necesidad de distinguir y definir adecuadamente los conceptos. El término género no es unívoco, y aquí reside la gran dificultad. Existen formas muy distintas de entender el género. Si en el diálogo se parte de la idea de que existe una única definición, no es posible bajar a matices e iluminar los aspectos críticos de cada definición. Las conferencias y una metodología precisa de los trabajos por equipos confirmaron que tanto jóvenes como adultos se acercan a este tema desde ideas más o menos simplistas, que reducen la complejidad de lo real. Sin un conocimiento más preciso y un panorama más completo

³ La investigación que está a la raíz de estas distinciones se encuentra publicada en (10).

de la cuestión a nivel antropológico, político y pastoral, es muy difícil iluminar realmente los conflictos y equívocos.

- La cuestión del género es una cuestión importante, con evidentes consecuencias sociales según se conciba de una u otra forma. La polarización cultural y entre generaciones que se suele dar en este tema impone la necesidad de un cambio de paradigma en la forma de afrontarlo. Se considera que estos talleres, en su limitación y pequeñez, pueden arrojar luz sobre las perspectivas y caminos a seguir.

Los talleres propuestos en este artículo no son un modelo perfecto, pero se ha constatado que el diálogo intergeneracional sobre el género fue realmente favorecido y valorado positivamente por los grupos participantes.

Los talleres llevaron a que los dos grupos dejaran a un lado el miedo de herirse mutuamente, la desconfianza recíproca y la incredulidad de que el diálogo fuese posible. Los participantes terminaron expresando sorpresa y alegría de que este diálogo hubiera sido posible y generaron ideas de cómo continuar y reproducir esos espacios entre profesores y jóvenes universitarios. Se podría considerar que pasaron del paradigma de la guerra cultural al paradigma del diálogo.

Referencias

1. Engelhardt HT. *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press; 1996.
2. Hartevelde E, Berntzen L, Kokkonen A, Kelsall H, Linde J, Dahlberg S. The (Alleged) Consequences of Affective Polarization: Individual-Level Evidence & a Survey Experiment in 9 Countries [Internet]. 2022 [citado 28 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://osf.io/64uwd/>
3. Jost J, Baldassarri D, Druckman J. Cognitive-motivational mechanisms of political polarization in social-communicative contexts. *Nat Rev Psychol* [Internet]. 2022 [citado 28 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s44159-022-00093-5>
4. Nordbrandt M. Affective polarization in the digital age: testing the direction of the relationship between social media and users' feelings for out-group parties. *New*

- Media & Society [Internet]. 2021 [citado 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/14614448211044393>
5. Jones-Jang S, Chung M. Can we blame social media for polarization? Counter-evidence against filter bubble claims during the COVID-19 pandemic. *New Media & Society* [Internet]. 2022 [citado 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/14614448221099591>
 6. Austriaco NPG. *Biomedicine and Beatitude: An Introduction to Catholic Bioethics*. 2ª ed. Washington, D.C.: The Catholic University of America Press; 2021.
 7. Deardorff D. *Manual for developing intercultural competencies: story circles* [Internet]. Paris: UNESCO Publishing; 2020 [citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000370336>
 8. Fletcher S. Intergenerational Dialogue to Reduce Prejudice. *Journal of Intergenerational Relationships* [Internet]. 2007 [citado 22 de abril de 2023]; Disponible en: https://doi.org/10.1300/J194v05n01_02
 9. UNESCO. *UNESCO survey on intercultural dialogue, 2017: analysis of findings* [Internet]. Paris: UNESCO Publishing; 2018 [citado 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000262674>
 10. Rodríguez M. *Teoría de género: presupuestos y raíces filosóficas*. Rome: G&B Press; 2022. <http://127.0.0.1:80/pug/resource?uri=453943BIB>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Experience of dialogue between adults and young university students on gender issues

Experiencia de diálogo entre adultos y jóvenes universitarios sobre el género

Marta Rodríguez Díaz*

Pontifical Athenaeum Regina Apostolorum, Rome, Italy.

Lilian Santos**

Pontifical Athenaeum Regina Apostolorum, Rome, Italy

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.01>

Abstract

The generational difference affects the student-university teacher relationship and has consequences on learning. To promote openness to dialogue among these groups on conflicting issues, a series of workshops were developed for a gender dialogue experience. The approach was multidisciplinary, including elements of philosophy, sociology, com-

* Professor at the Faculty of Philosophy of the Pontifical Athenaeum Regina Apostolorum, Rome, Italy. Academic coordinator of the Institute for Advanced Studies on Women, Rome, Italy. E-mail: marta.rodriquez@upra.org
<http://orcid.org/0000-0002-1464-4400>

** Professor at the Faculty of Bioethics of the Pontifical Athenaeum Regina Apostolorum, Rome, Italy. Research fellow at the UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Rome, Italy. E-mail: lilian.santos@upra.org
<http://orcid.org/0000-0002-5498-7109>

Reception: 25/10/2023 Acceptance: 29/10/2023

munication, and bioethics. The theoretical lines of approach were Engelhardt's "*moral strangers*", a parallel with intercultural dialogue, and communication at the level of the values at stake. This article reports the methodology of the two-day workshops held at a university in Mexico. The participants were 50 young people (between 18 and 25 years) and 50 adults. Four workshops and two surveys were conducted, interspersed by three conferences. The article presents each activity with the corresponding learning objective and results. In conclusion, some lessons on intergenerational dialogue and on gender dialogue are offered.

Keywords: dialogue, sexual diversity, intergenerational encounters, gender, teacher-student relationship.

1. Introduction

The workshops that were carried out and that are summarized in this article, sought to respond to the concern presented by the management team of the Universidad Anáhuac Mayab, located in Mérida Yucatán, Mexico. The teachers had expressed that they often failed to connect with young students. The impression that the educational proposal did not sufficiently challenge the students was due, in their opinion, to the fact that it sometimes made use of language and categories that were far removed from the mentality of young people. The need to establish an intergenerational dialogue and thus overcome the fracture and mistrust that often occurred was evident. The workshop program was designed and implemented to respond to this concern. The workshops were aimed at fostering an effective dialogue between the two groups: adults (teachers and trainers) and young people (students) and as a topic the issue of gender was chosen, as it is one of the most difficult topics to deal with in intergenerational dialogue. We believe that this methodology could be used to address other difficult issues in intergenerational dialogue.

It was not intended to be an exhaustive or even sufficient understanding of gender, but rather the interest was to focus on seeking a

true dialogue and encounter between young people and adults. It was about coming out of this experience of having been able to understand and receive something from the other generation. This would require an attitude of openness and listening on the part of everyone, and this was the real challenge.

2. Theoretical lines of approach

2.1. From “moral strangers” to subjects capable of dialogue and social collaboration

The American philosopher Hugo Tristram Engelhardt Jr. introduced the expressions “moral friends” and “moral strangers”. Moral friends are those with whom we share moral contents with their rules of evidence and inference. Moral strangers are those with whom we do not share the ethical premises, and the conflict may be due to their incompatible way of reasoning or to the discrepancy in moral values (Cf. 1). Our postmodern, globalized, and pluralistic society is composed not only of “moral friends” but also of “moral strangers”. How can we avoid a confrontation that leads to conflict and destruction, and how can we live in a society composed of “friends” and “moral strangers” without falling into a relativism that ceases to seek the common good?

In addition to plurality, the phenomenon of polarization is becoming evident in many environments, bringing negative consequences for man and life in society (Cf. 2). Some have explained the mechanism of affective polarization (Cf. 3) and its causes, where an important factor to consider is the polarized dialogue in the digital era, however, it has not been proven that social networks are the cause of polarization (Cf. 4). Some have suggested that polarized dialogue is not a consequence of but manifests itself in the digital context (Cf. 5). We argue that it is necessary not only to give the “moral outsider” the benefit of the doubt, but also to attempt to discern the truth in their moral vision as this disposition facilitates the communication necessary for the functioning of life in society (Cf. 6).

2.2. *Using the lessons of intercultural dialogue*

We will use Engelhardt's expressions "*moral friends*" and "*moral strangers*" to make an analogy between dialogue between morally diverse groups and dialogue between people of different languages. Intercultural competence refers to the skills, attitudes and behaviors needed to enhance interactions across difference, whether within a society (differences in age, gender, religion, socioeconomic status, political affiliation, ethnicity, etc.) or across borders (Cf. 7).

To dialogue with someone from a different culture, a common language is necessary. First, it is necessary to learn the words, the vocabulary, the expressions of the other language. In this process we realize that there are identical or very similar words that are used with different meanings. There are concepts that have more nuances in one language than in another and some languages have terms that simply do not exist in others and make translation difficult, without this implying that the reality they mean does not exist in another culture.

Secondly, communication with a foreigner is not limited to verbal communication, gestures and body language are also important. They are not said, but which are inviting, pleasing, annoying or offensive, and which one must learn to differentiate. A further step after verbal and body language communication is when you get to know the tastes, traditions, and things that the other culture enjoys. This is also intercultural communication and helps to know and understand the values of the other culture.

Another step, not easily achieved in intercultural dialogue, is to understand the fears that are the source of the rejections expressed by the other culture.

An attitude of openness towards what is different is of utmost importance. To learn words, concepts, and behaviors, to know the history, reasons, values, tastes, and fears of the other, it is necessary to dialogue and share with the other.

The comparison of intercultural dialogue with dialogue between “moral strangers”, in this case intergenerational dialogue, shows an important truth: one does not cease to be who one is by knowing how to dialogue with those who are different. Dialogue does not imply forgetting or renouncing one’s own, or even changing tastes. Learning a new language does not mean forgetting one’s mother tongue; it means learning new ways of communicating and even enriching one’s own concepts. In fact, it is possible to become friends with a “moral stranger”.

2.3. Safe space for dialogue to move from concepts to the values at stake

This type of dialogue requires more than confronting ideas. It involves not only seeking mutual understanding at the level of ideas, but also of values. Our pluralistic society, which is at the same time so threatened by polarization, needs this kind of dialogue to reduce prejudices between groups (Cf. 8,9).

It is crucial to get to the question of why does the “moral outsider” care about a certain issue, a certain statement? When he feels he has the safe space to speak, he will share this why, revealing the values behind his stance. Values are perceived goods that one wants to achieve and fears losing. Therefore, there is a tendency to orient actions towards them, and to protect them with decisions. If the dialogue remains only in confrontations and defenses of one’s own ideas, one does not get to know the values at stake. Little or nothing constructive comes out of these “dialogues”.

3. Method

For these workshops, the university gathered fifty adults and fifty young people. The young people were between 18 and 25 years old. Both young people and adults came from different careers and areas of the university.

The experience took place over two days, interspersed with lectures on gender and workshops aimed at provoking intergenerational dialogue on the subject. The group of 100 people participated in four workshops and two surveys, in addition to three conferences. The workshops were held in intensive mode: from 9:00 am to 6:00 pm, including lunch, for two consecutive days. The break times and socializing favored a climate of trust and encounter. The objective of the conference was to provide perspectives and information on the topic in question, which would help participants to review, clarify and reformulate their positions. The dynamics of the workshops followed a diagnostic approach, followed by the opening of the dialogue by the groups, followed by dialogue exercises, and ending with the balance of the dialogue.

Table 1 shows the explanation of the different activities that were carried out, their modality (whether they were individual or group activities and, in the case of group activities, with what criteria the groups were formed), and the learning results that were achieved at the end of each activity.

Table 1. Activities, modality and learning outcomes

Activity	Modality	Result of learning
1. Initial survey.	Individual (anonymous).	Explain the distrust towards the group with a diverse vision.
2. Brainstorming and selection of conditions and commitments for dialogue.	Groups by generations Plenary session: presentation of the work by groups and commitment of all.	To specify the conditions and commitment for dialogue.
3. Guiding questions: concepts and definitions.	Mixed groups (mixed generations). Plenary session: presentation of the work by groups.	Convinced of the possibility of a space in which to freely express diverse opinions.

Activity	Modality	Result of learning
4. Guide table 1: convergences and divergences.	Mixed groups (mixed generations).	Identify convergence and divergence of ideas.
5. Guide table 2: review and more precise conceptualization of convergences and divergences.	Mixed groups (mixed generations). Plenary session: presentation of the work by groups.	Review convergences and divergences of ideas after the plenary discussion.
6. Balance of the dialogue.	Mixed groups (mixed generations). Plenary session: presentation of group work.	Collect what was learned in the dialogue experience and generate ideas on how to continue the dialogue.

Source: prepared by authors.

4. Results

4.1. Initial survey

The first activity consisted of all participants filling out an anonymous module. This survey sought to specify how they saw themselves and the other generation in relation to gender. The module was answered by 76 people. Table 2 shows some of the answers to the questions. The selection criterion was to choose the twenty answers that were most repeated in terms of the concept.¹ The original formulation of the answers was respected.

¹ Albeit with slightly different words such as, for example, "labeling and labeling". In the case of similar answers, those that expressed the idea more completely were chosen. For example, between the answers "do not understand", "do not understand and remain closed", the second answer was preferred.

Table 2. Most representative responses to question 1

1. Regarding the gender issue, the other generation does not understand that...
<ul style="list-style-type: none">• Our generation is open-minded.• The danger of their approach and medium-term repercussions.• Older people find it hard to accept changes in roles and sexuality.• My life is different from what they lived.• There can be different genders and each person is what they decide to be based on their history and experiences.• The fullness of happiness lies in following the natural law that we have inscribed in our hearts.• Labels do not matter.• My life has been shaped by them, but I have the privilege of deciding my own path.• That we don't look for crazy things.• That there are more than two, that it is a matter of a person's identity.• That there are objective realities, which do not depend on opinions or times.• We have different opinions that must be listened to.• That there are only two genders.• That it is an identity that should not be subject to social norms.• That some people do not identify with what had been established as a "gender".• Recognizing myself as a man or a woman is a very full way to be happy.• Yes, we have gone through the same worries and tribulations as they have.• Above all, respect and empathy for each person must come first.• The world is constantly changing.• There are many things that have changed with respect to gender.

Source: prepared by authors.

The answers to this first question go in two directions: some point more to the question of gender itself, and how it is understood: whether there are two or more genders, the role of roles and sexuality, and whether there is a natural law. Most stress the difference in attitudes of the two generations: whether they are open to change, tolerance, or labels.

Table 3 presents the answers to the second question where the distrust of both generations about the possible openness of the other and their readiness to engage in a real dialogue clearly emerges. Almost all the answers confirm the difficulty of expressing themselves and dialoguing frankly and point to the other generation as the one responsible for the closed-mindedness. They are “light years apart”, and this may lead to the fact that they have never expressed their ideas freely.

Table 3. Most representative answers to question 2

2. When I express my opinion on a gender-related topic to a person from the other generation.... They don't respect genders they consider different.
<ul style="list-style-type: none">• They don't understand me, they are closed in their idea, and they are not open to listening to how things are now.• Sometimes they understand.• Generally, I notice them closed.• With respect I try to express my ideas, but when I see that there may be a clash I prefer not to speak.• They reject it, generally.• I feel afraid of being labeled and not being heard.• I feel obliged to answer how they see things.• They consider that I want to teach them or that I don't know anything.• I feel a little afraid of how they will react.• They are a bit closed, with archaic ideas.• It is difficult to make a link.• They oppose each other.• I prefer to avoid confrontation.• That I am in another world.• Do not try to understand what I am expressing.• I expect a radical position not open to respectful dialogue.• I fear the emotional damage and backlash of not thinking like them.• I don't think I have ever been open about it with the other generation.• I feel light years away from what they experience or envision.

Source: prepared by authors.

The third question confirms this mutual distrust, as shown in Table 4. The two generations feel that they discredit each other and consider that this prejudice makes true understanding very difficult. It is interesting to highlight the suffering that this entails and that can be perceived in some answers.

Table 4. Most representative responses to question 3

3. I consider that adults/young people think that we....
<ul style="list-style-type: none">• We do not understand them.• We are incapable of thinking right and wrong.• We seek to do violence to them when it is not so.• We are not on their side.• We are wrong to do things differently.• We are not tolerant.• We want to curtail their freedom, to violate them.• That we know nothing, that we are ignorant.• We just want to live a relaxed life.• We label.• That we are not open to change.• We want to forbid them things.• We don't have gender conflicts.• We are screwed by the way we think and want to do things.• We are fragile, a "glass" generation.• We can't understand them, and that their problems are different from ours.• We're cramped and cramped, old-fashioned.• They cast us in the mold of rebellious, irresponsible. That we are lost to technology and other things.• We live in unbridled debauchery.• We want to oppress them.

Source: prepared by authors.

As shown in Table 5, the consequences of distrust emerge: both generations are convinced that, if decisions depended on the other, things would "objectively" go wrong. Both point out that there would be injustices and harm to people.

Table 5. Most representative answers to question 4

4. If gender policies depended entirely on the other generation....
<ul style="list-style-type: none">• There would be no freedom of expression.• We would be a divided generation.• The other generation would be nonconformist.• Chaos.• We would be freer, but the concept of limit would be blurred.• We would be limited in our choice to question ourselves.• There would be more oppression and discrimination.• Disorder and confusion.• Complicated.• Everything would be approved without sufficient reflection, and with negative consequences in the future.• We would not progress. We must evolve.• The left-wing lobbies would manipulate them and do even more damage than now.• Libertinism.• We would be freer.• Everything would be allowed, without principles or universal values.• There would be a shortage of freedom of speech and identity.• We would have thousands of differentiated bathrooms.• There would be no growth or development.• They would not have a gender vision and would end up violating the human rights of others.• Many people would feel frustrated and misunderstood.

Source: prepared by authors.

Table 6 shows the judgment of the two generations towards each other. Only three responses suggest adjectives with a nuance that could be considered positive: “free, diverse, inclusive”, and later “sensitive, empathetic”. The third response that would enter here is “right ideas”, although it is associated with “closed”.

Table 6. Most representative answers to question 5

5. Three adjectives that according to you characterize the attitude of the other generation with respect to gender.
<ul style="list-style-type: none">• Ignorant, disrespectful, foolish.• Defensive, closed, imposed.• Uncertainty, fear, confusion.• Free, diverse, inclusive.• Closed to dialogue. Uninformed. No data.• Relativism, radicalization, confusion.• Libertinism, unbounded, capricious.• Ugly, weird, limited.• Intolerance, lack of empathy, apathy.• Distant, harmful, preoccupied.• Free, fluid, without labels.• Closed, although with right ideas.• Rebelliousness, intolerance.• Extreme generalization and polarization. Intolerance. Lack of openness.• Incomprehensive, obsolete, old-fashioned.• Sensitive, victimize, empathetic.• Misogynistic, homophobic, stagnant attitude.• Radical, confrontational, selfish.• Closed-minded, imposing, non-dialogue attitude.• Ignorant, impulsive, fearful.• Overbearing, haughty, disrespectful.• Challenging, unstable and intolerant (for not accepting the truth).

Source: prepared by authors.

This last question and the one that follows, represented in Table 7 and 8, highlight the frustration of all, adults, and young people, in the face of the other generation. In the answers we can guess the values that each generation defends, and again the suffering for considering that the other is not open to understanding and dialogue.

Table 7. Most representative responses to question 6

6. It hurts me when adults/young people...
<ul style="list-style-type: none">• Believe that you are always right.• See my actions as wrong.• Label me without listening.• Don't listen.• Assume I don't know.• Reject what is valuable to me.• Do not consider our ideas as valid.• Believe that we are the enemy.• Make us feel judged and afraid, so that sometimes we cannot approach them and express our concerns.• Don't think about the future and the importance of family.• See me as a fool, think I don't understand, that we can't talk.• Be self-centered.• Underestimate us because we are minors.• Don't understand new views of life.• Discredit my principles. Think we only want to judge and point fingers.• Don't realize that their words sometimes convey hate speech.• Believe they can control us and make decisions for us.• I find it sad that adults not only discredit issues, but attack people.• They don't want to work together to build something together, and just expect us to fit their mold.

Source: prepared by authors.

Table 8. Most representative responses to question 7

7. I am afraid that adults/young people...
<ul style="list-style-type: none">• Do not accept me.• Have wrong answers.• Become polarized without listening.• Lose yourselves in an empty and purposeless existence.• Be exalted and look for a big fight, let there be retaliation.• Find no truth.• Label and defame me.• Hurt and limit young people for not having the same ideas.• Continue to believe that our generation is bad and that we do wrong things.• Reach the age of old age without understanding your children, nephews, nieces, grandchildren.• Be radical or extremist in your positions.• Make aggressive comments about the position of young people.• Do not follow the advice of your elders.• Destroy themselves.• Never find trustworthy interlocutors in us.• Do not show openness and are intolerant.• Continue to make decisions without being open to the way things are today.• Lose principles such as respect for life.• For lack of understanding of the good, do horrible things.• Continue to make decisions based on archaic beliefs and let this affect our future.

Source: prepared by authors.

A summary of the first survey has been presented to highlight the starting point of the second workshop: the mutual distrust between the two generations and disbelief about the need for or the possibility of a real dialogue.

4.2. *Brainstorming and selection of conditions and commitments for the dialogue*

After this first exercise, teams were formed by generations: five teams of young people and five teams of adults. They were asked to specify four things:

- What did they want to ask for?
- What were they willing to give?
- What could block the dialogue?
- What would be the advantages of making this dialogue work?

Table 9 lists the teams' contributions. In the presentation of the results, no distinction is made between the contributions from the youth and adult teams, although as in the anonymous module, in some cases it is easy to deduce their origin.

Table 9. Identification of conditions and commitments for dialogue

We want to ASK	We want to GIVE	Our BLOCKS	ADVANTAGES
<ul style="list-style-type: none"> - Affective responsibility - Openness - Empathy - Respect - Non-defensive - Genuine respect - Openness - Possibility to build together - The freedom to make mistakes and the empathy to correct/accompany each other. 	<ul style="list-style-type: none"> - Affective responsibility - New perspectives - Active listening - Respect - A reason to wonder - Testimony - Flexibility - Encounter - Empathy - Experience - Welcoming - Patience - Knowledge - Culture 	<ul style="list-style-type: none"> - Imposition of ideas - Clash of contexts - Lack of patience - Becoming a debate (win/lose) - Language - Intellectual arrogance - Prejudice - Intellectual arrogance - Not listening - Ideologies 	<ul style="list-style-type: none"> - Knowing the counterpart's points of view - Generate agreements - Defines us and gives us identity. - New perspectives - Dialogue is converted into actions. - Empathy - Listening - Understanding - Resilience

We want to ASK	We want to GIVE	Our BLOCKS	ADVANTAGES
<ul style="list-style-type: none"> - Understanding - Patience - Charity 	<ul style="list-style-type: none"> - Hope based on experience 	<ul style="list-style-type: none"> - Not finding common - Rigid mentality - Labeling - Ignorance - Lack of patience - Different language 	<ul style="list-style-type: none"> - Creating safe spaces - Development of thinking - Possibility of understanding the other - A first step in the search for encounter - A sign of goodwill

Source: prepared by authors.

It should be noted that what everyone asked for most often was openness (five times), followed by empathy (three times). As for what they were willing to contribute, the most frequent response was “new perspectives” (four times), followed by respect and empathy (two times each). As for possible blocks, prejudices (five times), lack of listening (four times) or lack of patience (three times) were mentioned. Finally, the advantages that were envisaged were along the lines of understanding, encounter, and the possibility of building together.

4.3. Guiding questions: concepts and definitions

Once the commitment that each one was willing to assume to make the dialogue possible had been defined, the actual work began. There were ten mixed teams: adults and young people together. The dynamics consisted of group work, followed by a plenary session and a conference. The guiding questions for the first work were the following:

- What is gender?
- Who invented the term “gender”?
- What does the Church think about gender?
- What does this word arouse in me?

In this first exercise, they were not asked to reach any kind of consensus. Each member of the group had to express his or her answer to the question freely, and all the answers were recorded in the minutes without corrections or comments. In the plenary session, each team presented the results of their work. The diversity of opinions on these questions was remarkable. Some pointed out very precisely who had invented the term and when (most referred to John Money in the late 1960s), while others said that it had always existed. As far as the Church’s opinion of gender was concerned, most of the responses emphasized the negative judgment: that it did not agree, that it considered it dangerous, an ideology, and so on. The heterogeneity of the responses was particularly notable in the feelings aroused by the word gender: from fear to confidence, freedom or dictatorship, relief, or fear.

To illuminate these answers, the genesis of the term was presented in a lecture: how did it enter the realm of psychology, feminism and politics, the initial reaction of the Church and its evolution? The lecture was not intended to give definitive answers but to illuminate the question from a broader perspective and to provide a framework to help understand some of the reasons for the polarizations. It helped to understand that part of the confusion stemmed from the failure to distinguish between the levels at which dialogue is usually approached, mixing the existential realm (the lives of concrete persons), the anthropological realm (what gender is) and the political realm. Visualizing the genesis of equivocation in each area helped everyone have a clearer picture.

4.4. *Guide Table 1: convergences and divergences*

In the second teamwork,² the guiding questions were the following:

- What is sex?
- How are sex and gender related?
- Is being male and female natural or cultural?

Teams had to collect their answers and organize them into:

- Main answers.
- Points to be found.
- Points to illuminate.

The added element in this exercise was the need to identify the points of agreement in the different positions and the aspects to be illuminated. This required not only the aseptic collection of the opinions of each member of the group, but a greater understanding of the different ideas, their convergences, and divergences. Table 10 below serves as a guideline for collecting the results of this exercise:

Table 10. Convergence and divergence format

	Main answers	Meeting points	Points for illumination
What is sex?			
How are sex and gender related?			
Is being male and female natural or cultural?			

Source: prepared by authors.

² From this moment on, the teams were maintained. As we have pointed out, they were mixed teams between young people and adults since the idea of maintaining them was to favor the increase of trust and dialogue.

Again, in the plenary session, the result of the work of all the teams was presented, followed by a conference that sought to shed light on the points made by them. The definition of sex did not present difficulties, while the answer to the other two questions was not so clear. On the relationship between sex and gender, some said they were the same, others said they were independent realities, and others said they did not know. On the question of being male or female, some said it was natural, others said it was cultural, and still others said both. After this exposition of the groups, different gender theories were presented and some of the advantages and weaknesses of their way of conceiving the relationship between sex and gender were made evident. The aim of the theoretical presentation was to provide elements that would help in a more complete understanding of the issue, showing the inadequacy of approaches that reduced its complexity by absolutizing a single element. It became clear that it was not necessary to speak of “the” theory or “the” gender ideology, and that it is rather necessary to consider the heterogeneity of theories and the impossibility of referring to them as if they were a monolithic block.

4.5. Guide box 2: review and more precise conceptualization of convergences and divergences

The next team exercise consisted of going back to the table already completed in the previous work and revising or clarifying some points, because of the exchange in the plenary session and the theoretical conference. Almost all the teams reformulated some of their ideas and pointed out more precisely the points of convergence or points to be clarified. In particular, it became clearer to all that being male, and female was both natural and cultural at the same time. There was also a greater convergence, which showed that everyone was changing their position or conceptualizing it more clearly.

A final lecture developed the role of the different ingredients that come into play in identity: body, psyche, culture, freedom. In

this way, it was shown which elements were privileged by each gender theory, proposing keys from which to discern the greater or lesser validity of the different positions. As has been pointed out, the aim was not to provide a definitive solution to the questions surrounding the gender issue, but simply to broaden the view on the subject. The participants confirmed that the conferences had helped them to review their own ideas and to change their position in some respects.

4.6. Balance of the dialogue

At the end of each team dialogue exercise, participants were asked to take a few minutes to take stock of how the dialogue itself had worked, using the following questions:

- What helped me during the dialogue?
- What did not help me during the dialogue?
- What did I learn?
- Do I have anything to be grateful for?

They were invited to have a moment of personal reflection, followed by a few minutes of brief sharing, if they wished. This helped everyone to keep in mind not only the evolution in understanding of the ideas they were facing, but also the dialogue exercise itself: its conditions, blocks and demands.

In a final work by teams, they were asked to express what they had learned from the dialogue. Table 11 shows a synthesis of the contributions of the different teams in relation to the three guiding questions they were asked:

Table 11. Dialogue balance

What have we learned about dialogue these days?
<ul style="list-style-type: none">• That it can be done!• That safe spaces are needed to be able to trust and talk about these issues.
<ul style="list-style-type: none">• That it is not entirely true that young people always think like other young people and that adults always think like other adults.• That we share many ideas and values.• That it has been possible because there is respect and openness.• A safe, trusting environment was established.• That was possible because of the way the whole meeting was conducted.• It has been possible because we have tried to overcome polarizations.• That we came up with ideas about the other generation that were wrong.• That it is possible to dialogue without arguing, thanks to the fact that we have faced controversial issues without a polemic tone.• That it has been possible because of respect, active listening, making us vulnerable.• It has broken the schemes or preconceptions that we brought with us.• The importance of building bridges through empathy, connection, respect, and humility.• Openness to learning.• That it is possible that we are afraid as a barrier and that we must lose the filter and not be afraid of being judged.• That everyone, regardless of age, has something valuable to contribute.• That we need the experience and knowledge of both generations.• It was possible because we all had the attitude of learning, assertive listening and willingness.• That it is possible, indispensable.• That we do not understand each other because we have lived through different things, but that there is a great will to understand each other.• That it is normal that we are different.• That we are complementary, not opposites.• That it is fundamental to establish a pact of goodwill from the beginning.

How could we create more spaces like this?
<ul style="list-style-type: none">• Losing fear, fostering respect and responsibility.• Working tables as safe spaces.• Dialogue groups to foster spaces like this.• Establishing bonds of trust. It must be a proposal from both parties.• It is necessary to pause and provide spaces for dialogue.• Replicate this event and extend it to the rest of the community.• Give the certainty that in the university it is possible to talk about everything, and that no one is judged.
What would we propose to the university?
<ul style="list-style-type: none">• Training for all teachers.• Expand workshops like these on other topics.• Do it outside the university.• Open spaces for dialogue on these and related topics.• Offer tools to be able to heal the wounds we see in trainers and adults.• Change of methodology in some classes, to favor intergenerational dialogue.• Incorporate what we have learned in classes and work environments.

Source: prepared by authors.

As a final activity, participants were asked to summarize in one word how they would summarize their own experience and share it in plenary session. The most repeated words were joy, encounter, hope, “yes we can”, bridge, conversion, empathy, dialogue, surprise, new path. The joy of all was the most characteristic note of this concluding moment, which expressed everyone’s satisfaction with the exercise carried out.

Up to this point, the description of the two workshops. In the following section we will share some conclusions from this experience.

5. Discussion and conclusions

The conclusions are along two lines: on the one hand, the dialogue experience itself and the methodology used; on the other hand, the

specific issue of gender. As far as dialogue is concerned, it is considered that it was favored thanks to some elements of the method, in particular:

- The creation of a safe space, where there was explicit commitment that one could express one's opinions freely and respectfully.
- The commitment assumed by all to make this possible, having first identified fears and possible blockages.
- The awareness that the aim was not to win a debate, but for everyone to come out of it enriched. The approach of the workshops was not dialectical, but dialogical.
- The smooth conduct of the plenary sessions, which sought to offer elements for reflection and not to give closed answers. This allowed everyone to feel welcomed and respected, and at the same time stimulated to think from other points of view.
- A precise methodology of teamwork, which channeled and organized reflection and reciprocal listening. Experience showed that the initial mistrust was based on prejudices, which led to closed-mindedness and fear. The method helped to overcome this mistrust and to bring about a real dialogue.
- The workshops also showed that it is possible to carry out a critical and learning exercise with young people and adults at the same time, and that this exercise leads to initial ideas being nuanced or significantly changed.

Regarding gender, the experience confirmed that the polarization from which the debate is normally approached requires a patient distinction of levels, concepts and nuances. Without these distinctions, it is inevitable to fall into reductive positions, which are easily ideologized. Although this has already been alluded to in the description of the workshops themselves, these distinctions are now more precisely reflected.³

³ The research at the root of these distinctions is published in (10).

- The importance of distinguishing the levels from which dialogue is approached. It is striking that the debate is usually approached only from the ethical or political level (whether same-sex couples should be able to adopt, equal marriage and others). People's experiences are often an interference at this level because it is difficult to separate ideas from the faces of known people who live or suffer certain situations. Rarely is it possible to illuminate this dialogue from a deeper level: the anthropological (what is gender, sex, how are they related). The anthropological level is in turn supported by a gnoseological level (whether there is a truth, whether it is possible to know it, etc.) and a metaphysical level (relationship between universal and, essence and existence, identity and difference), which are rarely made explicit and confronted. Without a clarification of the basic assumptions from which the question is approached, it is very difficult to reach consensus at the ethical or political level.
- The need to distinguish and adequately define the concepts. The term gender is not univocal, and herein lies the great difficulty. There are very different ways of understanding gender. If the dialogue starts from the idea that there is a single definition, it is not possible to go down to nuances and illuminate the critical aspects of each definition. The lectures and a precise methodology of teamwork confirmed that both young people and adults approach this topic from simplistic ideas, which reduce the complexity of the real thing. Without a more precise knowledge and a more complete panorama of the question at the anthropological, political, and pastoral level, it is very difficult to really illuminate the conflicts and misunderstandings.
- The question of gender is an important issue, with obvious social consequences depending on how it is conceived. The cultural and intergenerational polarization that often occurs on this issue imposes the need for a paradigm shift in the way

it is dealt with. It is considered that these workshops, in their limitation and smallness, can shed light on the perspectives and paths to follow.

The workshops proposed in this article are not a perfect model, but it was found that the intergenerational dialogue on gender was indeed favored and positively valued by the participating groups. The workshops led the two groups to put aside the fear of hurting each other, mutual distrust, and disbelief that dialogue was possible. The participants ended up expressing surprise and joy that this dialogue had been possible and generated ideas on how to continue and reproduce these spaces between professors and young university students. It could be considered that they moved from the paradigm of culture war to the paradigm of dialogue.

References

1. Engelhardt HT. *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press; 1996.
2. Hartevelde E, Berntzen L, Kokkonen A, Kelsall H, Linde J, Dahlberg S. The (Alleged) Consequences of Affective Polarization: Individual-Level Evidence & a Survey Experiment in 9 Countries [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 28]. Available at: <https://osf.io/64uwd/>
3. Jost J, Baldassarri D, Druckman J. Cognitive-motivational mechanisms of political polarization in social-communicative contexts. *Nat Rev Psychol* [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 28]. Available at: <https://www.nature.com/articles/s44159-022-00093-5>
4. Nordbrandt M. Affective polarization in the digital age: testing the direction of the relationship between social media and users' feelings for out-group parties. *New Media & Society* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 28]. Available at: <https://doi.org/10.1177/14614448211044393>
5. Jones-Jang S, Chung M. Can we blame social media for polarization? Counter-evidence against filter bubble claims during the COVID-19 pandemic. *New Media & Society* [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 28]. Available at: <https://doi.org/10.1177/14614448221099591>
6. Austriaco NPG. *Biomedicine and Beatitude: An Introduction to Catholic Bioethics*. 2^a ed. Washington, D.C.: The Catholic University of America Press; 2021.

7. Deardorff D. Manual for developing intercultural competencies: story circles [Internet]. Paris: UNESCO Publishing; 2020 [cited 2023 Apr 22]. Available at: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000370336>
8. Fletcher S. Intergenerational Dialogue to Reduce Prejudice. Journal of Intergenerational Relationships [Internet]. 2007 [cited 2023 Apr 22]. Available at: https://doi.org/10.1300/J194v05n01_02
9. UNESCO. UNESCO survey on intercultural dialogue, 2017: analysis of findings [Internet]. Paris: UNESCO Publishing; 2018 [cited 2023 Apr 22]. Available at: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000262674>
10. Rodríguez M. Teoría de género: presupuestos y raíces filosóficas. Rome: G&B Press; 2022. <http://127.0.0.1:80/pug/resource?uri=453943BIB>

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



El transhumanismo y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores:

¿Cómo podría configurar el futuro del dolor y el sufrimiento en las personas mayores?

Transhumanism and improving quality of life in the elderly:

How could it shape the future of pain and suffering in the elderly?

Francis Jude Selvaraj*
Centro Católico de Investigación,
Archidiócesis de Kuala Lumpur, Malasia

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.02>

Resumen

Se calcula que en 2050 la población mundial de personas mayores, de 60 años o más, alcanzará el 20% del total de la población mundial, y se espera que la plétora de problemas relacionados con la edad su-

* Profesor en el Centro Católico de Investigación, Archidiócesis de Kuala Lumpur, Malasia. Correo electrónico: jskl6252@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-8144-3157>
Recepción: 11/09/2023 Aceptación: 20/10/2023

ponga una presión en todos los estratos de la vida y cambie radicalmente las políticas sanitarias, desde el nivel individual hasta el nacional. Además de las implicaciones financieras, sociales y sanitarias, los datos publicados también han puesto de relieve la falta de afiliaciones religiosas en los grupos de edad más avanzada, por lo que, potencialmente, este segmento de la población se desentiende de la filosofía religiosa y de las enseñanzas sobre tecnologías mejoradas para aliviar el dolor y el sufrimiento.

Esta primera parte del artículo evalúa diversos aspectos de cómo las prácticas religiosas ven tradicionalmente el sufrimiento y el dolor, vistos a través de la lente de las tres religiones monoteístas: judaísmo, cristianismo, islamismo y budismo.

A continuación, analizamos qué valores y experiencias aporta la religión a los ancianos a la hora de afrontar el dolor y el sufrimiento, y hasta qué punto están intrínsecamente ligados a las doctrinas y enseñanzas. También examinamos las lagunas en los actuales patrones de tratamiento que podrían afectar al acceso de la población geriátrica a elegir modalidades más novedosas, si son factibles.

Posteriormente, en este artículo se explora cómo el transhumanismo en el avance de la tecnología y la no afiliación a ninguna religión pueden provocar un cambio sísmico en las perspectivas de dolor y sufrimiento de las personas mayores, y cómo esto podría cambiar potencialmente la faz de la gerontología.

Palabras clave: fe, envejecimiento, dolor, sufrimiento, creencias religiosas, transhumanismo, tecnología, calidad de vida (QoL, por sus siglas en inglés).

1. Introducción

El tiempo dicta toda la vida, ya sea en el planeta Tierra o en el cosmos, y en su carrera hacia lo desconocido, trasciende los confines de la mente y la lógica humanas, pasando por acontecimientos del pasado, el presente y el futuro (1). La humanidad, atrapada en este torbellino del tiempo, corre de ser un organismo unicelular a una compleja miríada de células sujetas a las leyes de la naturaleza y destinadas a envejecer (2).

Desde los tiempos de Aristóteles y Platón, y sus puntos de vista sobre el envejecimiento, hasta otros destacados filósofos griegos, el debate filosófico sobre el envejecimiento, el edadismo e incluso lo que es un envejecimiento saludable continúa a medida que apreciamos su complejidad de múltiples capas y sus parámetros asociados (3). La antigua filosofía romana equiparaba un cierto estoicismo entre los ancianos en el sentido de que su viaje es un camino trillado, salpicado de pruebas y tribulaciones, y citando a Ray Laurence, profesor de Historia Antigua en la Universidad Macquarie: “El estoicismo es casi como la filosofía de un anciano” (4,5). Se podría ver la discriminación por edad asomando su “fea cabeza” y parece que esta mentalidad no ha cambiado a lo largo de los años hasta la actualidad.

Una pregunta que cabe hacerse, antes de continuar, es “¿Qué edad tiene la edad?” (6). Se trata de una pregunta bastante polémica, ya que no parece haber una norma establecida y puede variar en función del sexo, la etnia, la ubicación geográfica y la situación sanitaria; el peligro aquí es que, si se saca de contexto, sería estereotipada y podría caer en un pozo de negativismo. Es decir, uno puede sentirse viejo a los 45 años, ya sea por razones subjetivas o por algún problema orgánico, y a la inversa ser “joven” a los 70 (7). Hay que entender este enigma antes de sumergirse en el envejecimiento y sus consecuencias.

Sin embargo, basta decir que el envejecimiento es una parte inexorable de la vida humana y que, en última instancia, conduce a la muerte, con el colapso de todas las funciones fisiológicas y biológicas que mantienen la vida de la persona humana junto con su dignidad (8).

Con la previsión de que la población mundial de ancianos, de 60 años o más, alcance un máximo del 20% en 2025, se espera que la plétora de problemas relacionados con la edad suponga una presión en todos los estratos de la vida y cambie radicalmente las políticas sanitarias, desde el nivel individual al nacional, con implicaciones financieras, sociales y sanitarias, e incluso religiosas (9).

La premisa de que el proceso de envejecimiento está plagado de facilidades no siempre es cierta, ya que el objetivo ha sido alcanzar

una calidad de vida buena y aceptable continuando, haciendo lo que es valioso para ellos con un mínimo de asistencia y apoyo. Así se recoge en los trabajos de la *OMS sobre el Decenio de las Naciones Unidas para el Envejecimiento Saludable (2021-2030)*, en los que se establecen claramente directrices y programas de trabajo a través de los organismos gubernamentales, los responsables políticos, las redes sociales, las ONG, las instituciones y todas las partes interesadas pertinentes para que todo el mundo pueda vivir una vida más larga y saludable mediante una metodología sostenible (10).

Sin embargo, la advertencia de este esfuerzo es captar a los ancianos antes de que aparezcan las enfermedades crónicas para que este proyecto tenga éxito antes de que el dolor se convierta en sufrimiento a largo plazo, lo que inevitablemente causa la espiral descendente de toda la estructura emocional, fisiológica, biológica y psicológica de la vida de los ancianos, lo que lleva a su debilitamiento y posterior muerte dolorosa (11). Ahí radica la dificultad de este tipo de políticas, junto con los numerosos esfuerzos por mejorar los medios de vida de las personas mayores y conseguir que lleguen a una fase antes de que se inicie la espiral descendente, que es el reto al que se enfrentan los servicios sanitarios y los responsables políticos. Como ya se ha mencionado, el estereotipo está arraigado, ya que no cambiaría en nada la forma en que las personas mayores afrontan la situación, frente a la canalización de los mismos recursos hacia personas con mejores resultados: los jóvenes (12).

Otro concepto que debe entenderse con claridad es que el envejecimiento, en cierta medida, es susceptible de varios factores externos, así como del envejecimiento cronológico y biológico (13). Ambos parámetros son tangenciales, en el sentido de que el envejecimiento biológico se centra en lo bien que está envejeciendo el individuo o individuos, mientras que el primero es un número desde el nacimiento y puede ir acompañado de discapacidades y enfermedades. De ahí que los responsables políticos y las agencias deban despertar ante el hecho de que las políticas deben evolucionar y que puede haber soluciones más globales para abordar este segmento de la población.

2. El dolor y el sufrimiento desde la perspectiva de las personas mayores

Tradicionalmente, el dolor y el sufrimiento se asocian a las personas mayores, lo que hace que este segmento de la población sea dependiente e incapaz de realizar actividades; sin embargo, este es un ejemplo clásico de edadismo y se ha convertido en una visión predominante de cómo vemos a las personas mayores (14).

Pero antes de entrar en este tema tan polémico, debemos aclarar si el envejecimiento se asocia siempre a estos componentes físicos negativos. El envejecimiento no es algo que ocurra de repente, sino que se produce a lo largo de la vida, y las decisiones que tome la persona determinarán si envejecerá con gracia o con éxito (15). Estas elecciones incluyen cómo aceptar ciertas limitaciones.

El envejecimiento activo o envejecimiento exitoso está determinado por algunos parámetros en los que hay una baja incidencia de limitación física, una buena función cognitiva, enfermedades no transmisibles muy bien manejadas, buenas interacciones sociales y la capacidad de afrontar bien los factores estresantes de la vida, superando el concepto de una vida vivida y aun viviendo bien. (16). Baste señalar que numerosos trabajos publicados matizan y cuantifican la afirmación anterior, junto con sólidas herramientas metodológicas y teóricas para determinar el período en el que existe una contribución activa y, posteriormente, el período de senescencia, en el que los seres humanos se deterioran (17).

El dolor y el sufrimiento forman parte intrínseca del ser humano. Los acontecimientos emocionales y psicológicos, los traumas físicos, el duelo, etc. contribuyen a este estado de labilidad física y emocional (18). Con un sufrimiento prolongado, el enfermo asume un estado de pasividad y una sensación de aislamiento, y este círculo vicioso desemboca en un estado injustificado de falsa aceptación y de que no se puede hacer nada.

Esta “inevitabilidad” parece aún más amplificadora en el segmento de edad avanzada, y esto suscita ahora un sentimiento de preocupa-

ción entre los observadores” que desencadena ahora un sentido moral para cuidar o aliviar el sufrimiento del enfermo (19). Se buscan vías para aliviar estos episodios de sufrimiento del dolor y, en cierta medida, justificarlos asegurándose de que el enfermo no sucumba a la falta de integridad y dignidad, a la incapacidad de envejecer bien a causa de dicho sufrimiento.

¿Es por tanto inevitable el dolor y el sufrimiento en el segmento de población de edad avanzada? No es necesariamente cierto. Un artículo de Stephen Thielke y sus colegas contribuye a disipar la idea generalizada de que los ancianos parecen ser los dueños de este fenómeno. Explora cuatro mitos comúnmente sostenidos y postula que hay ciertos estereotipos de la práctica clínica que deben cambiarse, especialmente entre los profesionales sanitarios, para sortear este enigma que contempla este falso concepto (20).

Dicho esto, aunque no son inevitables, cuando el dolor y el sufrimiento se producen son muy debilitantes y pueden causar una discapacidad emocional, psicológica y física inexplicable, una mayor dependencia y un aumento de la carga financiera para el estado y la familia y, por último, crear situaciones de reclusión y abandono (21).

3. Perspectivas religiosas del dolor y el sufrimiento y por qué se produce

Las tres religiones monoteístas, que se remontan al profeta Abraham y la creencia en un Dios único, son bastante claras en su visión del dolor y el sufrimiento, en el sentido de que son redentores y salvadores (22).

La fe judeocristiana contempla el sufrimiento con gran amplitud, y San Juan Pablo II se refirió a este fenómeno diciendo que sólo en las escrituras cristianas encontramos el verdadero significado de “por qué el sufrimiento” y que se trata de un plan de amor eterno de Dios y un componente clave del sufrimiento que es redentor por naturaleza con miras a la salvación eterna (23). Nos lo cuenta la historia de

Job, que se ve acosado y asediado por una tragedia tras otra. En un principio, los autores resumieron esta tendencia al sufrimiento como fallos para llevar una vida buena y santa; sin embargo, se nos dice que Job alega su inocencia y, en última instancia, según cuenta la historia, Job es redimido.

El punto clave que San Juan Pablo II destaca en esta reflexión es que el sufrimiento que padeció Job formaba parte de un plan mayor para demostrar la rectitud de Job. Por tanto, podemos ver que la teología judeocristiana promueve la idea de que el sufrimiento debe aceptarse como una encarnación del misterio del amor de Dios por la humanidad y Su promesa de salvación eterna (24). Por lo tanto, la opinión predominante es que el dolor y el sufrimiento tienen un valor y son redentores, como ya se ha mencionado.

Un punto al que hay que referirse es que, en los textos sagrados judíos, el sufrimiento es en gran medida una cuestión ética con una respuesta adecuada que es necesaria, por lo que hay un papel para la intervención médica, y en esa respuesta, existe este contacto personal entre dos partes que trasciende el mero contacto físico, sino a un nivel emocional y psicológico (25). La perspectiva moral se centra en la necesidad de justicia y dignidad del oprimido frente al agresor.

Por si fuera poco, el filósofo judío Martin Buber, bastante polémico, postula que *el mal es un alejamiento del bien hacia una 'nada'*, una reminiscencia de la antigua opinión de que el sufrimiento es el castigo de un acto malvado, expuesta por Maimónides, un influyente erudito de la Torá de la Edad Media (26). Buber se basó en su teoría de que debe existir una relación existencial entre Dios y el hombre, algo tangible, no de naturaleza abstracta. Por lo tanto, el judaísmo acepta la realidad del sufrimiento y el dolor y que corresponde a la humanidad remediarlo allí donde pueda, con empatía, y aceptar y reconocer las áreas en las que no se puede hacer nada. Un componente clave que hay que destacar es que la fe judeocristiana considera que el dolor y el sufrimiento no son fatalistas.

En el islam, se piensa que los valores fundamentales de la vida merecen ser vividos y que el viaje de la vida es inseparable del sufrimiento (27). Por lo tanto, la premisa es que la vida puede ser difícil,

con alegrías, tristeza, pena y dolor entrelazados, y que sirve a un propósito superior de revelación divina del amor de Dios. Es una lucha continua y despierta en el creyente el viaje de fe que debe emprender. Por lo tanto, la narración de las escrituras islámicas se basa en la lucha humana y su viaje.

Un punto extremadamente importante, al menos en el islam, es que existe una diferencia en la forma de ver el dolor o la aflicción frente al sufrimiento (28). Estudiosos musulmanes modernos, como Tahsin Görgün, aluden a que la visión occidental es tangencial a la islámica del dolor y el sufrimiento, y que comprender la diferencia es clave para el apoyo psicológico interreligioso a personas de distintas creencias, especialmente en tiempos de emergencias de salud pública y cuando se trata de personas mayores.

El budismo considera el sufrimiento como un camino hacia la Iluminación (29). Cuatro verdades aluden al sufrimiento y al sufrimiento *dukkha*, que abarca desde lo físico a lo mental, el envejecimiento, la angustia y el sufrimiento existencial. Es necesario emprender un viaje, y la vida no está destinada a ser sólo sufrimiento, sino que los medios para encontrar la liberación del sufrimiento están siempre disponibles. Encontrar o explorar todas las vías posibles y actuar en consecuencia es un elemento del camino budista.

Identificar el sufrimiento y el dolor y sus agentes causales en la enfermedad, el proceso de envejecimiento o los traumas psicológicos y emocionales extremos es clave para comprender la naturaleza humana y despierta el entendimiento en la realización de mecanismos preventivos de afrontamiento (30). Este conocimiento prepara al creyente para ser compasivo con las necesidades de los demás y aliviar su dolor.

El budismo es bastante único entre las religiones dominantes por su filosofía de permitir que el ser sensible “evolucione” por así decirlo, amalgamando sus valores fundamentales con el uso del conocimiento adquirido para llegar a los demás con compasión y cuidado (31). En el centro de sus creencias y votos, permite el uso de la evolución cognitiva para alcanzar la perfección, lo que se traduce en la

capacidad de ofrecer cuidados innovadores a los que sufren y a los necesitados.

Se puede asumir con seguridad que la expansión cognitiva o evolución de la humanidad ya está en marcha, ya que vemos el uso de la inteligencia artificial impulsando mejoras físicas estructurales, biológicas y fisiológicas (32).

4. El papel de la religión en la gestión del dolor y el sufrimiento de las personas mayores

Ya hemos visto cómo las diferentes religiones ven este fenómeno, por lo tanto, veamos su papel en los fieles, especialmente en la población de edad avanzada sobre cómo concilian estos momentos difíciles a través de su fe.

Para entender cómo las personas mayores se ven acosadas por múltiples problemas médicos y se enfrentan a complicados regímenes de tratamiento, debemos comprender qué valores importan en estos momentos de gran dificultad. Se han realizado varios estudios cualitativos y cuantitativos para comprender qué es lo que importa y hay un par de temas clave que resuenan en todos ellos, a saber, la falta de comunicación, tener problemas para gestionar la enfermedad física y emocionalmente, la falta de ímpetu para seguir viviendo, una fuerte creencia en la esperanza de que se produzca una cura, ya sea a través de un milagro o de intervenciones médicas nuevas o existentes y, por último, estar rodeado de amigos y familiares, es decir, el contacto social (33). Estos valores o expectativas parecen gravitar en torno al deseo de superar el dolor y el sufrimiento por el que atraviesan actualmente los individuos.

Para este artículo, el valor que se abordaría sería la importancia de la religión o el bienestar espiritual como mecanismo de afrontamiento con los recursos de que se disponga. Pocos estudios cualitativos han mostrado una fuerte correlación entre las creencias y prácticas religiosas como un factor que tiene un fuerte efecto en el afrontamiento y la

adaptación a la situación actual de un anciano que experimenta sufrimiento o dolor (34).

Los mecanismos de afrontamiento son esenciales, ya que la persona mayor que sufre está atravesando un período traumático y la necesidad de encontrar alguna herramienta o método tangible es importante. Existe una gran necesidad de mejorar la calidad de su vida actual y se ha demostrado que la calidad de vida es un componente clave de los resultados sanitarios (35).

Un estudio transversal ha demostrado que los pacientes taiwaneses de edad avanzada con insuficiencia cardíaca tienen una calidad de vida muy deficiente, lo que probablemente refleja la situación en la mayoría de los países y conduce a la depresión y a otras comorbilidades psicológicas (36). Los resultados son peores si se tienen en cuenta la desigualdad sociodemográfica y la falta de recursos, por lo que la religión ofrece una dimensión para experimentar consuelo y apoyo, ya sea desde una perspectiva comunitaria o a través de experiencias individuales.

La conceptualización de la religión o la espiritualidad en las personas mayores que atraviesan dolor o sufrimiento es individualizada y tiene múltiples niveles y se basa en experiencias pasadas o revelaciones actuales y puede ofrecer un camino a seguir (37). Una fuerte creencia en un poder superior o en Dios permite a la persona mayor poner sus esperanzas en una “figura parecida a un padre” benévola que la ayudaría en este viaje.

En el catolicismo, los escritos de San Juan Pablo II, en su carta apostólica *Salvifici Doloris* afirman muy sucintamente en SD29 (38):

Podríamos decir que el sufrimiento... está presente para desencadenar en la persona humana el amor, ese don desinteresado del propio “yo” en favor de los demás, especialmente de los que sufren. El mundo del sufrimiento humano reclama incesantemente, por así decirlo, otro mundo: el mundo del amor humano; y en cierto sentido el hombre debe al sufrimiento ese amor desinteresado que se agita en su corazón y en sus acciones.

De ahí el reto y la necesidad urgente del anciano sufriente, y adolorido, de reconciliarse consigo mismo y con la comunidad en un espíritu de amor libre e incondicional, y ése es el camino que ofrece la espiritualidad o la religiosidad.

Habiendo visto, cómo este concepto de bienestar espiritual y religión juega un papel importante y está ligado a su dictado, parece que la persona mayor se adheriría a sus enseñanzas para no transgredir las promesas y lo más importante la alegría eterna que está por venir (39). Por lo tanto, cualquier intento de aliviar los síntomas debe, o más bien necesita, seguir las enseñanzas o doctrinas establecidas en las religiones relacionadas, ya sea en intervenciones médicas tradicionales o no tradicionales, en el uso de nuevas tecnologías y, lo que es más importante, en las decisiones sobre el final de la vida.

Dicho esto, un estudio publicado por Vegard Skirbekk y sus colegas en 2016 podría dibujar un panorama preocupante para las entidades religiosas, las redes sociales de la tercera edad, los organismos gubernamentales y, en última instancia, las instituciones financieras, donde supuestamente hay un aumento de personas sin una religión dominante o sin afiliación religiosa entre la población de edad avanzada (40).

En 2050, seis de las ocho religiones (judíos, cristianos, musulmanes, hindúes, budistas, otras religiones, religiones populares y, por último, no afiliados) tendrán una mayor proporción de personas mayores de 60 años que de 0 a 14 años (40). Es interesante observar que los no afiliados (el quid del problema), aumentarían entre los mayores de 60 años del 13% en 2010 al 32% en 2050. Los resultados aluden a los grupos más jóvenes que pueden ser agnósticos o ateos, a las tasas de secularización entre los más jóvenes que viven en países con menores tasas de fertilidad y mayor esperanza de vida, que después envejecen rápidamente y, por tanto, inclinan la balanza hacia los no afiliados a ninguna religión.

Esto tendría importantes repercusiones a todos los niveles de la sociedad, incluida la asistencia sanitaria, especialmente el tipo de servicios de asesoramiento que se ofrecen e incluso hasta qué punto y

en qué medida pueden ofrecerse cuidados paliativos, lo que podría reavivar las polémicas cuestiones de la eutanasia y otras formas de muerte asistida. Aunque los datos publicados han demostrado que la interacción social y el apoyo religioso son esenciales para un estilo de vida saludable, el envejecimiento y la mejora de la calidad de vida, un cambio o más bien la falta de un anclaje espiritual afectaría o podría afectar potencialmente a los resultados para las personas que sufren o padecen dolor (37).

En segundo lugar, la generación joven que ha pasado al grupo de los mayores está familiarizada con las nuevas tecnologías y los beneficios que pueden aportar a la vida e incluso a la hora de mitigar el dolor, lo que significa utilizar modificaciones biológicas para mejorar la calidad de vida e incluso prolongar la longevidad (41). Podrían surgir numerosos problemas sociales, como poblaciones paralelas de los que tienen acceso y los que no lo tienen entre los ancianos, lo que conllevaría a un sinnúmero de problemas económicos y financieros para los cuidadores y las autoridades.

Una observación interesante del documento de Skirbekk es que, para 2050, habrá un aumento de la población de edad avanzada budista y no afiliada a ninguna religión, y que geográficamente la mayoría de los practicantes del budismo se encontrarán en Asia-Pacífico, mientras que los no afiliados estarán dispersos por Asia Occidental y los países occidentales (40).

¿Abrirá esto la posibilidad de que las ideologías cambiantes de cómo percibimos lo que es mejor en términos de envejecer bien o más bien envejecer con éxito? (42) No estamos hablando de comunidades aisladas o de bolsas de población anciana que buscan nuevas posibilidades, sino más bien de una cuestión global en la que las ideas predominantes o los límites que impiden profundizar en las mejoras podrían cambiar radicalmente, abriendo nuevas oportunidades para los defensores de la longevidad y las mejoras biológicas.

Una pregunta clave que hay que plantearse antes de embarcarse en nuevas terapias para cualquier persona es: ¿Son suficientemente buenas las modalidades actuales?

5. Las lagunas actuales en el tratamiento de las personas mayores

No cabe duda de que siguen existiendo lagunas en el tratamiento de los pacientes con los conocimientos de que disponemos actualmente, ya sea desde el punto de vista terapéutico, cognitivo, psicológico, etc., de ahí la necesidad de algunas modalidades nuevas que llenen esas lagunas y proporcionen a los médicos tratantes mejores opciones y, con suerte, mejores resultados (43). Sin embargo, la brecha sigue ampliándose cuando nos ocupamos de la población geriátrica con múltiples comorbilidades.

La norma actual es utilizar los datos de la medicina basada en la evidencia para determinar cómo tratar a nuestros pacientes geriátricos, lo que plantea varios problemas (44). La mayoría de los ensayos, si bien incluyen un amplio espectro de edad de los pacientes como parte de sus criterios de inclusión, no están dirigidos o diseñados específicamente para tratar a este segmento. Las complejidades de las interacciones entre fármacos se amplifican en los ancianos, por lo que las señales de seguridad no harán avanzar estos estudios (45). La mayoría de las pruebas científicas y empíricas actuales procedentes de ensayos sólidos realizados en todo el mundo no aportan valor añadido cuando se trata de mejorar los resultados médicos de estos pacientes.

Para poner esto en perspectiva empírica, Krzysztof Krysa y otros, examinaron ensayos registrados en ClinicalTrials.gov sobre pacientes geriátricos reclutados en ensayos sobre el dolor relacionado con el cáncer, haciendo hincapié en los criterios de selección de los pacientes (46). Baste señalar que la cruda realidad fue que los ensayos se diseñaron de tal manera que excluían a este segmento de la población, principalmente debido a las exclusiones por criterios de alto riesgo que hacían casi imposible reclutar a estos pacientes.

Hasta ahora, este artículo se ha centrado principalmente en el dolor y el sufrimiento, que son casi sinónimos de la población anciana y, hasta la fecha, los analgésicos orales son la medicación más

utilizada, ya sea de venta libre o con receta. Aquí también vemos cómo la evidencia no se ha traducido en encontrar la estrategia de tratamiento óptima para los ancianos. En el estudio RETHINK, los investigadores japoneses lo han diseñado para hacer frente a la falta de estudios comparativos en el tratamiento del dolor crónico en pacientes ancianos que padecen artrosis de cadera y rodilla, que afecta inadvertidamente a la calidad de vida e interrumpe las actividades de la vida diaria (47). Y cuando esto ocurre, la espiral descendente hacia la pérdida de dignidad y seguridad en uno mismo conduce a malos resultados. Una vez más, esto demuestra que la falta de trabajo para la población de la tercera edad.

Por lo tanto, somos incapaces de encontrar el camino hacia modalidades de tratamiento individualizadas, ya que no podemos traducir los datos obtenidos en términos prácticos para el tratamiento. Nos esforzamos por comprender las señales de seguridad, cómo gestionar los efectos adversos y sortear la posibilidad de que los pacientes geriátricos ya estén luchando con la polifarmacia. Esto, junto con los estereotipos entre los médicos, como se ha mencionado anteriormente, y las directrices, a veces ambiguas, complica las cosas y, en el escenario actual, conduce a una mirada fatalista entre las personas mayores y sus cuidadores (48). Por lo tanto, esto ofrece un terreno fértil para buscar mejoras biológicas, fisiológicas y, probablemente, estructurales.

6. El transhumanismo perfila el futuro de las personas mayores

El transhumanismo aún está en pañales, sobre todo en lo que respecta a las personas mayores y sus efectos sobre la longevidad. Sin embargo, según el informe del Foro Económico Mundial de agosto de 2021, ya se ha empezado a trabajar en la búsqueda de posibles vías para mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor (49). Se han establecido algunas directrices, pero la gran preocupación es que esto podría desentrañar un problema complejo y complicado,

que podría socavar la igualdad y la justicia para la población de edad avanzada.

Mientras que las religiones monoteístas son muy prudentes y advierten contra la usurpación del papel de Dios por parte de la humanidad, cualquier modificación biológica para los ancianos en aras de la longevidad y de un mejor proceso de envejecimiento es vista con gran preocupación (50).

Los debates en torno a la longevidad entre los ancianos, para envejecer bien con un sufrimiento mínimo o nulo, no son nuevos. El *proyecto AVESTAGENOME™* investigó la secuenciación del genoma de la comunidad parsi zoroástrica en áreas de longevidad y enfermedades relacionadas con la edad (51). La singularidad cultural de esta comunidad de matrimonios mixtos ha dado lugar a que aquellos vivan más tiempo, así como a múltiples perfiles de enfermedades y, por lo tanto, la comprensión de la huella genómica, a través de la tecnología de inteligencia artificial abre nuevos horizontes en la comprensión del envejecimiento, así como ofrece pasos para erradicar las enfermedades crónicas y debilitantes.

En un estudio realizado por Paolo Garagnani *et al.*, se analizó a ochenta y un semisupercentenarios y supercentenarios para determinar la composición genómica de su longevidad, centrándose en las enfermedades cardiovasculares y su sistema de puntuación (52). Aunque no voy a profundizar en sus conclusiones, basta con decir que se está trabajando para entender si, de alguna manera, podríamos alterar ciertos alelos, lo que tendría un impacto en la longevidad y potencialmente combatiría las enfermedades crónicas.

Otro campo que parece estar ganando terreno es el uso de interfaces cerebro-ordenador entre pacientes para superar deficiencias físicas o cognitivas (53). Aunque hasta la fecha no se ha realizado ningún ensayo geriátrico en humanos, los defensores de este tipo de interfaces proponen la idea de que pueden utilizarse en las actividades cotidianas para mejorar la calidad de vida y ayudar en la rehabilitación.

No se puede negar la velocidad a la que la Inteligencia Artificial está impulsando la agenda transhumanista y, en este sentido, las tres

religiones monoteístas presentaron el Llamamiento de Roma para la ética de la IA en 2020, que incluía tres áreas de impacto y seis principios rectores. (54). Aunque no aludía específicamente a la población anciana, establecía áreas en las que organizaciones, instituciones, investigadores y otras partes interesadas clave debían trabajar, lo que se denomina “algor-ética”. Es interesante señalar que no se implicó a otras religiones mayoritarias, que darían forma al futuro de la población anciana.

Sin embargo, el budismo es compatible con la filosofía del transhumanismo de reducir el dolor y el sufrimiento con los conocimientos disponibles y las tecnologías emergentes si se alcanza el objetivo (55). Si esta es la influencia social y religiosa normativa, y teniendo en cuenta que se espera que aumente el envejecimiento de la población entre la esfera budista y no afiliada, entonces las modificaciones biológicas, junto con los avances tecnológicos, nos enfrentarían a una población envejecida que se adentraría en esta área potencialmente sin restricciones, si se pudiera prometer el “elixir de la longevidad” sin dolor ni sufrimiento.

Los defensores de este tipo de empresas afirman que las recompensas son fenomenales al ir más allá de las leyes naturales y permitir que el cuerpo humano viva supuestamente a su “máximo potencial” (56). No hace falta decir que los detractores argumentarían que estamos jugando a ser Dios y entrando en áreas donde no estamos seguros del resultado. ¿Funcionaría y acabaría causando más dolor que al principio?

Por supuesto, los argumentos éticos y morales lo convertirían en una línea de acción muy controvertida y polémica; las políticas sanitarias tendrían que cambiar radicalmente, y los efectos probablemente se verían en el mundo en desarrollo más que en el mundo desarrollado, lo que significaría que el acceso desigual sería un problema y aumentaría las ya delicadas preocupaciones sociales. Las personas mayores viven más tiempo y las generaciones siguientes envejecen, lo que lleva a un mundo congestionado que se queda sin recursos naturales, en un planeta que ya crece rápidamente y que sufre el agotamiento de los recursos (57).

Otra preocupación es que, una vez que el transhumanismo y sus capacidades arraiguen en las personas mayores, la búsqueda de la longevidad provocará inadvertidamente una erosión de la personalidad y la lucha por el respeto y la dignidad. (58) Esto pondría en primer plano la cuestión del edadismo y cómo lo caracterizamos en el marco de mejorar el envejecimiento.

Blay Whitby, experto en inteligencia artificial de la Universidad de Sussex, al ser entrevistado en un artículo publicado en *The Guardian* en 2018, fue citado diciendo:

La historia está plagada de las malas consecuencias de que un grupo de humanos se crea superior a otro grupo de humanos”, dijo. “Desafortunadamente, en el caso de los humanos acrecentados, serán genuinamente superiores. Debemos reflexionar sobre las consecuencias antes de que sea demasiado tarde (59).

La humanidad siempre desconfía de algo nuevo o ajeno a una norma aceptada, y actualmente nos encontramos en esta fase con la Inteligencia Artificial y lo que los defensores del transhumanismo pueden ofrecer mediante el aumento del cuerpo humano (60). Otro factor que se suma a este “brebaje” es el rápido ritmo al que se producen estos avances tecnológicos y, con tanto debate en marcha, ¡no se puede estar muy seguro de que la postura que alguien adopte hoy no cambie radicalmente en las próximas semanas.

7. Debate

La premisa de este artículo se basa en el cambio de la población de edad avanzada, potencialmente libre de parámetros religiosos o espirituales, hacia la exploración de nuevas tecnologías como las mejoras o modificaciones biológicas para aliviar el dolor o el sufrimiento (37). Estas modalidades sustituirían a las intervenciones médicas tradicionales y abrirían nuevos ámbitos de ejercicio de la medicina. Esto también ahonda en el aspecto social y sus ramificaciones de cómo las

poblaciones de ancianos potencialmente paralelas crearían desigualdad en términos de acceso, lo que resultaría en la erosión de la persona y la dignidad humana. Con una clara dicotomía geográfica entre los países del primer mundo y los del tercer mundo, veríamos una gran disparidad entre la población que envejece y los segmentos más jóvenes, en todos los estratos de la vida (61).

El proceso de envejecimiento y su impacto son multidimensionales y complejos (62). La pérdida de integridad fisiológica y estructural, con un declive gradual de la homeostasis y la incapacidad de responder a los estímulos siempre cambiantes del entorno, conducirán en última instancia a la enfermedad y, finalmente, a la muerte. Tradicionalmente estos puntos de vista siempre han sido algo que debe y debería ocurrir, sin embargo, teniendo en cuenta cómo está evolucionando la tecnología puede que pronto queden obsoletos y arcaicos. Uno se atrevería a decir que la Inteligencia Artificial y el credo del transhumanismo, están inexplicablemente unidos por el ombligo y los avances anuncian nuevas oportunidades y pueden eventualmente cambiar la cara de la gerontología y cómo presentamos opciones a los ancianos para mejorar su calidad de vida y aliviar el sufrimiento y el dolor debido a algún problema esquelético o biológico (63).

Es posible que los organismos religiosos tengan que replantearse su concepción si los avances tecnológicos prolongan la vida, haciendo que los ancianos superen las leyes naturales sin defectos o con defectos muy mínimos, por así decirlo (64). ¿Cambiaría esto el mensaje central de las religiones monoteístas, en el sentido de que la vida terrenal es temporal mientras permanecemos centrados en la vida después de la muerte? Se eligió el budismo para contrastar con las religiones monoteístas por el impacto que tendría en la población anciana en los años venideros (65). Aunque se podría argumentar que el hinduismo está abierto a la filosofía del transhumanismo, no se incluyó en este documento debido principalmente a su representación en la población anciana en 2050.

Esta desconexión entre la religión y las personas mayores no está muy lejos si nos fijamos en una encuesta realizada por el Instituto de

Política e Innovación Sanitarias de la Universidad de Michigan: la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento Saludable. Varios adultos encuestados de entre 50 y 80 años no consideraban que sus creencias religiosas influyeran en sus decisiones sobre la atención sanitaria (66).

En la actualidad, no hay consenso sobre cómo pueden beneficiar a largo plazo a las personas mayores las mejoras, si es que las hay (67). Cabe preguntarse por las cuestiones éticas y de seguridad que se plantearían si se realizaran ensayos en seres humanos. Es algo que habrá que explorar en los próximos días.

8. Conclusión

Como ya se ha mencionado, el ser humano teme lo desconocido y ahora mismo nos encontramos en un umbral en el que la ciencia evoluciona a un ritmo tan rápido que, de alguna manera, equipara mal la forma en que se proporciona la información médica. Cómo se da el consejo tradicional a las personas mayores que sufren dolor y sufrimiento, ya sea con tratamiento farmacológico, terapia cognitiva o simplemente interactuando con un consejero, cambiaría a ofrecer mejoras biológicas, cibernética, implantes como alternativas, ¿mejoraría eso la vida? es una pregunta que aún está por responderse.

La fe y la creencia en Dios siguen sosteniendo y motivando a las personas mayores, y si la tendencia postulada para 2050 se hace realidad, la dinámica de las mejoras, en cualquiera de sus formas, cambiará. No podemos “esconder la cabeza bajo el ala” y denunciar los beneficios de lo que puede ofrecer la ideología del transhumanismo, pero hay que plantear que “hay que trazar una línea” si empezamos a jugar a ser Dios y a cambiar el rostro del envejecimiento y de la humanidad. La humanidad debe estar en el centro y debe haber un enfoque ético de lo que esta ideología puede ofrecer, garantizando la igualdad, la justicia y la responsabilidad y desprovisto de perseguir el propio interés.

Por último, si los defensores de la longevidad y de la erradicación del dolor y el sufrimiento a través de la tecnología están llevando a

las personas mayores por una pendiente resbaladiza hacia un abismo sin retorno, es una pregunta que se responderá en el futuro.

References

1. Faller P. Religious education and the new cosmology. *Journal of Religious Education*. 2020; 68(2):173-89. <https://doi.org/10.1007/s40839-020-00102-w>
2. Santiago E, Moreno DF, Acar M. Modeling aging and its impact on cellular function and organismal behavior. *Experimental Gerontology*. 2021; 155. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111577>
3. Abud T, Kounidas G, Martin KR, Werth M, Cooper K, Myint PK. Determinants of healthy aging: a systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2022; 34(6):1215-23. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>
4. Brown MEL, MacLellan A, Laughey W, Omer U, Himmi G, LeBon T, et al. Can stoic training develop medical student empathy and resilience? A mixed-methods study. *BMC Med Educ*. 2022; 22(1):340. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03391-x>
5. Laurence R. Personal profile. Sidney: McQuarie University; 2023. <https://researchers.mq.edu.au/en/persons/ray-laurence>
6. Lee S, Oh J, Park J, Choi S, Wee J. Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*. 2018; 5(4):249-55. <https://doi.org/10.15441/ceem.17.261>
7. Heimrich K, Prell T, Schöenberg A. What Determines That Older Adults Feel Younger Than They Are? Results From a Nationally Representative Study in Germany. *Frontiers in Medicine*. 2022; 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.901420>
8. Lidsky P, Yuan J, Rulison JM, Andino-Pavlovsky R. Is Aging an Inevitable Characteristic of Organic Life or an Evolutionary Adaptation? *Biochemistry (Moscow)*. 2023; 87(12-13):1413-45. <https://doi.org/10.1134/S0006297922120021>
9. World Health organization. Ageing and health [Internet] 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
10. Keating N. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *Eur J Ageing*. 2022; 19(3):775-87. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00679-7>
11. Barajas-Nava L, Garduño-Espinosa J, Mireles Dorantes J, Medina-Campos R, García-Peña MC. Models of comprehensive care for older persons with chronic diseases: a systematic review with a focus on effectiveness. *BMJ Open*. 2022; 12(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059606>
12. Naik MP, Ueland PVI. How Elderly Residents in Nursing Homes Handle Loneliness, from the Nurses' Perspective. *SAGE Open Nursing*. 2020; 6. <https://doi.org/10.1177/2377960820980361>

13. Maltoni R, Ravaoli S, Bronte G, Mazza M, Cerchione C, Massa I, Chronological age or biological age: What drives the choice of adjuvant treatment in elderly breast cancer patients? *Translational Oncology*. 2022; 15(1). <https://doi.org/10.1016/j.tranon.2021.101300>
14. Kang H, Kim H. Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2022; 8. <https://doi.org/10.1177/23337214221087023>
15. Löckenhoff CE. Aging and Decision-Making: A Conceptual Framework for Future Research-A Mini-Review. *Gerontology*. 2018; 64(2):140-8. <https://doi.org/10.1159/000485247>
16. Sampedro-Piquero P, Alvarez-Suarez P, Begega A. Coping with Stress During Aging: The Importance of a Resilient Brain. *Current Neuropharmacology*. 2018; 16(3):284-96. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5843980/>
17. McHugh D, Gil J. Senescence and aging: causes, consequences, and therapeutic avenues. *Journal of Cell Biology*. 2018; 217(1):65-77. <https://doi.org/10.1083/jcb.201708092>
18. Pereira MA, Araújo A, Simões M, Costa C. Influence of Psychological Factors in Breast and Lung Cancer Risk – A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. 2022; 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.769394>
19. Tambolo L, Cevolani G. Multiple discoveries, inevitability, and scientific realism. *Studies in History and Philosophy of Science Part A*. 2021; 90:30-8. <https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2021.09.001>
20. Reissmann M, Geithner L, Storms A, Woopen C. Stereotypes about very old people and perceived societal appreciation in very old age. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2021; 54(S2):93-100. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-021-01971-y>
21. Siler S, Borneman T, Ferrell B. Pain and Suffering. *Seminars in Oncology Nursing*. 2019; 35(3):310-4. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.04.013>
22. Mota-Rolim S, Bulkeley K, Campanelli S, Lobão-Soares B, de Araujo DB, Ribeiro S. The Dream of God: How Do Religion and Science See Lucid Dreaming and Other Conscious States During Sleep? *Frontiers in Psychology*. 2020; 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.555731>
23. Ashour M. “Com-Passion”: Journeying to Joy by “Suffering-with” Your Patients. *The Linacre Quarterly*. 2022; 89(2):218-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35619886/>
24. Kopel J, Babb FC, Hasker W, Webb M, Gorga CC, Oommen KJ, et al. Suffering and divine impassibility. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2021; 35(1):139-41. <https://doi.org/10.1080/08998280.2021.1981674>
25. Pesut B, Wright D, Thorne S, Hall MI, Puurveen G, Storch J. What’s suffering got to do with it? A qualitative study of suffering in the context of Medical Assistance in Dying (MAID). *BMC Palliative Care*. 2021; 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00869-1>
26. Tweed R, Bergen TP, Castaneto KK, Ryder AG. Martin Buber: guide for a psychology of suffering. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1154865>

27. Alfahmi M. Justification for requiring disclosure of diagnoses and prognoses to dying patients in Saudi medical settings: a Maqasid Al-Shariah-based Islamic bioethics approach. *BMC Medical Ethics*. 2022; 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00808-6>
28. Weber AS. Clinical Applications of the History of Medicine in Muslim-Majority Nations. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 2023; 78(1):46-61. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrac039>
29. Kalra S, Priya G, Grewal E, Aye T, Waraich BK, SweLatt T, et al. Lessons for the healthcare practitioner from Buddhism. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2018; 22(6). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6330872/>
30. Kleber RJ. Trauma and Public Mental Health: A Focused Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00451>
31. Sheng K. Buddhist Faith and Lifestyles in the Ming and Qing Dynasties. *A History of Chinese Buddhist Faith and Life*; 2020:440-547. https://doi.org/10.1163/9789004431775_006
32. Bohr A, Memarzadeh K. The rise of artificial intelligence in healthcare applications. *Artificial Intelligence in Healthcare*; 2020:25-60. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818438-7.00002-2>
33. Reynolds C, Jeste D, Sachdev P, Blazer D. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*. 2022; 21(3):336-63. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
34. Desmet L, Dezutter J, Vandenhoeck A, Dillen A. Religious Coping Styles, and Depressive Symptoms in Geriatric Patients: Understanding the Relationship through Experiences of Integrity and Despair. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(7). <https://doi.org/10.3390/ijer-ph19073835>
35. Ginsberg SD, van Leeuwen KM, van Loon MS, van Nes FA, Bosmans JE, de Vet H. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *Plos One*. 2019; 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>
36. Yeh H-F, Shao J-H. Quality of Life and Associated Factors in Older Adults With Heart Failure. *Journal of Nursing Research*. 2021; 29(5). <https://doi.org/10.1097/JNR.000000000000445>
37. Malone J, Dadswell A. The Role of Religion, Spirituality and/or Belief in Positive Ageing for Older Adults. *Geriatrics*. 2018; 3(2). <https://doi.org/10.3390/geriatrics3020028>
38. Lane T. Homily for the Twenty-Second Sunday of Year [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.4catholiceducators.com/gospel-matthew-16-21-bible.htm>
39. Aghakhani N, Park CS. Spiritual well-being promotion for older adults: Implication for healthcare policy makers' decision making on cost savings. *J Educ Health Promot*. 2019; 8:165. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6796292/>
40. Skirbekk V, Potančoková M, Hackett C, Stonawski M. Religious Affiliation Among Older Age Groups Worldwide: Estimates for 2010 and Projections Until 2050. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2016. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw144>

41. Magiera A, Pac A. Determinants of Quality of Life among Adolescents in the Małopolska Region, Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph19148616>
42. Escourrou E, Laurent S, Leroux J, Oustric S, Gardette V. The shift from old age to very old age: an analysis of the perception of aging among older people. *BMC Primary Care*. 2022; 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01616-4>
43. Adamowicz D, Lee E. Predicting and improving hospital outcomes for older adults. *International Psychogeriatrics*. 2021; 33(3):205-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8842567/>
44. Kotsani M, Kravvariti E, Avgerinou C, Panagiotakis S, Bograkou Tzanetakou K, Antoniadou E, et al. The Relevance and Added Value of Geriatric Medicine (GM): Introducing GM to Non-Geriatricians. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(14). <https://doi.org/10.3390/jcm10143018>
45. Bories M, Bouzillé G, Cuggia M, Le Corre P. Drug–Drug Interactions in Elderly Patients with Potentially Inappropriate Medications in Primary Care, Nursing Home, and Hospital Settings: A Systematic Review and a Preliminary Study. *Pharmaceutics*. 2021; 13(2). <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13020266>
46. Krysa K, Kowalczyk E, Borysowski J, Lachota M, Pasiński T. Exclusion of older adults from clinical trials in cancer-related pain. *Frontiers in Medicine*. 2022; 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.945481>
47. Endo M, Kawahara S, Sato T, Tokunaga M, Hara T, Mawatari T, et al. Protocol for the RETHINK study: a randomized, double-blind, parallel-group, non-inferiority clinical trial comparing acetaminophen and NSAIDs for treatment of chronic pain in elderly patients with osteoarthritis of the hip and knee. *BMJ Open*. 2023; 13(2). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068220>
48. Barber S. The applied implications of age-based stereotype threat for older adults. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*. 2020; 9(3):274-85. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2020.05.002>
49. Yen H-Y, Lin L-J. Quality of life in older adults: Benefits from the productive engagement in physical activity. *Journal of Exercise Science & Fitness*. 2018; 16(2):49-54. <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2018.06.001>
50. Jadidi A, Khatiban M, Oshvandi K, Khodaveisi M, Maghsoudi Z, Razavi M. Transcendence, the Most Important Spiritual Need of Muslim Older Adults: A Content Analysis Study. *Journal of Religion and Health*. 2022; 61(2):1529-47. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01474-5>
51. Guzder S, Jain R, Sharma N, Gopalakrishnan C, Shah Y, Morawala-Patell V. The A V E S T A G E N O M E project™ a discovery model for disease genomics and beyond. *Genome Biology*. 2010; 11(Suppl 1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3026244/>
52. Garagnani P, Marquis J, Delledonne M, Pirazzini C, Marasco E, Kwiatkowska K. Whole-genome sequencing analysis of semi-supercentenarians. *eLife*. 2021;10. <https://doi.org/10.7554/eLife.57849>
53. Belkacem A, Jamil N, Palmer J, Ouhbi S, Chen C. Brain-Computer Interfaces for Improving the Quality of Life of Older Adults and Elderly Patients. *Frontiers in Neuroscience*. 2020; 14. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00692>

54. Baric-Parker J, Anderson E. Patient Data-Sharing for AI: Ethical Challenges, Catholic Solutions. *The Linacre Quarterly*. 2020; 87(4):471-81. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7551527/>
55. Tanioka R, Betriana F, Locsin RC. Treatise on the influence of theism, transhumanism, and posthumanism on nursing and rehabilitation healthcare practice. *Nursing Philosophy*. 2021; 22(3). <https://doi.org/10.1111/nup.12350>
56. Blagosklonny M. No limit to maximal lifespan in humans: how to beat a 122-year-old record. *Oncoscience*. 2021; 8:110-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8636159/>
57. Khavinson V, Popovich I, Mikhailova O. Towards realization of longer life. *Acta Biomed*. 2020; 91(3):e2020054. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i3.10079>
58. Mirkes R. Transhumanist Medicine: Can We Direct Its Power to the Service of Human Dignity? *The Linacre Quarterly*. 2019; 86(1):115-26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6537347/>
59. McKie R. No death and an enhanced life: Is the future transhuman? *The Guardian* [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.theguardian.com/technology/2018/may/06/no-death-and-an-enhanced-life-is-the-future-transhuman>
60. Tai M-T. The impact of artificial intelligence on human society and bioethics. *Tzu Chi Medical Journal*. 2020; 32(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7605294/>
61. Wong B, Siepmann I, Rangan A, El-Omrani O, Davis D, Arias-Casais N, et al. Involving Young People in Healthy Ageing: A Crucial Facet to Achieving the Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *Frontiers in Public Health*. 2021; 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.723068>
62. Urtamo A, Jyvakorpi SK, Strandberg T. Definitions of successful aging: a brief review of a multidimensional concept. *Acta Biomed*. 2019; 90(2):359-63. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i2.8376>
63. Pradhan S, Mohapatra A, Ramasamy S, Agrawal S. Artificial Intelligence (AI) and Robotics in Elderly Healthcare: Enabling Independence and Quality of Life. *Cureus*. 2023. <https://doi.org/10.7759/cureus.42905>
64. Blasimme A. The plasticity of aging and the rediscovery of ground-state prevention. *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(2). <https://doi.org/10.1007/s40656-021-00414-6>
65. Xu J. Buddhism-as-a-meaning-system for coping with late-life stress: a conceptual framework. *Aging & Mental Health*. 2016; 22(1):100-8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1227767>
66. IHPI. National poll on healthy aging [internet]. 2023. Disponible en: <https://ihpi.umich.edu/featured-work/national-poll-healthy-aging>
67. Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot A, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA. Organizing integrated healthcare services to meet older people's needs. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017; 95(11):756-63. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5677611/>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Transhumanism and improving quality of life in the elderly:

How could it shape the future of pain and suffering in the elderly?

El transhumanismo y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores:

¿Cómo podría configurar el futuro del dolor y el sufrimiento en las personas mayores?

*Dr. Francis Jude Selvaraj**

Catholic Research Centre, Archdiocese of Kuala Lumpur, Malaysia

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.02>

Abstract

It is postulated by 2050, the world population of the elderly, 60 years and above, will peak at about 20% of the total global population and it is expected that the plethora of age-related issues will be a strain at every stratum of life and radically change health-care policies from

* Professor in the Catholic Research Centre, Archdiocese of Kuala Lumpur, Malaysia.
Email: jsk16252@gmail.com <https://orcid.org/0009-0005-8144-3157>
Reception: 11/09/2023 Acceptance: 20/10/2023

individual to national levels. Besides the financial, social, and health implications, published data has also emphasized a lack of religious affiliations in the older to oldest age groups, therefore potentially, causing this segment of the population to become unconstrained by religious philosophy and teachings on improved technologies to alleviate pain and suffering.

This first part of the article evaluates various aspects of how the religious practices traditionally view suffering and pain, as seen through the lens of the three monotheistic religions-Judaism, Christianity, Islam as well and Buddhism.

Next, we explore what values and experiences religion brings to the elderly in navigating pain and suffering and how intricately bound they are to the doctrines and teachings. We also look at the gaps in the current treatment patterns that could affect the access of the geriatric population to choose newer modalities, if feasible.

Subsequently, this paper explored how transhumanism in the advancement of technology and being unaffiliated to any religion may cause a seismic change in elderly people's pain perspectives and sufferings, and how this potentially could change the face of gerontology.

Keywords: faith, aging, pain, suffering, religious beliefs, transhumanism, technology, quality of life, QoL.

1. Introduction

Time dictates all life, be it on planet Earth or in the cosmos, and on its race towards the unknown, it transcends the confines of the human mind and logic, passing through events from the past, present, and future (1). Humanity caught up in this whirlwind of time, and races from being a single-celled organism to a complex, myriad of cells bound by the laws of nature destined to age (2).

Since the time of Aristotle, and Plato, and their views of aging to other prominent Greek philosophers, the philosophical debate of aging, ageism, and even what is healthy aging continues as we appreciate its multilayered complexity and its associated parameters (3). Ancient Roman philosophy equated a certain stoicism among the

elderly in that their journey is a path well-trodden, sprinkled with trials and tribulations, and to quote Ray Laurence, Professor of Ancient History at Macquarie University: “Stoicism is almost like an old person’s philosophy,” (4,5). One could see ageism rearing its ‘ugly head’ and it appears that this mindset has not changed over the years to present times.

A question that begs to be asked, before we continue is “How Old is Old?” (6). This is a rather polemic question as there appears to be no set standard and it can vary according to gender, ethnicity, geographical location, and health situation; the peril here is that if taken out of context, it would be stereotyping and may fall back into a pit of negativism. Meaning that one can feel old at 45, either due to subjective reasons or some organic problem and conversely be ‘young’ at 70 (7). This conundrum must be understood before diving into aging and its consequences.

However, it is sufficient to say, that aging is an inexorable part of human life and ultimately leads to one’s demise, with the collapse of all physiological and biological functions that maintain the life of the human person along with his or her dignity (8).

With the projected world population of the elderly, 60 years and above, peaking at about 20% by 2025, it is expected that the plethora of age-related issues will be a strain at every stratum of life and radically change healthcare policies from individual to national levels with financial, social and health and even religious implications (9).

The premise that the aging process is fraught with ease is not always true as the goal has been to attain a good and acceptable quality of life continuing to do what is of value to them with minimal assistance and support. This is enshrined in the *WHO work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030)*, clearly setting out guidelines and programs working through Government bodies, policymakers, social networks, NGOs, institutions, and all relevant stakeholders for everyone to live a longer and healthier life through sustainable methodology (10).

However, the caveat of this endeavour is to capture the elderly before chronic diseases set in so that this project is successful before

pain develops into long-term suffering which inevitably causes the downward spiral of the entire emotional, physiological, biological, and psychological makeup of the elderly leading to their debilitation and subsequent painful demise (11). Therein lies the difficulty for such policies along with numerous endeavours to improve the livelihood of the older person and to get them to a stage before the downward spiral starts is the challenge for health services and policymakers. As alluded to earlier the stereotyping is embedded, as it would not make a difference in changing how the elderly copes as against channelling the same resources to individuals with better outcomes- the young (12).

Another concept that must be understood with clarity is that aging to some extent is susceptible to several external factors as well as chronological and biological aging (13). Both these parameters are tangential, in that biological aging centres around how well the individual/s is aging, whilst the former is a number since birth and maybe strive with disabilities and maladies. Hence policymakers and agencies must wake up to the fact that policies must evolve and that there can be more blanket solutions to address this segment of the population.

2. Pain and suffering through the lens of the elderly

Traditionally, one would associate pain and suffering with an older person, making this segment of the population dependent and unable to perform activities- this however is a classic example of ageism and has become a prevailing view of how we look at the elderly (14).

But before we go into this very contentious topic, we need to clarify if aging is always associated with these negative physical components. Aging is not something that happens at a 'spur of a moment' but rather over the course of the life span and the choices the individual makes will determine whether he or she will age gracefully or successfully (15). These choices include how to accept certain limitations.

Active aging or successful aging is determined by some parameters in which there is a low incidence of physical limitation, good cognitive function, non-communicable diseases that are very well managed, good social interactions, and the ability to cope well with the stressors of life, surmounting to the concept of a life lived and still living well (16). Suffice it to state, that numerous published papers qualify and quantify the above statement along with strong methodological and theoretical tools to determine the period when there is active contribution and subsequently the period of senescence, in which the humans deteriorate (17).

Pain and suffering are an intrinsic part of being human. Emotional and psychological events, physical trauma, grief, etc contribute to this state of physical and emotional lability (18). With prolonged suffering, the sufferer assumes a state of passivity and a sense of isolation, and this vicious cycle results in an unwarranted state of false acceptance and that nothing can be done.

This ‘inevitability’ seems even more amplified in the aged segment, and this now elicits a sense of concern among observers’ which now triggers a moral sense to care or alleviate the suffering of the sufferer (19). Avenues are sought to ameliorate these episodes of suffering of pain and to some extent justify it by ensuring the sufferer does not succumb to lack of integrity and dignity, inability to age well because of the said suffering.

Is pain and suffering therefore inevitable in the elderly population segment? Not necessarily true, an article by Stephen Thielke and colleagues goes a long way to dispel commonly held thoughts that the elderly seem to hold proprietorship over this phenomenon. He explores four commonly held myths and posits that there are certain clinical practice stereotyping that must be changed especially among health care practitioners to navigate this conundrum that envisages this false concept (20).

Having said that, while not inevitable, when pain and suffering do occur it is very debilitating and can cause inexplicable emotional, psychological, and physical disability, higher dependence, and increased

financial burden to state and family and lastly creating situations of seclusion and abandonment (21).

3. Religious perspectives of pain and suffering and why it happens

The three monotheistic religions, which can be traced back to Prophet Abraham and the belief in One God, are quite clear in their view of pain and suffering, in that it is redemptive and salvific (22).

The Judeo-Christian faith views suffering at great length, with St John Paul II, alluding to this phenomenon as that only in Christian scriptures, do we find the true meaning of “why the suffering” and that it is a plan of eternal love from God and a key component of suffering that it is redemptive in nature with an eye of eternal salvation (23). We are told by the story of Job, who is plagued and beset by tragedy after tragedy. Initially, the authors summarized this trend of suffering as failings to lead a good and holy life, however, we are told that Job pleads his innocence and ultimately as the story goes, Job is redeemed.

The key point that St. John Paul II brings across in this reflection that the suffering that Job underwent as part of a bigger plan to demonstrate Job’s righteousness. Hence, we can see that Judeo-Christian theology promotes the idea that suffering must be embraced as an embodiment of the mystery of God’s love for mankind and His promise of eternal salvation (24). Therefore, the prevailing view is that there is a value to pain and suffering and that it is redemptive, as mentioned earlier.

A point that needs to be alluded to is that in Jewish sacred texts, suffering is very much an ethical issue with an adequate response that is needed, therefore there is a role for medical intervention, and in that response, there is this personal contact between two parties that transcends the mere physical contact but at an emotional and psychological level (25). The moral perspective centres around the need for justice and dignity for the oppressed against the aggressor.

To add, the Jewish philosopher, a rather polemic Martin Buber, posits that *evil is a turning away from good into a 'nothingness'*, a reminiscence of the ancient view that suffering is a punishment of an evil act, put forward by Maimonides, a Middle Ages influential Torah scholar (26). Buber built on his theory that there must be an existential relationship between God and man, something tangible, not abstract in nature. Therefore, Judaism accepts the reality of suffering and pain and that it is unto humanity to remedy it where it can- with empathy and to accept and acknowledge areas where nothing can be done. A key component that must be highlighted is that the Judeo-Christian faith views that pain and suffering are not fatalistic.

In Islam, the thought is that the fundamental values of life are worth living and that the journey of life is inseparable from suffering (27). Therefore, the premise is that life can be difficult, with joys, sorrow, grief, and pain all intertwined, and that it serves a higher purpose divine revelation of God's love. It is a continuous struggle and awakens in the believer, the faith journey that needs to be taken. Therefore, the narrative from the Islamic scriptures builds on the human struggle and its journey.

An extremely important point, at least in Islam, is that there is a difference in how it views pain or affliction versus suffering (28). Modern Muslim scholars such as Tahsin Görgün, allude that the Western view is tangential to the Islamic view of pain and suffering and that understanding the difference is key to inter-religious psychological support to people of different faiths, especially in times of public health emergencies and when dealing with older persons.

Buddhism views suffering as a path to Enlightenment (29). Four truths allude to suffering and *dukkha* suffering, which ranges from the physical to the mental, aging, distress, and existential suffering. A journey is required, and life is not destined to be nothing but suffering, but the means of finding liberation from suffering is always available. This leads to finding or exploring all possible avenues and acting on it is an element of the Buddhist path.

Identifying suffering and pain and its causative agents in illness, the aging process or extreme psychological and emotional trauma is

key to understanding human nature and awakens the understanding in the realization of preventive coping mechanisms (30). This knowledge prepares the believer to be compassionate to other people's needs and alleviate their pain.

Buddhism is rather unique among mainstream religions in its philosophy of allowing the sentient being to 'evolve' in a manner of speaking, amalgamating its core values, with the use of acquired knowledge to reach out with compassion and care (31). Central to its beliefs and vows, it allows the use of cognitive evolution to attain perfection which then translates to the ability to extend innovative care to the suffering and those in need.

One can safely assume that the cognitive expansion or evolution of humanity is already in place, as we see the usage of Artificial intelligence driving physical structural, biological, and physiological enhancements (32).

4. Role of religion in navigating pain and suffering among the elderly

We now have seen how different religions view this phenomenon, therefore let us see its role on the faithful, especially in the older population on how they reconcile these difficult moments through their faith.

The basics of understanding how older individuals are beset with multiple medical issues and faced with complicated treatment regimens, we need to understand what values matter at this time of great difficulty. Several qualitative and quantitatively studies have been done to understand what matters and a couple of key themes resonating throughout, namely, lack of communication, having trouble managing the disease physically and emotionally, lack of impetus to carry on living, a strong belief in hoping that a cure will happen either through a miracle or through new or existing medical interventions and lastly being surrounded by friends and family, meaning social contact (33). These values or expectations seem to gravitate toward

a desire to overcome the pain and suffering that the individuals are presently going through.

For this article, the value that would be discussed would be the importance of religion or spiritual well-being as a coping mechanism with whatever resources are made available. Few qualitative studies have shown a strong correlation between religious beliefs and practices as having a strong effect on coping and adapting to the current situation of an elderly experiencing suffering or pain (34).

The coping mechanisms are essential as the suffering older person is experiencing a traumatic period and the need to find some tangible tool or method is important. There is a great need to improve the quality of their current life and evidence has shown that Quality of life (QoL) is a key component to health outcomes (35).

A cross-sectional study has shown that Taiwanese elderly patients with heart failure have very poor QoL, this is probably reflective of the situation in most countries, leading to depression and other psychological comorbidities (36). Poorer the outcomes if one was to factor in sociodemographic inequality and lack of resources, therefore religion offers a dimension to experience comfort and support either through a communitarian perspective or through individual experiences.

The conceptualization of religion or spirituality in the elderly going through pain or suffering is individualized and multilayered and is built upon either past experiences or current revelations and can offer a path forward (37). A strong belief in a higher power or God, allows the older person to place their hopes on a benevolent 'Father-like figure' who would help them through this journey.

In Catholicism, the writings of St John Paul II, in his apostolic letter *Salvifici Doloris* very succinctly states in SD29 (38):

We could say that suffering . . . is present to unleash love in the human person, that unselfish gift of one's "I" on behalf of other people, especially those who suffer. The world of human suffering unceasingly calls for, so to speak, another world: the

world of human love; and in a certain sense man owes to suffering that unselfish love that stirs in his heart and actions.

Hence the challenge and the urgent need of the suffering elderly, one in pain, to reconcile with themselves and the community in a spirit of free and unconditional love and that is the journey that spirituality or religiosity offers.

Having seen, how this concept of spiritual well-being and religion plays an important role and is bound by its dictum, it appears that the older person would adhere to its teachings so that they don't transgress the promises and most importantly the eternal joy that is to come (39). Hence, any attempt to alleviate the symptoms must or rather needs to follow the teachings or the doctrines that are set out in the related religions- be it in traditional or non-traditional medical interventions, usage of new technologies, and most importantly end of end-of-life decisions.

Having said that, a study published by Vegard Skirbekk and his colleagues in 2016, might paint a worrying picture for religious bodies, aged social networks, Government agencies, and ultimately financial institutions, where there is purportedly a rise in those without mainstream religion or unaffiliated religion among the old and older population (40).

It was noted all the main religious groups would have an increased elderly population base- by 2050, six of the eight religions (Jews, Christians, Muslims, Hindus, Buddhists, other religions, folk religions, and lastly unaffiliated) have greater shares of aged 60+ than aged 0-14 (40). Interesting to note that the unaffiliated (the crux of the problem), would increase among the 60 years and older by 13% in 2010 to 32% in 2050. The findings allude to the younger groups who may be either agnostic or atheists, rates of secularization among the younger people who live in countries with lower fertility rates and longer expectancy of life who subsequently age rapidly and therefore tilting the balance towards those unaffiliated to a religion.

This would have major downstream effects at every level of society, including healthcare support especially the type of counselling services offered and even how far and how much of the types of palliative care can be offered, this could potentially reignite the contentious issues of euthanasia and other forms of assisted demise. While published data has shown that social interaction and religious support are integral to a healthy lifestyle, aging, and improved QoL, a shift or rather lack of a spiritual anchor would or could potentially affect outcomes for those in pain or suffering (37).

Secondly, the young generation that has moved to the older group, is familiar with newer technologies and the benefits they can bring to life and even in mitigating pain, meaning using biological modifications to improve QoL and even extend longevity (41). Numerous social problems could arise such as parallel populations of those who have access and those who don't have among the elderly, leading to a myriad of economic and financial problems for caregivers and authorities.

An interesting observation found in the Skirbekk paper was that by 2050, we would see an increase in the aging population of the Buddhist and the unaffiliated religion segment and geographically most of those practicing Buddhism would be found in Asia Pacific, while those in the unaffiliated group be scattered in West Asia and the Western countries (40).

Will this open the possibility, where the shifting ideologies of how we perceive what is best in terms of aging well or rather aging successfully? (42) We are not looking at isolated communities or pockets of the elderly population looking at newer possibilities but rather at a global issue where prevailing thoughts or boundaries that curtail delving into enhancements could radically change, opening new opportunities for advocates of longevity and biological enhancements to leverage on.

A key question that must be asked before, one embarks into newer therapies for anyone is, are the current modalities good enough?

5. The current gaps in treating the elderly

It is without a doubt that there are still gaps in our we treat patients with the current knowledge that we have be it therapeutically, cognitively, psychologically, etc hence these feed into the need for a few new modalities that fill in the gaps and, provide treating physicians with better option and hopefully better outcomes (43). However, the gap continues to widen when we handle the geriatric population with multiple comorbidities.

The current norm is to use data from evidence-based medicine to shape how we treat our geriatric patients, which creates several issues (44). Most trials while including a wide spectrum of patient age as part of their inclusion criteria, are not targeted, or designed specifically to deal with this segment. The complexities of drug-to-drug interactions are amplified in the elderly; hence safety signals will not move such trials forward (45). Most of the current scientific and empirical evidence from globally robust conducted trials fail to add value when it comes to better medical outcomes for these patients.

To put this into empirical perspective, Krzysztof Krysa *et al.*, looked at trials registered on ClinicalTrials.gov on geriatric patients recruited in cancer-related pain trials, with an emphasis on the selection criteria of patients (46). Suffice to note there the stark reality was the trials were designed in such a manner to exclude this segment of the population primarily due to the high-risk criteria exclusions that made it almost impossible to recruit such patients.

The primary focus of this article thus far, has been pain and suffering which are almost synonymous with the older populations, and to date, the most common medication used either over the counter or through prescriptions is oral analgesics. Here too we see how the evidence has not translated into finding the optimum treatment strategy for the elderly. In the RETHINK study, Japanese researchers have designed it to address the lack of comparative studies in managing chronic pain in elderly patients suffering from osteoarthritis.

tis of the hip and knee, which inadvertently affects QoL and disrupt activities of daily living (47). And when this occurs, the downward spiral towards loss of dignity, and self-assurance leads to poor outcomes. Again, this shows that lack of work for the elderly population.

Thus, we are unable to find the path to individualized treatment modalities as we cannot translate the data obtained into practical terms for treatment. We struggle with trying to understand the safety signals, how to manage adverse events, and navigating the possibility of geriatric patients already struggling with polypharmacy. This along, with the stereotyping among physicians, as alluded to previously, along with, at times, ambiguous guidelines, complicates matters and with the current scenario leads to a fatalistic look among the elderly person and their caregivers (48). This therefore gives fertile ground to looking at biological, physiological, and probably structural enhancements.

6. Transhumanism shaping the future for the elderly population

Transhumanism is still in its infancy especially when it comes to the elderly and its effects on longevity. However, in the World Economic Forum Insight Report August 2021, work has already begun on looking at possible avenues to enhance the quality of life for the older adult population (49). There are some guidelines set in place however the huge concern is that this could unravel a complex and complicated problem, that could undermine equality and justice for the older population.

While the monotheistic religions are very cautious and warn against humanity usurping the role of God, any biological modifications for the elderly for the want of longevity and a better aging process are viewed with great concern (50).

Discussions around longevity among the elderly, to age well with minimal or no suffering are not new. The *AVESTAGENOM*

*E project*TM investigated genome sequencing of the Parsi Zoroastrian community in areas of longevity and age-related diseases (51). The cultural uniqueness of this community of inter-marriages has resulted in those living longer as well as multiple disease profiles and therefore understanding the genomic footprint, through artificial intelligence technology opening new horizons in understanding ageing as well as offering steps to eradicating chronic and debilitating diseases.

Pushing the envelope further, a study done by Paolo Garagnani *et al.*, looked at 81 semi-supercentenarians and supercentenarians, as to the genome makeup of their longevity, focusing on cardiovascular disease and its scoring system (52). While I will not delve into their findings suffice it to say work is being done to understand if somehow, we could alter certain alleles, would impact longevity and potentially combat chronic disease.

Another arena that seems to be getting traction is the use of brain-computer interfaces among patients to overcome physical or cognitive impairments (53). While to date, no human geriatric trial has been done, advocates are putting forward the idea that these interfaces can be used in activities of daily to improve QoL and aid in terms of rehabilitation.

One cannot deny the speed at which Artificial Intelligence is driving the transhumanist agenda, and on that note, the three monotheistic religions came up with the ROME Call for AI Ethics in 2020, which had 3 impact areas and 6 guiding principles (54). While not specifically alluding to the elderly population, it set out areas where organizations, institutions, researchers, and other key stakeholders need to work on, what is called “algor-ethics”. Interesting to note it did not involve other mainstream religions, which would shape the future of the elderly population.

Buddhism, though, is compatible with the philosophy of transhumanism to reduce pain and suffering with available knowledge and emerging technologies if the goal is met (55). If this is the normative social and religious influence and going by the expected aging population to increase among the Buddhist and unaffiliated sphere, then biological modifications along with advancement in technology,

we would be facing an aging population that would delve into this area potentially unrestricted, if the “elixir of longevity” could be promised without pain or suffering.

Proponents of such ventures, posit that the rewards are phenomenal going beyond natural laws and allowing the human body to supposedly live to its “maximum potential” (56). Needless, to say, the detractors would argue that we are playing God and going into areas where we are not sure of the outcome, would it work and eventually cause more pain, when it first began?

Of course, the ethical and moral arguments would set this into a very divisive and controversial course of action; healthcare policies would have to radically change, and the effects would probably be seen in the developing world rather than the developed world, meaning where inequitable access would be an issue and escalating already delicate social concerns. Older people live longer and the subsequent generations grow older leading to a congested world running out of natural resources, on an already rapidly growing planet suffering from depleted resources (57).

Another concern, once transhumanism and its capabilities take root in the elderly seeking longevity will inadvertently cause an erosion of personhood and the tussle with respect and dignity (58). This would bring to the forefront the question of ageism and how we characterize it in the framework of making aging better.

Blay Whitby, an artificial intelligence expert at Sussex University, when interviewed in an article published in the Guardian in 2018, was quoted as saying:

History is littered with the evil consequences of one group of humans believing they are superior to another group of humans,” he said. “Unfortunately, in the case of enhanced humans, they will be genuinely superior. We need to think about the implications before it is too late (59).

Humanity is always wary of something new or foreign to an accepted norm, and presently we are at this stage with Artificial Intel-

ligence and what advocates of transhumanism can offer through augmentation of the human body (60). Another factor that adds to this 'brew' is the rapid pace in which these technological developments occur and with so much debate going on, one cannot be too sure if the stand someone takes today would not radically change in the coming weeks!

7. Discussion

The premise of this article is based on the shift of the older population potentially unrestrained by religious or spiritual parameters, to explore newer technologies such as biological enhancements or modifications to alleviate pain or suffering (37). These modalities would replace traditional medical interventions and open new scopes of practicing medicine. This also delves into the social aspect and its ramifications of how potentially parallel elderly populations would create inequality in terms of access resulting in the erosion of personhood and human dignity. With a clear geographical dichotomy between the first-world countries and the third-world countries, we would see a great disparity between the aging population and the younger segments, in every stratum of life (61).

The aging process and its impact are multidimensional and complex (62). Loss of physiological and structural integrity, with a gradual decline in homeostasis and the inability to respond to the ever-changing stimuli in the surroundings, will ultimately lead to disease and eventual death. Traditionally these views have always been something that must and should happen, however, considering how technology is evolving may soon be obsolete and arcane. One would dare say that Artificial Intelligence and the credo of transhumanism, are inexplicably joined at the umbilicus and advances herald new opportunities and may eventually change the face of gerontology and how we present options to the elderly in improving their Quality of Life and alleviating suffering and pain due to some skeletal or biological problem (63).

Religious bodies may need to reassess their understanding if advancements in technology prolong life, making the elderly beyond natural laws with no or very minimal defects, so to speak (64). Would this change the core message of the monotheistic religions, in that earthly life is temporary as we stay focused on life after death? Buddhism was chosen as one that shapely contrasts with the goals of the monotheistic religions because of the impact, it would have on the elderly population in the years to come (65). Whilst one would argue that Hinduism is open to the philosophy of transhumanism, it was not included in this paper primarily due to its representation in the elderly population by 2050.

This disconnect between religion and the elderly is not too far down the road if we were to look at a poll conducted by the Institute for Healthcare Policy and Innovation, University of Michigan, it was the National Poll on Healthy Aging. Several adults polled between the ages of 50-80, did not feel that their religious beliefs played a role in their healthcare decisions (66).

Presently, there is no consensus, on how any enhancements, if any, can benefit the elderly person in the long run (67). One would wonder about the ethical and safety issues that would abound when such human trials are to be conducted. This is something to explore in days to come.

8. Conclusion

As mentioned earlier, man fears the unknown and right now we are at a threshold of science evolving at such a rapid pace that somehow ill equips how medical information is delivered. How traditional advice is given to the older person going through pain and suffering, be it with pharmacological treatment, cognitive therapy and, or just interaction with a counsellor, would change to offering biological enhancements, cybernetics, implants as alternatives, would that make life better, is a question that remains to be answered.

Faith with a belief in God, still sustains and motivates the elderly and if the trend postulated in 2050 becomes a reality this would shift the dynamics of enhancements in whatever shape or form becoming common. We cannot ‘bury our heads in the sand’ and denounce the benefits of what the ideology of transhumanism can offer, but one must posit that ‘the line has to be drawn’ if we begin to play God and change the face of aging and humanity. Humanity must be at the centre and there must be an ethical approach to what this ideology can offer, ensuring equality, justice, and responsibility and devoid of pursuing one’s self-interest.

Finally, are the advocates of longevity and eradicating pain and suffering through technology, leading the elderly person down a slippery slope into an abyss where there is no return, this is a question that will be answered in time to come.

References

1. Faller P. Religious education and the new cosmology. *Journal of Religious Education*. 2020; 68(2):173-89. <https://doi.org/10.1007/s40839-020-00102-w>
2. Santiago E, Moreno DF, Acar M. Modeling aging and its impact on cellular function and organismal behavior. *Experimental Gerontology*. 2021; 155. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111577>
3. Abud T, Kounidas G, Martin KR, Werth M, Cooper K, Myint PK. Determinants of healthy aging: a systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2022; 34(6):1215-23. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>
4. Brown MEL, MacLellan A, Laughey W, Omer U, Himmi G, LeBon T, et al. Can stoic training develop medical student empathy and resilience? A mixed-methods study. *BMC Med Educ*. 2022; 22(1):340. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03391-x>
5. Laurence R. Personal profile. Sidney: McQuarie University; 2023. <https://researchers.mq.edu.au/en/persons/ray-laurence>
6. Lee S, Oh J, Park J, Choi S, Wee J. Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*. 2018; 5(4):249-55. <https://doi.org/10.15441/ceem.17.261>
7. Heimrich K, Prell T, Schöenberg A. What Determines That Older Adults Feel Younger Than They Are? Results From a Nationally Representative Study in Germany. *Frontiers in Medicine*. 2022; 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.901420>

8. Lidsky P, Yuan J, Rulison JM, Andino-Pavlovsky R. Is Aging an Inevitable Characteristic of Organic Life or an Evolutionary Adaptation? *Biochemistry (Moscow)*. 2023; 87(12-13):1413-45. <https://doi.org/10.1134/S0006297922120021>
9. World Health organization. Ageing and health [Internet] 2022. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
10. Keating N. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *Eur J Ageing*. 2022; 19(3):775-87. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00679-7>
11. Barajas-Nava L, Garduño-Espinosa J, Mireles Dorantes J, Medina-Campos R, García-Peña MC. Models of comprehensive care for older persons with chronic diseases: a systematic review with a focus on effectiveness. *BMJ Open*. 2022; 12(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059606>
12. Naik MP, Ueland PVI. How Elderly Residents in Nursing Homes Handle Loneliness, from the Nurses' Perspective. *SAGE Open Nursing*. 2020; 6. <https://doi.org/10.1177/2377960820980361>
13. Maltoni R, Ravaioli S, Bronte G, Mazza M, Cerchione C, Massa I, Chronological age or biological age: What drives the choice of adjuvant treatment in elderly breast cancer patients? *Translational Oncology*. 2022; 15(1). <https://doi.org/10.1016/j.tranon.2021.101300>
14. Kang H, Kim H. Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2022; 8. <https://doi.org/10.1177/23337214221087023>
15. Löckenhoff CE. Aging and Decision-Making: A Conceptual Framework for Future Research-A Mini-Review. *Gerontology*. 2018; 64(2):140-8. <https://doi.org/10.1159/000485247>
16. Sampedro-Piquero P, Alvarez-Suarez P, Begega A. Coping with Stress During Aging: The Importance of a Resilient Brain. *Current Neuropharmacology*. 2018; 16(3):284-96. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5843980/>
17. McHugh D, Gil J. Senescence and aging: causes, consequences, and therapeutic avenues. *Journal of Cell Biology*. 2018; 217(1):65-77. <https://doi.org/10.1083/jcb.201708092>
18. Pereira MA, Araújo A, Simões M, Costa C. Influence of Psychological Factors in Breast and Lung Cancer Risk – A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. 2022; 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.769394>
19. Tambolo L, Cevolani G. Multiple discoveries, inevitability, and scientific realism. *Studies in History and Philosophy of Science Part A*. 2021; 90:30-8. <https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2021.09.001>
20. Reissmann M, Geithner L, Storms A, Woopen C. Stereotypes about very old people and perceived societal appreciation in very old age. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2021; 54(S2):93-100. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-021-01971-y>
21. Siler S, Borneman T, Ferrell B. Pain and Suffering. *Seminars in Oncology Nursing*. 2019; 35(3):310-4. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.04.013>

22. Mota-Rolim S, Bulkeley K, Campanelli S, Lobão-Soares B, de Araujo DB, Ribeiro S. The Dream of God: How Do Religion and Science See Lucid Dreaming and Other Conscious States During Sleep? *Frontiers in Psychology*. 2020; 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.555731>
23. Ashour M. "Com-Passion": Journeying to Joy by "Suffering-with" Your Patients. *The Linacre Quarterly*. 2022; 89(2):218-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35619886/>
24. Kopel J, Babb FC, Hasker W, Webb M, Gorga CC, Oommen KJ, et al. Suffering and divine impassibility. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2021; 35(1):139-41. <https://doi.org/10.1080/08998280.2021.1981674>
25. Pesut B, Wright D, Thorne S, Hall MI, Puurveen G, Storch J. What's suffering got to do with it? A qualitative study of suffering in the context of Medical Assistance in Dying (MAID). *BMC Palliative Care*. 2021; 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00869-1>
26. Tweed R, Bergen TP, Castaneto KK, Ryder AG. Martin Buber: guide for a psychology of suffering. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1154865>
27. Alfahmi M. Justification for requiring disclosure of diagnoses and prognoses to dying patients in Saudi medical settings: a Maqasid Al-Shariah-based Islamic bioethics approach. *BMC Medical Ethics*. 2022; 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00808-6>
28. Weber AS. Clinical Applications of the History of Medicine in Muslim-Majority Nations. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 2023; 78(1):46-61. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrac039>
29. Kalra S, Priya G, Grewal E, Aye T, Waraich BK, SweLatt T, et al. Lessons for the healthcare practitioner from Buddhism. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2018; 22(6). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6330872/>
30. Kleber RJ. Trauma and Public Mental Health: A Focused Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00451>
31. Sheng K. Buddhist Faith and Lifestyles in the Ming and Qing Dynasties. *A History of Chinese Buddhist Faith and Life*; 2020:440-547. https://doi.org/10.1163/9789004431775_006
32. Bohr A, Memarzadeh K. The rise of artificial intelligence in healthcare applications. *Artificial Intelligence in Healthcare*; 2020:25-60. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818438-7.00002-2>
33. Reynolds C, Jeste D, Sachdev P, Blazer D. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*. 2022; 21(3):336-63. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
34. Desmet L, Dezutter J, Vandenhoeck A, Dillen A. Religious Coping Styles, and Depressive Symptoms in Geriatric Patients: Understanding the Relationship through Experiences of Integrity and Despair. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph19073835>
35. Ginsberg SD, van Leeuwen KM, van Loon MS, van Nes FA, Bosmans JE, de Vet H. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *Plos One*. 2019; 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>

36. Yeh H-F, Shao J-H. Quality of Life and Associated Factors in Older Adults With Heart Failure. *Journal of Nursing Research*. 2021; 29(5). <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000445>
37. Malone J, Dadswell A. The Role of Religion, Spirituality and/or Belief in Positive Ageing for Older Adults. *Geriatrics*. 2018; 3(2). <https://doi.org/10.3390/geriatrics3020028>
38. Lane T. Homily for the Twenty-Second Sunday of Year [Internet]. 2008. Available at: <https://www.4catholiceducators.com/gospel-matthew-16-21-bible.htm>
39. Aghakhani N, Park CS. Spiritual well-being promotion for older adults: Implication for healthcare policy makers' decision making on cost savings. *J Educ Health Promot*. 2019; 8:165. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6796292/>
40. Skirbekk V, Potančoková M, Hackett C, Stonawski M. Religious Affiliation Among Older Age Groups Worldwide: Estimates for 2010 and Projections Until 2050. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2016. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw144>
41. Magiera A, Pac A. Determinants of Quality of Life among Adolescents in the Malopolska Region, Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph19148616>
42. Escourrou E, Laurent S, Leroux J, Oustric S, Gardette V. The shift from old age to very old age: an analysis of the perception of aging among older people. *BMC Primary Care*. 2022; 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01616-4>
43. Adamowicz D, Lee E. Predicting and improving hospital outcomes for older adults. *International Psychogeriatrics*. 2021; 33(3):205-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8842567/>
44. Kotsani M, Kravvariti E, Avgerinou C, Panagiotakis S, Bograku Tzanetakou K, Antoniadou E. The Relevance and Added Value of Geriatric Medicine (GM): Introducing GM to Non-Geriatricians. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(14). <https://doi.org/10.3390/jcm10143018>
45. Bories M, Bouzillé G, Cuggia M, Le Corre P. Drug–Drug Interactions in Elderly Patients with Potentially Inappropriate Medications in Primary Care, Nursing Home, and Hospital Settings: A Systematic Review and a Preliminary Study. *Pharmaceutics*. 2021; 13(2). <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13020266>
46. Krysa K, Kowalczyk E, Borysowski J, Lachota M, Pasiński T. Exclusion of older adults from clinical trials in cancer-related pain. *Frontiers in Medicine*. 2022; 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.945481>
47. Endo M, Kawahara S, Sato T, Tokunaga M, Hara T, Mawatari T. Protocol for the RETHINK study: a randomized, double-blind, parallel-group, non-inferiority clinical trial comparing acetaminophen and NSAIDs for treatment of chronic pain in elderly patients with osteoarthritis of the hip and knee. *BMJ Open*. 2023; 13(2). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068220>
48. Barber S. The applied implications of age-based stereotype threat for older adults. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*. 2020; 9(3):274-85. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2020.05.002>

49. Yen H-Y, Lin L-J. Quality of life in older adults: Benefits from the productive engagement in physical activity. *Journal of Exercise Science & Fitness*. 2018; 16(2):49-54. <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2018.06.001>
50. Jadidi A, Khatiban M, Oshvandi K, Khodaveisi M, Maghsoudi Z, Razavi M. Transcendence, the Most Important Spiritual Need of Muslim Older Adults: A Content Analysis Study. *Journal of Religion and Health*. 2022; 61(2):1529-47. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01474-5>
51. Guzder S, Jain R, Sharma N, Gopalakrishnan C, Shah Y, Morawala-Patell V. The A V E S T A G E N O M E project™ a discovery model for disease genomics and beyond. *Genome Biology*. 2010; 11(Suppl 1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3026244/>
52. Garagnani P, Marquis J, Delledonne M, Pirazzini C, Marasco E, Kwiatkowska K. Whole-genome sequencing analysis of semi-supercentenarians. *eLife*. 2021;10. <https://doi.org/10.7554/eLife.57849>
53. Belkacem A, Jamil N, Palmer J, Ouhbi S, Chen C. Brain-Computer Interfaces for Improving the Quality of Life of Older Adults and Elderly Patients. *Frontiers in Neuroscience*. 2020; 14. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00692>
54. Baric-Parker J, Anderson E. Patient Data-Sharing for AI: Ethical Challenges, Catholic Solutions. *The Linacre Quarterly*. 2020; 87(4):471-81. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7551527/>
55. Tanioka R, Betriana F, Locsin RC. Treatise on the influence of theism, transhumanism, and posthumanism on nursing and rehabilitation healthcare practice. *Nursing Philosophy*. 2021; 22(3). <https://doi.org/10.1111/nup.12350>
56. Blagosklonny M. No limit to maximal lifespan in humans: how to beat a 122-year-old record. *Oncoscience*. 2021; 8:110-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8636159/>
57. Khavinson V, Popovich I, Mikhailova O. Towards realization of longer life. *Acta Biomed*. 2020; 91(3):e2020054. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i3.10079>
58. Mirkes R. Transhumanist Medicine: Can We Direct Its Power to the Service of Human Dignity? *The Linacre Quarterly*. 2019; 86(1):115-26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6537347/>
59. McKie R. No death and an enhanced life: Is the future transhuman? *The Guardian* [Internet]. 2019. Available at: <https://www.theguardian.com/technology/2018/may/06/no-death-and-an-enhanced-life-is-the-future-transhuman>
60. Tai M-T. The impact of artificial intelligence on human society and bioethics. *Tzu Chi Medical Journal*. 2020; 32(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7605294/>
61. Wong B, Siepmann I, Rangan A, El-Omrani O, Davis D, Arias-Casais N. Involving Young People in Healthy Ageing: A Crucial Facet to Achieving the Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *Frontiers in Public Health*. 2021; 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.723068>

62. Urtamo A, Jyvakorpi SK, Strandberg T. Definitions of successful aging: a brief review of a multidimensional concept. *Acta Biomed*. 2019; 90(2):359-63. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i2.8376>
63. Pradhan S, Mohapatra A, Ramasamy S, Agrawal S. Artificial Intelligence (AI) and Robotics in Elderly Healthcare: Enabling Independence and Quality of Life. *Cureus*. 2023. <https://doi.org/10.7759/cureus.42905>
64. Blasimme A. The plasticity of aging and the rediscovery of ground-state prevention. *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(2). <https://doi.org/10.1007/s40656-021-00414-6>
65. Xu J. Buddhism-as-a-meaning-system for coping with late-life stress: a conceptual framework. *Aging & Mental Health*. 2016; 22(1):100-8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1227767>
66. IHPI. National poll on healthy aging [internet]. 2023. Available at: <https://ihpi.umich.edu/featured-work/national-poll-healthy-aging>
67. Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot A, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA. Organizing integrated healthcare services to meet older people's needs. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017; 95(11):756-63. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5677611/>

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



Educación médica y derechos humanos en las unidades médicas de México: hacia un nuevo horizonte ético

Medical education and human rights in the medical units of Mexico: towards a new ethical horizon

Francisco Domingo Vázquez Martínez*

Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana,
Xalapa, Ver., México

María De Lourdes Mota Morales**

Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana,
Xalapa, Ver., México

Vianey Guadalupe Argüelles-Nava***

Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana,
Xalapa, Ver., México

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.03>

Resumen

Este trabajo trata de la importancia que tienen los estudiantes de medicina para responder a las demandas de atención médica en México;

* Investigador titular del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: dvazquez@uv.mx
<https://orcid.org/0000-0002-2931-3954>

** Investigadora titular del instituto de salud Pública de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. lmota@uv.mx <https://orcid.org/0000-0002-8231-1149>

*** Técnico Académico del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: varguelles@uv.mx <https://orcid.org/0000-0002-5878-2522>

Recepción: 15/08/2023 Aceptación: 31/10/2023

alude al proceso histórico que determina esta situación y la construcción de la categoría “médicos en formación”; refiere las condiciones laborales, educativas y de salud de los estudiantes de medicina en las unidades médicas, y su impacto sobre la calidad de la atención médica. Desde la perspectiva ética y de los derechos humanos se plantea que los programas de educación médica, y en particular la categoría de “médicos en formación”, pueden, paradójicamente, violentar tanto el derecho a la educación como el derecho a la atención médica, y dañar tanto la salud de los estudiantes como la de la población por ellos atendida. Se concluye que debe desarrollarse un nuevo respaldo ético docente asistencial para educación médica en las unidades de atención médica.

Palabras clave: trabajo médico, sistemas de salud, ética médica.

1. Introducción

La relación entre salud y derechos humanos está bien establecida y resumida en tres postulados: la violación a los derechos humanos es causa de enfermedad; los programas de atención a la salud de la población pueden ser violatorios de los derechos humanos; y respetar, proteger, promover y garantizar los derechos humanos constituye una estrategia para enfrentar problemas de salud pública (1).

El que los programas que dan respuesta a las necesidades y a los problemas de salud de la población puedan generar enfermedad o agravar la problemática de atención a la salud es, sin duda, paradójico. Sin embargo, es un hecho y una posibilidad que hay que tener siempre en cuenta al elaborar y ejecutar programas de educación médica (2-4). Así, es obligado preguntarse si en la actualidad ¿la formación de médicos en las unidades médicas (hospitales, centros de salud y consultorios) puede ser, en algún momento, violatoria de los derechos humanos y, consecuentemente, generadora de enfermedad? Precisamente, el objetivo del presente trabajo es realizar una aproximación a la respuesta de esta pregunta y analizar sus implicaciones desde la perspectiva ética.

La respuesta a la pregunta planteada y sus implicaciones éticas se abordarán en cuatro pasos: 1) se define el papel que tienen internos, pasantes y residentes en las unidades médicas, a través de su categorización como “médicos en formación” (5) y de la normatividad que les corresponde; 2) se recurre a la teoría de la educación artesanal (6), para explicar el agotamiento, la violencia y el maltrato que reciben (7-9); 3) se documenta el impacto de los “médicos en formación” sobre los procesos de atención médica y el derecho a la atención médica de la población, a través de una búsqueda realizada en las recomendaciones hechas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos a las instituciones de salud y en las que aparecen internos, pasantes o residentes involucrados en la violación a los derechos de los pacientes; y 4) Se concluye con una reflexión, desde la perspectiva del principalísimo y la ética de la virtud, de las implicaciones éticas de la situación actual de internos, pasantes y residentes en las unidades médicas de México.

2. Los estudiantes en servicio como médicos en contacto directo con los pacientes

En México, la atención de la salud es un derecho. Sin embargo, no se ha llegado al goce pleno del derecho a la atención médica. Evidencia de ello es que recaiga en internos, pasantes y residentes parte importante de la atención médica que ofrecen las instituciones de salud. Ya que, para estas, más que estudiantes son la solución a su problema crónico de carencia de personal médico.

La fuerza de trabajo médico en México está integrada por profesionistas de la medicina y por los propios internos, pasantes y residentes de medicina (5). Ya que éstos son, oficialmente, “médicos en formación”, un subconjunto de los “médicos en contacto directo con los pacientes” como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Número de médicos en contacto directo con los pacientes, según tipo y año. México 2012-2021

Año	Médicos generales	Médicos especialistas*	Médicos en formación**	Total
2012	44,539	91,503	37,814	173,856
2013	45,683	95,964	39,621	181,268
2014	47,897	99,982	42,505	190,384
2015	48,162	110,036	44,912	203,110
2016	51,272	108,991	48,914	209,177
2017	50,590	110,747	51,693	213,030
2018	51,219	113,280	52,734	217,233
2019	51,692	112,951	54,665	219,308
2020	54,946	115,256	54,087	224,289
2021	56,811	116,638	60,155	233,604

* No incluye odontólogos ni odontólogos especialistas.

** No incluye pasantes de odontología.

Fuente: elaboración propia con base en datos abiertos de la Secretaría de Salud (5).

El subconjunto “médicos en formación” está integrado por estudiantes de medicina: internos, pasantes y residentes. Los internos son estudiantes de la licenciatura en Medicina que cursan el penúltimo año del plan de estudios (generalmente el 5to de seis años). Los pasantes son estudiantes que realizan el servicio social, nombre con el que se conoce el último año de la carrera, y los residentes son médicos generales que estudian una especialidad médica. Los residentes son los únicos que realmente tienen el título de médicos, aunque no dejan de ser estudiantes de posgrado; los internos y pasantes no son médicos, son estudiantes de licenciatura o de pregrado. Denominar a internos, pasantes y residentes como “médicos en formación” confunde y enmascara el hecho de que son estudiantes. Por ello, en este trabajo se refiere a este subconjunto como “estudiantes en servicio”, mismo que por ser oficialmente parte de los activos para ofrecer atención médica se le puede considerar como fuerza de trabajo

médico. Sin embargo, por no estar contemplada en la legislación y no gozar de las prerrogativas y derechos de los trabajadores, será una fuerza de trabajo informal.

En el 2021, los estudiantes en servicio constituyen alrededor de una cuarta parte de los médicos en contacto directo con los pacientes; sin embargo, trabajan, de acuerdo con las normas oficiales respectivas (10,11), un promedio anual de 80 horas semanales, y los médicos generales y especialistas, de acuerdo con la legislación nacional (12), tienen semanas de máximo 40 horas. Esto es, los estudiantes en servicio trabajan el doble que los médicos de contrato. Si se multiplica el número de estudiantes en servicio (Cuadro 1) por 80 horas semanales, y el de médicos de contrato (generales y especialistas) (Cuadro 1) por 40, resulta que los estudiantes en servicio (Médicos en formación) soportan más de una tercera parte de la carga de la atención médica en las instituciones de salud, como se representa en la Tabla 2.

Esto es, la atención médica en México se satisface mediante la asignación de horas laborales mediante el mercado médico formal y horas de capacitación propias de los estudiantes en servicio o mercado de trabajo informal.

Tabla 2. Número de horas* (laborales o de capacitación en servicio) a la semana (carga de trabajo) de los médicos en contacto directo con los pacientes, según tipo y año. México, 2012-2021

Año	Médicos generales	Médicos especialistas**	Médicos en formación***	Total de horas/semana
2012	1,781,560	3,660,120	3,025,120	8,466,800
2013	1,827,320	3,838,560	3,169,680	8,835,560
2014	1,915,880	3,999,280	3,400,400	9,315,560
2015	1,926,480	4,401,440	3,592,960	9,920,880
2016	2,050,880	4,359,640	3,913,120	10,323,640
2017	2,023,600	4,429,880	4,135,440	10,588,920
2018	2,048,760	4,531,200	4,218,720	10,798,680
2019	2,067,680	4,518,040	4,373,200	10,958,920

Año	Médicos generales	Médicos especialistas**	Médicos en formación***	Total de horas/semana
2020	2,197,840	4,610,240	4,326,960	11,135,040
2021	2,272,440	4,665,520	4,812,400	11,750,360

* Número de horas = Número de médicos generales y especialistas x 40 horas semanales; número de médicos en formación x 80 horas semanales.

** No incluye odontólogos ni odontólogos especialistas.

*** No incluye pasantes de odontología.

Fuente: elaboración propia con base en datos abiertos de la Secretaría de Salud (5).

De manera cierta, la normatividad que regula el ingreso y la estancia de los estudiantes de medicina en las unidades médicas establece que estos siempre deben estar supervisados durante sus actividades clínicas (10,11). Sin embargo, el escaso desarrollo, cuantitativo y cualitativo, de la planta docente no posibilita que así sea. En la Tabla 3 se observa que en 2021 había, en general y en promedio, más de 60 estudiantes en servicio por cada médico dedicado a labores de enseñanza e investigación.

Tabla 3. Número de estudiantes de medicina en servicio según tipo y médicos en actividades de enseñanza e investigación en las instituciones de salud. México, 2021

Institución de salud	Residentes	Internos	Pasantes	Médicos en enseñanza e investigación	Relación MF/MEI*
Secretaría de Salud	9,605	6,830	8,416	737	33.7
Instituto mexicano del Seguro Social (IMSS)	19,568	4,520	1,466	28	912.6
IMSS BIENESTAR	0	0	2,131	60	35.5

Institución de salud	Residentes	Internos	Pasantes	Médicos en enseñanza e investigación	Relación MF/MEI*
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	1,839	294	0	19	112.3
Servicios de salud estatales	1,105	494	79	32	52.4
Servicios de salud municipales	22	83	72	0	0.0
Petróleos Mexicanos	791	0	0	20	39.6
Secretaría de la Defensa Nacional	437	571	229	23	53.8
Secretaría de Marina	139	87	64	33	8.8
Desarrollo Integral de la Familia	106	0	9	31	3.7
Hospitales universitarios	812	124	262	11	108.9
Total nacional	34,424	13,003	12,728	994	60.5

* MF = Médicos en formación (Residentes + internos + pasantes) / MEI = Médicos en enseñanza e investigación.

Fuente: elaboración propia con base en datos abiertos de la Secretaría de Salud (5).

Además, en ese mismo año, no todas las unidades médicas que tenían estudiantes en servicio incluían personal médico en labores de enseñanza e investigación (5): de un total de 21,651 unidades médicas en el país, 8,842 (40.8%) tuvieron estudiantes en servicio y, de estas, 485 (5.5%) tuvieron médicos en labores de enseñanza e investigación, como se muestra en la Tabla 4. Adicionalmente, se resalta que 2,969 unidades de consulta externa (14.7%) estuvieron atendidas únicamente por estudiantes en servicio.

Tabla 4. Número de unidades médicas según tipo y presencia de médicos en formación y médicos en enseñanza e investigación. México, 2021

Unidad Médica (n = número de unidades)	Número de unidades con médicos en formación	Número de unidades con médicos en enseñanza e investigación
Consulta externa (n = 20,187)	7942	64
Hospitalización (n = 1,453)	0897	418
Asistencia social (n = 11)	3	3
Otras	0	0

Fuente: elaboración propia con base en datos abiertos de la Secretaría de Salud (5).

La carencia de personal médico en labores de enseñanza e investigación refleja la falta de un cuerpo docente que sustente la educación formal de la medicina en las unidades médicas, y es un indicador de la falta de garantía al derecho a la educación de los estudiantes de medicina. Aun suponiendo un subregistro de los médicos en actividades de enseñanza e investigación, el indicador es claro: la educación médica no es una actividad formal, en la mayoría de las unidades médicas del país.

Como ya se expuso, los estudiantes de medicina en servicio se integran a las unidades médicas como fuerza de trabajo informal.

Por ello, no reciben las prerrogativas propias de los trabajadores ni son considerados sujetos del derecho al trabajo digno. Evidencia de esto es que si se considera el número de horas trabajadas y la retribución que reciben cada una de las categorías de los médicos en contacto directo con los pacientes (13), como se puede observar en la Tabla 5, se tiene que los internos reciben \$17.76 dólares por hora, los residentes \$61.58, los médicos generales \$165.65 y los especialistas \$212.96. Respecto a los pasantes, hay quienes están en plazas sin beca (plazas en zonas urbanas) y otros que viven en unidades médicas rurales, en las que el horario de atención es de ocho horas al día; pero, están obligados a permanecer en ellas las 24 horas para atender las urgencias médicas. Estos reciben una retribución de alrededor de \$8.28 dólares por hora.

Tabla 5. Salario/beca mensual (dólares americanos*) de médicos en contacto directo con los pacientes según tipo. México, 2022

	Médicos generales	Médicos especialistas	Residentes	Internos	Pasantes
Salario-beca	\$1,320.25	\$1,703.75	\$800.56	\$230.93	\$198.82 – \$38.36

* 18.00 pesos mexicanos = un dólar americano.

Fuente: elaboración propia con base en datos de Gobierno de México (13).

Es claro que los estudiantes de medicina en servicio son un pilar fundamental para el funcionamiento de las unidades médicas. En palabras de un residente: “Hablando específicamente de ese hospital, sin residentes e internos yo no sé cómo funcionaria. Porque a partir de las cuatro de la tarde no hay nadie. No hay médicos de base” (14).

3. La educación médica artesanal

3.1. Antecedentes históricos

La conformación actual del conjunto “médicos en contacto directo con los pacientes” y el surgimiento del subconjunto “médicos en

formación” son el resultado de una planeación y de un proceso histórico en el que resaltan dos hechos: un proyecto elaborado en 1959 por la Comisión Nacional de Internados y Residencias A.C., y el Movimiento Médico de 1964-1965.

El proyecto de la Comisión Nacional de Internados y Residencias establecía un programa educativo para médicos recién graduados y una serie de ventajas presupuestales y operativas para las instituciones de salud, como: “atención continua a los pacientes, servicios de urgencias y baja erogación para la llamada “ayuda económica” a internos y residentes” (15). Hay que resaltar que, en ese momento, internos y residentes, igual que los pasantes en su origen, eran médicos recién graduados. Pero, dadas las implicaciones laborales y económicas de hacerlo con médicos titulados, el programa se puso en marcha con estudiantes. Esto es, en vez de considerar la contratación de médicos recién egresados de un plan de estudios de cuatro años, se decidió ampliar el plan de estudios de la carrera de Medicina con el propósito de que internos y pasantes todavía fueran estudiantes. La mencionada comisión justificó:

Por circunstancias que son generales a todas las Escuelas de Medicina y otras que son particulares a nuestras Facultades Mexicanas, tenemos que la enseñanza impartida en la escuela es insuficiente para la formación del médico y que solamente después de haber obtenido una experiencia hospitalaria guiada y sistematizada es cuando se adquiere una visión adecuada de la medicina y va formándose un verdadero juicio médico (15).

La tendencia a utilizar estudiantes de medicina para resolver las demandas de atención médica de la población ya venía estructurándose; estas son las que dan origen al servicio social en 1936:

El Servicio Médico-Social de la Universidad, [...] es uno de los pasos más importantes [...] para conocer y procurar la resolución de dos importantes problemas: la escasez y, en no pocos casos, la carencia absoluta de asistencia médica en lugares de

pocos recursos, y la concentración de los médicos en los centros de población importantes como resultado de la mala distribución de esos profesionistas” (16) (El subrayado es propio).

A las residencias médicas en 1941:

El Dr. Aquilino Villanueva Arreola, quien instituyó [...], por primera vez en nuestro país las Residencias Hospitalarias, contó con el apoyo del Dr. Gustavo Baz Prada, entonces secretario de Asistencia Pública [...] los [...] médicos residentes [...] debían permanecer en servicio durante 24 horas del día, mientras que el personal médico de base laboraba dos, cuatro, seis u ocho horas; la atención de los pacientes recaía, después de este lapso en los médicos residentes (17) (El subrayado es propio).

Y al internado médico en 1959:

Actualmente, ningún hospital puede considerarse bueno si pretende que sus servicios únicamente sean satisfactorios de las 8:00 a las 14:00 horas, sino durante las 24 horas del día, cosa que sólo se ha conseguido con la realización del sistema de internos y residencias... (18) (El subrayado es propio).

El Movimiento Médico de 1964-1965 (19,20) se originó ante el conflicto de roles de los estudiantes en servicio (¿trabajadores o estudiantes?) y ante las primeras muestras de que no se les reconocería como trabajadores. La inconformidad fue violentamente reprimida y, al final, se impuso y consolidó la categoría de “Médicos en formación”. Esto es, aunque los estudiantes pugnaban por ser reconocidos como trabajadores, las instituciones de salud los reconocen como estudiantes y trabajadores. Así, el presidente Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970):

Consideró como inconveniente un contrato de aprendizaje que lastimaría la dignidad de los médicos, [...] subrayó que lo más importante [. . .] era que dicho contrato estuviese protegido por

la Ley Federal del Trabajo y la Ley de Trabajadores al Servicio del Estado, y que debía garantizarse también en igual forma la docencia, como responsabilidad de las autoridades de impartirla, y de los médicos de aprovecharla (19).

Ahora, los estudiantes en servicio comentan respecto a la docencia que:

Las jornadas laborales y la remuneración de un interno de pregrado son completamente indignantes [...]. Se priorizó siempre el trabajo asistencial a la formación académica... (4).

El personal del hospital [...] carece de muchos valores y consideran a los internos como viles esclavos utilizables para sacar el trabajo, sin trato digno alguno (4).

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la ambigüedad de roles de los estudiantes en servicio (14) que son, de manera simultánea, estudiantes y trabajadores informales significa pérdida de derechos plenos; y desde la pedagogía, la educación médica actual en las unidades de atención médica se puede considerar una educación artesanal (6), cuyas principales características son: la coincidencia de los roles de estudiante y trabajador en una sola persona; la convergencia del rol de profesor con el de trabajador en la figura del maestro; la educación informal en un escenario de trabajo profesional cotidiano y, por lo tanto, la ausencia o, si lo hubiere, en el incumplimiento de un programa académico. En estas condiciones y, por lo general, el aprendizaje se da por la participación rutinaria en los procesos, con poca o ninguna reflexión, sin crítica y con pocas posibilidades de modificar, innovar y, en el caso de la medicina, de atender a los pacientes según su diversidad biológica, psicológica y social.

Las características de la educación artesanal campean en la mayoría de las unidades médicas que tienen estudiantes en servicio. Por ejemplo: arriba de 98% de internos, pasantes y residentes se sienten más como trabajadores que como estudiantes universitarios (4); además, 84% considera que en las unidades médicas se

prioriza el proceso de atención sobre el de enseñanza-aprendizaje y opina que profesores en la unidad médica no tienen las condiciones laborales adecuadas para cumplir con su función educativa (4).

Para los pacientes, la situación descrita, conlleva riesgos e inseguridad. De manera frecuente, ven vulnerado su derecho a la salud, ya que son atendidos por estudiantes de medicina en servicio, no supervisados y que aún no tienen las competencias profesionales suficientes. Al decir de un estudiante en servicio al terminar su internado:

No es mala sede. Sin embargo, brilla por la ausencia de su enseñanza en cuanto a clases. Por otro lado, te dejan realizar muchos procedimientos. Son muy pocos los doctores que realmente se toman el tiempo de enseñarte algo (4).

Al de un pasante al terminar su servicio social:

Durante las guardias y en los turnos vespertinos no se contaba con médico adscrito o residente de guardia dejando toda la responsabilidad en el médico pasante. Esto se informó y discutió con Dirección médica, sin tener una respuesta favorable y repitiéndose durante todo el servicio social (4).

Adicionalmente, la educación artesanal al no estar debidamente reglamentada predispone al autoritarismo y a una relación de dominio subordinación que propicia la violencia (21), el maltrato y el abuso (22), mismos que son cada vez más manifiestos y frecuentes en educación médica.

3.2 Maltrato y abuso a los estudiantes en servicio

La estructura general del maltrato en los estudiantes de medicina ha sido descrita detalladamente (23). En México se tiene numerosas evidencias de las arbitrariedades y atropellos a los estudiantes de medicina en las unidades médicas. Por ejemplo, en estudios realizados en el estado de Veracruz (24,25), se informa que 80% refiere falta de cordialidad y respeto dentro de la unidad médica; 54% relata haber recibido tratos discriminatorios por su género, apariencia o cualquier

otra característica personal; más de una tercera parte reporta que durante el último año han sufrido acoso sexual o de otro tipo por parte de superiores o de compañeros, y más de dos terceras partes refiere haber sentido durante su estancia en la unidad médica ansiedad o temor de recibir castigo o ser dado de baja.

Montes Villaseñor y colaboradores (26) encontraron que 87% de residentes en el estado de Veracruz había tenido por lo menos una experiencia de agresión en su tiempo de formación como especialistas y hasta el 50.4% refirió violencia psicológica.

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla (CDH-Puebla) (27) documentó que 72% de los médicos residentes consideran que han sido víctimas en las unidades médicas de actos que causan agravio, 81% han sido víctimas de tratos crueles, inhumanos o degradantes, 69% han sufrido violencia física o psicológica, y 67% considera que se han violado sus derechos humanos. En este contexto, se explica la recomendación que la misma CDH-Puebla (28) emitió en 2022, referente al suicidio de un médico residente derivado del acoso laboral, el hostigamiento y la discriminación sufrida en un hospital público del estado.

Derive (29) reporta en un grupo de médicos residentes del Estado de México que 84% refiere maltrato psicológico, 78% humillaciones, 50% guardias de castigo, 40% que le han negado la enseñanza, 16% golpes, 35% han sido privados de alimentación, 21% obligados contra su voluntad a consumir alcohol y 21% castigados con no poder ir al baño durante las guardias:

¡Pues me meé encimal, ¿qué iba hacer?”. Así era como Manuel, entre carcajadas, solía terminar su anécdota sobre una de las tantas veces en que fue empujado a trabajar al límite durante su residencia médica. Su risa siempre me desconcertaba, y alguna vez en privado me dijo que ese tiempo lo recordaba como su “estancia temporal en el purgatorio”. “Pero así es el sistema”, me decía resignado. Lo único que se puede hacer es romper el círculo que marca que “el que a palo aprende, a palo enseña (30).

En un estudio de médicos residentes de la Ciudad de México, realizado por Silvia Ortiz-León y colaboradores (31) se reporta que 98.5% manifestaron haber sufrido por lo menos una conducta de acoso durante los últimos seis meses. Las conductas de acoso más frecuentes fueron la intimidación manifiesta y el desprestigio laboral. Resultado de lo anterior es que, en el país, se calcula que 89% de los residentes estudiados tiene *burnout*, 71% depresión, 78% ansiedad y 58% acepta que da mala atención a sus pacientes (29).

Martín Acosta (14), también ha evidenciado el maltrato y el abuso, desde la perspectiva cualitativa:

El primer día nos recibió el jefe de enseñanza y nos empezó a amenazar que si no cumplíamos con el reglamento nos iba a correr.

El jefe de servicio me llegó a romper notas enfrente de todos. Y esa es una situación humillante.

Cabe señalar que la problemática expuesta no es exclusiva de la educación médica en México. Fabiana Reborais (32) cita este tipo de problemas en Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Chile, España, Finlandia, Japón, Nigeria, Pakistán y Reino Unido. Por su parte, Derive (33) refiere estudios sobre el tema en Arabia Saudí, Argentina, Australia, Canadá, Chile, Estados Unidos de América, Francia, Irlanda, India, Japón, México, Nigeria, Nueva Zelanda, Pakistán y Reino Unido. En un metaanálisis que incluye 51 estudios escritos en inglés, Fnais y colaboradores (34), estiman que la prevalencia del maltrato entre los estudiantes está entre 52.0% y 66.7% (IC: 95%). En la revisión de Abate y Greenberg (35) se concluye que en la educación médica de pregrado y posgrado de Estados Unidos el acoso verbal, sexual, racial y la discriminación de género está generalizada.

3.3. La violencia en la educación médica

¿Cómo comprender la extraordinaria tolerancia de los estudiantes de medicina en servicio a la violencia? La violencia según la Organización Mundial de la Salud es:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (36).

Según Christophe Dejours (37) es “actuar sobre alguien o hacerlo actuar de forma que, sin su conocimiento, ponga en riesgo su vida o la de otros”.

Hay que especificar que la violencia que consienten y permiten los estudiantes es la violencia interna hegemónica (38) y la violencia neuronal (39). La violencia interna es la que los estudiantes en servicio “como integrantes del campo médico, deben aceptar, incorporar y naturalizar” (38). Esta se tolera porque se convive con ella durante la formación y está, como veremos más adelante, justificada y normalizada. La violencia neuronal hace referencia a la que es inmanente al sistema socioeconómico actual y a las propias personas; es decir, aquella ante la cual no hay resistencia porque se genera en uno mismo y se autoimpone en aras de la eficiencia y la productividad.

Lo común de la violencia en educación médica puede significar que es útil y funcional a los sistemas de salud. ¿Qué se logra con la violencia hacia los estudiantes en servicio?, miedo con la violencia interna hegemónica; auto explotación con la violencia neuronal. El miedo que genera la violencia interna es necesario para generar el sometimiento característico de las relaciones de dominio-subordinación y así imponer sobrecargas de trabajo (40); el miedo suficiente para aceptar el maltrato y el abuso y no ser rechazados por el grupo y ver frustradas sus motivaciones y deseos de tener un título de médico general o especialista, y recibir el reconocimiento social correspondiente.

Por otro lado, la violencia neuronal autoimpuesta no se percibe como tal, sino como un desafío. El ingreso a la carrera de Medicina y a las especialidades médicas es altamente selectivo. Los seleccionados forman una minoría que, por lo general, gozan de una autoestima alta

y de reconocimiento social. A ellos se les presenta la violencia y el maltrato como desafíos a sus capacidades y competencias. Por lo que no resulta extraño que, por ejemplo, realicen competencias para ver quién puede pasar más tiempo en el hospital o más horas sin dormir. Esto es a lo que, desde la perspectiva de la salud en el trabajo, Dejours (40), denomina como una estrategia colectiva de defensa, misma que tiende a minimizar, si no es que, a negar la violencia.

Por otra parte, la violencia tiene un sustento legal; está indicada en la propia normatividad. Por ejemplo, las normas oficiales establecen que las prácticas clínicas complementarias de los estudiantes (guardias):

En días hábiles inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente, de acuerdo con la normativa de la institución de salud [...] Su duración los sábados, domingos y días festivos debe ser por un máximo de veinticuatro horas, iniciando y concluyendo actividades según se especifique en la normativa de la institución de salud. El interno que finalice su práctica clínica complementaria en día hábil debe continuar las actividades descritas para el turno matutino en el programa operativo (10,11).

Esto es, a los estudiantes en servicio se les ordenan jornadas en las unidades médicas que duran oficialmente 32 horas, y con un promedio anual, como ya se refirió, de 80 horas de trabajo a la semana. En los hechos, las jornadas de internos y residentes en los hospitales superan frecuentemente las 100 horas semanales (4,24,25). En palabras de un becario:

Aunque tenemos un horario establecido, sobrepasábamos el límite y trabajamos alrededor de 36 horas no tanto en tareas académicas sino en cosas relacionadas con pacientes (14). Así, es la propia normatividad la que obliga a los estudiantes en servicio a realizar actividades profesionales en condiciones que ponen en riesgo su vida y la de los pacientes que atienden (41,42). En

palabras de un residente: nos exige que tengamos que conocer a los 80 pacientes al 100%; dos residentes y tres o cuatro internos nuevos y la verdad es que por más que uno quiera no se puede (14).

Para cumplir con las normas oficiales y acallar las inconformidades se requiere de un contexto favorable al poder coercitivo. Las relaciones de poder en los hospitales han sido descritas desde diversas perspectivas. Consejo y Viescas-Treviño (43) las abordaron desde la perspectiva de Foucault y Bourdieu; Villanueva (44) y Reiborais (32), desde el marco de las instituciones totales desarrollado por Goffman (45). Desde la perspectiva de la educación artesanal, en los hospitales se conforman escenarios característicos de las instituciones totales: son lugares en los que se despoja a los aprendices de identidad y roles previos; las actividades están rigurosamente programadas; se les exige todo su tiempo, dedicación y esfuerzo; en ellas, los estudiantes en servicio realizan y comparten actividades laborales, educativas y sociales, consecuentemente, tiene que renunciar a otros intereses, compromisos y obligaciones. El que 74% de los estudiantes esté en las unidades médicas más de 80 horas a la semana y más de 97% considere que su estancia en el hospital interfiere con su vida social y familiar (25), apoya la idea de que para los estudiantes en servicio las unidades médicas son como instituciones totales. En sus propias palabras:

A la familia, igual sabía que la iba a dejar ver. Sabía que iba a vivir sólo para el hospital y para la especialidad... (14).

Mi noviazgo, poco a poco se fue deteriorando al punto de tener que tomar una decisión. Estas situaciones son tan complejas y complicadas, y cada quien decidió tomar su camino... (14).

Respecto a mis amistades, ya no les sigo la pista ni ellos me siguen la pista, por motivos obvios... (14).

Por otra parte, el ingreso a estos espacios se caracteriza por los rituales de iniciación, que son pruebas o desafíos a los que se someten

quienes ingresan y cuya superación significa aceptación e integración al grupo. Derive (33) describe las similitudes entre los ritos de iniciación y el maltrato a los residentes. Según testimonios recogidos por Acosta-Fernández (14): “Nos dijo: ¡ustedes, limpien! Entonces nos pusimos a recoger la basura y a mover las máquinas de escribir que había en la mesa. Nos señaló con el dedo y dijo: ‘ustedes son los nuevos y deben entender cuál es su lugar como nuevos’”. En un contexto como el descrito es factible violentar y sobrecargar de trabajo a los estudiantes; además, se genera miedo, simulación, silencio, competencia y deterioro de las relaciones interpersonales, entre otras cosas (37,46).

Así normada, contextualizada, conceptualizada y entendida la violencia, tanto por personal médico como por los propios estudiantes, es fácilmente aceptable y hasta deseable pedagógicamente: hay que formar médicos con el carácter y las competencias para atender pacientes en el momento que sea necesario y bajo cualquier circunstancia, capaces de tomar decisiones en condiciones adversas, de presión e incertidumbre; Reboiras lo llama el “modelo heroico” (32).

De manera cierta, dicha narrativa no resiste el más mínimo análisis. Aceptar la violencia con fines didácticos supone complicidad con los perpetradores y disposición para ejercerla y reproducirla con dicho fin. Esto es, aceptar ser violentado para llegar a formar parte del gremio médico justifica que, en su momento, se pueda violentar a los estudiantes de medicina. Así se entiende la resistencia al cambio y el que los estudiantes de grados superiores violenten a los recién llegados o de grados inferiores y que se justifiquen con sentencias como “así ha sido siempre” o “así me tocó a mí y me hizo bien”. Al decir de los residentes:

Son injustos principalmente la mayoría de mis compañeros residentes de mayor jerarquía. Ahorita he sufrido acoso laboral y hostigamiento de parte de ellos (no soy el único). Muy pocos adscritos son irrespetuosos e injustos. Sin embargo, sí existe

quienes sólo te dejan guardado aun y no hayas errado o faltado a las labores. [...] Los residentes mayores son los que bajo el agua nos aprietan, explotan y exigen más, sin que puedas opinar porque te va peor (4).

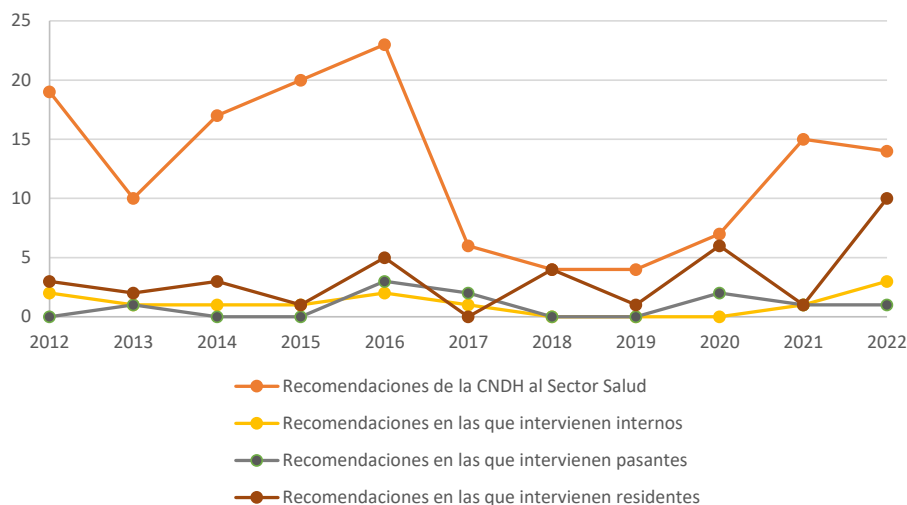
El ambiente entre residentes de medicina interna es muy arbitrario ya que los residentes de mayor jerarquía son los que determinan los castigos. Reprendas. Y muchas veces es sin supervisión de un adscrito. Debe haber una mayor supervisión por médicos adscritos sobre cómo interactúan los médicos residentes de mayor jerarquía con los residentes de menor jerarquía. (4).

Desde una perspectiva de derechos humanos, el maltrato a los estudiantes en servicio es una manifestación más de violaciones al derecho a la educación, al derecho al trabajo, al derecho a la integridad y seguridad personal y al derecho al trato digno. Y dada la interdependencia de los derechos humanos, es de esperar que haya afectación a la salud de los estudiantes en servicio (42) y a la de la población atendida por estos.

4. Violaciones a los derechos humanos de los pacientes

Entre las variables que garantizan el derecho a la salud, y en particular, a la atención médica, está la calidad de la educación médica. El hecho de que haya estudiantes de medicina no supervisados durante sus actividades clínicas no solo violenta el derecho a la educación, sino que atenta contra la calidad de la atención médica y, consecuentemente, contra el derecho a esta y, de manera general, contra los derechos humanos. En México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (47), ha expuesto explícitamente la violación a los derechos humanos derivada de la atención médica dada por estudiantes de medicina no supervisados como se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Número total de recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos al Sector Salud y número de recomendaciones en las que intervienen estudiantes de medicina, según año y tipo de estudiante. México, 2012-2021



Fuente: elaboración propia con base en datos de recomendaciones de la CNDH (47).

En 1997 la CNDH (48) realizó la primera recomendación explícita al Sector Salud por permitir que estudiantes de medicina sin supervisión atendieran pacientes:

... la atención en el servicio de ginecobstetricia la llevaron a cabo fundamentalmente médicos residentes e internos de pregrado [...] no hubo la debida supervisión del trabajo de los alumnos por parte de los médicos adscritos [...], lo que se tradujo en evidentes complicaciones para la paciente [...]

En 2023 la misma CNDH (49) emite su más reciente recomendación al Sector Salud por la violación a los derechos humanos en las unidades médicas causada por la atención médica otorgada por estudiantes de medicina no supervisados:

Por tanto, deberá investigarse el nombre de las personas servidoras públicas a cargo de PMR1 (Personal Médico Residente),

PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6, PMR7, PMR8, PMR9, PMR10 y PMR11 para que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido los puntos 5.7, 9.3.1, 10.3 y 10.5, de la NOM Para Residencias Médicas, en los que se especifica que si bien las personas médico residentes son profesionales de la medicina, lo cierto es que cursan un período de capacitación, por ello requieren supervisión y guía en sus actividades bajo la dirección de su profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito en un ambiente de respeto, lo cual no aconteció y en el caso de PMR1, PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6, PMR7, PMR8, PMR9, PMR10 y PMR11 incidió en el avance al deterioro de la salud de V (Víctima).

La CNDH ha realizado alrededor de seis decenas de recomendaciones particulares sobre el tema en los últimos diez años. Podría pensarse que estas apuntan a casos excepcionales. Sin embargo, hay evidencia de que el problema está generalizado. Además de las recomendaciones particulares, la CNDH (2) en 2009, realizó una recomendación general derivada de la revisión de 11,854 quejas recibidas de pacientes o sus familiares que consideraron violentados sus derechos en las unidades médicas del país, y en la que concluye que:

Los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud es el relativo a la falta de médicos, especialistas y personal de enfermería necesarios para cubrir la demanda; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades, y la insuficiente supervisión de residentes o pasantes por el personal de salud.

Así, se observa que al no haber suficientes médicos generales y especialistas se echa mano de los estudiantes, que estos se quedan sin supervisión durante sus actividades clínicas y egresan sin competencias para realizar diagnósticos e indicar tratamientos adecuados. Es clara la interdependencia entre el derecho a la educación médica y el

derecho a la atención médica. Si se violenta el primero termina comprometiéndose el segundo.

Además, hay diversos estudios que confirman lo señalado por la CNDH y aportan datos concretos: más de 90% de los estudiantes de medicina en servicio acepta haber tomado decisiones diagnósticas o terapéuticas sin la asesoría de los profesores, médicos adscritos, jefes de servicio o responsables médicos de la institución de salud (25); más de dos terceras partes acepta haber cometido errores diagnósticos o terapéuticos por falta de supervisión y una proporción similar haber cometido errores por falta de competencias profesionales (25). En palabras de dos médicas residentes:

En mi unidad existe un compañero que ha realizado múltiples iatrogenias por impericia o falta de supervisión, sin que sea sancionado por sus acciones [...] condicionando en 1 ocasión la muerte [...] Por lo que considero debemos ser [...] supervisados más rigurosamente (4).

Durante mi año de residencia me sentí muy bien. Sin embargo, durante los últimos meses no contamos con médicos adscritos que nos supervisarán. Hablando en lo personal, estuve en el servicio de tóco cirugía sin supervisión directa de un adscrito. Afortunadamente no pasó nada malo o no se complicó nada. Sin embargo, no considero adecuado que ese servicio se encuentre únicamente comandado por un residente de primer año (4).

5. Un nuevo horizonte ético basado en la ética docente asistencial

Con lo expuesto anteriormente se crean condiciones desfavorables para atender la obligación ética fundamental de la profesión médica: *Primum non nocere*, y propicias a la maleficencia.

La figura de “médicos en formación” surge a mediados del siglo pasado. Ahora se observa que, tal cual lo propuso la Comisión

Nacional de Internados y Residencias, los estudiantes de medicina son un pilar fundamental para los servicios de atención médica en México: son responsables de más de 40% del tiempo de atención médica en el país, a cambio de una erogación económica mínima. Se plantea que el sistema de atención médica con “médicos en formación” tiene que recurrir a la violencia para que funcione. Lo que repercute en el trato a los pacientes (38,50), que además de ser atendidos por estudiantes no supervisados son el blanco final de la violencia.

Por otra parte, a casi seis décadas del Movimiento Médico, hay evidencias de que garantizar “en igual forma la docencia” fue una buena intención que aún no se concreta. Esto es, el derecho a la educación en las unidades médicas aún no se garantiza plenamente. Como ya vimos, en la actualidad, únicamente hay un médico en labores de enseñanza e investigación por cada 60 estudiantes en servicio; la mayoría de los estudiantes están en unidades médicas que no tienen médicos dedicados a labores de enseñanza e investigación; y casi 15% de las unidades de consulta externa únicamente tienen estudiantes para dar atención médica.

Indiscutiblemente y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial (51), los estudiantes de medicina, antes de tener autonomía profesional, deben tener contacto supervisado con los pacientes:

Antes de comenzar su práctica independiente, todo médico debe completar un programa formal de educación clínica supervisada. En la educación médica universitaria, las experiencias clínicas deben ir de atención primaria a terciaria en un contexto hospitalario y ambulatorio, como los hospitales universitarios, hospitales comunitarios, clínicas, consultas médicas y otros establecimientos de salud.

La misma asociación resalta la importancia de formalizar los procesos educación clínica (51):

El componente clínico de la educación médica universitaria debe utilizar un modelo de formación con objetivos definidos y debe incluir experiencias directas en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, con un aumento gradual en la respon-

sabilidad del estudiante, basada en su demostración de los conocimientos y experiencia pertinentes.

Esto es, garantizar el derecho a la educación en las unidades médicas pasa, como dice la Asociación Médica Mundial por formalizar el proceso educativo: objetivos definidos, procesos de enseñanza-aprendizaje formales y evaluación permanente. Todo esto, bajo el fundamento ético propio de la ética docente asistencial.

Los escenarios de la educación clínica en México han tenido durante los últimos años, como en todo el mundo, avances tecnológicos importantes. Sin embargo, estos adelantos técnicos no se han acompañado con cambios en el proceso educativo en las unidades médicas, ni con un encuadre ético propio. Llama la atención el escaso, por no decir nulo, desarrollo de la ética docente-asistencial (52). En la actualidad, la educación médica se desarrolla con esquemas éticos de finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

A fines del siglo XIX (1887) el Dr. Liceaga (53) planeaba que:

La enseñanza de la medicina, más que alguna otra, debe ser esencialmente objetiva, tiene que hacerse en los enfermos, y todas las naciones civilizadas han convenido en que los que se asistan por la beneficencia pública, sirvan para la enseñanza clínica; esta práctica redundará en el beneficio de los enfermos mismos, que son asistidos con más asiduidad y más cuidadosamente observados.

El planteamiento del Dr. Liceaga (53) supone que la atención médica no es un derecho, sino un servicio por el que hay que pagar de una u otra forma. Quienes no tienen recursos pecuniarios tendrán que pagar, obligadamente, participando en procesos de educación médica. Esto último, atenta contra todos los principios éticos básicos (54,55); contra la justicia (concentra la carga de la educación médica en un segmento poblacional); la autonomía (ignora la voluntad de los pacientes respecto a participar o no en procesos educativos); la beneficencia (delega en estudiantes de medicina no supervisados la atención

médica); y la no maleficencia (propicia la atención médica con estudiantes en servicio exhaustos y desgastados lo que favorece el error médico). Al margen del Principalísimo y desde la ética de las virtudes (56) hay que preguntar, ¿qué hábitos se están promoviendo en los futuros médicos?, ¿no será la deshumanización de la atención médica una consecuencia de la manera en que se ve y trata a los pacientes en los ambientes en los que se forman los futuros médicos? Contestar estas y otras preguntas similares es uno de los grandes pendientes y desafíos que se plantean actualmente a la ética docente-asistencial.

Ahora, más de ciento treinta años después, y desde la perspectiva de la ética docente asistencial y de la atención médica como derecho, no es aceptable que los pacientes tengan que pagar la atención médica recibida con su participación obligada en la formación de nuevos médicos. Sin embargo, y en general, en el país se sigue considerando que los pacientes no tienen por qué estar informados, ni autorizar ser parte del proceso de enseñanza-aprendizaje de los futuros médicos.

La ausencia de la ética docente-asistencial es manifiesta en múltiples aspectos de la educación médica en hospitales y centros de salud. El consentimiento informado del paciente es solo uno de ellos. La supervisión de estudiantes en servicio, el cobro de las plazas para los estudiantes en servicio y la atención médica con estudiantes en servicio, son, entre muchos otros, temas muy poco estudiados y discutidos en los que la perspectiva ética resulta fundamental.

El esquema planteado por el Dr. Liceaga (53) bajo los lineamientos éticos entonces vigentes, ajenos a las desigualdades sociales y la reproducción de la violencia, se justificaba con que la educación médica y la formación de médicos resultaban en beneficio de los propios pacientes. Así, a la fecha, en México se da por hecho que profesores y estudiantes de medicina delante de los pacientes no tienen otras obligaciones éticas que las propias del quehacer clínico.

Desde Hipócrates, se estableció como una obligación ética de los médicos el contribuir con la formación de nuevos médicos (57,58). Para cumplir con ésta, no basta con que los estudiantes de medicina se le acerquen a un médico y vean como ejerce su trabajo;

se requiere de un código de ética diferente al propio de la práctica clínica, específico para el proceso formal de enseñanza-aprendizaje con pacientes (52).

Desde la perspectiva ética, se puede plantear que hay dos modelos de educación médica con pacientes: un modelo en el que los procesos educativos y de atención médica son la misma cosa, no están diferenciados y tienen normas éticas en común (modelo artesanal) y un modelo en el que la educación y la atención médica están separadas, y a cada una corresponde una aplicación diferente de la ética. Esto es, la ética clínica está claramente separada de la ética docente-asistencial (52).

En 1964, antes de que iniciara el Movimiento Médico, había una propuesta universitaria para que en las unidades médicas que recibieran estudiantes de medicina se privilegiara, priorizara y fortaleciera la educación. El proceso educativo en todo momento debería estar bajo la batuta universitaria. En palabra del Dr. Ignacio Chávez (59), en ese momento rector de la Universidad Nacional: “La Facultad se propone ahora hacerse cargo de los cursos de especialización que doten al país de los especialistas necesarios, bajo el control científico de ella”. El Movimiento Médico y su desenlace impidieron este propósito.

Ahora, desde el enfoque de derechos humanos, es momento de retomar la propuesta. La presencia y participación activa de las instituciones educativas, como garantes del derecho a la educación, en los procesos educativos dentro de las instituciones de salud es obligado. Está claro que, si las universidades no asumen su responsabilidad constitucional de proteger y garantizar el derecho a la educación, las instituciones de salud no podrán hacer lo propio con el derecho a la atención médica.

Es indiscutible que el modelo de educación médica actual en las unidades médicas de México es, ética y pedagógicamente, obsoleto; violenta los derechos humanos y genera enfermedad y muerte. De acuerdo con la legislación nacional e internacional sobre derechos humanos el cambio es obligado.

Agradecimientos:

La versión inicial del presente trabajo fue revisada y comentada por Luis Felipe Abreu-Hernández, Marcela González de Cossío Ortiz, Félix Arturo Leyva González y Ricardo Páez Moreno. A todos ellos nuestro agradecimiento por sus valiosos comentarios y sugerencias. De manera cierta, el escrito final es responsabilidad única de los autores.

Referencias

1. Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg H. Health Human Rights. *Health hum. rights*. 1994; 1(1):7-23. <https://doi.org/10.2307/4065260>
2. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación General Número 15 Sobre el derecho a la protección de la salud. 2018. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Recomendacion-General-15.pdf>
3. Vázquez F, Saiz-Calderón M. Derecho a la educación médica y la ética docente-asistencial. *UVserva*. 2022; (13):22-30. <https://doi.org/10.25009/uvs.vi13.2856>
4. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Educación Médica y Derechos Humanos. Evaluación del respeto a los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana, en las unidades de atención médica. 2017-2018. 2019 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uv.mx/obeme/files/2019/08/Informe-Educacion-Medica-Derechos-Humanos.pdf>
5. Secretaría de Salud. Datos abiertos: recursos [Internet]. DGIS; 2022 [citado 20 de febrero de 2023]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/bases-dedatos/da_recursos_gobmx.html
6. Vázquez F. La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. *Inv Ed Med*. 2016; 5(18):121-127. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572016000200121
7. Shalaby R, Oluwasina F, Eboime E, El Gindi H, Agyapong B. Burnout among Residents: Prevalence and Predictors of Depersonalization, Emotional Exhaustion and Professional Unfulfillment among Resident Doctors in Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(4):3677. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043677>
8. Zhang H, Cui N, Chen D, Zou P, Shao J. Social support, anxiety symptoms, and depression symptoms among residents in standardized residency training programs: the mediating effects of emotional exhaustion. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1):460. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03381-1>

9. Olivares SL, Gómez JF, Flores CM, Castañeda A, Turrubiates M. Me preparo para prevenir la violencia y el acoso en estudiantes de medicina en México. *Investigación educ. médica*. 2021; 10(40):86-96. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572021000400086
10. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. *Diario Oficial de la Federación*. 2013. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
11. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. *Diario Oficial de la Federación*. 2022. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5655487&fecha=17/06/2022#gsc.tab=0
12. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal del Trabajo. *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/index.htm>
13. Gobierno de México. Acciones para mejorar las condiciones de las y los médicos en formación. 2022 [citado 15 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/771594/CPM_Salud_RRHH_en_formaci_n_25oct22.pdf
14. Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco MA, Pozos-Radillo BE, Torres-López TM, Parra L. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Inv Ed Med*. 2017; 6(23):169-179. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000300169
15. Frenk J, Hernández Llamas H, Álvarez Klein L. Análisis histórico del internado rotatorio de pregrado en México. *Gac. méd. Méx*. 1983; 119(2):87-96. <https://www.yumpu.com/es/document/view/18232167/el-internado-en-mexico-paho-who>
16. Mazón JJ, Delgado A, Sánchez G, Serret G. El Servicio social Médico. Universidad Nacional Autónoma de México. (s/f). Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/EI%20Servicio%20Social%20Medico.pdf
17. Rivera HH. Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2007; 70 (1):43-46. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=12487>
18. Gasca H. Crónica de la Facultad de Medicina (1950-1971). Tomo I. México: UNAM, Facultad de Medicina; 1997.
19. Pozas R. La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965. México: Siglo XXI; 1993.
20. Soto G. Médicos, hospitales y servicios de inteligencia: el movimiento médico mexicano de 1964-1965 a través de reportes de inteligencia. *Salud Colectiva [Internet]*. 2011; 7(1):87-97 [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100007
21. Páez R. Abordaje bioético de: "la educación médica desde el enfoque de la salud basado en derechos humanos". *Inv Ed Med*. [Internet]. 2020; 9(36):96-102. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572020000400096

22. Sosenski S. Niños y jóvenes aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX. *Estud. hist. mod. contemp. Mex.* 2003; 26(26):45-79. <https://moderna.historicas.unam.mx/index.php/ehm/article/view/3084>
23. Chávez-Rivera A, Ramos-Lira L, Abreu-Hernández LF. Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gac Med Mex.* 2016; 152(6):796-811 [citado 9 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM_152_2016_6_796-811.pdf
24. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Educación Médica y Derechos Humanos. Evaluación del goce de los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana, en las unidades médicas. 2019-2020. 2021 [citado 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uv.mx/obeme/files/2019/05/3er-informe-Obeme.pdf>
25. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Evaluación del respeto a los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana, en las unidades de atención médica (2018-2019). 2020 [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uv.mx/obeme/files/2019/05/02-segundo-informe-educacion-medica-y-derechos-humanos.pdf>
26. Montes-Villaseñor E, García-González J, Blázquez-Morales MS. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *CienciaUAT.* 2018; 12(2):54-66. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100054&lng=es
27. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. Recomendación número: 3/2015, expediente: 8943/2013-C, Quejoso: de oficio a favor de Médicos residentes adscritos a las Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud. 2015. Disponible en: <https://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/15/3-2015.pdf>
28. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. Recomendación: 14/2022, expediente: 3055/2020, Peticionarios: V1 Y V2. 2022. Disponible en: https://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/2022/RECOMENDACION_14-2022.pdf
29. Derive S, Casas ML, Obrador GT, Villa AR, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Inv Ed Med.* 2018; 7(26):35-44. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572018000200035
30. Letras Libres. El maltrato en las residencias médicas no es normal. [Internet]. *Ciencia y tecnología ficción.* 2021 [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://letraslibres.com/ciencia-y-tecnologia/el-maltrato-en-las-residencias-medicas-no-es-normal/>
31. Ortiz-León S, Jaimes-Medrano AL, Tafuya-Ramos SA. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir.* 2014; 82(3):290-301. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50619>
32. Reboiras F. 2020. Condiciones de formación en las residencias médicas: el maltrato como práctica educativa legitimada. Tesis de Maestría. Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina; 2020.
33. Derive S. Análisis de las raíces profundas del maltrato en los residentes de especialidades médicas. Tesis de Doctorado. Ciudad de México: Universidad Panamericana. 2022.

34. Fnais N, Soobiah C, Chen MH. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med*. 2014; 89(5):817-27. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000200>
35. Abate LE, Greenberg L. Incivility in medical education: a scoping review. *BMC Med Educ* 2023; 23(24). <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-022-03988-2>
36. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la violencia. [Internet]. OPS [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
37. Dejours C. Trabajo y violencia. Madrid: Modus Laborandi; 2009.
38. Castro R, Villanueva M. Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estud sociol*. 2018; 36(108):539- 569. <https://estudios-sociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/1648>
39. Byung-Chul Han. La sociedad del cansancio. Editor digital: turolero. Aporte original: Spleen. ePub base r1.2, 2010.
40. Dejours C. Trabajo y sufrimiento. Cuando la injusticia se hace banal. Madrid: Modus Laborandi; 2009.
41. Rojas R. Residente del IMSS se queda dormido al finalizar su guardia y causa aparatoso accidente automovilístico. *Saludario* [internet] [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.saludario.com/residente-del-imss-accidente-automovilistico/?utm_source=newsletter&utm_medium=sendy?utm_source=newsletter&utm_medium=sendy
42. Barger LK, Weaver MD, Sillivan JS. Impact of work schedules of senior resident physicians on patient and resident physician safety: nationwide, prospective cohort study. *BMJ Medicine* 2023; 2:e000320. <https://bmjmedicine.bmj.com/content/2/1/e000320>
43. Consejo C, Viesca-Treviño C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Bol Mex His Fil Med*. 2008; 11(1):16-20.
44. Villanueva M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Rev. interdiscip. estud. género*. 2019; 5(1):1-35. <https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>
45. Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
46. Bedoya D, García M. Efectos del miedo en los trabajadores y la organización. *Estudios Gerenciales*. 2016; 32(138):60-70. <https://www.elsevier.es/es-revista-estudios-gerenciales-354-articulo-efectos-del-miedo-trabajadores-organizacion-S0123592315000613>
47. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. CNDH. Recomendaciones. 2022 [citado 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion>
48. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación No. 028/1997. Caso de la señora AMP, por la deficiente atención médica que recibió en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", en Morelia, Michoacán. 1997. Disponible en: https://www.uv.mx/obeme/files/2017/08/Rec_1997_028.pdf

49. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación no. 4 /2023. Sobre el caso de violaciones a los Derechos Humanos a la protección de La salud y a la vida de v, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de qv, VI1 Y VI2, por personal médico del hospital Juárez de México, en la ciudad de México. 2023. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-02/REC_2023_004.pdf
50. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación General No. 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. 2017. Disponible en: https://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/30105/RecGral_031.pdf
51. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre la educación médica. Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006 y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, octubre 2017 [Internet]. AMM [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-educacion-medica/>
52. Vázquez F. Ética docente-asistencial. *Medicina y Ética*. 2022; 33(2):441-472. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.04>
53. Martín-Abreu L. El Hospital General de México. Francisco Méndez Oteo y nuestros autores en la medicina mexicana del siglo xx. México: Méndez Edit.; 2001.
54. Jagsi R, Lehmann L. The ethics of medical education. *BMJ*. 2004; 329(7461):332-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7461.332>
55. Vázquez F. Problemas éticos de la educación médica en las instituciones de salud de México. León Correa FJ (coordinador). *Docencia y Aprendizaje de la Bioética en Latinoamérica*. Santiago de Chile: FELAIBE, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, y Centro de Bioética, Instituto de Investigación e Innovación en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. 2017; 55-79. Disponible en: <https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2018/11/capitulos-colaborados-pela-SOBAMFA-FELAIBE-2017.pdf>
56. Macintyre, A. *Tras la virtud*. Barcelona. Crítica, 1987.
57. Girela-López E. Ética en la educación médica. *FEM*. 2013; 16(4):191-195.
58. Pérez R. Ética Médica. En: González J, coordinadora. *Perspectivas de bioética*. México: FCE, UNAM, FFyL, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2008.
59. Nuevo Reglamento de la División de Estudios Superiores de Medicina. *Gaceta de la Universidad*. (XI)48, 21 de diciembre de 1964 [citado 21 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.acervo.gaceta.unam.mx/index.php/gum60/article/view/4215/4214?21>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



**Medical education and human rights
in the medical units of Mexico:
towards a new ethical horizon**

**Educación médica y derechos humanos
en las unidades médicas de México:
hacia un nuevo horizonte ético**

Francisco Domingo Vázquez Martínez*

Institute of Public Health of the Universidad Veracruzana. Xalapa,
Ver., Mexico

María de Lourdes Mota Morales**

Institute of Public Health of the Universidad Veracruzana. Xalapa,
Ver., Mexico

Vianey Guadalupe Argüelles-Nava***

Institute of Public Health of the Universidad Veracruzana. Xalapa,
Ver., Mexico

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.03>

Abstract

This paper deals with the importance of medical students in responding to the demands of medical care in Mexico; alludes to the historical pro-

* Researcher in charge at Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. Email: dvazquez@uv.mx <https://orcid.org/0000-0002-2931-3954>

** Researcher at Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. Email: lmota@uv.mx <https://orcid.org/0000-0002-8231-1149>

*** Academic Technician at Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. Email: varguelles@uv.mx <https://orcid.org/0000-0002-5878-2522>

Reception: 15/08/2023 Acceptance: 31/10/2023

cess that determines this situation and the construction of the category “doctors in training”; it refers to the working, educational and health conditions of medical students in medical units, and their impact on the quality of medical care. From an ethical and human rights perspective, it is argued that medical education programs, and in particular the category of “doctors in training”, can, paradoxically, violate both the right to education and the right to medical care, and harm both the health of students and that of the population they serve. It is concluded that a new ethical support for medical education in health care units should be developed.

Keywords: medical work, systems of health, medical ethics.

1. Introduction

The relationship between health and human rights is well established and summarized in three postulates: the violation of human rights is the cause of disease; health care programs for the population can violate human rights; and respecting, protecting, promoting, and guaranteeing human rights is a strategy for dealing with public health problems (1).

The fact that programs that respond to the needs and health problems of the population may generate disease or aggravate health care problems is, without a doubt, paradoxical. However, it is a fact and a possibility that must always be considered when designing and implementing medical education programs (2-4). Thus, it is necessary to ask whether, at present, the training of physicians in medical units (hospitals, health centers and clinics) can be, at some point, a violation of human rights and, consequently, a generator of disease? Precisely, the aim of this paper is to approach the answer to this question and to analyze its implications from an ethical perspective.

The answer to the question posed and its ethical implications will be addressed in four steps: 1) the role of interns, trainees and residents in medical units is defined, through their categorization as “physicians in training” (5) and the regulations that apply to them; 2) the theory of craft education (6) is used to explain the exhaustion,

violence and mistreatment they receive (7-9); 3) we document the impact of “doctors in training” on the processes of medical care and the right to medical care of the population, through a search of the recommendations made by the National Human Rights Commission to health institutions in which interns, trainees or residents appear involved in the violation of patients’ rights; and 4) we conclude with a reflection, from the perspective of principlism and virtue ethics, on the ethical implications of the current situation of interns, trainees and residents in medical units in Mexico.

2. Students in service as physicians in direct contact with patients

In Mexico, health care is a right. However, the full enjoyment of the right to health care has not been achieved. Evidence of this is the fact that interns, trainees, and residents are responsible for a significant part of the medical care offered by health institutions. For these institutions, more than students, they are the solution to their chronic problem of lack of medical personnel.

The medical workforce in Mexico is made up of medical professionals and medical interns, trainees, and residents (5). Since these are, officially, “physicians in training”, a subset of “physicians in direct contact with patients” as shown in Table 1.

Table 1. Number of physicians in direct contact with patients, by type and year. Mexico 2012-2021

Year	General Physicians	Specialist Physicians*	Physicians in training**	Total
2012	44,539	91,503	37,814	173,856
2013	45,683	95,964	39,621	181,268
2014	47,897	99,982	42,505	190,384
2015	48,162	110,036	44,912	203,110

Year	General Physicians	Specialist Physicians*	Physicians in training**	Total
2016	51,272	108,991	48,914	209,177
2017	50,590	110,747	51,693	213,030
2018	51,219	113,280	52,734	217,233
2019	51,692	112,951	54,665	219,308
2020	54,946	115,256	54,087	224,289
2021	56,811	116,638	60,155	233,604

* Does not include dentists or dental specialists.

** Does not include dental interns.

Source: prepared by the authors based on open data from the Ministry of Health (5).

The subset “physicians in training” is made up of medical students: interns, trainees, and residents. Interns are medical students in the penultimate year of the curriculum (generally the 5th of six years). Interns are students who perform their social service, the name by which the last year of the degree is known, and residents are general practitioners who study a medical specialty. Residents are the only ones who have the title of physician, although they are still graduate students; interns and trainees are not physicians, they are undergraduate or graduate students. Referring to interns, trainees, and residents as “physicians in training” confuses and masks the fact that they are students. Therefore, this subset is referred to in this paper as “students in service,” which, because they are officially part of the active medical care workforce, can be considered a medical workforce. However, because it is not covered by legislation and does not enjoy the prerogatives and rights of workers, it will be an informal workforce.

As can be seen in Table 1, in 2021, in-service students constitute about a quarter of the physicians in direct contact with patients; however, they work, according to the respective official standards (10,11), an annual average of 80 hours per week, and general practitioners and specialists, according to national legislation (12), have maximum 40-hour weeks. In other words, in-service students work

twice as long as contract physicians. If the number of students in service (Table 1) is multiplied by 80 hours per week, and the number of contract doctors (general and specialists) (Table 1) by 40, it turns out that students in service (Doctors in training) support more than a third of the burden of medical care in health institutions, as represented in Table 2.

That is, medical care in Mexico is met through the allocation of work hours through the formal medical market and training hours of students in service or the informal labor market.

Table 2. Number of hours* (labor or in-service training) per week (workload) of physicians in direct contact with patients, by type and year. Mexico, 2012-2021

Year	General Physicians	Specialist Physicians**	Physicians in training***	Total hours/ week
2012	1,781,560	3,660,120	3,025,120	8,466,800
2013	1,827,320	3,838,560	3,169,680	8,835,560
2014	1,915,880	3,999,280	3,400,400	9,315,560
2015	1,926,480	4,401,440	3,592,960	9,920,880
2016	2,050,880	4,359,640	3,913,120	10,323,640
2017	2,023,600	4,429,880	4,135,440	10,588,920
2018	2,048,760	4,531,200	4,218,720	10,798,680
2019	2,067,680	4,518,040	4,373,200	10,958,920
2020	2,197,840	4,610,240	4,326,960	11,135,040
2021	2,272,440	4,665,520	4,812,400	11,750,360

* Number of hours = Number of general practitioners and specialists x 40 hours per week; number of physicians in training x 80 hours per week.

** Does not include dentists and dental specialists.

*** Does not include dental interns.

Source: prepared by the authors based on open data from the Ministry of Health (5).

Certainly, the regulations governing the admission and stay of medical students in medical units establish that they must always

be supervised during their clinical activities (10,11). However, the scarce quantitative and qualitative development of the teaching staff does not allow this to be the case. Table 3 shows that in 2021 there were, in general and on average, more than 60 students in service for each physician dedicated to teaching and research.

Table 3. Number of medical students in service according to type and physicians in teaching and research activities in health institutions. Mexico, 2021

Health institution	Residents	Interns	Trainees	Teaching and research physicians	MF/MEI* ratio
Ministry of Health	9,605	6,830	8,416	737	33.7
Mexican Social Security Institute (IMSS)	19,568	4,520	1,466	28	912.6
IMSS BIEN-ESTAR	0	0	2,131	60	35.5
Institute of Security and Social Services of State Workers	1,839	294	0	19	112.3
State health services	1,105	494	79	32	52.4
Municipal health services	22	83	72	0	0.0
Petróleos Mexicanos	791	0	0	20	39.6
Ministry of National Defense	437	571	229	23	53.8
Ministry of the Navy	139	87	64	33	8.8

Health institution	Residents	Interns	Trainees	Teaching and research physicians	MF/MEI* ratio
Integral Family Development	106	0	9	31	3.7
University hospitals	812	124	262	11	108.9
National total	34,424	13,003	12,728	994	60.5

* MF = Physicians in training (Residents + interns + trainees) / MEI = Physicians in teaching and research.

Source: prepared by the authors based on open data from the Ministry of Health (5).

Furthermore, in that same year, not all medical units that had students in service included medical personnel in teaching and research tasks (5): of a total of 21,651 medical units in the country, 8,842 (40.8%) had students in service and, of these, 485 (5.5%) had doctors in teaching and research work, as shown in Table 4. Additionally, it is highlighted that 2,969 outpatient consultation units (14.7%) were attended only by students in service.

Table 4. Number of medical units according to type and presence of doctors in training and doctors in teaching and research. Mexico, 2021

Medical Unit (n = number of units)	Number of units with physicians in training	Number of units with physicians in teaching and research
Outpatient consultation (n = 20,187)	7942	64
Hospitalization (n = 1,453)	897	418
Social welfare (n = 11)	3	3
Other	0	0

Source: prepared by the authors based on open data from the Ministry of Health (5).

The lack of medical personnel in teaching and research reflects the lack of a teaching staff to support formal medical education in medical units and is an indicator of the lack of guarantee of the right to education of medical students. Even assuming an underreporting of physicians in teaching and research activities, the indicator is clear: medical education is not a formal activity in most medical units in the country.

As already mentioned, medical students in service are integrated into medical units as an informal work force. Therefore, they do not receive the prerogatives of workers, nor are they considered subjects of the right to decent work. Evidence of this is that if we consider the number of hours worked and the remuneration received by each of the categories of physicians in direct contact with patients (13), as can be seen in Table 5, we find that interns receive \$17.76 dollars per hour, residents \$61.58, general practitioners \$165.65 and specialists \$212.96. Regarding interns, there are those who are in positions without a scholarship (positions in urban areas) and others who live in rural medical units, where the schedule is eight hours a day; however, they are obliged to remain there 24 hours a day to attend to medical emergencies. They are paid around US\$8.28 per hour.

Table 5. Monthly salary/grant (U.S. dollars*) of physicians in direct contact with patients by type. Mexico, 2022

	General Physicians	Specialist physicians	Residents	Interns	Trainees
Salario-beca	\$1,320.25	\$1,703.75	\$800.56	\$230.93	\$198.82 – \$38.36

* 18.00 Mexican pesos = one U.S. dollar.

Source: prepared by the authors based on data from the Government of Mexico (13).

Medical students in service are a fundamental pillar for the functioning of medical units. In the words of one resident: ‘Speaking specifically of that hospital, without residents and interns I don’t know

how it would work. Because after four o'clock in the afternoon there is no one. There are no basic doctors' (14).

3. Artisanal medical education

3.1. Historical background

The current conformation of the group “physicians in direct contact with patients” and the emergence of the subset “physicians in training” are the result of a planning and historical process in which two facts stand out: a project elaborated in 1959 by the National Commission of Internships and Residencies A.C., and the Medical Movement of 1964-1965.

The project of the National Commission of Internships and Residencies established an educational program for recently graduated physicians and a series of budgetary and operative advantages for health institutions, such as: “continuous attention to patients, emergency services and low disbursement for the so-called “economic aid” to interns and residents” (15). It should be noted that, at that time, interns, and residents, like interns in their origin, were recently graduated physicians. But, given the labor and economic implications of doing so with graduate physicians, the program was implemented with students. That is, instead of considering hiring physicians who had recently graduated from a four-year curriculum, it was decided to expand the medical school curriculum so that interns and trainees would still be students. The afore mentioned commission justified:

Due to circumstances that are general to all the Schools of Medicine and others that are particular to our Mexican Faculties, We have that the teaching given in school is insufficient for the training of the doctor and that only after having obtained a guided and systematized hospital experience is when an adequate vision of medicine is acquired, and a true medical judgment is formed (15).

The tendency to use medical students to solve the medical care demands of the population was already being structured; these are the ones that gave rise to the social service in 1936:

The Medical-Social Service of the University, [...] is one of the most important steps [...] to know and seek the resolution of two important problems: the scarcity and, in not a few cases, the absolute lack of medical care in places with few resources, and the concentration of doctors in important population centers because of the poor distribution of these professionals” (16) (The underlining is my own).

To medical residencies in 1941:

Dr. Aquilino Villanueva Arreola, who instituted [...], for the first time in our country the Hospital Residencies, had the support of Dr. Gustavo Baz Prada, then Secretary of Public Assistance [...] the [...] resident physicians [...] had to remain on duty for 24 hours a day, while the basic medical staff worked two, four, six or eight hours; the care of patients fell, after this period of time on the resident physicians (17) (Underlining is my own).

And the medical internship in 1959:

At present, no hospital can be considered good if it pretends that its services are satisfactory only from 8:00 to 14:00 hours, but for 24 hours a day, something that has only been achieved with the realization of the system of internships and residencies... (18) (Underlining is my own).

The Medical Movement of 1964-1965 (19,20) originated in the face of the role conflict of the students in service (workers or students?) and the first signs that they would not be recognized as workers. Nonconformity was violently repressed and, in the end, the category of “Doctors in training” was imposed and consolidated. That is, although the students fought to be recognized as workers, the health

institutions recognized them as students and workers. Thus, President Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970):

He considered an apprenticeship contract that would harm the dignity of physicians to be inconvenient, [...] he stressed that the most important thing [...] was that such a contract should be protected by the Federal Labor Law and the Law of Workers in the Service of the State, and that teaching should also be guaranteed in the same way, as a responsibility of the authorities to provide it, and of the physicians to take advantage of it (19).

Now, the students in service comment on teaching:

The working hours and remuneration of an undergraduate intern are completely outrageous [...]. Welfare work was always prioritized over academic training... (4).

The hospital staff [...] lack many values and consider the interns as vile slaves to be used to getting work done, without any dignified treatment whatsoever (4).

From the perspective of human rights, the ambiguity of roles of students in service (14) who are simultaneously students and informal workers means loss of full rights; and from pedagogy, current medical education in health care units can be considered a craft education (6), whose main characteristics are: the coincidence of the roles of student and worker in a single person; the convergence of the role of teacher with that of worker in the figure of the teacher; informal education in a scenario of daily professional work and, therefore, the absence or, if any, in non-compliance with an academic program. Under these conditions and, in general, learning occurs by routine participation in processes, with little or no reflection, without criticism and with few possibilities to modify, innovate and, in the case of medicine, to care for patients according to their biological, psychological, and social diversity.

The characteristics of artisanal education prevail in most of the medical units that have students in service. For example: over 98%

of interns, trainees and residents feel more like workers than university students (4); furthermore, 84% consider that in the medical units the care process is prioritized over the teaching-learning process and believe that teachers in the medical unit do not have adequate working conditions to fulfill their educational function (4).

For patients, the situation described above entails risks and insecurity. Their right to health is frequently violated, since they are attended by unsupervised medical students in service, who do not yet have sufficient professional competencies. According to a student in service at the end of his internship:

It is not a bad venue. However, it is conspicuous by its lack of teaching in terms of classes. On the other hand, they let you do a lot of procedures. There are very few doctors who take the time to teach you anything (4).

To that of an intern at the end of his social service:

During on-call and evening shifts there was no attending or resident doctor on duty leaving all the responsibility to the intern doctor. This was reported to and discussed with the Medical Management, without a favorable response, and was repeated throughout the entire social service (4).

In addition, because it is not properly regulated, traditional education predisposes to authoritarianism and a relationship of dominance and subordination that encourages violence (21), mistreatment and abuse (22), which are increasingly evident and frequent in medical education.

3.2 Mistreatment and abuse of in-service students

The general structure of mistreatment of medical students has been described in detail (23). In Mexico, there is numerous evidence of arbitrariness and abuse of medical students in medical units. For example, in studies carried out in the state of Veracruz (24,25), it is

reported that 80% report a lack of cordiality and respect within the medical unit; 54% report having received discriminatory treatment because of their gender, appearance or any other personal characteristic; more than one third report that during the last year they have suffered sexual or other types of harassment by superiors or colleagues, and more than two thirds report having felt anxiety or fear of being punished or dismissed during their stay in the medical unit.

Montes Villaseñor and collaborators (26) found that 87% of residents in the state of Veracruz had had at least one experience of aggression during their training as specialists and up to 50.4% reported psychological violence.

The Human Rights Commission of the State of Puebla (CDH-Puebla) (27) documented that 72% of resident physicians consider that they have been victims of acts of aggression in medical units, 81% have been victims of cruel, inhuman, or degrading treatment, 69% have suffered physical or psychological violence, and 67% consider that their human rights have been violated. In this context, it explains the recommendation that the same CDH-Puebla (28) issued in 2022, regarding the suicide of a medical resident because of workplace harassment, bullying and discrimination suffered in a public hospital in the state.

Derive (29) reports in a group of resident physicians in the State of Mexico that 84% refer to psychological mistreatment, 78% humiliation, 50% punishment guards, 40% being denied teaching, 16% beatings, 35% have been deprived of food, 21% forced against their will to consume alcohol and 21% punished with not being able to go to the bathroom during the guards:

Well, I pissed myself, what was I going to do?”. That was how Manuel, between laughter, used to end his anecdote about one of the many times he was pushed to the limit during his medical residency. His laughter always puzzled me, and once in private he told me that he remembered that time as his “temporary stay in purgatory.” “But that’s the system,” he would tell me resignedly. The only thing that can be done is to break the circle that states that “he who learns the hard way, teaches the hard way (30).

In a study of resident physicians in Mexico City, carried out by Silvia Ortiz-León and collaborators (31), it is reported that 98.5% stated that they had suffered at least one harassing behavior during the last six months. The most frequent harassment behaviors were overt intimidation and work discredit. As a result of the above, in the country, it is estimated that 89% of the residents studied have *burnout*, 71% have depression, 78% have anxiety and 58% accept that they give poor care to their patients (29).

Martín Acosta (14), has also evidenced the mistreatment and abuse, from a qualitative perspective:

The first day we were received by the head of teaching, and he started threatening us that if we did not comply with the regulations, he would expel us.

The head of service even broke my notes in front of everyone. And that is a humiliating situation.

It should be noted that the problems described above are not exclusive to medical education in Mexico. Fabiana Reborais (32) cites this type of problem in Argentina, Brazil, Canada, Colombia, Chile, Spain, Finland, Japan, Nigeria, Pakistan, and the United Kingdom. Derive (33) refers to studies on the subject in Saudi Arabia, Argentina, Australia, Canada, Chile, United States of America, France, Ireland, India, Japan, Mexico, Nigeria, New Zealand, Pakistan, and United Kingdom. In a meta-analysis including 51 studies written in English, Fnaiss *et al.* (34) estimate the prevalence of bullying among students to be between 52.0% and 66.7% (95% CI). The review by Abate and Greenberg (35) concludes that verbal, sexual, racial and gender discrimination is widespread in undergraduate and graduate medical education in the United States.

3.3. *Violence in medical education*

How to understand the extraordinary tolerance of medical students in service to violence? Violence according to the World Health Organization is:

The intentional use of physical force or power, in fact, or as a threat, against oneself, another person, or a group or community, that causes or has a high likelihood of causing injury, death, psychological harm, developmental disturbance or deprivation (36).

According to Christophe Dejours (37) it is “acting on someone or making them act in a way that, without their knowledge, puts their life or the lives of others at risk”.

It should be specified that the violence that students consent to and allow is hegemonic internal violence (38) and neural violence (39). Internal violence is the one that students in service “as members of the medical field, must accept, incorporate and naturalize” (38). This is tolerated because it is lived with during training and is, as we will see below, justified, and normalized. Neural violence refers to that which is immanent to the current socioeconomic system and to the individuals themselves; that is, violence to which there is no resistance because it is self-generated and self-imposed for the sake of efficiency and productivity.

The commonality of violence in medical education may mean that it is useful and functional to health systems. What is achieved with violence towards students in service, fear with hegemonic internal violence, self-exploitation with neuronal violence. The fear generated by internal violence is necessary to generate the subjugation characteristic of dominance-subordination relationships and thus impose work overloads (40); enough fear to accept mistreatment and abuse and not be rejected by the group and see their motivations and desires to have a title of general practitioner or specialist, and receive the corresponding social recognition, frustrated.

On the other hand, self-imposed neural violence is not perceived as such, but as a challenge. Admission to medical school and medical specialties is highly selective. Those selected form a minority who, in general, enjoy high self-esteem and social recognition. To them, violence and mistreatment are presented as challenges to their abilities and competencies. It is therefore not unusual, for example, for them to engage in competitions to see who can spend the longest time in

the hospital or the most hours without sleep. This is what Dejours (40), from an occupational health perspective, calls a collective defense strategy, which tends to minimize, if not deny violence.

On the other hand, violence has a legal basis; it is indicated in the regulations themselves. For example, the official norms establish that the complementary clinical practices of the students (guards):

On working days, they begin at the time the morning shift ends and conclude at the time established to begin the following morning shift, in accordance with the regulations of the health institution [...] Their duration on Saturdays, Sundays and holidays must be for a maximum of twenty-four hours, beginning and concluding activities as specified in the regulations of the health institution. The intern who finishes his complementary clinical practice on a working day should continue the activities described for the morning shift in the operative program (10,11).

In other words, students in service are ordered to workdays in the medical units that officially last 32 hours, with an annual average, as already mentioned, of 80 hours of work per week. In fact, interns' and residents' workdays in hospitals frequently exceed 100 hours per week (4,24,25). In the words of one intern: "Although we have an established schedule, we exceeded the limit and worked around 36 hours not so much in academic tasks but in things related to patients" (14). Thus, it is the regulations themselves that force in-service students to perform professional activities in conditions that put their lives and those of the patients they care for at risk (41,42). In the words of one resident: "It requires us to know all 80 patients 100%; two residents and three or four new interns and the truth is that no matter how much you want to, you can't" (14).

To comply with official regulations and silent disagreements, a context favorable to coercive power is required. Power relations in hospitals have been described from various perspectives. Consejo and Viescas-Treviño (43) approached them from the perspective of

Foucault and Bourdieu; Villanueva (44) and Reiborais (32), from the framework of total institutions developed by Goffman (45). From the perspective of artisanal education, hospitals create scenarios characteristic of total institutions: they are places in which apprentices are stripped of their previous identity and roles; the activities are rigorously scheduled; All their time, dedication and effort are required; In them, students in service carry out and share work, educational and social activities, consequently, they must renounce other interests, commitments and obligations. The fact that 74% of students are in medical units more than 80 hours a week and more than 97% consider that their stay in the hospital interferes with their social and family life (25), supports the idea that for students in service, medical units are like total institutions. In his own words:

To the family, I knew I was going to let them see. I knew that I was going to live only for the hospital and for the specialty... (14).

My courtship little by little deteriorated to the point of having to take a decision. These situations are so complex and complicated, and everyone decided to take their own path... (14).

As for my friends, I no longer keep track of them, nor do they keep track of me, for obvious reasons... (14).

On the other hand, the entrance to these spaces is characterized by initiation rituals, which are tests or challenges to which those who enter are subjected and whose overcoming means acceptance and integration into the group. Derive (33) describes the similarities between initiation rites and the mistreatment of residents. According to testimonies collected by Acosta-Fernandez (14): ‘He told us: you, clean up! Then we started to pick up the garbage and move the typewriters that were on the table. He pointed his finger at us and said: ‘you are the new ones, and you must understand your place as new ones’’. In a context such as the one described above, it is feasible to violate and overload students with work; in addition, fear, simulation, silence, competition, and deterioration of interpersonal relationships, among other things, are generated (37,46).

Thus standardized, contextualized, conceptualized, and understood, violence, both by medical personnel and by the students themselves, is easily acceptable and even pedagogically desirable: doctors must be trained with the character and skills to attend patients whenever necessary and under any circumstances, capable of making decisions under adverse conditions, pressure and uncertainty; Reboiras calls it the “heroic model” (32).

Certainly, such a narrative does not stand up to the slightest analysis. Accepting violence for didactic purposes implies complicity with the perpetrators and willingness to exercise and reproduce it for that purpose. That is, accepting to be violated to become part of the medical profession justifies that, in due course, medical students may be violated. This explains the resistance to change and the fact that students in the higher grades violate the newcomers or those in lower grades, justifying themselves with sentences such as “that’s the way it has always been” or “that’s the way it was for me, and it was good for me”. According to the residents:

They are unfair mainly most of my fellow senior residents. Right now, I have suffered harassment and bullying from them (I am not the only one). Very few members are disrespectful and unfair. However, there are those who just let you down even if you haven’t made any mistakes or missed work. [...] The older residents are the ones who squeeze us under the water, exploit us and demand more, without you being able to give your opinion because things are worse for you (4).

The atmosphere among internal medicine residents is very arbitrary since the most senior residents are the ones who determine the punishments. Reprimands and many times, it is without supervision of an assigned person. There needs to be greater oversight by seconded physicians over how senior resident physicians interact with junior residents (4).

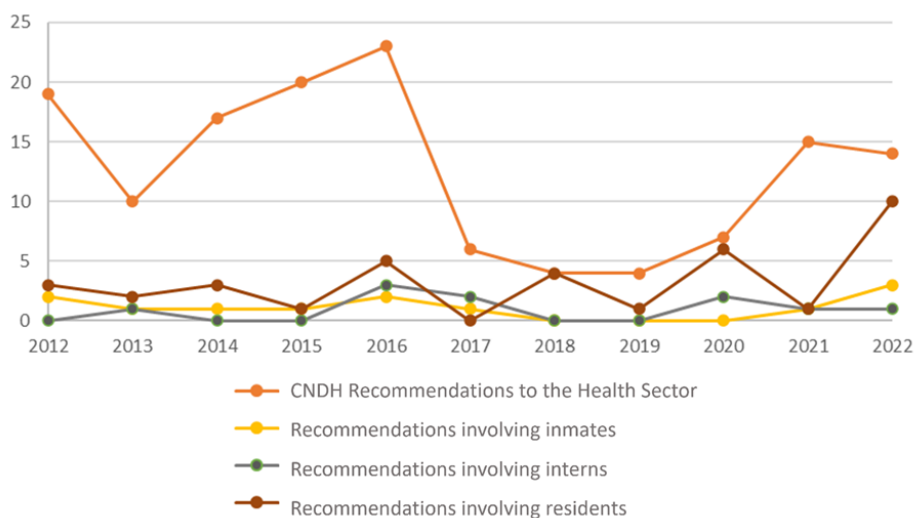
From a human rights perspective, the mistreatment of students in service is one more manifestation of violations of the right to edu-

cation, the right to work, the right to personal integrity and safety and the right to dignified treatment. And given the interdependence of human rights, it is to be expected that the health of the students in service (42) and that of the population they serve will be affected.

4. Violations of patients' human rights

Among the variables that guarantee the right to health, and, to medical care, is the quality of medical education. The fact that medical students are not supervised during their clinical activities not only violates the right to education, but also the quality of medical care and, consequently, the right to medical care and, in general, human rights. In Mexico, the National Human Rights Commission (CNDH) (47), has explicitly exposed the violation of human rights derived from medical care provided by unsupervised medical students as shown in Figure 1.

Figure 1. Total number of recommendations from the National Human Rights Commission to the Health Sector and number of recommendations involving medical students, by year and type of student. Mexico, 2012-2021



Source: Prepared by the authors based on data from CNDH recommendations (47).

In 1997, the CNDH (48) made the first explicit recommendation to the Health Sector for allowing unsupervised medical students to attend patients:

... the care in the obstetrics and gynecology service was carried out mainly by resident doctors and undergraduate interns [...] there was no proper supervision of the students' work by the assigned doctors [...], which resulted in evident complications for the patient [...].

In 2023 the same CNDH (49) issued its most recent recommendation to the Health Sector for the violation of human rights in medical units caused by the medical care provided by unsupervised medical students:

Therefore, the name of the public servants in charge of PMR1 (Resident Medical Staff), PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6, PMR7, PMR8, PMR9, PMR10 and PMR11 should be investigated so that, if applicable, the corresponding responsibility for having failed to comply with points 5.7, 9.3.1, 10.3 and 10.5, of the NOM for Medical Residencies, in which it is specified that although medical residents are medical professionals, the fact is that they are undergoing a period of training, therefore they require supervision and guidance in their activities under the direction of their head professor, This did not happen and in the case of PMR1, PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6, PMR7, PMR8, PMR9, PMR10 and PMR11 it had an impact on the deterioration of V (Victim)'s health.

The CNDH has made about six dozen particular recommendations on the subject in the last ten years. One might think that these point to exceptional cases. However, there is evidence that the problem is widespread. In addition to the recommendations, the CNDH (2) in 2009, made a general recommendation derived from the review of 11,854 complaints received from patients or their relatives who

considered that their rights had been violated in the country's medical units, and in which it concludes that:

The most serious problems faced by the institutions in charge of providing health services are those related to the lack of doctors, specialists, and nursing personnel necessary to cover the demand; the lack of training to elaborate efficient diagnoses and grant adequate treatments for illnesses, and the insufficient supervision of residents or interns by health personnel.

Thus, the lack of sufficient general doctors and specialists means that students are left unsupervised during their clinical activities and graduate without the skills to make diagnoses and provide adequate treatment. The interdependence between the right to medical education and the right to medical care is clear. If the former is violated, the latter is compromised.

In addition, there are several studies that confirm what the CNDH has pointed out and provide concrete data: more than 90% of medical students in service accept having made diagnostic or therapeutic decisions without the advice of professors, assigned physicians, service chiefs or medical directors of the health institution (25); more than two thirds accept having committed diagnostic or therapeutic errors due to lack of supervision and a similar proportion have committed errors due to lack of professional competencies (25). In the words of two resident physicians:

In my unit there is a colleague who has made multiple iatrogenic errors due to inexperience or lack of supervision, without being sanctioned for his actions [...] conditioning on 1 occasion death [...] So I consider that we should be [...] supervised more rigorously (4).

During my residency year I felt good. However, during the last few months we had no attending physicians to supervise us. Speaking personally, I was in the surgical service without direct supervision from an assigned physician. Fortunately, nothing bad happened or nothing was complicated. However, I do not

consider it adequate that this service is only commanded by a first-year resident (4).

5. A new ethical horizon based on teaching and care ethics

With the above, unfavorable conditions are created to meet the fundamental ethical obligation of the medical profession: *Primum non nocere*, and conducive to maleficence.

The figure of “doctors in training” emerged in the middle of the last century. It is now observed that, as proposed by the National Commission of Internships and Residencies, medical students are a fundamental pillar for medical care services in Mexico: they are responsible for more than 40% of the medical care time in the country, in exchange for a minimal economic outlay. It is suggested that the health care system with “doctors in training” must resort to violence to make it work. This has repercussions on the treatment of patients (38,50), who, in addition to being attended by unsupervised students, are the final target of violence.

On the other hand, after almost six decades of the Medical Movement, there is evidence that guaranteeing “equal teaching” was a good intention that has not yet been realized. That is, the right to education in medical units is still not fully guaranteed. As we have already seen, at present, there is only one physician in teaching and research work for every 60 students in service; most of the students are in medical units that do not have physicians dedicated to teaching and research work; and almost 15% of the outpatient units only have students to provide medical care.

Indisputably, and according to the World Medical Association (51), medical students, before having professional autonomy, must have supervised contact with patients:

Before beginning independent practice, every physician must complete a formal program of supervised clinical education. In

undergraduate medical education, clinical experiences should range from primary to tertiary care in inpatient and outpatient settings, such as teaching hospitals, community hospitals, clinics, physician practices, and other health care facilities.

The same association highlights the importance of formalizing the clinical education processes (51):

The clinical component of university medical education should use a training model with defined objectives and should include direct experiences in the diagnosis and treatment of the disease, with a gradual increase in the student's responsibility, based on his or her demonstration of relevant knowledge and experience.

In other words, guaranteeing the right to education in medical units involves, as stated by the World Medical Association, formalizing the educational process: defined objectives, formal teaching-learning processes, and ongoing evaluation. All this, under the ethical foundation of the teaching ethics of health care.

The scenarios of clinical education in Mexico have had during the last years, as in the whole world, important technological advances. However, these technical advances have not been accompanied by changes in the educational process in medical units, nor with an ethical framework of their own. The scarce, if not non-existent, development of teaching and health care ethics is striking (52). At present, medical education is developed with ethical frameworks from the late 19th and early 20th centuries.

At the end of the 19th century (1887) Dr. Liceaga (53) planned that:

The teaching of medicine, more than any other, must be essentially objective, it must be done on the sick, and all civilized nations have agreed that those who are assisted by public charity, serve for clinical teaching; this practice redounds to the benefit of the sick themselves, who are assisted more assiduously and more carefully observed.

Dr. Liceaga's approach (53) assumes that medical care is not a right, but a service for which one must pay in one way or another. Those who do not have financial resources will have to pay, obligatorily, by participating in medical education processes. The latter goes against all basic ethical principles (54,55); against justice (concentrates the burden of medical education on a segment of the population); autonomy (ignores the will of patients to participate or not in educational processes); beneficence (delegates medical care to unsupervised medical students); and non-maleficence (favors medical care with exhausted and worn-out students in service, which favors medical error). Apart from the Principlism and from virtue ethics (56) we must ask, what habits are being promoted in future physicians, and is the dehumanization of medical care not a consequence of the way in which patients are seen and treated in the environments in which future physicians are trained? Answering these and similar questions is one of the great pending and current challenges facing teaching and health care ethics.

Now, more than one hundred and thirty years later, and from the perspective of teaching ethics and medical care as a right, it is not acceptable that patients should have to pay for the medical care received with their obligatory participation in the training of new physicians. However, and in general, in the country it is still considered that patients do not have to be informed, nor do they have the right to be part of the teaching-learning process of future physicians.

The absence of teaching and care ethics is evident in many aspects of medical education in hospitals and health centers. Patient informed consent is just one of them. The supervision of students in service, the charging of places for students in service and medical care with students in service are, among many others, very little studied and discussed topics in which the ethical perspective is fundamental.

The scheme proposed by Dr. Liceaga (53) under the ethical guidelines in force at the time, which were oblivious to social inequalities and the reproduction of violence, was justified by the fact that medical education and the training of physicians were for the benefit of the patients themselves. Thus, to date, in Mexico it is taken for granted

that professors and students of medicine have no other ethical obligations before patients than those inherent to clinical work.

Since Hippocrates, it has been established as an ethical obligation of physicians to contribute to the training of new physicians (57, 58). To fulfill this obligation, it is not enough for medical students to approach a physician and see how he or she performs his or her work; a code of ethics different from that of clinical practice is required, specific to the formal teaching-learning process with patients (52).

From the ethical perspective, it can be argued that there are two models of medical education with patients: a model in which the educational and medical care processes are the same thing, are not differentiated and have ethical standards in common (artisanal model) and a model in which education and medical care are separate, and to each corresponds a different application of ethics. That is, clinical ethics is clearly separated from teaching-care ethics (52).

In 1964, before the Medical Movement began, there was a university proposal that in medical units receiving medical students, education should be privileged, prioritized, and strengthened. The educational process should always be under the baton of the university. In the words of Dr. Ignacio Chávez (59), at that time rector of the National University: “The Faculty now proposes to take charge of the specialized courses that will provide the country with the necessary specialists, under its scientific control”. The Medical Movement and its outcome prevented this purpose.

Now, from a human rights approach, it is time to retake the proposal. The presence and active participation of educational institutions, as guarantors of the right to education, in the educational processes within health institutions is a must. If universities do not assume their constitutional responsibility to protect and guarantee the right to education, health institutions will not be able to do the same with the right to health care.

It is indisputable that the current model of medical education in Mexico’s medical units is ethically and pedagogically obsolete; it violates human rights and generates illness and death. According to national and international human rights legislation, change is mandatory.

Acknowledgments:

The initial version of this paper was reviewed and commented on by Luis Felipe Abreu-Hernández, Marcela González de Cossío Ortiz, Félix Arturo Leyva González, and Ricardo Páez Moreno. We thank them all for their valuable comments and suggestions. Certainly, the final writing is the sole responsibility of the authors.

References

1. Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg H. Health Human Rights. *Health hum. rights.* 1994; 1(1):7-23. <https://doi.org/10.2307/4065260>
2. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación General Número 15 Sobre el derecho a la protección de la salud. 2018. Available at: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Recomendacion-General-15.pdf>
3. Vázquez F, Saiz-Calderón M. Derecho a la educación médica y la ética docente-asistencial. *UVserva.* 2022; (13):22-30. <https://doi.org/10.25009/uvs.vi13.2856>
4. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Educación Médica y Derechos Humanos. Evaluación del respeto a los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana, en las unidades de atención médica. 2017-2018. 2019 [cited 2023 Apr 15]. Available at: <https://www.uv.mx/obeme/files/2019/08/Informe-Educacion-Medica-Derechos-Humanos.pdf>
5. Secretaría de Salud. Datos abiertos: recursos [Internet]. DGIS; 2022 [cited 2023 Feb 20]. Available at: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html
6. Vázquez F. La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. *Inv Ed Med.* 2016; 5(18):121-127. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572016000200121
7. Shalaby R, Oluwasina F, Eboime E, El Gindi H, Agyapong B. Burnout among Residents: Prevalence and Predictors of Depersonalization, Emotional Exhaustion and Professional Unfulfillment among Resident Doctors in Canada. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(4):3677. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043677>
8. Zhang H, Cui N, Chen D, Zou P, Shao J. Social support, anxiety symptoms, and depression symptoms among residents in standardized residency training programs: the mediating effects of emotional exhaustion. *BMC Psychiatry.* 2021; 21(1):460. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03381-1>
9. Olivares SL, Gómez JF, Flores CM, Castañeda A, Turrubiates M. Me preparo para prevenir la violencia y el acoso en estudiantes de medicina en México. *Investigación educ. médica.* 2021; 10(40):86-96. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572021000400086

10. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Diario Oficial de la Federación. 2013. Available at: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
11. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. Diario Oficial de la Federación. 2022. Available at: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5655487&fecha=17/06/2022#gsc.tab=0
12. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación. Available at: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
13. Gobierno de México. Acciones para mejorar las condiciones de las y los médicos en formación. 2022 [cited 2023 Feb 15]. Available at: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/771594/CPM_Salud_RRHH_en_formacion_25oct22.pdf
14. Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco MA, Pozos-Radillo BE, Torres-López TM, Parra L. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Inv Ed Med.* 2017; 6(23):169-179. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000300169
15. Frenk J, Hernández Llamas H, Álvarez Klein L. Análisis histórico del internado rotatorio de pregrado en México. *Gac. méd. Méx.* 1983; 119(2):87-96. <https://www.yumpu.com/es/document/view/18232167/el-internado-en-mexico-paho-who>
16. Mazón JJ, Delgado A, Sánchez G, Serret G. El Servicio social Médico. Universidad Nacional Autónoma de México. (s/f). Available at: http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/EI%20Servicio%20Social%20Medico.pdf
17. Rivera HH. Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2007; 70 (1):43-46. Available at: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=12487>
18. Gasca H. Crónica de la Facultad de Medicina (1950-1971). Tomo I. México: UNAM, Facultad de Medicina; 1997.
19. Pozas R. La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965. México: Siglo XXI; 1993.
20. Soto G. Médicos, hospitales y servicios de inteligencia: el movimiento médico mexicano de 1964-1965 a través de reportes de inteligencia. *Salud Colectiva [Internet].* 2011; 7(1):87-97 [cited 2023 May12]. Available at: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100007
21. Páez R. Abordaje bioético de: “la educación médica desde el enfoque de la salud basado en derechos humanos”. *Inv Ed Med.* [Internet]. 2020; 9(36):96-102. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572020000400096
22. Sosenski S. Niños y jóvenes aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX. *Estud. hist. mod. contemp. Mex.* 2003; 26(26):45-79. <https://moderna.historicas.unam.mx/index.php/ehm/article/view/3084>

23. Chávez-Rivera A, Ramos-Lira L, Abreu-Hernández LF. Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gac Med Mex.* 2016; 152(6):796-811 [cited 2023 Jul 9]. Available at: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM_152_2016_6_796-811.pdf
24. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Educación Médica y Derechos Humanos. Evaluación del goce de los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana, en las unidades médicas. 2019-2020. 2021 [cited 2023 Apr 24]. Available at: <https://www.uv.mx/obeme/files/2019/05/3er-informe-Obeme.pdf>
25. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Evaluación del respeto a los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana, en las unidades de atención médica (2018-2019). 2020 [cited 2023 Apr 4]. Available at: <https://www.uv.mx/obeme/files/2019/05/02-segundo-informe-educacion-medica-y-derechos-humanos.pdf>
26. Montes-Villaseñor E, García-González J, Blázquez-Morales MS. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *CienciaUAT.* 2018; 12(2):54-66. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100054&lng=es
27. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. Recomendación número: 3/2015, expediente: 8943/2013-C, Quejoso: de oficio a favor de Médicos residentes adscritos a las Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud. 2015. Available at: <https://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/15/3-2015.pdf>
28. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. Recomendación: 14/2022, expediente: 3055/2020, Peticionarios: V1 Y V2. 2022. Available at: https://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/2022/RECOMENDACION_14-2022.pdf
29. Derive S, Casas ML, Obrador GT, Villa AR, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Inv Ed Med.* 2018; 7(26):35-44. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572018000200035
30. Letras Libres. El maltrato en las residencias médicas no es normal. [Internet]. *Ciencia y tecnología ficción.* 2021 [cited 2023 Mar 7]. Available at: <https://letraslibres.com/ciencia-y-tecnologia/el-maltrato-en-las-residencias-medicas-no-es-normal/>
31. Ortiz-León S, Jaimes-Medrano AL, Tafoya-Ramos SA. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir.* 2014; 82(3):290-301. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50619>
32. Reboiras F. 2020. Condiciones de formación en las residencias médicas: el maltrato como práctica educativa legitimada. Tesis de Maestría. Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina; 2020.
33. Derive S. Análisis de las raíces profundas del maltrato en los residentes de especialidades médicas. Tesis de Doctorado. Ciudad de México: Universidad Panamericana. 2022.
34. Fnais N, Soobiah C, Chen MH. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med.* 2014; 89(5):817-27. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000200>

35. Abate LE, Greenberg L. Incivility in medical education: a scoping review. *BMC Med Educ* 2023; 23(24). <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-022-03988-2>
36. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la violencia. [Internet]. OPS [cited 2023 Mar 7]. Available at: <https://www.paho.org/es/temas/preven-cion-violencia>
37. Dejours C. Trabajo y violencia. Madrid: Modus Laborandi; 2009.
38. Castro R, Villanueva M. Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estud sociol.* 2018; 36(108):539- 569. <https://estudios-sociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/1648>
39. Byung-Chul Han. La sociedad del cansancio. Editor digital: turolero Aporte original: Spleen. ePub base r1.2, 2010.
40. Dejours C. Trabajo y sufrimiento. Cuando la injusticia se hace banal. Madrid: Modus Laborandi; 2009.
41. Rojas R. Residente del IMSS se queda dormido al finalizar su guardia y causa aparatoso accidente automovilístico. *Saludario* [internet] [cited 2023 Apr 17]. Available at: https://www.saludario.com/residente-del-imss-accidente-automovilistico/?utm_source=newsletter&utm_medium=sendy?utm_source=newsletter&utm_medium=sendy
42. Barger LK, Weaver MD, Sullivan JS. Impact of work schedules of senior resident physicians on patient and resident physician safety: nationwide, prospective cohort study. *BMJ Medicine* 2023; 2:e000320. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-med-2022-000320>
43. Consejo C, Viesca-Treviño C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Bol Mex His Fil Med.* 2008; 11(1):16-20.
44. Villanueva M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Rev. interdiscip. estud. género.* 2019; 5(1):1-35. <https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>
45. Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
46. Bedoya D, García M. Efectos del miedo en los trabajadores y la organización. *Estudios Gerenciales.* 2016; 32(138):60-70. <https://www.elsevier.es/es-revista-estudios-gerenciales-354-articulo-efectos-del-miedo-trabajadores-organizacion-S0123592315000613>
47. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. CNDH. Recomendaciones. 2022 [cited 2023 Feb 20]. Available at: <https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion>
48. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación No. 028/1997. Caso de la señora AMP, por la deficiente atención médica que recibió en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", en Morelia, Michoacán. 1997. Available at: https://www.uv.mx/obeme/files/2017/08/Rec_1997_028.pdf
49. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación no. 4 /2023. Sobre el caso de violaciones a los Derechos Humanos a la protección de La salud y a la vida de v, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de

- qv, VI1 Y VI2, por personal médico del hospital Juárez de México, en la ciudad de México. 2023. Available at: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-02/REC_2023_004.pdf
50. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación General No. 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. 2017. Available at: https://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/30105/RecGral_031.pdf
 51. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre la educación médica. Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006 y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, octubre 2017 [Internet]. AMM [cited 2023 Mar 7]. Available at: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-educacion-medica/>
 52. Vázquez F. Ética docente-asistencial. *Medicina y Ética*. 2022; 33(2):441-472. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.04>
 53. Martín-Abreu L. El Hospital General de México. Francisco Méndez Oteo y nuestros autores en la medicina mexicana del siglo xx. México: Méndez Edit.; 2001.
 54. Jaggi R, Lehmann L. The ethics of medical education. *BMJ*. 2004; 329(7461):332-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7461.332>
 55. Vázquez F. Problemas éticos de la educación médica en las instituciones de salud de México. León Correa FJ (coordinador). *Docencia y Aprendizaje de la Bioética en Latinoamérica*. Santiago de Chile: FELAIBE, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, y Centro de Bioética, Instituto de Investigación e Innovación en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. 2017; 55-79. Available at: <https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2018/11/capitulos-colaborados-pela-SOBRAFMA-FELAIBE-2017.pdf>
 56. Macintyre, A. *Tras la virtud*. Barcelona. Crítica, 1987.
 57. Girela-López E. Ética en la educación médica. *FEM*. 2013; 16(4):191-195.
 58. Pérez R. Ética Médica. En: González J, coordinadora. *Perspectivas de bioética*. México: FCE, UNAM, FFyL, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2008.
 59. Nuevo Reglamento de la División de Estudios Superiores de Medicina. *Gaceta de la Universidad*. (XI)48, 21 de diciembre de 1964 [citado 21 de abril de 2023]. Available at: <http://www.acervo.gaceta.unam.mx/index.php/gum60/article/view/4215/4214?21>

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



Espiritualidad y vejez: la comunidad como factor integrador

Spirituality and old age: community as an integrating factor

*José Enrique Gómez Álvarez**

Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), Querétaro, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.04>

Resumen

En el artículo se analiza el papel de la espiritualidad en el afrontamiento de la vejez. La propuesta es sugerir que una práctica institucional comprometida permite tener un mejor afrontamiento a la vejez, siempre y cuando se produzcan las redes sociales de apoyo pertinentes y se viva una auténtica espiritualidad en la práctica comunitaria. La auténtica espiritualidad se produce en esa fusión de la práctica religiosa privada y pública. El artículo sugiere después de un análisis de los conceptos de espiritualidad y religión las distintas estrategias de afrontamiento que se ven reforzadas con la misma práctica religiosa. A partir de ahí se realizan las sugerencias de intervención en el ámbito religioso de la práctica comunitaria para beneficio de las personas adultas mayores.

Palabras clave: religión, estrategias de afrontamiento, intervención social.

* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Profesor investigador del Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), Querétaro, México. jegomezalvarez@yahoo.com <https://orcid.org/0000-0002-8964-2207>
Recepción: 23/09/2023 Aceptación: 06/10/2023

1. Introducción

El envejecimiento poblacional es un fenómeno conocido, puesto que la “aparición” o la visibilización de los ancianos es inevitable. Así, el incremento de la longevidad plantea retos como la integración de los adultos mayores a la sociedad y el enfrentamiento de la muerte a edades más tardías, además, se presentan diversas dolencias que crean retos en su atención material y espiritual, por ello, la práctica de la espiritualidad se ha prolongado (1). La espiritualidad en la vejez ha dejado, en muchos casos, de ser una cuestión de pocos años para prepararse a la muerte, de este modo, la espiritualidad y la práctica religiosa se convierten en parte de la prolongación misma dentro de la vida del anciano (2). Esta prolongación plantea retos comunales y sociales que establecen los siguientes interrogantes: ¿cómo integrarse a la comunidad?, ¿qué papel se juega en la comunidad al ser una etapa duradera de la vida?, ¿qué modos de afrontamiento poseen los ancianos para su vida personal? y ¿cómo la unión del anciano con sus iguales y los más jóvenes fortalece estos medios de enfrentamiento a los retos de la edad?

Por lo tanto, se analiza el papel de la espiritualidad en el afrontamiento de la vejez, en particular, el afrontamiento institucionalizado y formal de las personas, lo que permite jugar un papel doble: la actividad en sí misma que produce el beneficio a las personas ancianas y el aspecto cognitivo afectivo o “interior” que permite un mejor afrontamiento de la vejez. Las prácticas institucionalizadas, a veces entendidas como de “creyentes practicantes”, no se limitan solo a las actividades comunitarias de la vida religiosa, no obstante, la actividad comunitaria permite una mayor integración intergeneracional al ser un medio de intercomunicación entre las personas, donde las diferencias sociales e individuales, al menos idealmente, se difuminan. Así, la propuesta es sugerir que una práctica institucional comprometida permite tener un mejor afrontamiento a la vejez, siempre y cuando se produzcan las redes sociales de apoyo pertinentes y se viva una auténtica espiritualidad en la práctica comunitaria. Lo anterior

además genera deberes respecto a los ancianos. Al ser la práctica religiosa un derecho humano, surgen deberes que deben ser atendidos por todos los involucrados en la sociedad.

2. La espiritualidad

¿Cómo definir espiritualidad? La espiritualidad se define como pensamientos, sentimientos y comportamientos, para comprender lo trascendente de la vida y sus relaciones, lo que implica la búsqueda de lo sagrado y lo divino para el descubrimiento de las percepciones y la esencia (3).

Así, la espiritualidad es un engranaje de la práctica individual y de la social (4), de este modo, la religiosidad se conecta con lo siguiente:

Con un sistema de creencias y acciones relacionados con cultos organizados socialmente, con instituciones formales y prácticas grupales dentro de estas, entre las que destaca la aceptación y seguimiento de dichas creencias, prácticas y rituales tradicionales de la doctrina como parte de la pertenencia a la misma (2, p. 42).

Algunos autores distinguen entre lo espiritual como lo privado y lo religioso como lo social (4), en tal marco, lo religioso está asociado con una religión formalmente establecida, con culto organizado y prácticas grupales, por su parte, la espiritualidad es el sentido personal de existencia de la vida y la experiencia personal, lo que no se vincula, necesariamente, con lo social o algún dogma en particular (2).

Esta dicotomía se debe tomar con cautela: existe la práctica religiosa devocional privada, donde el creyente se considera dentro de la comunidad de creyentes, así, lo espiritual se hace manifiesto en la conducta pública, por lo que se puede practicar la devoción comunitariamente, con el conocimiento y el sentido de lo espiritual, como lo muestran algunos estudios empíricos (5). Además, la auténtica espiritualidad parte de concepciones sociales y termina como una religación, es decir, una cierta unión con lo trascendente, dicho de otro

modo, hay una interrelación entre lo espiritual y lo social, aunque a veces no se haga del todo manifiesta (6). Es preciso notar la necesidad de comportamientos que señalen la espiritualidad, pues una creencia implica siempre actividad y manifestación en obras. Esta manifestación de obras es para beneficio personal (pedir en una oración por uno mismo) o el beneficio colectivo (una oración por la comunidad del creyente o por todo el mundo). Por otra parte, las personas aseguran que pueden ser espirituales, sin ser religiosas, en tal marco, en la religión, la religación se da en doble sentido:

El primer lazo con Dios [el Cosmos, el primer principio, etcétera] nos viene dado por la existencia recibida. El segundo lazo es el reconocimiento consciente de esa existencia en cuanto recibida... La esencia del acto religioso consiste en colocarse en la presencia de Dios (lo Santo) (7, p. 195).

Así, la práctica religiosa y espiritual es el reconocimiento de la conexión con lo santo y lo sagrado, en este sentido, la religión es comunión con lo trascendente que se refleja en el mundo terreno y fáctico como comunidad religiosa. La comunidad religiosa, en consecuencia, no es la mera reunión de “pares” religiosos que comparten unas verdades y una moral, sino una verdadera representación de la conexión con lo Santo; esta comunión espiritual se da entre las distintas subcomunidades religiosas: los que pertenecen a grupos dedicados, exclusivamente, al culto.

Una auténtica religión está basada en una experiencia de lo ilimitado y no en una serie de ritos que se transmiten de generación a generación, así, con la experiencia del todo ilimitado, lo Santo, la vida de la persona adquiere sentido y significado, un sentido vivificante. En esa dimensión, el propio sufrimiento sigue teniendo sentido en cuanto apertura a lo trascendente, lo que lleva a entender o vislumbrar por qué la religión auténtica funciona como estrategia de afrontamiento: permite descubrir el sentido de la vida en las “cosas” pequeñas y en las grandes. Así, ante una limitación vivida, se puede comprender que existen otras posibilidades de realización.

La espiritualidad es una unión difícil de discernir entre práctica y contemplación, de esta forma, las verdaderas religiones ven en la práctica un acto devocional, parte de la vida del creyente. Como señala la Regla de San Benito, “la ociosidad es enemiga del alma. Por eso los hermanos deben ocuparse en ciertos tiempos en el trabajo manual, y a ciertas horas en la lectura espiritual” (8, p. 33). Por ello, se sirve a la divinidad en el acto práctico que, a la vez, lleva a la reflexión, al culto y la oración. El *ora et labora* de los benedictinos no implica dos compartimentos separados, pues es la unión de la realidad práctica humana con la trascendencia: el actuar práctico, la praxis, es adoración de lo divino, es reconocer la presencia esencial de la divinidad en las cosas que se transforman y en el trabajo mismo, es decir, es reproducir la acción creadora constante de lo divino. El *ora et labora* es no solo reconocer la dependencia con el mundo para sobrevivir, sino ser integral de la propia devoción hacia lo Ilimitado (8).

3. Lo comunitario y lo individual: sinergia de afrontamiento

En la práctica comunitaria, la individualidad se manifiesta ante la presencia de la Realidad Trascendente. Respecto con Dios en las religiones teístas, aunque existan diferencias a considerar en las distintas tradiciones religiosas (9), el hombre, en su individualidad insustituible, se presenta frente a Dios. La religión enfrenta al Tú-Tú más radical, pues Dios es el dador de todo y persona que, por excelencia, se presenta al hombre. Esta diada individual-colectivo es una fortaleza de las religiones institucionalizadas que está más limitada en la práctica privada de la espiritualidad, no obstante, esta posición no se ha sostenido por todos los estudiosos. Algunos autores han encontrado diferencias en cuanto el beneficio si la práctica religiosa es individual o actividad institucional: (10)

En general, se observa que cuando se considera el término religiosidad solo como actividad formal e institucional se obtienen

asociaciones débiles con variables de salud y bienestar. Cuando este término se operacionaliza como ideología o conjunto de creencias vitales, resulta una asociación más fuerte, pero mucho mayor aun si es definido como práctica privada y devocional. Parece que el beneficio más significativo de la religiosidad se halla relacionado a un bienestar espiritual general más que a actividades religiosas específicas, en especial en la última etapa vital (10, párr. 16).

De esta forma, puede concebirse la práctica institucional como un fortalecimiento de las redes sociales (6), sobre todo, frente al fenómeno de la marginación, lo que incrementa y fortalece los medios de afrontamiento de la vejez (4) en el contexto de la religiosidad occidental. Lo anterior no se produce, al menos, en las zonas poco occidentalizadas de Oriente, donde, a veces, el papel de los ancianos está establecido culturalmente y es menos desfavorable en cuanto al rol respetado por la comunidad, aun en situaciones paradójicas como el sistema de castas en la India (9). Debido a la marginación, no se está “solo” en el sentido de falta de apoyo, sino falta de información y estímulos, con lo que pierden el sentido de pertenencia a la comunidad social y religiosa (6).

La práctica comunitaria sólida incrementa la espiritualidad de la persona, lo que produce beneficios en la vejez (4), asimismo, la práctica en comunidad refuerza no solo el sentido de pertenencia, sino el sentido de la creencia “privada”. El considerarse un creyente dentro de un grupo más amplio de personas motiva la práctica religiosa privada. Las personas, al verse incluidas en la comunidad, refuerzan su creencia. Así, por ejemplo, en el catolicismo, la oración comunitaria refuerza lo individual, pedir por las necesidades particulares, pero la oración por la comunidad refuerza lo que se cree individualmente.

Un tema relacionado es qué tanto se participa de la práctica comunitaria, en este sentido, en un estudio en México (4), se encontró que 54 % asistía a la Iglesia cuatro veces al mes, mientras un 34 % asiste tres veces o menos, o no asiste, sin embargo, no se encontró

una conexión significativa entre nivel de depresión y soledad con la práctica religiosa. En consecuencia, señalan Rivera y Montero:

Parece ser que la vida religiosa es importante para el adulto mayor; sin embargo, al menos en este estudio dicha variable parece no beneficiar al adulto mayor en cuanto su salud mental cuando es definida por el grado de depresión y soledad experimentada (4, p. 56).

Los autores concluyen que, al menos en ese estudio, no se halló que los ancianos se beneficien de la vida espiritual, lo que evidencia que no se puede afirmar que la espiritualidad genera un beneficio a los ancianos (2), así, las afirmaciones de que siempre la práctica espiritual beneficia deben tomarse con cautela; a pesar de este dato, se sugiere que, potencialmente, debe haber un beneficio de la práctica religiosa con los ancianos, es decir, habría que evaluar con más estudios lo defendido aquí, pese a ello, puede señalarse que la práctica religiosa comunitaria puede ayudar al adulto mayor a resolver problemas en su vida diaria.

En este orden de ideas, la práctica privada puede obtener beneficios de afrontamiento psicológico, no obstante, la religiosidad comunal permite, en la devoción y oración comunitaria, un sentido de pertenencia al núcleo social religioso que puede ser tan eficaz y quizá más que la práctica privada. Lo anterior supone que la práctica comunal no sea solo una repetición de ritos donde las personas no “creen” verdaderamente los contenidos religiosos o, dicho de otro modo, en una “mera asistencia” o una utilización de lo religioso como otro medio más de beneficio personal (una óptica utilitarista). Las actividades religiosas pueden dividirse en extrínsecas e intrínsecas: las extrínsecas consisten en utilizar la religión como un medio para otra cosa, por su parte, la intrínseca implica vivir la religión, donde la fe es el máximo valor de su vida; en este trabajo, se considera este último argumento.

El trabajo comunitario no solo debe reservarse a las comisiones internas de la comunidad, como podría ser la preparación y la educa-

ción en la creencia, sino que deben formarse redes de discusión y convivio comunitario que generen amistad entre los participantes. Estas redes no son solamente para el apoyo de los ancianos, sino que los ancianos se constituyen en elementos de testimonio de vida que repercuten en beneficio de todos los involucrados (6).

La asistencia en comunión funde lo privado con lo público e institucional, por lo tanto, en el auténtico creyente se fusiona el momento de unión con lo divino, como sucede, por ejemplo, en el catolicismo, con la “comunión”, donde la oración comunitaria es un compartir entre todos y se reconoce la presencia de lo Trascendente en comunidad (6). En este sentido, la práctica religiosa comunal puede ser tan eficaz como la práctica privada de la espiritualidad.

La participación comunitaria es unión con lo divino, de este modo, la asistencia a los enfermos y vulnerables se constituye, en muchas religiones, en oración en vivo. La asistencia no es un “servicio social”, puesto que las actividades ligadas con lo religioso, llamadas asistenciales, lo son, sin duda, desde fuera de la creencia, pero dentro del espíritu religioso son la creencia manifiesta. El testimonio es un acto de fe que muestra a los demás cómo vivir de esa manera abre la puerta a la divinidad.

La comunidad se constituye no en un anexo de la espiritualidad individual, sino en “fuente viva” de la verdadera religión. La comunidad religiosa participa en conjunto con la divinidad, lo que implica que, en cada acto individual de apoyo a otros, es la comunidad entera la que participa de algún modo, por ello, la religión se puede constituir en un aliciente para enfrentar la limitación propia de la vida. La actividad social configura sentido de la propia personalidad, donde la integración de ambos facilita el existir humano. En este sentido la comunidad y el individuo se configuran mutuamente. La práctica individual y la comunitaria se influyen entre sí:

Es la comunidad religiosa la que suscita, desarrolla, informa y sostiene la conducta religiosa de cada miembro de esa comunidad, como, a la inversa, la eficacia de la respectiva comunidad

religiosa se nutre de la autenticidad y fuerza con que alienta la conducta religiosa de sus individuos (11, p. 143).

Dicho de otro modo, la espiritual auténtica, ese encuentro con lo ilimitado llama a expresarse en comunidad y la comunidad se hace viva por las creencias y las actividades de sus miembros. Lo anterior evidencia que una estrategia de intervención individual lleva una institucional y viceversa, donde una acción comunitaria debe traspasar a cada individuo que sea afectado por la decisión.

4. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento como se puede ver en las Tablas 1 y 2, pueden definirse como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las situaciones específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (12, p. 27).

Las estrategias de afrontamiento tienen diversas finalidades (10), así, las estrategias buscan generar situaciones nuevas adaptativas a los retos que se enfrentan en el curso de la vida, por ello, uno de los mayores problemas que requieren estrategias de afrontamiento es el sentimiento de soledad (13); cabe añadir que la soledad no implica aislamiento social, debido a que es factible y es uno de los problemas de la práctica religiosa en la vejez, donde el anciano se siente en soledad junto a una gran cantidad de personas, por ejemplo, en un rito religioso. La anterior distinción lleva al problema de identificar el “sentimiento de soledad” del adulto mayor al hecho de estar solo, así, hay adultos mayores a los que les gusta la práctica privada de la religión, independientemente de su condición de capacidades para atenderse en la vida diaria. Estas estrategias pueden ser de tipo evasión por medio de otras actividades, reestructuración cognitiva y el afrontamiento religioso, donde el sujeto recurre a una realidad supe-

rior (4). En este contexto, en un estudio se ha señalado que la religión es una estrategia de afrontamiento que se usa más a mayor edad, asimismo, se encontraron diferencias entre los solteros y los casados o los viudos (12):

El estado civil mostró diferencias en búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva y religión. De forma más concreta, los resultados señalaron que en búsqueda de apoyo social los solteros aplican más esta estrategia [la religiosa], posiblemente debido a la existencia una mayor estructura de red social... en religión, se vio que los viudos utilizaban más esta estrategia que los casados, pudiendo poner en relación el mayor uso de esta estrategia por parte de los viudos con la autoeficacia percibida... teniendo en cuenta esta disminución en la autoeficacia percibida, también podría señalarse el hecho de que los viudos utilicen en menor medida que los solteros la reevaluación positiva de la situación como estrategia adaptativa, ya que no perciben ningún control sobre la situación a la que se están enfrentando (la viudez) y por lo tanto no realizan evaluaciones nuevas de la misma, lo que podría dificultar la positivización de una situación dañina o desadaptativa en esta etapa del ciclo vital (12, p. 30).

Lo anterior evidencia la importancia de las redes sociales, en particular, en la comunidad religiosa, donde la viudez puede ser vista con la óptica positiva de la permanencia de la persona amada más allá de esta vida y la posibilidad de conectarla por medio de la oración. Igualmente, la rememoración comunitaria de los fallecidos puede funcionar como un reforzador positivo para la persona en viudez, así, la religión o la práctica religiosa comunitaria puede suavizar y darle sentido a la pérdida del cónyuge. La búsqueda de sentido es un eje común en todas las religiones, aunque algunas de ellas no consideren la supervivencia individual.

La búsqueda del sentido total del acontecer humano puede llamarse como la búsqueda del sentido radical que busca una respuesta total (14); esta búsqueda de la respuesta abarcadora es el sentido

religioso (14). En tal marco, la persona que se considera auténticamente espiritual no puede quedarse con la vaga sensación de que existe algo no material, debido a que una auténtica posición espiritual cuestiona la realidad en su totalidad, ¿por qué no somos pura materia? ¿tiene sentido? ¿será un autoengaño? Aún en las preguntas escépticas, se plantea el cuestionamiento del gran “por qué” de la vida, así, “el sentido religioso es la capacidad que tiene la razón de expresar su naturaleza profunda en un interrogante último” (14, p. 85). Esto se produce en la vida privada y en la pública: en lo privado, la mayoría de las personas se han hecho la pregunta de qué sentido tiene su propia vida, por otra parte, a nivel público, en la práctica religiosa se plantea no solo el sentido individual, sino del conjunto de los seres humanos.

La respuesta a este interrogante último es diferente: algunos lo identifican con el conjunto del universo, otros el Dios, otros con la realidad última y diversas respuestas. No obstante, aunque las respuestas varían, la experiencia religiosa y espiritual es una especie de contrastación entre lo ilimitado y lo limitado (5), por ello, lo espiritual y su experiencia religiosa muestran al hombre el infinito sobre lo finito. Las personas reconocen que la realidad es abarcadora en la realidad humana, en este orden de ideas, la realidad infinita aporta sentido a lo finito. No obstante, el sentido de lo infinito no se obtiene de una suma de realidades finitas:

Toda la suma de objetos limitados que conocemos jamás pueden llegar a darnos a conocer lo ilimitado. Lo ilimitado no se conoce yuxtaponiendo cosas limitadas. Lo ilimitado supera y contiene de alguna manera a lo limitado. Por su parte, las cosas limitadas no son sino expresión, en diferentes formas de lo ilimitado... El hombre, en sus momentos de experiencia-cumbre, llega a captar ese todo, como algo superior a la suma de las partes (7, p. 171).

Algunos dirán que es el Cosmos, otros que un Dios personal, pero la idea básica es que se da una trascendencia del Universo y del hombre

mismo. Las personas, incluyendo los ancianos, cuando hablan de dejarse a la “voluntad de Dios”, no solo se refieren a una especie de renuncia a la actividad y a las tareas y retos de la edad, sino a reconocer que hay una realidad que sobrepasa al mundo y de la que son parte, sea esta realidad personal o no.

Así, cualquier medida de la espiritualidad/religiosidad en ítems específicos se queda corta frente a la inconmensurabilidad de la pregunta del sentido religioso, no obstante, los estudios permiten encontrar factores que inciden en la religiosidad o en la vida de las personas religiosas, lo que aporta pistas de sus estrategias de afrontamiento.

Por ejemplo, en la investigación de Mayordomo *et al.* (12), se descubrió que el nivel de estudios influye en la capacidad de afrontar, de un modo cognitivamente más eficaz, las situaciones estresantes. Por otra parte, las personas con mayores ingresos utilizan menos la religión en el afrontamiento de problemas (12). Dentro de las finalidades de las estrategias de afrontamiento, se encuentran las siguientes:

1. Tener equilibrio en las emociones, tolerando la frustración de las limitaciones personales. El sentido y las acciones de la comunidad permiten combatir la frustración al auxiliar o prevenir las limitaciones propias de la vejez, por ejemplo, el acompañamiento para evitar caídas en el servicio religioso y en las actividades comunales sería un medio de enfrentar la situación y reajustar las emociones al sentirse apoyado en las necesidades personales. De nuevo, en esta finalidad, se da esa diada público/privado, es decir, si la atención es proporcionada a la situación: ni menos ni más de lo necesario para el cumplimiento de una función.
2. Mantener una autoimagen aceptable sin perder el sentido de competencia personal.
3. Mantener las redes de apoyo.
4. Previsibilidad adaptativa. Tener en cuenta posibles situaciones difíciles en el futuro, así como aprovechar las crisis como medio de cambios y desarrollo personal.

Por lo tanto, los elementos anteriores pueden encontrarse en la Tabla 1 práctica comunitaria de las religiones:

Tabla 1. Práctica comunitaria

Principio	La práctica religiosa comunitaria
Tener equilibrio en las emociones, tolerando la frustración de las limitaciones personales.	Práctica religiosa del ritual iguala a las personas, las convierte ante la realidad Superior uno a uno. Esto ayuda a percibir las limitaciones personales, físicas y mentales, como parte de la existencia donde los demás también presentan otras limitaciones. La participación en comités ayuda a sentir la participación como adecuada.
Mantener una autoimagen aceptable sin perder el sentido de competencia personal.	La participación de los rituales como hijos de Dios muestra la idea de valor por sí mismo. Se es amado tal cual es, sin quitar la necesidad de participar y transformar el mundo.
Mantener las redes de apoyo.	La participación en los consejos parroquiales, por ejemplo, genera nuevos contactos que permiten asistencia y apoyo.
Previsibilidad adaptativa.	Las redes de apoyo posibilitan prever situaciones donde se requiera apoyo en los cambios. Así, por ejemplo, en caso de dificultades de movilidad, otros miembros religiosos faciliten el acceso y permitan la práctica religiosa en el domicilio.

Fuente: elaboración propia.

Otro modo de acercarse a las estrategias de adaptación es con el esquema SOC: selectividad, optimización y compensación (15). La primera puede realizarse frente a las pérdidas o las ganancias, puesto que la persona selecciona metas alcanzables o cambia a metas viables, asimismo, la optimización: “significa identificar los procesos generales que se encuentran involucrados en la adquisición, aplicación y refinamiento de los medios para el logro de metas relevantes” (15, p. 12). Por su parte, como se puede observar en la Tabla 2, la

compensación implica los ajustes necesarios para lograr una meta, aunque se presenten pérdidas; en estas tres categorías, la práctica religiosa en comunidad puede ser efectiva:

Tabla 2. Categorías de afrontamiento

Esquema SOC	La práctica religiosa comunitaria
Selectividad	Las personas mayores en su realización espiritual, por ejemplo, pueden desear en actividades de beneficio social y en beneficio dentro de la comunidad, pese a ello, al presentar dificultades de movilidad, propios de la vejez, pueden elegir entre ayudar con acciones como la oración comunitaria
Optimización	Identificar las propias necesidades espirituales y los elementos requeridos para su ejercicio, buscando sacarle el mayor provecho posible en consideración con los medios. Por ejemplo, el diaconado permanente de la Iglesia católica, lo que es común se de en personas de la tercera edad, abre puertas a una participación más intensa en la vida religiosa y la vida de la persona mayor.
Compensación	En el ejemplo del problema de movilidad, el comunicarse por teléfono con los participantes y coordinarlos es beneficiosos. Otro modo de afrontarlo es el ser apoyado por otra(s) persona(s) para ayudar a movilizarse.

Fuente: elaboración propia.

En cualquier caso, el afrontamiento permite un envejecimiento saludable, es decir, aquel que no presenta deficiencias o patologías graves. Por otro lado, en la discapacidad existe la oportunidad de mostrar lo mejor de la práctica comunitaria en el beneficio individual de la persona asistida y como en el testimonio público de solidaridad. En la ayuda de los ancianos con dificultades de movilidad que asisten a los servicios religiosos, se evidencia el sentido comunitario de la práctica religiosa, donde aparece esa diada particular/social.

Es particular, pero está unificada por la creencia, así, la atención espiritual del anciano se constituye de acuerdo con lo visto en el

tema de espiritualidad en praxis formativa; es praxis en cuanto acción de cuidado, pero formativa respecto al testimonio de la propia fe. Ahora bien, el anciano (12) suele afrontar las pérdidas propias de la vejez, en mayor medida, por la acomodación a las nuevas circunstancias (16). En tal marco, los ancianos reajustan sus metas para “substituir sus objetivos por otros más realistas, lo cual ayuda a optimizar los recursos y a tener mayor control de la situación” (11, p. 29). No obstante, es pertinente que esta realineación de objetivos se dé apoyado en los otros; cuando la realineación de objetivos se da junto a una mayor práctica individual y colectiva de la espiritualidad, el ajuste de los cambios resulta menos doloroso al anciano. Por ello, ser solidario en el ámbito religioso es crucial para lograr una mejor tasa de éxito respecto con los cambios forzados que tiene el anciano, por lo que la religión se constituye en un elemento de afrontamiento significativo para el anciano en comparación con la juventud (13).

Aunque suele haber diferencias entre hombres y mujeres, ambos comparten la religión como una estrategia de afrontamiento, sobre todo, en personas solteras y viudo(a)s (13). Pese a ello, no se debe olvidar que pueden generarse efectos negativos en la religiosidad, como la mentalidad escrupulosa (17).

5. Consideraciones bioéticas: ¿qué debería hacerse?

Después de haber revisado el tema de la vejez y las formas de afrontamiento, es posible señalar algunas consecuencias éticas y religiosas (6).

1. El sentido religioso/espiritual es connatural al ser humano: las condiciones de ejercicio deben adaptarse a las distintas edades, lo que es un deber, sobre todo, de los grupos de las grandes religiones el proporcionar condiciones materiales y físicas para su ejercicio. Deben adaptarse las áreas físicas del culto, de modo que se facilite el acceso a todas las personas, especialmente, las que tienen problemas de movilidad. Lo anterior conectado sobre todo al principio de calidad de vida. El

concepto es dinámico por lo que en las necesidades espirituales deben los distintos actores como la familia y la comunidad religiosa ir ajustando a las necesidades del paciente.

2. La devoción privada requiere atención de los demás: cuando hay problemas de debilidad visual, se deben proporcionar anteojos o materiales, como audiolibros, que faciliten la práctica religiosa. En la práctica pública, estas herramientas deben estar adaptadas a todas las personas, por lo tanto, el fomento de la devoción privada debe darse desde lo público, lo que impulsa la espiritualidad y la religiosidad de los ancianos. Lo anterior es semejante al concepto de direcciones anticipadas. Es crucial que la comunidad y el individuo pueda expresar y prever las circunstancias cambiantes y señalar lo que se desea se haga respecto a su práctica religiosa. Lo anterior debe ser congruente con el principio de solidaridad subsidiariedad. Solidaridad el tener derecho al apoyo por parte de la comunidad y familia. Subsidiariedad: debe ayudarse a las personas de la tercera edad a su autorrealización solo lo necesario para que ellos puedan por si mismos realizar su práctica religiosa.
3. La integración comunidad/individuo es crucial para una intervención acertada de los derechos y deberes de las personas religiosas y espirituales: la conjunción de ambas es esencial para lograr un mejor acomodamiento y resolución del acceso a mejores condiciones de vida, es decir, tener mejores técnicas de afrontamiento. Esto conecta con los principios ya señalados de subsidiariedad/solidaridad. El primer apoyo debe venir de la comunidad más pequeña: los propios familiares, pero a veces no hay familiares que presten el apoyo necesari. En este caso, la propia comunidad debe resolver, dentro de los posible, las dificultades de sus miembros, por ejemplo, por medio de las asambleas parroquiales (en el caso del cristianismo) antes de apelar o apoyarse en estructuras superiores y externas. Debe reconstruirse el papel del anciano en consideración con el principio de solidaridad/subsidiariedad dentro de la familia

que, en última instancia, es una pequeña comunidad que permite proyectarlo hacia la comunidad ampliada, para una restitución del valor del anciano.

4. La religiosidad comunal y la espiritualidad, en ocasiones, es indiscernible: es posible evidenciar una práctica pública donde las personas no tienen ninguna experiencia de lo religioso y viceversa, pero en todo caso plantea obligaciones y derechos. Los derechos como participar en el culto implica la obligación de respetar sus reglas, por ejemplo.
5. Equilibrar el papel de las mujeres y los hombres en sociedad: dejar de considerar el papel de la mujer como del ámbito privado y proporcionarle roles sociales y comunitarios en conjunto con los hombres. Es verdad que puede haber diferencias de funciones sin producirse discriminación, pero por el principio de justicia debe discernirse en que circunstancias se genera discriminación y en cuáles no sucede eso.
6. Fortalecer las estrategias de afrontamiento con una participación activa de la sociedad. Las estrategias de afrontamiento son individuales, pero no siempre pueden ejercerse por dificultades espirituales, mentales o físicas. Evitar los dos extremos: dejarlo todo a los individuos, no obstante, no substituirlos innecesariamente.

6. Conclusiones

La experiencia religiosa es una experiencia personal que se hace manifiesta en el ámbito público y privado. En cualquier caso, esas manifestaciones constituyen herramientas de afrontamiento de las personas que se deben fomentar como parte de respetar la dignidad humana.

La experiencia y práctica religiosa privada y pública se dan, en muchas ocasiones, de manera paralela. El atender esos dos tipos de prácticas se constituye en un deber de todos los involucrados en la creencia religiosa por el principio de solidaridad.

Las estrategias de afrontamiento son más amplias que la práctica religiosa y han mostrado beneficios en las personas de la tercera edad. Pero, aparte de la efectividad, la práctica religiosa es reconocida como un derecho humano fundamental que debe, en consecuencia, promoverse y respetarse.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de Evaluación Cognitiva 2021 [Internet]. 2023 [consultado 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
2. Sánchez M, González C, Robles R, Andrade P. Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de espiritualidad para adultos mayores en México. *Psicología Iberoamericana*. 2012; 20(2):41-48.
3. Alves D, Rodrigues M, Alves V. Espiritualidade e a velhice: perspectivas na produção científica. *Interações*. 2021; 16(1):53-72. <https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2021v16n1p53-72>
4. Rivera-Ledesma A, Montero M. Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*. 2005; 28(6):51-58. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262807>
5. Guerrero-Castañeda R, de Oliva T, do Prado M, Galindo-Soto J. Espiritualidad y religiosidad para la trascendencia del ser anciano. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72:271-277. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0840>
6. Consejo Pontificio para los Laicos. La dignidad del anciano y su misión en la Iglesia y en el mundo [Internet]. 1998 [consultado 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/laity/documents/rc_pc_laity_doc_05021999_older-people_sp.html
7. Gutiérrez R. Introducción a la antropología filosófica. México: Editorial Esfinge; 1995.
8. Orden Cisterciense de la Estricta Observancia. Regla de San Benito [Internet]. [consultado 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://ocso.org/recursos/textos-fundamentales/regla-de-san-benito/?lang=es>
9. Yıldız E. La función de los mayores en distintas religiones y culturas. *FAM* [Internet]. 1999. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/50604355.pdf>
10. Monchietti A, Krzemien D. Espiritualidad y religiosidad en el envejecimiento: ¿Las estrategias de afrontamiento espiritual-religiosas son positivas o negativas en la vejez? *Interpsiquis* [Internet]. 2008. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/espiritualidad-y-religiosidad-en-el-envejecimiento-las-estrategias-de-afrontamiento-espiritual-religiosas-son-positivas-o-negativas-en-la-vejez/>

11. Schmitz J. Filosofía de la religión Barcelona: Herder; 1987.
12. Mayordomo T, Sales A, Satorres E, Blasco C. Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*. 2015; 8(3):26-32. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000300004
13. Arroyo M, de los Santos P. ¿Más vale solo/a? Motivaciones, significados y afrontamiento de la soledad elegida en la vejez. *Perspectivas Sociales*. 2023; 25(1):43-66. Disponible en: <https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/195>
14. Giussani L. El sentido religioso Madrid: Ediciones Encuentro; 1998.
15. Prioletta N. La espiritualidad en la vejez: un estudio comparativo en adultos mayores que viven en hogares particulares y residencias de la ciudad de Mar del Plata [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
16. Castellanos F, López A. Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. *Investig. Enferm. Imagen Desarr* [Internet]. 2012; 14(2):51-61. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145226758004>
17. Kaplan D. Religión y espiritualidad en los ancianos [Internet]. 2023 [consultado 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/profesional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Spirituality and old age: community as an integrating factor

Espiritualidad y vejez: la comunidad como factor integrador

*José Enrique Gómez Álvarez**

Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), Querétaro, Mexico

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.04>

Abstract

This article analyzes the role of spirituality in coping with old age. The proposal is to suggest that a committed institutional practice allows a better coping with old age, if the relevant social support networks are produced, and an authentic spirituality is lived in the community practice. Authentic spirituality is produced in this fusion of private and public religious practice. The article suggests after an analysis of the concepts of spirituality and religion the different coping strategies that are reinforced with the same religious practice. From there, suggestions are made for intervention in the religious sphere of community practice for the benefit of older adults.

Key words: religion, coping strategies, social intervention.

1. Introduction

Population aging is a well-known phenomenon, since the “appearance” or visibility of the elderly is inevitable. Thus, the increase in

* PhD in Philosophy by the Universidad de Navarra. Research professor in Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), Querétaro, Mexico. jegomezalvarez@yahoo.com <https://orcid.org/0000-0002-8964-2207>
Reception: 23/09/2023 Acceptance: 06/10/2023

longevity poses challenges such as the integration of older adults into society and the confrontation of death at later ages, in addition, there are various ailments that create challenges in their material and spiritual care, therefore, the practice of spirituality has been prolonged (1). Spirituality in old age has, in many cases, ceased to be a matter of a few years to prepare for death, thus, spirituality and religious practice become part of the very prolongation within the life of the elderly (2). This prolongation poses communal and social challenges that raise the following questions: how to integrate into the community, what role is played in the community as it is an enduring stage of life, what ways of coping do the elderly have for their personal life, and how does the union of the elderly with their peers and younger people strengthen these means of coping with the challenges of age?

Therefore, the role of spirituality in coping with old age is analyzed the institutionalized and formal coping of people, which allows to play a dual role: the activity itself that produces the benefit to the elderly and the affective or “inner” cognitive aspect that allows a better coping with old age. Institutionalized practices, sometimes understood as those of “practicing believers”, are not limited only to community activities of religious life, however, community activity allows for greater intergenerational integration by being a means of intercommunication between people, where social and individual differences, at least ideally, are blurred. Thus, the proposal suggests that committed institutional practice allows a better coping with old age, as long as the relevant social support networks are produced, and an authentic spirituality is lived in the community practice. This also generates duties towards the elderly. Since religious practice is a human right, duties arise that must be met by all those involved in society.

2. Spirituality

How to define spirituality? Spirituality is defined as thoughts, feelings, and behaviors, to understand the transcendent of life and its

relationships, which implies the search for the sacred and the divine for the discovery of perceptions and essence (3).

Thus, spirituality is a meshing of individual and social practice (4), in this way, religiosity relates to the following:

With a system of beliefs and actions related to socially organized cults, with formal institutions and group practices within these, among which stands out the acceptance and following of such beliefs, practices, and traditional rituals of the doctrine as part of belonging to it (2, p. 42).

Some authors distinguish between the spiritual as the private and the religious as the social (4), in such a framework, the religious is associated with a formally established religion, with organized worship and group practices, while spirituality is the personal sense of existence of life and personal experience, which is not necessarily linked to the social or any dogma (2).

This dichotomy should be taken with caution: there is the private devotional religious practice, where the believer is considered within the community of believers, thus, the spiritual is made manifest in public behavior, so that devotion can be practiced communally, with the knowledge and sense of the spiritual, as shown by some empirical studies (5). Moreover, authentic spirituality starts from social conceptions and ends up as a religion, that is, a certain union with the transcendent, in other words, there is an interrelation between the spiritual and the social, although sometimes it is not entirely manifest (6). It is necessary to note the need for behaviors that signal spirituality, since a belief always implies activity and manifestation in works. This manifestation of works is for personal benefit (asking in a prayer for oneself) or collective benefit (a prayer for the community of the believer or for the whole world). On the other hand, people claim that they can be spiritual, without being religious, in such a framework, in religion, religion occurs in two senses:

The first link with God (the Cosmos, the first principle, etc.) is given to us by the existence received. The second bond is the

conscious recognition of that existence insofar as it is received.... The essence of the religious act consists in placing oneself in the presence of God (the Holy) (7, p. 195).

Thus, religious and spiritual practice is the recognition of the connection with the holy and sacred, in this sense, religion is communion with the transcendent that is reflected in the earthly and factual world as a religious community. Religious community, therefore, is not the mere gathering of religious “peers” who share truths and morals, but a true representation of the connection with the Holy; this spiritual communion is between the various religious sub-communities: those who belong to groups dedicated, exclusively, to worship.

An authentic religion is based on an experience of the unlimited and not on a series of rites that are transmitted from generation to generation, thus, with the experience of the unlimited whole, the Holy, the life of the person acquires sense and meaning, a life-giving sense. In this dimension, suffering itself continues to have meaning as an opening to the transcendent, which leads us to understand or glimpse why authentic religion functions as a coping strategy: it allows us to discover the meaning of life in the small “things” as well as in the great. Thus, in the face of a living’s limitation, one can understand that there are other possibilities for fulfillment.

Spirituality is a difficult union to discern between practice and contemplation, so that true religions see in practice a devotional act, part of the believer’s life. As the Rule of St. Benedict points out, “idleness is the enemy of the soul. That is why the friars should occupy themselves at certain times with manual labor, and at certain hours with spiritual reading” (8, p. 33). Thus, the divinity is served in the practical act which, at the same time, leads to reflection, worship, and prayer. The *ora et labora* of the Benedictines does not imply two separate compartments, for it is the union of human practical reality with transcendence: practical action, praxis, is adoration of the divine, it is recognizing the essential presence of the divinity in the things that are transformed and in the work itself, that is, it is repro-

ducing the constant creative action of the divine. The *ora et labora* is not only to recognize dependence on the world for survival, but to be integral to one's devotion to the Unlimited (8).

3. The community and the individual: coping synergy

In communitarian practice, individuality manifests itself in the presence of Transcendent Reality. With respect to God in the theistic religions, although there are differences to be considered in the various religious traditions (9), man, in his irreplaceable individuality, presents himself before God. Religion confronts the most radical You-You, since God is the giver of everything and the person who, par excellence, presents himself to man. This individual-collective dyad is a strength of institutionalized religions that is more limited in the private practice of spirituality, however, this position has not been held by all scholars. Some authors have found differences in benefit whether religious practice is individual or institutional activity:

In general, it is observed that when the term religiosity is considered only as a formal and institutional activity, weak associations with health and well-being variables are obtained. When this term is operationalized as an ideology or set of vital beliefs, the association is stronger, but much stronger if it is defined as a private and devotional practice. It seems that the most significant benefit of religiosity is related to general spiritual well-being rather than to specific religious activities, especially in late life (10,16).

In this way, institutional practice can be conceived as a strengthening of social networks (6), especially in the face of the phenomenon of marginalization, which increases and strengthens the means of coping with old age (4) in the context of Western religiosity. This is not the case, at least in the less Westernized areas of the East, where the role of the elderly is sometimes culturally established and less unfavorable in terms of the role respected by the community, even in

paradoxical situations such as the caste system in India (9). Due to marginalization, they are not “alone” in the sense of lack of support, but lack of information and encouragement, thus losing the sense of belonging to the social and religious community (6).

Strong community practice increases the spirituality of the person, which produces benefits in old age (4), likewise, community practice reinforces not only the sense of belonging, but also the sense of “private” belief. Seeing oneself as a believer within a larger group of people motivates private religious practice. Individuals, seeing themselves included in the community, reinforce their belief. Thus, for example, in Catholicism, community prayer reinforces the individual, asking for needs, but prayer for the community reinforces what is believed individually.

A related issue is how much one participates in community practice, in this sense, in a study in Mexico (4), it was found that 54% attended church four times a month, while 34% attended three times or less, or not at all, however, no significant connection was found between level of depression and loneliness with religious practice. Consequently, Rivera and Montero point out:

It seems that religious life is important for the elderly; however, at least in this study, this variable does not seem to benefit the elderly in terms of their mental health when defined by the degree of depression and loneliness experienced (4, p. 56).

The authors conclude that, at least in this study, it was not found that the elderly benefit from spiritual life, which shows that it cannot be affirmed that spirituality generates a benefit to the elderly (2), thus, the affirmations that spiritual practice always benefits should be taken with caution; despite this fact, it is suggested that, potentially, there must be a benefit of religious practice with the elderly, that is to say, it would be necessary to evaluate with more studies what is defended here, in spite of it, it can be pointed out that the community religious practice can help the elderly to solve problems in their daily life.

In this order of ideas, private practice can obtain psychological coping benefits, however, communal religiosity allows, in communal devotion and prayer, a sense of belonging to the religious social nucleus that can be as effective and perhaps more so than private practice. This assumes that communal practice is not just a repetition of rituals where people do not truly “believe” in the religious content or, in other words, in “mere attendance” or the use of religion yet another means of personal benefit (a utilitarian perspective). Religious activities can be divided into extrinsic and intrinsic: extrinsic activities consist in using religion to something else, while intrinsic activities involve living religion, where faith is the highest value in one’s life; in this paper, the latter argument is considered.

Community work should not only be reserved to the internal commissions of the community, as could be the preparation and education in the belief but should form networks of discussion and community coexistence that generate friendship among the participants. These networks are not only for the support of the elders, but the elders constitute elements of testimony of life that have repercussions for the benefit of all those involved (6).

The assistance in communion merges the private with the public and institutional, therefore, in the authentic believer the moment of union with the divine is merged, as it happens, for example, in Catholicism, with the “communion”, where the community prayer is a sharing among all and the presence of the Transcendent is recognized in community (6). In this sense, communal religious practice can be as effective as the private practice of spirituality.

Communal participation is union with the divine, so that assistance to the sick and vulnerable becomes, in many religions, a living prayer. Assistance is not a “social service”, since the activities linked to the religious, called assistance, are, undoubtedly, from outside belief, but within the religious spirit they are the manifest belief. Witnessing is an act of faith that shows others how living in this way opens the door to divinity.

The community is not an annex of individual spirituality, but a “living source” of true religion. The religious community participates

together with the divinity, which implies that, in each individual act of support to others, it is the whole community that participates in some way; therefore, religion can be constituted as an incentive to face the limitation of life itself. Social activity configures the sense of one's own personality, where the integration of both facilitates human existence. In this sense, the community and the individual are mutually configured. Individual and community practice influence each other:

It is the religious community that elicits, develops, informs, and sustains the religious conduct of each member of that community, just as, conversely, the efficacy of the respective religious community is nourished by the authenticity and strength with which it encourages the religious conduct of its individuals (11, p. 143).

In other words, the authentic spiritual, that encounter with the unlimited, calls for expression in community and the community becomes alive through the beliefs and activities of its members. The above shows that an individual intervention strategy leads to an institutional one and vice versa, where a community action must be transferred to everyone who is affected by the decision.

4. Coping strategies

Coping strategies, as can be seen in Tables 1 and 2, can be defined as “those constantly changing cognitive and behavioral efforts that are developed to manage specific external and/or internal situations that are assessed as exceeding or overflowing the individual's resources” (12, p. 27).

The coping strategies have diverse purposes (10), thus, the strategies seek to generate new situations adaptive to the challenges faced in the course of life, therefore, one of the major problems that require coping strategies is the feeling of loneliness (13); it should be

added that loneliness does not imply social isolation, because it is feasible and is one of the problems of religious practice in old age, where the elderly person feels alone with a large number of people, for example, in a religious rite. The above distinction leads to the problem of identifying the “feeling of loneliness” of the older adult to the fact of being alone, thus, there are older adults who like the private practice of religion, regardless of their condition of capabilities to take care of themselves in daily life. These strategies can be of the avoidance type by means of other activities, cognitive restructuring, and religious coping, where the subject resorts to a higher reality (4). In this context, a study has shown that religion is a coping strategy that is used more at older ages, and differences were found between single and married or widowed people (12):

Marital status showed differences in social support seeking, positive reappraisal and religion. More specifically, the results indicated that in the search for social support, singles applied this strategy [religious] more, possibly due to the existence of a greater social network structure... in religion, it was seen that widowers used this strategy more than married people, and the greater use of this strategy by widowers could be related to perceived self-efficacy... taking into account this decrease in perceived self-efficacy, one could also point to the fact that widowers use to a lesser extent than single people the positive re-evaluation of the situation as an adaptive strategy, since they do not perceive any control over the situation they are facing (widowhood) and therefore do not make new evaluations of it, which could make it difficult to positivize a harmful or maladaptive situation at this stage of the life cycle (12, p.30).

The above shows the importance of social networks, particularly in the religious community, where widowhood can be seen in the positive light of the permanence of the loved one beyond this life and the possibility of connecting them through prayer. Likewise, community remembrance of the deceased can function as a positive

reinforcer for the person in widowhood; thus, religion or community religious practice can soften and give meaning to the loss of the spouse. The search for meaning is a common axis in all religions, although some of them do not consider individual survival.

The search for the total meaning of human events can be called the search for the radical meaning that seeks a total answer (14); this search for the all-encompassing answer is the religious meaning (14). In such a framework, the person who considers himself authentically spiritual cannot remain with the vague sensation that something non-material exists, because an authentic spiritual position questions reality in its totality, why are we not pure matter, does it make sense, is it a self-deception? Even in skeptical questions, the questioning of the great “why” of life is raised, thus, “the religious sense is the capacity of reason to express its deep nature in an ultimate question” (14, p. 85). This occurs in private and public life: in the private sphere, most people have asked themselves the question of the meaning of their own life; on the other hand, at the public level, religious practice raises not only the individual meaning, but the meaning of human beings.

The answer to this ultimate question is different: some identify it with the universe, others with God, others with the ultimate reality and various answers. However, although the answers vary, the religious and spiritual experience is a kind of contrast between the unlimited and the limited (5), therefore, the spiritual and its religious experience show man the infinite over the finite. People recognize that reality is encompassing in human reality, in this order of ideas, the infinite reality brings sense to the finite. However, the sense of the infinite is not obtained from a sum of finite realities:

All the sum of limited objects that we know can never come to know the unlimited. The unlimited is not known by juxtaposing limited things. The unlimited surpasses and somehow contains the limited. For their part, limited things are but expressions, in different forms, of the unlimited.... Man, in his moments of

experience-summit, comes to grasp that whole, as something superior to the sum of the parts (7, p. 171).

Some will say that it is the Cosmos, others that it is a personal God, but the basic idea is that there is a transcendence of the Universe and of man himself. People, including the elderly, when they speak of leaving themselves to the “will of God,” are not only referring to a kind of renunciation of activity and the tasks and challenges of age, but to recognizing that there is a reality that surpasses the world and of which they are a part, whether this reality is personal or not.

Thus, any measure of spirituality/religiosity in specific items falls short of the incommensurability of the question of religious meaning, however, studies allow us to find factors that affect the religiosity or life of religious people, which provide clues to their coping strategies.

For example, in the research of Mayordomo *et al.* (12), it was found that the level of education influences the ability to cope cognitively more effectively with stressful situations. On the other hand, people with higher incomes make less use of religion in coping with problems (12). Among the purposes of coping strategies are the following:

1. To have balance in emotions, tolerating the frustration of personal limitations. The sense and actions of the community allow combating frustration by helping or preventing the limitations of old age, for example, the accompaniment to avoid falls in religious service and communal activities would be a means of coping with the situation and readjust emotions by feeling supported in personal needs. Again, for this purpose, there is this public/private dyad, that is, if the attention is proportionate to the situation: neither less nor more than necessary for the fulfillment of a function.
2. Maintain an acceptable self-image without losing a sense of personal competence.
3. Maintain support networks.

4. Adaptive foresight. Considering possible difficult situations in the future, as well as taking advantage of crises as a means of change and personal development.

Therefore, the above elements can be found in Table 1 community practice of religions:

Table 1. Community practice

Principle	Community religious practice
To have balance in emotions, tolerating the frustration of personal limitations.	Religious practice of the ritual equalizes people, converts them before the Superior reality one to one. This helps to perceive personal limitations, physical and mental, as part of existence where others also present other limitations. Participation in committees helps to feel that participation is appropriate.
Maintain an acceptable self-image without losing a sense of personal competence.	The participation in the rituals as children of God shows the idea of value for its own sake. One is loved as he/she is, without removing the need to participate and transform the world.
Maintain support networks.	Participation in parish councils, for example, generates new contacts that allow for assistance and support.
Adaptive predictability.	Support networks make it possible to foresee situations where support is required for changes. Thus, for example, in case of mobility difficulties, other religious members facilitate access and allow religious practice at home.

Source: prepared by author.

Another way to approach coping strategies is with the SSO scheme: selectivity, optimization, and compensation (15). The first can be carried out in the face of losses or gains, since the person selects

attainable goals or changes to feasible goals; likewise, optimization: “means identifying the general processes involved in the acquisition, application and refinement of the means for the achievement of relevant goals” (15, p. 12). As can be seen in Table 2, compensation implies the necessary adjustments to achieve a goal, even if losses occur; in these three categories, religious practice in community can be effective:

Table 2. Coping categories

SOC scheme	Community religious practice
Selectivity	Elderly people in their spiritual realization, for example, may wish to participate in activities of social benefit and for the benefit of the community, even though they have mobility difficulties, typical of old age, they may choose to help with actions such as community prayer.
Optimization	Identify one’s own spiritual needs and the elements required for their exercise, seeking to make the most of them in consideration of the means. For example, the permanent diaconate of the Catholic church, which is common among the elderly, opens doors to a more intense participation in the religious life and the life of the elderly person.
Compensation	In the example of the mobility problem, communicating by phone with the participants and coordinating with them is beneficial. Another way of coping is to be supported by another person(s) to help with mobility.

Source: prepared by author.

In any case, coping allows for healthy aging, that is, one that does not present serious deficiencies or pathologies. On the other hand, in disability there is the opportunity to show the best of community practice in the individual benefit of the assisted person and as a public witness of solidarity. In assisting the elderly with mobility difficulties who attend religious services, the communitarian sense of religious practice is evident, where that particular/social dyad appears.

It is, but it is unified by the belief, thus, the spiritual care of the elderly is constituted according to what was seen in the theme of spirituality in formative praxis; it is praxis as an action of care, but formative with respect to the testimony of one's own faith. Now then, the elderly (12) usually face the losses proper to old age, to a greater extent, by the accommodation to the new circumstances (16). In such a framework, the elderly readjust their goals to "replace their objectives with more realistic ones, which helps to optimize resources and to have greater control of the situation" (11, p. 29). However, it is pertinent that this realignment of goals be supported by others; when the realignment of goals occurs in conjunction with a greater individual and collective practice of spirituality, the adjustment of changes is less painful for the elder. Therefore, being supportive in the religious sphere is crucial to achieve a better success rate with respect to the forced changes that the elderly have, making religion a significant coping element for the elderly compared to youth (13).

Although there are usually differences between men and women, both share religion as a coping strategy, especially in single people and widow(er)s (13). Nevertheless, it should not be forgotten that negative effects on religiosity, such as a scrupulous mentality, can occur (17).

5. Bioethical considerations: What should be done?

Having reviewed the subject of old age and ways of coping with it, it is possible to point out some ethical and religious consequences (6).

1. The religious/spiritual sense is connatural to the human being: the conditions of exercise must be adapted to the different ages, which is a duty, above all, of the groups of the great religions to provide material and physical conditions for its exercise. The physical areas of worship must be adapted to facilitate access to all people, especially those with mobility

problems. This is connected above all to the principle of quality of life. The concept is dynamic, so that the spiritual needs of the different actors, such as the family and the religious community, should be adjusted to the needs of the patient.

2. Private devotion requires attention from others: when there are problems of visual impairment, glasses, or materials, such as audio books, should be provided to facilitate religious practice. In public practice, these tools should be adapted to all people, therefore, the promotion of private devotion should be given from the public, which boosts the spirituality and religiosity of the elderly. The above is like the concept of advance directives. It is crucial for the community and the individual to be able to express and anticipate changing circumstances and to signal what is desired to be done with respect to their religious practice. This must be congruent with the principle of solidarity subsidiarity. Solidarity means having the right to support from the community and family. Subsidiarity: the elderly should be helped in their self-realization only by what is necessary for them to be able to carry out their religious practice on their own.
3. Community/individual integration is crucial for a successful intervention of the rights and duties of religious and spiritual persons: the conjunction of both is essential to achieve a better accommodation and resolution of access to better living conditions, i.e., to have better coping skills. This connects with the principles already noted of subsidiarity/solidarity. The first support should come from the smaller community: one's own relatives, but sometimes there are no relatives to provide the necessary support. In this case, the community itself must resolve, as far as possible, the difficulties of its members, for example, through parish assemblies (in the case of Christianity) before appealing to or relying on higher and external structures. The role of the elder must be reconstructed in consideration of the principle of solidarity/subsidiarity within the family which, ultimately, is a small community that allows to

project it towards the wider community, for a restitution of the value of the elder.

4. Communal religiosity and spirituality, at times, is indiscernible: it is possible to evidence a public practice where people have no experience of the religion and vice versa, but in any case, it raises obligations and rights. Rights such as participating in worship implies the obligation to respect its rules, for example.
5. Balance the role of women and men in society: stop considering the role of women as a private sphere and provide them with social and community roles together with men. It is true that there can be differences in roles without discrimination, but for the principle of justice it must be discerned in which circumstances discrimination is generated and in which it is not.
6. Strengthen coping strategies with the active participation of society. Coping strategies are individual, but cannot always be exercised due to spiritual, mental or physical difficulties. Avoid the two extremes: leave everything to individuals, but do not substitute for them unnecessarily.

6. Conclusions

Religious experience is a personal experience that is made manifest in the public and private spheres. In any case, these manifestations constitute coping tools for individuals that should be encouraged as part of respecting human dignity.

Private and public religious experience and practice often occur in parallel. Attending to these two types of practices is a duty of all those involved in religious belief because of the principle of solidarity.

Coping strategies are broader than religious practice and have shown benefits in the elderly. But, apart from effectiveness, religious practice is recognized as a fundamental human right that should, consequently, be promoted and respected.

References

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de Evaluación Cognitiva 2021 [Internet]. 2023 [consulted 2023 Sep 18]. Available at: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
2. Sánchez M, González C, Robles R, Andrade P. Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de espiritualidad para adultos mayores en México. *Psicología Iberoamericana*. 2012; 20(2):41-48. <https://doi.org/10.48102/pi.v20i2.209>
3. Alves D, Rodrigues M, Alves V. Espiritualidade e a velhice: perspectivas na produção científica. *Interações*. 2021; 16(1):53-72. <https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2021v16n1p53-72>
4. Rivera-Ledesma A, Montero M. Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*. 2005; 28(6):51-58. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262807>
5. Guerrero-Castañeda R, de Oliva T, do Prado M, Galindo-Soto J. Espiritualidad y religiosidad para la trascendencia del ser anciano. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72:271-277. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0840>
6. Consejo Pontificio para los Laicos. La dignidad del anciano y su misión en la Iglesia y en el mundo [Internet]. 1998 [consulted 2023 Sep 18]. Available at: https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/laity/documents/rc_pc_laity_doc_05021999_older-people_sp.html
7. Gutiérrez R. Introducción a la antropología filosófica. México: Editorial Esfinge; 1995.
8. Orden Cisterciense de la Estricta Observancia. Regla de San Benito [Internet]. [consulted 2023 Sep 18]. Available at: <https://ocso.org/recursos/textos-fundamentales/regla-de-san-benito/?lang=es>
9. Yıldız E. La función de los mayores en distintas religiones y culturas. *FAM* [Internet]. 1999. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/50604355.pdf>
10. Monchietti A, Krzemien D. Espiritualidad y religiosidad en el envejecimiento: ¿Las estrategias de afrontamiento espiritual-religiosas son positivas o negativas en la vejez? *Interpsiquis* [Internet]. 2008. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/espirtualidad-y-religiosidad-en-el-envejecimiento-las-estrategias-de-afrontamiento-espirtual-religiosas-son-positivas-o-negativas-en-la-vejez/>
11. Schmitz J. Filosofía de la religión Barcelona: Herder; 1987.
12. Mayordomo T, Sales A, Satorres E, Blasco C. Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*. 2015; 8(3):26-32. <https://doi.org.10.5231/psy.writ.2015.2904>
13. Arroyo M, de los Santos P. ¿Más vale solo/a? Motivaciones, significados y afrontamiento de la soledad elegida en la vejez. *Perspectivas Sociales*. 2023; 25(1):43-66. Available at: <https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/195>
14. Giussani L. El sentido religioso Madrid: Ediciones Encuentro; 1998.

- 15 Prioleta N. La espiritualidad en la vejez: un estudio comparativo en adultos mayores que viven en hogares particulares y residencias de la ciudad de Mar del Plata [Thesis]. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- 16 Castellanos F, López A. Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. *Investig. Enferm. Imagen Desarr* [Internet]. 2012; 14(2):51-61. Available at: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145226758004>
- 17 Kaplan D. Religión y espiritualidad en los ancianos [Internet]. 2023 [consulted 2023 Sep 18]. Available at: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos>

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



Cuidados paliativos: una reflexión antropológica y bioética

Palliative Care: An Anthropological and Bioethical Reflection

Jimena Mónica Muñoz Merino*

Elefante Rosa, Ciudad de México, México

Silvia Becerra Castro*

Elefante Rosa, Ciudad de México, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.05>

Resumen

Los cuidados paliativos son una forma de atención integral del paciente, considerando su carácter antropológico y ontológico, como un ser biopsicosocioespiritual, en donde la muerte y el sufrimiento son características que lo definen y lo separan de otra especie. Los principios bioéticos nos dan una aproximación para entender el porqué es importante atender al paciente desde todos los ámbitos, más allá de la intención curativa. Nos permite visualizar la verdadera meta de los cuidados paliativos.

Palabras clave: antropología, cuidados paliativos, bioética, interdisciplinariedad.

* Directora fundadora de Elefante Rosa, Ciudad de México, México. Correo electrónico: jimenamunozmerino@gmail.com <https://orcid.org/0009-0005-1396-8971>

* Investigadora y editora de Elefante Rosa, Ciudad de México, México. Correo electrónico: silvia_bec@outlook.com <https://orcid.org/0009-0001-5255-7762>

Recepción: 08/11/2023 Aceptación: 13/11/2023

1. Introducción

La muerte ha acompañado al ser humano desde que existe. No viene sin más, es parte de un proceso intrínseco del hombre, que debe ser tratado de forma interdisciplinar por el simple hecho de que el ser humano es una persona y no se trata de un cuerpo y ya, si no de un ser bio-psico-socio-espiritual que trasciende de la corporalidad y que tiene un valor en sí mismo, un valor ontológico y una dignidad que lo vuelven objeto de derecho, respeto y libertad. Es capaz de sentir, decidir, actuar, pensar, sufrir y disfrutar (1).

En medicina hablamos de cuidados paliativos, rama encargada de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como brindar la mejor calidad de vida posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave que compromete su vida, tanto para su bienestar como el de su familia. Brindar cuidados paliativos integrales debe incluir tanto a la bioética que rige el comportamiento médico como las prácticas clínicas propias que protegen y garantizan el bienestar del paciente y el cumplimiento de una ortotanasia con la dignidad íntegra que el ser humano merece.

En este trabajo, por medio de la metodología analítica, buscaremos abordar los cuidados paliativos y la muerte desde un punto de vista antropológico y bioético a la luz de los principios, buscando llegar a una conclusión sobre la importancia de los cuidados paliativos en la integridad de la persona.

2. La práctica médica desde el juramento hipocrático

Cuando un médico entra a la licenciatura, o sale de ella, se hace un juramento del que se tiene registro desde antes de la era de Cristo, conocido como Juramento Hipocrático que redacta lo siguiente:

Juro por Apolo médico, por Asclepio y por Higía, por Panacea por todos los dioses y diosas, tomándolos por testigos, que

cumpliré, en la medida de mis posibilidades y mi criterio el juramento y compromiso siguiente:

Considerar a mi maestro de medicina como si fuera mi padre; compartir con él mis bienes y, si llega el caso, ayudarle en sus necesidades, tener a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este Arte, si quieren aprenderlo, sin gratificación ni compromiso; hacer a mis hijos partícipes de los preceptos, enseñanzas y demás doctrinas, así como a los de mi maestro y a los discípulos comprometidos y que han prestado juramento según la ley médica, pero a nadie más.

Dirigiré la dieta con los ojos puestos a la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitaré toda maldad y daño.

No administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Asimismo, no recetaré a una mujer un pasivo abortivo; por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura.

No operaré con cuchillo ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino que los dejaré en manos de quienes se ocupan de estas prácticas (2).

Prometo solemnemente dedicar mi vida al servicio de la humanidad Velar ante todo por la salud y el bienestar de mi paciente Respetar la autonomía y la dignidad de mi paciente, velar con el máximo respeto por la vida humana... (3).

Conforme cambia el tiempo en el que vivimos, también existen transformaciones en la práctica médica por lo que el juramento también se modificó, teniendo en la actualidad la última versión internacional reconocida que es la Declaración de Ginebra de 2017. Desde esos miles de años atrás hasta el día de hoy hay temas que prevalecen, uno de ellos es el respeto a la vida humana y a la dignidad de la misma. Eso no quiere decir que el médico tiene que asegurar el mantenimiento de la vida en todas las circunstancias, si no que, sin importar estas, el médico debe velar por la persona de forma integral y acompañarla en el proceso de la muerte con cuidados paliativos y un

enfoque humano y bioético. Los cuidados paliativos nos permiten otorgar esto al paciente durante el final de sus días y la bioética nos brinda el estudio de los principios y valores que deben regir la práctica en las ciencias biológicas.

3. Cuidados paliativos

Exploremos la definición ampliada de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que nos dice lo siguiente:

Los cuidados paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus familias que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades que ponen en peligro la vida. Previene y alivia el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación correcta y el tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean físicos, psicosociales o espirituales (4).

Primero, los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal. En segundo lugar, no pretende ni apresurar ni posponer esta última. Los cuidados paliativos valoran la vida, su calidad y el tiempo con la familia y la comunidad; no se trata de ayuda médica para morir o de eutanasia. Como menciona la OMS, OFRECE un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte.

Este tipo de atenciones médicas y no médicas, tales como las ofrecidas por enfermería, trabajadores sociales, paramédicos, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicología, tanatología y voluntarios son aplicables al inicio de la enfermedad, junto con otras terapias destinadas a mejorar la vida, como quimioterapia, radioterapia y atención incluida para el manejo de complicaciones clínicas angustiantes. En la actualidad, hay cada vez más pruebas de que los cuidados paliativos que se ofrecen en una etapa más temprana del curso de la enfermedad pueden no solo mejorar la calidad de vida de una persona,

sino que también pueden aumentar la supervivencia. Cuando uno se siente mejor, aumenta la capacidad de afrontar la enfermedad, incluso cuando no es curable. Por eso, es vital brindar cuidados paliativos y acercar a más médicos a esta área de la salud.

De hecho, se ha demostrado que las personas que reciben cuidados paliativos al final de su vida logran una mayor expectativa de vida y menos deseos de aplicar el suicidio asistido o la eutanasia activa. Los cuidados paliativos pueden ayudar a las personas a vivir bien para que no quieran terminar temprano con su vida. Integrar los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al paciente ofrece un sistema de apoyo para lograr que los pacientes vivan lo más activamente posible hasta la muerte. También proporciona un sistema de apoyo para los cuidadores primarios y familiares a sobrellevar la enfermedad del paciente y su propio duelo. Recordemos que el duelo es un proceso psicológico que todos pueden presentar al momento de enfrentarse a una pérdida. La pérdida no sólo nos habla de la muerte, si no de cualquier cosa o expresión que teníamos y que se va de nuestras vidas. En este caso, podemos hablar de la pérdida de la salud o del impedimento de realizar actividades tanto del paciente como de los seres queridos con el paciente. Esto nos afirma la definición integradora de cuidados paliativos, que requiere de una visión de todas las esferas y considerando a los seres queridos del paciente como parte de los sujetos que requieren de atención. Utiliza un enfoque de equipo interdisciplinario para abordar las necesidades de los pacientes y sus familiares cuidadores, incluido el apoyo y el asesoramiento en caso de duelo. Todos estos son objetivos importantes de los cuidados paliativos (5).

4. Dolor y sufrimiento

El cuidado paliativo atiende el dolor y múltiples síntomas no dolorosos. El dolor generalmente es su tratado inicial, pero no se queda solamente en eso. Los cuidados paliativos no pueden ser solo médicos, es importante tener un apoyo psicológico, espiritual, familiar y

multidisciplinar. El paciente tiene que ser capaz de vivir tan activamente como sea posible antes de su muerte y los familiares tienen que saber manejar este proceso antes, durante y después de la muerte.

Hay que distinguir el dolor del sufrimiento. El dolor es orgánico, físico o corporal, que cualquier ser animal es capaz de experimentar, mientras que el sufrimiento está enraizado en la naturaleza humana, de origen psicosocioespiritual, asociado a nuestra condición de seres pensantes. Debemos también ser capaces de diferenciar las múltiples variedades de sufrimientos que podemos encontrar: social, emocional, espiritual y físico. El médico suele enfocarse en el sufrimiento físico, a veces solo en la agudización de ese sufrimiento, pero puede quedar corto en la atención integral. El bioeticista será capaz de darnos un panorama integral del paciente como ser humano, considerándolo un ser con dignidad, como fin en sí mismo y poner los valores y principios propios de su área entorno a la muerte del paciente y su duelo (6).

5. Sufrimiento al final de la vida

El ser humano se comporta como un individuo complejo, esta criatura, definida por Boecio como una sustancia individual de naturaleza racional, cuenta con la capacidad de pensar, sentir y actuar, pero también de sufrir. Este sufrimiento no se limita a un malestar físico, sino que se compone por fenómenos sociales, culturales, psicológicos, religiosos y espirituales que acompañan al paciente y a su red de apoyo, es por esto que el entendimiento integral de la persona frente a la incertidumbre que conlleva el fin de la vida le confiere un rol fundamental a los cuidados paliativos.

Es importante mencionar que la medicina paliativa no se limita al manejo somático del individuo, por el contrario, se encarga de ofrecer acompañamiento físico, psicosocial y espiritual.

La enfermedad terminal es un fenómeno irreversible que resulta en la muerte de la persona, lo que se acompaña de sufrimiento, no solamente para quien padece la enfermedad, sino que también afecta

a las personas de su entorno. La muerte no puede existir sin la vida, de la misma manera en que la vida no puede existir sin la muerte. La muerte, vista como el resultado último de la vida representa una de las manifestaciones más sublimes de la vida misma, al encontrar sentido a la muerte, el paciente y sus familiares pueden afrontar la enfermedad y la muerte con menos sufrimiento.

El rol de los cuidados paliativos al final de la vida cobra especial importancia al partir de la idea de morir con dignidad, de acuerdo con Brena, la manera de morir es un reflejo de la manera de vivir, para que la vida tenga sentido, la muerte también debe tenerlo (7). Los cuidados paliativos no solo acompañan al paciente durante su proceso de muerte, sino que le ayudan a que la persona alcance su propia trascendencia, encontrando sentido a su vida, y a su muerte, disminuyendo así su sufrimiento.

El sufrimiento que un individuo experimenta al final de la vida es complejo, por un lado, el deterioro orgánico se acompaña de síntomas que aquejan al enfermo, pudiendo disminuir su calidad de vida al final de la misma, por el otro, dado que la naturaleza humana excede su propia corporeidad, comúnmente el final de la vida se acompaña de miedo, incertidumbre y otras manifestaciones de sufrimiento psicológico, espiritual y social.

La espiritualidad conforma una parte sustancial del ser humano, quien, en búsqueda de su propia trascendencia, cruza los límites de su existencia. El acompañamiento espiritual al final de la vida mediante los cuidados paliativos permite mejorar la calidad de vida, y de muerte (8).

6. La muerte, trascendencia y cuidados paliativos

La finitud del ser humano muchas veces es uno de los sufrimientos que puede encontrar al final de la vida. Es intrínseco al ser humano el buscar la trascendencia previa a la muerte. Esta se presenta de muchas formas: en nuestros seres queridos, acciones, profesión, objetos,

inclusive en las personas que nos acompañan en nuestra muerte. El vivir en sociedad nos condiciona a dejar algo de nosotros en el plano terrenal en vida, así como en muerte. Puede ser algo positivo o perjudicial, pero nuestro actuar humano tiende a la racionalización de nuestras acciones. Esto es lo que define parte de la antropología, ese estudio del ser humano tanto histórico como presente. La antropología incluye a la muerte como dato propio de la humanización de los primeros hombres. La presencia de ritos como la sepultura nos hablan de un avance incluso más representativo que el uso de herramientas o del fuego. Esta pérdida venía acompañada de un duelo y un proceso social que nos llevan a un sufrimiento visto hoy en día y que requiere su propia mención y tratamiento (9).

Los cuidados paliativos abordan esta incertidumbre con un planteamiento completo y amplio del tema. Viene determinada con el contexto cotidiano del paciente, su historia tanto personal como cultural, su lugar de origen y de muerte. Tiene tantas facetas como tiene la vida misma de la persona e influye tanto a jóvenes como ancianos. Esta calidad intrínseca y exclusiva de la muerte entrelazada con la trascendencia del humano es considerada en la ética como parte de la naturaleza humana. La tanatología, la teología, la psicología y la espiritualidad son herramientas que acompañan al paciente en el proceso de trascendencia al morir para que pueda encontrar ese sentido en su vida, incluso si carece de creencias religiosas que acompañen el ideal de la vida posterior a la muerte (10).

7. Ortotanasia y eutanasia

Muchas veces se confunden estas dos definiciones. Será importante determinar la diferencia entre cada una de ellas: la ortotanasia, concepto utilizado en la ley, distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de cualquier acto médico obstinado, desproporcionado o inútil, procurando siempre la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando

cuidados paliativos, medidas mínimas ordinarias (hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones) y la atención integral que incluye a los cuidados psicológicos y la asistencia espiritual. La eutanasia, según su etiología, se define como “buena muerte”, pero la mayoría de los comentaristas la definen como “acto deliberado de poner fin a la vida, a petición de la familia o propia”, incluso la Iglesia católica lo determina como “una acción o una omisión que, por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor” (11).

8. La bioética y los cuidados paliativos

El desarrollo de los cuidados paliativos, como hemos podido observar a lo largo de este ensayo, surge de la necesidad de atender la muerte. Pero la muerte no puede atenderse sin consideración por la vida y ahí es donde se fundamenta la vital importancia del uso de la ética y la bioética para comprender cómo abordar unos cuidados paliativos integrales. Utilizaremos algunos de los principios personalistas, al igual que los principios propios de la práctica médica, los cuales son: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, totalidad o terapéutico e inviolabilidad de la vida humana y el deber de respetar la vida y la muerte.

Este último debe anteceder a todos los demás por su jerarquía axiológica, inclusive se vio reflejado en el juramento hipocrático mencionado al inicio. La vida es lo más esencial que tenemos, a lo que el médico se apegaba y lucha por salvar, sin embargo, también por enaltecer. En las personas existe cierta intuición que nos lleva a entender que la persona posee valor en sí misma, algo que le otorga a la persona una categoría de mayor importancia que otras especies u objetos. Ese valor, exclusivo del ser humano, es lo que denominamos dignidad. La dignidad, mencionada anteriormente, es el valor más importante y antecede a los demás. Dentro del estudio de la ética nos encontramos con el imperativo categórico, que nos recuerda que la

persona nunca debe ser utilizada como un medio, sino siempre como un fin en sí misma (12).

La beneficencia buscará siempre el bien para el enfermo. Debemos saber que el bien no es siempre el buscar una cura, o el tratar una enfermedad, el bien se debe entender como lo mejor que requiere ese paciente por su condición, sus posibilidades y sus deseos.

La no maleficencia es un deber médico fundamental que se asegurará en el principio *primum non nocere*, primero es no dañar. Tiene fuerte relación con proporcionalidad del acto. Debemos saber que hay daños colaterales en brindar un bien mayor, pero nunca debemos caer en el dañar al paciente sin un fin más grande que ese daño hecho. También recordemos que los deseos del paciente aquí son importantes y la proporcionalidad terapéutica que ayuda a seguir este importante principio.

La justicia promueve la igualdad en la asignación de recursos de salud, no solo frente al paciente individual, sino también frente a la población en general o frente a un grupo de pacientes, un grupo como el de pacientes terminales. El médico tiene responsabilidad en la atención que otorga y no sería ético el rechazar un tratamiento a un paciente, aún si este está cerca de la muerte. El tratamiento y la atención que recibe deben ser exactamente iguales.

El principio de totalidad o terapéutica reconoce como un ser debe ser considerado en todas sus esferas y como el daño o mejora de una de estas tiene un efecto en el total del paciente. Es evidente que si una enfermedad orgánica no tiene cura esta repercutirá en todas las esferas del paciente y debemos tratar cada una de ellas para asegurar una mejora en el estado general e integral del paciente.

La autonomía, principio agregado hace poco, hace alarde de la independencia que tiene cada paciente. Afirma el derecho que tiene cada paciente que se encuentre competente e informado a participar en forma activa en la toma de su proceso médico, inclusive el rechazo a ciertas medidas. Esto rompe completamente con el antiguo modelo paternalista de la medicina y le otorga tanto derechos como responsabilidades al paciente de ser el protagonista de su propia

atención en salud. Esto es especialmente importante en los cuidados al final de la vida. Cada persona, cada paciente, tendrá la libertad de elegir sobre cómo quiere manejar y paliar este proceso, debemos respetarlo y darle las mejores herramientas para que decida de forma consciente e informada.

9. Conclusión

Finalmente, los cuidados paliativos serán capaces de mejorar la calidad de vida y también pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad aumentando la sobrevida y disminuyendo la sintomatología y el malestar tanto físico como social, psicológico y espiritual. Los cuidados paliativos representan una herramienta poderosa para hacer frente al sufrimiento de los pacientes que padecen enfermedades sin posibilidad de curación, ya que su enfoque no se limita al alivio de los síntomas desde la corporeidad de la persona, sino que la reconocen como un ser biopsicosocial y espiritual que merece y amerita ser acompañado hasta el último momento de su vida, tan corta o larga como esta sea. Esto únicamente será posible si se brindan unos cuidados paliativos éticos y enfocados en el bienestar del paciente. No podemos ignorar la necesidad que existe por atender a los moribundos y esto es algo que debemos seguir promoviendo en la medicina moderna con todas las directrices bioéticas que rigen cada uno de los actos médicos. El paciente sigue siendo paciente hasta en la muerte y no se trata de curar cada una de las enfermedades, sino de asegurar que la vida que podemos ofrecer sea una que el paciente quiera vivir.

Referencias

1. Pérez M. El debate en bioética. El personalismo en el pensamiento de Elio Sgreccia. Entrevista a Elio Sgreccia. *Medicina y Ética* [Internet]. 2018 [consultado 1 de noviembre de 2023]; 144:159. Disponible en: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/issue/view/98/Vol%2029%201>

2. Sanchez-Salvatierra J., Taype-Rondan A. Evolution of the Hippocratic Oath: What has changed and why? *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2018 [consultado 7 de noviembre de 2023]; 146(12): 1498-1500. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201498>
3. Gamboa-Bernal G. La Declaración de Ginebra revisada a la luz de la nueva cultura. *Persona y Bioética* [Internet]. 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.1>
4. World Health Organization. Palliative Care Definition. [Internet] [consultado 3 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. Land D. Early palliative care in non-small cell lung cancer improves quality of life and mood, and may result in longer survival. *Thorax* [Internet] 2011; 66(5):395. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/thx.2010.149906>
6. Aguilar B. Dolor y sufrimiento en medicina. *Rev. Urug. Cardiol* [Internet]. 2016 [consultado 7 de noviembre de 2023]; 31(1): 10-14. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000100005&lng=es
7. Brena V. La muerte según los filósofos, en la vida cotidiana y en la formación de enfermeras. *Educere* [Internet]. 2020; 24(79):503-512. [consultado 8 de noviembre de 2023] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35663293002>
8. Wysocka M, Wawrzyniak M, Jarosz J, Hordowicz M, Klimkiewicz A. Is there a connection between spiritual transcendence and quality of life? A Cross-Sectional survey study in patients under the End-of-Life Care. *Journal of Palliative Care* [Internet]. 2021; 38(1):10-6 [consultado 7 de noviembre de 2023] Disponible en: <https://doi.org/10.1177/08258597211034642>
9. Morin E. El hombre y la muerte. Editorial Kairós; 1994 [consultado 29 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://editorialkairos.com/catalogo/el-hombre-y-la-muerte>
10. Llauradó G. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. [Internet]. 2014 [consultado 10 de noviembre de 2023]; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100006&lng=es <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100006>
11. Carrillo-Esper R. Ley de Voluntad Anticipada [Internet]. 2018. [consultado 8 de noviembre de 2023] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/ resumen.cgi?IDARTICULO=79283#:~:text=La%20Ley%20de%20Voluntad%20Anticipada,una%20enfermedad%20terminal%20e%20irreversible>
12. Secretaría de Salud/ Comisión Nacional de Bioética. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. México [Internet]. [consultado 8 de noviembre de 2022]. Disponible: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Palliative care: an anthropological and bioethical reflection

Cuidados paliativos: una reflexión antropológica y bioética

Jimena Mónica Muñoz Merino*
Elefante Rosa, Mexico City, Mexico

Silvia Becerra Castro**
Elefante Rosa, Mexico City, Mexico

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.05>

Abstract

Palliative care is a form of integral care of the patient, considering his anthropological and ontological character, as a biopsychosocial and spiritual being, where death and suffering are characteristics that define him and separate him from other species. Bioethical principles give us an approach to understand why it is important to care for the patient in all areas, beyond the curative intention. It allows us to visualize the true goal of palliative care.

Key words: anthropology, palliative care, bioethics, interdisciplinarity.

* Founding Director of Elefante Rosa, Mexico City, Mexico.
E-mail: jimenamunozmerino@gmail.com <https://orcid.org/0009-0005-1396-8971>
** Researcher and editor of Elefante Rosa, Mexico City, Mexico.
E-mail: silvia_bec@outlook.com <https://orcid.org/0009-0001-5255-7762>
Reception: 08/11/2023 Acceptance: 13/11/2023

1. Introduction

Death has accompanied the human being for as long as he has existed. It is part of an intrinsic process of man, which must be treated in an interdisciplinary way for the simple fact that the human being is a person and is not just a body, but a biopsychosocial and spiritual being that transcends corporeality and has a value, an ontological value and a dignity that make it an object of rights, respect, and freedom. It is capable of feeling, deciding, acting, thinking, suffering, and enjoying (1).

In medicine we speak of palliative care, a branch responsible for preventing and alleviating suffering, as well as providing the best possible quality of life to patients suffering from a serious illness that compromises their life, both for their well-being and that of their family. Providing comprehensive palliative care must include both the bioethics that governs medical behavior and the clinical practices that protect and guarantee the well-being of the patient and the fulfillment of orthothanasia with the full dignity that the human being deserves.

In this paper, by means of analytical methodology, we will seek to approach palliative care and death from an anthropological and bioethical point of view in the light of the principles, seeking to reach a conclusion on the importance of palliative care in the integrity of the person.

2. Medical practice since the hippocratic oath

When a physician enters or leaves medical school, he/she takes an oath that has been recorded since before the era of Christ, known as the Hippocratic Oath, which reads as follows:

I swear by Apollo the Healer, by Asclepius and Hygieia, by Panacea by all the gods and goddesses, taking them as my witnesses,

that I will carry out, according to my ability and judgment to fulfill the following oath and pledge:

To consider my master of medicine as if he were my father; to share with him my goods and, if it comes to it, to help him in his needs, to have his children as my brothers and sisters and to teach them this Art, if they want to learn it, without gratification or compromise; to make my children partakers of the precepts, teachings and other doctrines, as well as those of my master and the disciples committed and who have taken the oath according to the medical law, but to no one else.

I will direct the diet with an eye to the recovery of the patients, to the best of my strength and judgment, and I will spare them all evil and harm.

I will not administer to anyone a deadly drug, even if he asks me to do so, nor will I take the initiative of such a suggestion. Likewise, I will not prescribe to a woman a passive abortifacient; on the contrary, I will live and practice my art in a holy and pure manner.

I will not operate with a knife even on patients suffering from calculus but will leave them in the hands of those who are engaged in these practices (2).

I solemnly promise to dedicate my life to the service of humanity To watch over the health and well-being of my patient above all To respect the autonomy and dignity of my patient, to watch over human life with the utmost respect... (3).

As the time in which we live changes, there are also transformations in medical practice, so the oath was also modified, having nowadays the last recognized international version which is the Declaration of Geneva of 2017. From thousands of years ago until today there are issues that prevail, one of them is the respect for human life and its dignity. This does not mean that the physician must ensure the maintenance of life in all circumstances, but that, regardless of these, the physician must take care of the person in a comprehensive manner and accompany him/her in the dying process with palliative care and

a humane and bioethical approach. Palliative care allows us to provide this to the patient during the end of his or her life, and bioethics provides us with the study of the principles and values that should govern practice in the biological sciences.

3. Palliative care

Let us explore the expanded definition of the World Health Organization (WHO) which tells us the following:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial, or spiritual (4).

First, palliative care affirms life and considers death as a normal process. Second, it does not seek to hasten or postpone death. Palliative care values life, its quality and time with family and community; it is not about medical aid in dying or euthanasia. As mentioned by the WHO, it OFFERS a support system to help patients live as actively as possible until death.

This type of medical and non-medical care, such as that offered by nurses, social workers, paramedics, pharmacists, physiotherapists, psychologists, thanatologists, and volunteers, is applicable at the onset of the disease, along with other therapies aimed at improving life, such as chemotherapy, radiotherapy and care including the management of distressing clinical complications. There is now increasing evidence that palliative care provided earlier in the course of the disease can not only improve a person's quality of life but can also increase survival. When you feel better, your ability to cope with the disease increases, even when it is not curable. That is why it is vital to provide palliative care and to bring more physicians into this area of healthcare.

In fact, it has been shown that people who receive palliative care at the end of life have a longer life expectancy and less desire for assisted suicide or active euthanasia. Palliative care can help people live well so that they do not want to end their lives early. Integrating the psychological and spiritual aspects of patient care provides a support system to enable patients to live as actively as possible until death. It also provides a support system for primary caregivers and family members to cope with the patient's illness and their own grief. Let us remember that grief is a psychological process that everyone can go through when faced with a loss. Loss does not only speak of death, but of anything or any expression that we had and that leaves our lives. In this case, we can talk about the loss of health or the impairment of activities of both the patient and the loved ones with the patient. This affirms for us the integrative definition of palliative care, which requires a vision of all spheres and considering the patient's loved ones as part of the subjects requiring care. It uses an interdisciplinary team approach to address the needs of patients and their family caregivers, including bereavement support and counseling. These are all important goals of palliative care (5).

4. Pain and suffering

Palliative care addresses pain and multiple non-pain symptoms. Pain is usually the initial treatment, but it does not stop there. Palliative care cannot be only medical, it is important to have psychological, spiritual, family, and multidisciplinary support. The patient must be able to live as actively as possible before death and the family must know how to manage this process before, during and after death.

Pain must be distinguished from suffering. Pain is organic, physical, or bodily, which any animal being can experience, while suffering is rooted in human nature, of psychosocial-spiritual origin, associated with our condition as thinking beings. We must also be able to differentiate the multiple varieties of suffering that we can encounter

social, emotional, spiritual, and physical. The physician usually focuses on physical suffering, sometimes only on the aggravation of that suffering, but may fall short of comprehensive care. The bioethicist will be able to give us a comprehensive overview of the patient as a human being, considering him or her a being with dignity, as an end and place the values and principles of their area around the patient's death and their grief (6).

5. Suffering at the end of life

The human being behaves as a complex individual, this creature, defined by Boethius as an individual substance of rational nature, has the capacity to think, feel and act, but also to suffer. This suffering is not limited to physical discomfort, but is made up of social, cultural, psychological, religious, and spiritual phenomena that accompany the patient and his or her support network, which is why palliative care plays a fundamental role in understanding the whole person in the face of the uncertainty that comes with the end of life.

It is important to mention that palliative medicine is not limited to the somatic management of the individual; on the contrary, it provides physical, psychosocial, and spiritual support.

Terminal illness is an irreversible phenomenon that results in the death of the person, which is accompanied by suffering, not only for the person suffering from the disease, but also affects the people around him or her. Death cannot exist without life, just as life cannot exist without death. Death, seen as the ultimate outcome of life, represents one of the most sublime manifestations of life itself. By finding meaning in death, patients and their families can face illness and death with less suffering.

The role of palliative care at the end of life takes on special importance when starting from the idea of dying with dignity, according to Brena, the way of dying reflects the way of living; for life to have meaning, death must also have meant (7). Palliative care not

only accompanies the patient during the dying process, but also helps the person to reach his or her own transcendence, finding meaning in life and in death, thus reducing suffering.

The suffering that an individual experiences at the end of life is complex, on the one hand, the organic deterioration is accompanied by symptoms that afflict the patient, which can diminish their quality of life at the end of it, on the other hand, since human nature exceeds their own corporeality, commonly the end of life is accompanied by fear, uncertainty, and other manifestations of psychological, spiritual, and social suffering.

Spirituality forms a substantial part of the human being, who, in search of his own transcendence, crosses the limits of his existence. Spiritual accompaniment at the end of life through palliative care improves the quality of life and death (8).

6. Death, transcendence, and palliative care

The finitude of the human being is often one of the sufferings that can be encountered at the end of life. It is intrinsic to human beings to seek transcendence prior to death. This is presented in many ways: in our loved ones, actions, profession, objects, even in the people who accompany us in our death. Living in society conditions us to leave something of ourselves on the earthly plane in life, as well as in death. It can be something positive or detrimental, but our human actions tend to rationalize our actions. This is what defines part of anthropology, that study of the human being both historical and present. Anthropology includes death as a fact of the humanization of the first men. The presence of rites such as burial tells us of an advance even more representative than the use of tools or fire. This loss was accompanied by mourning and a social process that leads us to a suffering seen today that requires its own mention and treatment (9).

Palliative care addresses this uncertainty with a complete and comprehensive approach to the subject. It is determined by the

patient's daily context, his or her personal and cultural history, his or her place of origin and place of death. It has as many facets as the person's life itself and influences both young and old. This intrinsic and exclusive quality of death intertwined with the transcendence of the human being is considered in ethics as part of human nature. Thanatology, theology, psychology, and spirituality are tools that accompany the patient in the process of transcendence at death so that he/she can find that meaning in his/her life, even if he/she lacks religious beliefs that accompany the ideal of life after death (10).

7. Orthothanasia and euthanasia

These two definitions are often confused. It will be important to determine the difference between each of them: orthothanasia, a concept used in the law, distinguishes between curing and caring, without actively, directly or indirectly causing death, avoiding the application of any obstinate, disproportionate or useless medical act, always seeking the dignity of the terminally ill patient, providing palliative care, minimal ordinary measures (hydration, hygiene, oxygenation, nutrition and/or cures) and comprehensive care that includes psychological care and spiritual assistance. Euthanasia, according to its etiology, is defined as "good death", but most commentators define it as "deliberate act of putting an end to life, at the request of the family or self", even the Catholic Church determines it as "an action or omission that, by its nature, or in intention, causes death, with the purpose of eliminating any pain" (11).

8. Bioethics and palliative care

The development of palliative care, as we have seen throughout this essay, arises from the need to attend to death. But death cannot be attended to without consideration for life, and this is where the vital importance of using ethics and bioethics to understand how to ap-

proach comprehensive palliative care is founded. We will use some of the personalist principles, as well as the principles of medical practice, which are: beneficence, non-maleficence, autonomy, justice, totality or therapeutic and inviolability of human life and the duty to respect life and death.

The latter must precede all the others due to its axiological hierarchy and was even reflected in the Hippocratic oath mentioned at the beginning. Life is the most essential thing we have, to which the physician is attached and fights to save, but also to exalt. In people there is a certain intuition that leads us to understand that the person has value, something that gives the person a category of greater importance than other species or objects. This value, exclusive to the human being, is what we call dignity. Dignity, mentioned above, is the most important value and precedes all others. Within the study of ethics, we find the categorical imperative, which reminds us that the person should never be used as a means, but always as an end in themselves (12).

Beneficence will always seek the good for the sick person. We must know that the good is not always the search for a cure, or the treatment of an illness; the good must be understood as the best that the patient requires for his condition, his possibilities, and his desires.

Non-maleficence is a fundamental medical duty that will be ensured in the principle *primum non nocere*, first is to do no harm. It is strongly related to the proportionality of the act. We must know that there is collateral damage in providing a greater good, but we must never fall into harming the patient without an end greater than the harm done. Let us also remember that the patient's wishes here are important and therapeutic proportionality helps to follow this important principle.

Justice promotes equality in the allocation of health resources, not only to the individual patient, but also to the general population or to a group of patients, a group such as terminally ill patients. The physician has responsibility for the care he/she provides, and it would be unethical to refuse treatment to a patient, even if he/she is

close to death. The treatment and the care he or she receive must be the same.

The principle of totality or therapeutics recognizes how a being must be considered in all its spheres and how the damage or improvement of one of these influences the patient's total. It is evident that if an organic disease has no cure, it will have repercussions in all the patient's spheres and we must treat each one of them to ensure an improvement in the general and integral state of the patient.

Autonomy, a recently added principle, boasts the independence of each patient. It affirms the right of each patient who is competent and informed to actively participate in the medical process, including the refusal of certain measures. This breaks completely with the old paternalistic model of medicine and gives both rights and responsibilities to the patient to be the protagonist of his or her own health care. This is especially important in end-of-life care. Each person, each patient, will have the freedom to choose how he/she wants to manage and mitigate this process, we must respect him/her and give him/her the best tools to make a conscious and informed decision.

9. Conclusion

Finally, palliative care will be able to improve the quality of life and can also positively influence the course of the disease by increasing survival and decreasing physical, social, psychological, and spiritual symptomatology and discomfort. Palliative care represents a powerful tool to address the suffering of patients suffering from incurable diseases, since its approach is not limited to the relief of symptoms from the person's corporeality but recognizes the person as a biopsychosocial and spiritual being who deserves and deserves to be accompanied until the last moment of his or her life, however short or long it may be. This will only be possible if palliative care is provided ethically and focused on the patient's well-being. We cannot ignore the need to care for the dying and this is something we must continue

to promote in modern medicine with all the bioethical guidelines that govern every medical act. The patient remains a patient even in death and it is not a matter of curing each disease, but of ensuring that the life we can offer is one that the patient wants to live.

Referencias

1. Pérez M. El debate en bioética. El personalismo en el pensamiento de Elio Sgreccia. Entrevista a Elio Sgreccia. *Medicina y Ética* [Internet]. 2018 [consulted 2023 Nov 1]; 144:159. Available at: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/issue/view/98/Vol%2029%201>
2. Sanchez-Salvatierra J., Taype-Rondan A. Evolution of the Hippocratic Oath: What has changed and why? *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2018 [consulted 2023 Nov 7]; 146(12): 1498-1500. Available at: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201498>
3. Gamboa-Bernal G. La Declaración de Ginebra revisada a la luz de la nueva cultura. *Persona y Bioética* [Internet]. 2018. Available at: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.1>
4. World Health Organization. Palliative Care Definition. [Internet] [consulted 2023 Nov 3]. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. Land D. Early palliative care in non-small cell lung cancer improves quality of life and mood and may result in longer survival. *Thorax* [Internet] 2011; 66(5):395. Available at: <https://doi.org/10.1136/thx.2010.149906>
6. Aguilar B. Dolor y sufrimiento en medicina. *Rev. Urug. Cardiol* [Internet]. 2016 [consulted 2023 Nov 7]; 31(1): 10-14. Available at: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000100005&lng=es
7. Brena V. La muerte según los filósofos, en la vida cotidiana y en la formación de enfermeras. *Educere* [Internet]. 2020; 24(79):503-512. [consulted 2023 Nov 8] Available at: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35663293002>
8. Wysocka M, Wawrzyniak M, Jarosz J, Hordowicz M, Klimkiewicz A. Is there a connection between spiritual transcendence and quality of life? A Cross-Sectional survey study in patients under the End-of-Life Care. *Journal of Palliative Care* [Internet]. 2021; 38(1):10-6 [consulted 2023 Nov 7] Available at: <https://doi.org/10.1177/08258597211034642>
9. Morin E. El hombre y la muerte. Editorial Kairós; 1994 [consulted 2023 Oct 29]. Available at: <http://editorialkairos.com/catalogo/el-hombre-y-la-muerte>
10. Llauradó G. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. [Internet]. 2014 [consulted 2023 Nov 10]; 8(1). Available at: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100006&lng=es <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100006>

11. Carrillo-Esper R. Ley de Voluntad Anticipada [Internet]. 2018. [consultado 8 de noviembre de 2023] Available at: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79283#:~:text=La%20Ley%20de%20Voluntad%20Anticipada,una%20enfermedad%20terminal%20e%20irreversible>
12. Secretaría de Salud/ Comisión Nacional de Bioética. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. México [Internet]. [consultado 8 de noviembre de 2022]. Disponible: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



La eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica

Euthanasia and the end of life. A critical reflection

José Enrique Gómez Álvarez*

Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), México

De la Torre, J. *La eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica.*
España: Editorial Sal Terrae; 2019.

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.06>

En primer lugar, se podría decir que el libro es un excelente resumen sobre el tema de la eutanasia. Aunque el autor señala que es un libro de divulgación, éste posee precisión metodológica y rigor académico. En segundo lugar, posibilita el acercamiento interdisciplinar alrededor del tema. En cuanto a su estructura, el libro consta de 8 capítulos que abordan los distintos elementos sociales, conceptuales e históricos del objeto de estudio señalado.

En el primer capítulo, titulado “Definiciones” (13-25), el autor defiende que el sentido de eutanasia debe centrarse en la llamada eutanasia activa, y no en la denominada eutanasia pasiva, dado que esta última suele referirse, por ejemplo, al abandono de las medidas extraordinarias o desproporcionadas en la atención de pacientes terminales. Así, la eutanasia puede caracterizarse de la siguiente manera: “1) petición deliberada, voluntaria, expresa y reiterada; 2) es aplicada

* Profesor en el Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), México. Correo electrónico: jegomezalvarez@yahoo.com <https://orcid.org/0000-0002-8964-2207>
Recepción: 21/07/2023 Aceptación: 25/09/2023

por el profesional sanitario, realizada sin dolor y en interés de la persona; 3) en una enfermedad irreversible” (pp. 17-18). No queda del todo claro por qué la “eutanasia pasiva”, entendida como una omisión deliberada de la atención médica en un paciente terminal que provoque su muerte, no se pueda considerar equivalente éticamente a la eutanasia activa.

Asimismo, en el capítulo se distinguen a detalle y con ejemplos precisos el suicidio asistido, la obstinación terapéutica, el homicidio, la negligencia profesional limitación/adecuación del esfuerzo terapéutico, entre otros factores que no son menos relevantes.

En el capítulo 2, denominado “Breve recorrido histórico” (pp. 7-32), el autor plantea brevemente cómo en la antigüedad el término es poco preciso en lo que se refiere a lo que se entiende hoy por eutanasia. Conforme se avanza en la historia se delimita el concepto hasta nuestros días, donde surgen muchas denominaciones precisas en torno a la eutanasia como cacetanasia, distanasia, eutanasia indirecta (sedación terminal) y el término de eutanasia (Eutanasia activa directa).

En el capítulo 3, titulado “Cambios culturales en el bien morir” (pp. 33-47), De la Torre analiza los cambios históricos que ha tenido el trato de los ancianos, los cambios en las actitudes antes de morir, tanto de las personas que mueren, como las actitudes de los médicos ante la muerte. En ese sentido, el autor hace énfasis en la actitud negadora y de ocultamiento de la muerte en la sociedad contemporánea. Este tema es ciertamente acertado: la muerte se ha convertido en un tabú en nuestros tiempos. No obstante, es cierto que también en tiempos actuales se ha reconocido que no deben realizarse intervenciones técnicas a cualquier costo para mantener la vida de los pacientes. Asimismo, se presentan algunos prejuicios culturales que impiden un diálogo adecuado en torno a estos temas, por ejemplo, confundir eutanasia con muerte digna. Por otro lado, el capítulo aborda los cambios en los procesos de morir y la forma de morir, como puede ser el hecho de que la mayoría de las muertes se dan en un ámbito hospitalario. Finalmente, el capítulo cierra con la sugerencia de desmontar prejuicios culturales que impiden o distorsionan el debate social y jurídico de la eutanasia.

En lo concerniente al capítulo 4, denominado “La eutanasia en el mundo” (49-68), el autor realiza un excelente resumen del estado actual (hasta 2019) de las legislaciones aprobadas de la eutanasia. En esa medida, se comparan datos estadísticos de los distintos países (Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia, Suiza, Estados Unidos y Australia) así como los criterios para acceder a la eutanasia en los países mencionados; es decir, se establece una comparación entre estos sobre el uso y la comprensión del tema señalado. También se comparan estos países con otros (europeos) que rechazan la eutanasia, como Francia y Alemania.

El capítulo 5, “La eutanasia en España” (pp. 69-89), De la Torre explica la normatividad en España vigente en aquel entonces, esto es, el 2019 (antes de la legalización de la eutanasia en marzo de 2021). De lo más interesante e ilustrativo de este capítulo consiste en la descripción de los casos que tuvieron (y tienen) impacto mediático, como el caso de Ramón Sampredo, María José Carrasco, el caso de Andrea, entre otros. De igual manera, el autor revisa la posición de los partidos políticos, la Iglesia Católica y algunas asociaciones civiles como la Asociación para el derecho a morir dignamente.

En lo que respecta al capítulo 6, “La eutanasia en la tradición cristiana” (pp. 91-112), a través de la comparación histórica a lo largo del cristianismo se muestra la unanimidad del rechazo a la eutanasia por parte del pensamiento cristiano. No obstante, el autor evidencia cómo se fue perfilando el derecho a morir en paz y el legítimo derecho a rechazar tratamientos desproporcionados. Por consiguiente, se plantea una reseña del Magisterio de la Iglesia desde Pío XII hasta el papa Francisco. De lo más notable es la breve explicación del debate de la hidratación y la nutrición artificial, así como la postura de la Congregación para la Doctrina de la Fe en 2007 respecto a este tema.

Asimismo, el capítulo 7, titulado “Argumentos a favor y en contra de la eutanasia” (pp. 113-131), el autor esboza los argumentos en relación con la eutanasia. Para ello, se concede un énfasis a los opositores de ésta. Por tal motivo, se analiza el argumento de la pendiente resbaladiza, las consecuencias sociales hacia los vulnerables en el caso de despenalización, la afectación a los médicos, la desatención

que podría generar en torno a los cuidados paliativos, el planteamiento sobre si existe un derecho a morir, la existencia de una auténtica autonomía y la incapacidad de enfrentar la vejez y la muerte en la sociedad contemporánea.

Por otro lado, en el capítulo 8, llamado “La eutanasia en otras tradiciones religiosas” (pp. 133-146), se presentan las posturas del judaísmo, el budismo, el hinduismo y el islam alrededor de la eutanasia; de este modo, se concluye que todas ellas se oponen a la eutanasia, aunque en el hinduismo se permiten ciertos suicidios en un contexto religioso. De igual modo, las religiones se oponen al encarnizamiento terapéutico.

El libro cierra con las conclusiones alrededor de la importancia de clarificar los conceptos y de reconocer, al mismo tiempo, que las respuestas a esta problemática no son en blanco o negro, sino que existe un área gris donde no siempre es posible dar con una respuesta ética incuestionable.

En suma, el libro es un excelente resumen del problema de la eutanasia, escrito con un lenguaje claro y preciso. Por otro lado, uno de los elementos valiosos que posee radica en que en los distintos capítulos aparecen cuadros que resaltan las ideas principales. Este texto, de igual manera, no presenta “sobrantes”. Este realiza algunas repeticiones, pero sin ser excesivo en ello. Asimismo, es completo y abarca de un modo sustancial el tema de la eutanasia, lo que resulta una lectura agradable. Finalmente, posee muchos ejemplos de los conceptos principales, por lo tanto, se torna un texto útil para la enseñanza.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Euthanasia and the end of life. A critical reflection

La eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica

José Enrique Gómez Álvarez*

Center for Advanced Social Research (CISAV), Mexico

De la Torre, J. *La eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica.*
España: Editorial Sal Terrae; 2019.

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.06>

First, it could be said that the book is an excellent summary about euthanasia. Although the author points out that it is a popularization book, it has methodological precision and academic rigor. Secondly, it enables an interdisciplinary approach to the subject. In terms of its structure, the book consists of eight chapters that address the different social, conceptual, and historical elements of the object of study.

In the first chapter, entitled “Definitions” (13-25), the author argues that the meaning of euthanasia should focus on the so-called active euthanasia, and not on the so-called passive euthanasia, given that the latter usually refers, for example, to the abandonment of extraordinary or disproportionate measures in the care of terminally ill patients. Thus, euthanasia can be characterized as follows: “1) deliberate, voluntary, express and repeated request; 2) it is applied by the health professional, carried out painlessly and in the person’s

* Professor in Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), México. Email: jego-mezalvarez@yahoo.com <https://orcid.org/0000-0002-8964-2207>
Reception: 21/07/2023 Acceptance: 25/09/2023

best interest; 3) in an irreversible illness” (pp. 17-18). It is not entirely clear why “passive euthanasia”, understood as a deliberate omission of medical care in a terminally ill patient resulting in death, cannot be considered ethically equivalent to active euthanasia.

Likewise, the chapter distinguishes in detail and with precise examples assisted suicide, therapeutic obstinacy, homicide, professional negligence, limitation/adequacy of therapeutic effort, among other factors that are no less relevant.

In chapter 2, entitled “A brief historical overview” (pp. 7-32), the author briefly explains how in ancient times the term was not very precise in terms of what it is understood today as euthanasia. As history progresses, the concept is delimited up to the present day, where many precise denominations arise around euthanasia such as cacoethanasia, dysthanasia, indirect euthanasia (terminal sedation) and the term euthanasia (direct active euthanasia).

In Chapter 3, entitled “Cultural changes in the well-dying” (pp. 33-47), De la Torre analyzes the historical changes in the treatment of the elderly, the changes in the attitudes before dying, both persons who are dying and the attitudes of physicians towards death. In this sense, the author emphasizes the denial and concealment of death in contemporary society. This theme is certainly accurate: death has become a taboo in our times. However, it is true that also in contemporary times it has been recognized that technical interventions should not be carried out at any cost to maintain the life of patients. The chapter also presents some cultural prejudices that prevent an adequate dialogue on these issues, for example, confusing euthanasia with dignified death. On the other hand, the chapter discusses changes in the processes of dying and the way of dying, such as the fact that most deaths occur in a hospital setting. Finally, the chapter closes with a suggestion to dismantle cultural prejudices that impede or distort the social and legal debate on euthanasia.

In Chapter 4, entitled “Euthanasia in the world” (49-68), the author provides an excellent summary of the status (up to 2019) of approved euthanasia legislation. To that extent, statistical data from

different countries (Holland, Belgium, Luxembourg, Canada, Colombia, Switzerland, the United States and Australia) are compared, as well as the criteria for access to euthanasia in the countries mentioned; that is, a comparison is established between these on the use and understanding of the subject indicated. These countries are also compared with other (European) countries that reject euthanasia, such as France and Germany.

In Chapter 5, “Euthanasia in Spain” (pp. 69-89), De la Torre explains the regulations in force in Spain at that time, i.e., 2019 (before the legalization of euthanasia in March 2021). The most interesting and illustrative part of this chapter consists of the description of the cases that had (and have) media impact, such as the case of Ramón Sampedro, María José Carrasco, the case of Andrea, among others. Likewise, the author reviews the position of political parties, the Catholic Church, and some civil associations such as the Association for the Right to Die with Dignity.

Regarding chapter 6, “Euthanasia in the Christian tradition” (pp. 91-112), a historical comparison throughout Christianity shows the unanimity of Christian thought in its rejection of euthanasia. Nevertheless, the author shows how the right to die in peace and the legitimate right to refuse disproportionate treatment took shape. Consequently, a review of the Magisterium of the Church from Pius XII to Pope Francis is presented. Most notable is the brief explanation of the debate on artificial hydration and nutrition, as well as the position of the Congregation for the Doctrine of the Faith in 2007 on this issue.

Likewise, Chapter 7, entitled “Arguments for and against euthanasia” (pp. 113-131), the author outlines the arguments regarding euthanasia. In doing so, emphasis is given to the opponents of euthanasia. For this reason, the author analyzes the slippery slope argument, the social consequences for the vulnerable in the case of decriminalization, the impact on physicians, the neglect that could be generated around palliative care, the question of whether there is a right to die, the existence of an authentic autonomy and the inability to face old age and death in contemporary society.

On the other hand, in chapter 8, called “Euthanasia in other religious traditions” (pp. 133-146), the positions of Judaism, Buddhism, Hinduism and Islam on euthanasia are presented; thus, it is concluded that all of them are opposed to euthanasia, although in Hinduism certain suicides are permitted in a religious context. Likewise, religions are opposed to therapeutic incarnation.

The book closes with conclusions about the importance of clarifying concepts and recognizing, at the same time, that the answers to this problem are not black and white, but that there is a gray area where it is not always possible to find an unquestionable ethical answer.

In short, the book is an excellent summary of the problem of euthanasia, written in clear and precise language. On the other hand, one of its valuable elements is that in the different chapters there are tables that highlight the main ideas. This text, likewise, does not present “leftovers”. It makes some repetitions, but without being excessive. It is also complete and covers the subject of euthanasia in a substantial way, which makes for a pleasant read. Finally, it has many examples of the main concepts, making it a useful text for teaching.

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



La consigna del cuidado, medicina y filosofía

The slogan of care, medicine, and philosophy

Francisco José Ballesta*

Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma, Italia

Curi H. *Le parole della cura. Medicina e filosofia.* Milán, Italia: Raffaello Cortina Editore; 2017.

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.07>

El libro en italiano, publicado en 2017 y reimpresso en cinco ocasiones, lleva el número 111 de la colección de ensayos (Saggi) de la editorial Raffaello Cortina Editore (Milán, Italia). El autor, nacido en Verona en 1941, es profesor emérito de historia de la filosofía de la universidad de Padua. Se ha interesado en estudiar las relaciones entre filosofía y medicina. En sus lecciones sobre estos temas resalta que la filosofía debe tener un papel crítico (crítica en el sentido kantiano, reconocimiento de las posibilidades y de los límites) en el confronto con la medicina. En sus contactos directos con la realidad asistencial ha quedado bastante sorprendido por las ambigüedades/contradicciones que se dan con relación al consentimiento informado. Un instrumento, que debería servir para fortalecer la autonomía del paciente, se ha transformado en un documento burocrático que los

* Profesor de la Facultad de Bioética del Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma, Italia. Correo electrónico: fballesta@arcol.org <https://orcid.org/0000-0001-7795-2892>

Recepción: 05/06/2023 Aceptación: 30/11/2023

enfermos firman sin entender y que, evidentemente, poco contribuye a esa autonomía. Constatar esta circunstancia, para un filósofo, buscador de la verdad y la coherencia, es demasiado.

Sus reflexiones en este libro, profundizando en las raíces históricas de las relaciones entre la filosofía y la medicina, se anclan en el concentrado de sabiduría de los antiguos mitos greco-romanos. Esa mitología explicativa del mundo que los antiguos fueron acumulando para poder dar razón, de alguna forma, de la complejidad del hombre y de la realidad.

Las palabras de la contraportada del volumen, tomadas de la introducción, sintetizan perfectamente el contenido del libro:

En el centro de la reflexión están ‘le parole della cura’ (las palabras de la cura), es decir algunos términos claves —medicina, terapia, fármaco, cirugía— capaces de delinear, en su conjunto, el contexto, la naturaleza, los instrumentos y las finalidades de la que convencionalmente se ha llamado ciencia médica. La exploración de este territorio se remonta muchas veces a los orígenes histórico-conceptuales de la medicina, ahondando también en el repertorio mitológico, literario y filosófico del mundo clásico. Con el convencimiento de que, con diferencia de lo que se podría pensar de modo superficial, la historia de la medicina no se puede considerar como un álbum que contiene las ilustraciones de las invenciones más famosas. Al contrario, un primer paso para superar una concepción banalmente positivista de la medicina se puede dar, por un lado, valorando el recorrido histórico, los éxitos y los fracasos y, por otro, midiéndose sin censuras con las grandes cuestiones subyacentes a las ‘palabras’ que definen el campo”.

Cuatro palabras clave que aparecen ya en los escritos más antiguos que nos hablan del arte médico. El autor profundiza en el significado original de estos términos para descubrir, a través de ellos, la esencia de la medicina y cómo la misma se ha visto afectada por los sucesivos cambios histórico-culturales.

El libro está organizado en cuatro capítulos, dedicado cada uno de ellos a una de estas palabras (Medicina, Terapia, Fármaco y Cirugía). En cada capítulo se parte de las raíces mitológicas / ancestrales de los términos, se analizan sus diversos significados y se ofrecen conexiones interesantes con temas relacionados.

En el capítulo primero, dedicado al término Medicina, encontramos las siguientes partes: *Entre el mito y la historia* (sobre Asclepio y el centauro Quirón); *La sangre de Medusa* (historia del personaje mitológico); *El nacimiento de Asclepio; Médico y Medicina* (sobre la etimología de la palabra “medicina”); *La medicina hipocrática; Las bases del arte médico* (medicina antigua); *Las cualidades de los lugares* (uno de los escritos del Corpus hipocrático) y *La paradoja de la medicina* (arte y técnica).

En el segundo capítulo, dedicado a la palabra “terapia”, el autor nos ofrece reflexiones sobre los siguientes elementos: *A la escucha* (significado de la palabra griega “therapeia”); *Cuidar y curar* (significado de la palabra latina “cura”); *La medicina como profesión* (evolución de los significados de “therapeia” y “cura”); *El cuidado del alma* (paralelismos entre el sufrimiento físico y el psicológico/espiritual); *Memoria y catarsis* (recursos psicológicos basados en el manejo de la memoria y el tiempo); *La otra medicina* (sobre las medicinas alternativas) y *¿Paciente?* (sobre la persona del enfermo).

En el capítulo dedicado al Fármaco encontramos las siguientes reflexiones: *Un remedio que envenena* (sobre la etimología del término fármaco); *El día de la expiación* (referencia al libro del Levítico); *Pharmakos* (individuo que viene expulsado de la ciudad llevando consigo todos los males); *Una llaga incurable* (sobre la figura de Edipo); *Curar intoxicando* (también sobre la figura de Edipo); *Medicina, retórica y música* (valor terapéutico del arte); *La escritura como fármaco* (referencia al Fedro, diálogo de Platón que presenta la escritura como maestra de opinión y no de verdad, comparable la medicina empírica, no científica); *Naturaleza y técnica* (la mejor curación es la que se da naturalmente, sin la intervención de medicinas); *Aquellas terribles últimas palabras* (conexiones entre el fármaco y la cicuta en la muerte de Sócrates) y *El don de la esperanza* (el fármaco y el mito de Prometeo).

El capítulo dedicado al término Cirugía, presenta la siguiente división: *Sobre los orígenes de la función de la mano* (de dónde viene el término cirugía); *Un intercambio fatal* (la inmortalidad de Prometeo y la muerte del centauro Quirón, los límites de la cirugía); *Las manos y el intelecto* (sobre las palabras del filósofo Anaxágoras: “Ente todos los animales, el más inteligente es el hombre porque tiene las manos”); *Medicina y cirugía* (complementariedad entre la inteligencia y las manos en la práctica médica); *Ygyeia* (sobre el mito de Igea y el concepto de salud); *Physis e techne* (la cirugía como modeladora de la naturaleza) y *El destino de la Cirugía* (el riesgo de la deriva prometeica en el uso de la medicina).

Quizá el punto principal del libro, eje trasversal a todos los capítulos, lo constituye el concepto de ambivalencia. El autor propone que las “palabras de la cura” no describen realidades claras y precisas, sino más bien realidades ambivalentes. El ejemplo más claro es el término fármaco (la sangre de Medusa) que se refiere tanto a un remedio como a un veneno. También los otros tres términos designan realidades ambivalentes.

La medicina se presenta ambivalente, como arte y como técnica, desde la antigüedad. En la actualidad la medicina se presenta también con una finalidad ambivalente: entre restaurar la naturaleza y modificar el organismo según modelos de salud que cambian en el tiempo.

Terapia nace con el significado de solicitud, servicio, dedicación. Su significado cambia, en nuestro contexto cultural, al estudio y la actuación concreta de los medios y métodos para combatir la enfermedad. La terapia no tiene ya ninguna relación con su significado original que hacía referencia a la disposición de ánimo del terapeuta. En el contexto de la terapia, la ambivalencia se presenta también en el término paciente que, de persona que tiene necesidad de cuidados, ha pasado a significar cliente, persona asistida, ciudadano..., tantas cosas que implican intentos de disfrazar una asimetría real, imposible de cancelar, aunque el mismo autor la califique de “no necesaria y frecuentemente también contraproducente”.

La cirugía nace paralelamente a la medicina. El centauro Quirón habría inventado la cirugía y Asclepio la medicina. La relación entre ambas se ha presentado ambivalente a lo largo de la historia, aunque desde sus orígenes se presentan como dos aspectos inseparables y complementarios de una misma disciplina médico-quirúrgica.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



The slogan of care, medicine, and philosophy

La consigna del cuidado, medicina y filosofía

Francisco José Ballesta*

Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Rome, Italy

Curi H. *Le parole della cura. Medicina e filosofia.* Milan, Italy: Raffaello Cortina Editore; 2017.

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.07>

The book in Italian, published in 2017 and reprinted five times, bears the number 111 of the collection of essays (Saggi) of the publishing house Raffaello Cortina Editore (Milan, Italy). The author, born in Verona in 1941, is professor emeritus of history of philosophy at the University of Padua. He has been interested in studying the relationship between philosophy and medicine. In his lectures on these topics, he emphasizes that philosophy must have a critical role (criticism in the Kantian sense, recognition of the possibilities and limits) in the confrontation with medicine. In his direct contacts with the reality of health care, he has been quite surprised by the ambiguities/contradictions that occur in relation to informed consensus. An instrument that should serve to strengthen patient autonomy has been transformed into a bureaucratic document that patients sign without understanding and that, evidently, contributes little to this

* Professor in Faculty of Bioethics, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Rome, Italy. Email: fballesta@arcol.org <https://orcid.org/0000-0001-7795-2892>
Reception: 05/06/2023 Acceptance: 30/11/2023

autonomy. For a philosopher, a seeker of truth and coherence, this circumstance is too much to bear.

His reflections in this book, delving into the historical roots of the relationship between philosophy and medicine, are anchored in the concentrated wisdom of the ancient Greco-Roman myths. That explanatory mythology of the world that the ancients were accumulating to be able to give reason, somehow, of the complexity of man and reality.

The words on the back cover of the volume, taken from the introduction, perfectly summarize the content of the book:

At the center of the reflection are 'le parole della cura' (the words of the cure), that is, some key terms —medicine, therapy, drug, surgery— capable of delineating the context, the nature, the instruments, and the purposes of what has conventionally been called medical science. The exploration of this territory often goes back to the historical-conceptual origins of medicine, delving also into the mythological, literary, and philosophical repertoire of the classical world. With the conviction that, contrary to what one might superficially think, the history of medicine cannot be considered as an album containing illustrations of the most famous inventions. On the contrary, a first step to overcome a banal positivist conception of medicine can be taken on the one hand, by evaluating the historical path, the successes, and failures and, on the other, measuring itself without censorship with the big questions underlying the 'words' that define the field.

Four key words that appear already in the most ancient writings that tell us about medical art. The author delves into the original meaning of these terms to discover, through them, the essence of medicine and how it has been affected by successive historical and cultural changes.

The book is organized in four chapters, each dedicated to one of these words (Medicine, Therapy, Drug and Surgery). Each chapter starts from the mythological | ancestral roots of the terms, analyzes their various meanings, and offers interesting connections with related topics.

In the first chapter, dedicated to the term Medicine, we find the following parts: *Between myth and history* (about Asclepius and the centaur Chiron); *The blood o, Medusa* (history of the mythological character); *The birth o, Asclepius; Physician and Medicine* (about the etymology of the word Medicine); *Hippocratic medicine; The bases o, the medical art* (ancient medicine); *The qualities o, places* (one of the writings of the Hippocratic Corpus) and *The paradox o, medicine* (art and technique).

In the second chapter, dedicated to the word “therapy”, the author offers reflections on the following elements: Listening (meaning of the Greek word “therapeia”); *Caring and healing* (meaning of the Latin word “cura”); *Medicine as a procession* (evolution of the meanings of “therapeia” and “cure”); *The care o, the soul* (parallels between physical and psychological spiritual suffering); *Memory and catharsis* (psychological resources based on the management of memory and time); *The other medicine* (on alternative medicines) and *Patient?* (on the person of the sick person).

In the chapter dedicated to the Pharmaceutical we find the following reflections: *A remedy that poisons* (on the etymology of the term drug); *The day o, atonement* (reference to the book of Leviticus); *Pharmakos* (individual who comes expelled from the city carrying with him all the evils); *An incurable sore* (on the figure of Oedipus); *To cure by intoxicating* (also on the figure of Oedipus); *Medicine, rhetoric and music* (therapeutic value of art); *Writing as a drug* (reference to the Phaedrus, Plato’s dialogue that presents writing as a teacher of opinion and not of truth, comparable to empirical medicine, not scientific); *Nature and technique* (the best cure is the one that occurs naturally, without the intervention of medicines); *Those terrible last words* (connections between the drug and the hemlock in the death of Socrates) and *The gift to hope* (the drug and the myth of Prometheus).

The chapter dedicated to the term Surgery, presents the following division: *On the origins o, the ,unction o, the hand* (where the term surgery comes from); *A ,atal exchange* (the immortality of Prometheus and the death of the centaur Chiron, the limits of surgery); *The hands and the intellect* (on the words of the philosopher Anaxagoras: “Among

all animals, the most intelligent is man because he has hands”); *Medicine and surgery* (complementarity between intelligence and hands in medical practice); *Ygyeia* (on the myth of Igea and the concept of health); *Physis e techne* (surgery as a shaper of nature) and *The destiny of Surgery* (the risk of Promethean drift in the use of medicine).

Perhaps the main point of the book, which runs through all the chapters, is the concept of ambivalence. The author proposes that the “words of the cure” do not describe clear and precise realities, but rather ambivalent realities. The clearest example is the term drug (Medusa’s blood) which refers to both a remedy and a poison. The other three terms also designate ambivalent realities.

Medicine has been presented ambivalently, as an art and as a technique since ancient times. Currently, medicine is also presented with an ambivalent purpose: between restoring nature and modifying the body according to health models that change over time.

Therapy is born with the meaning of request, service, dedication. Its meaning changes, in our cultural context, to the study and concrete action of the means and methods to fight disease. Therapy no longer has any relation to its original meaning which referred to the therapist’s disposition of mind. In the context of therapy, ambivalence is also present in the term patient which, from a person in need of care, has come to mean client, assisted person, citizen..., so many things that imply attempts to disguise a real asymmetry, impossible to cancel, although the same author qualifies it as “not necessary and often also counterproductive”.

Surgery was born parallel to medicine. The centaur Chiron would have invented surgery and Asclepius medicine. The relationship between the two has been ambivalent throughout history, although since its origins they have been presented as two inseparable and complementary aspects of the same medical-surgical discipline.

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



Políticas y criterios editoriales

Objetivo, identidad y misión de la revista

Objetivos científicos:

1. Dar a conocer investigaciones en curso o finalizadas sobre temas de bioética.
2. Contribuir a generar debate académico respecto a temas actuales de bioética.
3. Divulgar trabajos académicamente sólidos sobre cuestiones referentes a la bioética.
4. Fomentar el diálogo interdisciplinario en temas de relevancia y actualidad sobre las ciencias de la salud y de la vida.

Misión:

La revista *Medicina y Ética* contribuye a la realización y el fortalecimiento de la misión de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México, especialmente en lo concerniente a la formación de una opinión basada en la bioética centrada en la persona humana:

<https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/mision-y-vision>

Cobertura temática:

La revista *Medicina y Ética* fomenta el debate en torno a la bioética general con temas relacionados con el inicio y fin de la vida humana pero también con temas de bioética clínica, la figura del bioeticista y de los comités hospitalarios de bioética, así como temas de bioética global, biotecnologías, biopolítica y temas de bioética emergente.

Audiencia a la que se dirige:

- Público en general interesado en temas de bioética y en el debate actual en torno a las ciencias de la salud y de la vida.
- Académicos, investigadores y otros profesionales de la salud y de las humanidades que quieran contribuir al diálogo y reflexión serias sobre la bioética.

Políticas de sección

La revista contará con dos secciones: primera, artículos inéditos originales; y segunda, reseñas.

Los artículos y reseñas deberán escribirse en español o inglés, de manera clara y concisa; en fuente Arial con 12 puntos, a 1.5 de interlineado, en formato electrónico Word. Deberá enviarse directamente por el Open Journal Systems de la revista.

Las políticas puntuales de cada sección se especifican en el apartado de “Envíos”, en “Directrices para los autores”.

Proceso de revisión y evaluación por pares

1. El editor revisará que los artículos correspondan con la línea editorial de la revista.
2. Todos los manuscritos remitidos a la revista serán procesados por el software *Turnitin*, que es una solución de detección de similitud de contenidos. Cualquier similitud total o parcial no debidamente citada, será motivo de rechazo.
3. Se revisará que el texto cumpla con todas las indicaciones de forma señaladas en la entrega de originales.
4. Los artículos serán dictaminados por dos académicos de competencia relevante para el tema (revisión entre pares a doble ciego) en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto

de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. El resultado puede ser:

a) *Publicable*

En ese caso, el artículo seguirá el proceso de traducción y publicación. Las decisiones de aceptar un artículo no serán revertidas, a menos que se identifiquen posteriormente problemas importantes.

b) *Publicable sujeto a modificaciones*

El autor realizará las modificaciones o correcciones, y lo someterá nuevamente a dictamen, sin que por ello la revista se comprometa a publicarlo. Si en esta segunda ocasión fuera rechazado nuevamente, el artículo ya no podrá ser presentado de nuevo.

c) *No publicable*

En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores.

La negativa a la publicación siempre será por el artículo y no por la persona.

El artículo rechazado no podrá ser enviado nuevamente a la revista en un periodo de seis meses.

Política de acceso abierto

Medicina y Ética brinda acceso abierto a su contenido con el principio de que la investigación esté disponible gratuitamente para el público que apoya un mayor intercambio global del conocimiento. Por lo que no existe un cobro de cuotas a los autores por envío, procesamiento y/o publicación de artículos.

Medicina y Ética se distribuye bajo una **Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**, la cual refiere que el usuario es libre de:

- **Compartir:** copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
- **Adaptar:** remezclar, transformar y construir a partir del material.

Bajo los siguientes términos:

- **Atribución:** debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.
- **NoComercial:** no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.
- **CompartirIgual:** si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

Lineamientos y procedimientos éticos en la publicación

La revista cuenta con un protocolo estricto de seguimiento a denuncias sobre mala conducta de los investigadores o prácticas no éticas en los procesos de investigación.

Si se presenta una denuncia anónima o se realiza directamente al editor de la revista o a algún miembro del Comité Editorial sobre malas prácticas o conductas no éticas, el editor será el responsable de comenzar la investigación conducente, salvo que éste sea el acusado, en cuyo caso se deberá designar por mayoría simple a un miembro del Comité Editorial para que comience la investigación.

Se entiende por *mala conducta*:

Evitar la publicación de artículos en los que se haya producido una conducta indebida en la investigación, incluidos el plagio, el autoplagio, la manipulación de citas y la falsificación o fabricación de datos, etcétera.

Cuando se cuente con evidencia suficiente para comprobar la *mala conducta*, el editor o el responsable designado dará seguimiento a las acciones pertinentes que pueden ser:

1. En caso de *detección y comprobación de plagio de un artículo ya publicado*, se procederá a la retractación del mismo en el sitio web de la revista con la leyenda en todas las hojas de “Retractado”. Se notificará en la edición del siguiente número y se avisará con un mensaje extraordinario al autor, autores, Comité Editorial, Consejo Científico y a todos los suscriptores de la retractación del artículo en cuestión, así como de los motivos. Asimismo, será responsabilidad del editor avisar a las bases de datos en que se encuentra indizada la revista para que realicen el proceso correspondiente de retractación de dicho artículo.
2. En caso de *detección de falsa responsabilidad o nivel de autoría en la realización del artículo*, el editor deberá recabar la evidencia suficiente con los demás autores y notificar a todos los involucrados que se cambiará el nivel de autoría en el número ya publicado o por publicar, según sea el caso, e imponer una amonestación por escrito al autor que incurrió en la falta para advertirlo y exhortarlo a que no se repita. En caso de cometer una segunda falla de esta naturaleza, el autor quedará permanentemente vetado de publicar en la revista.
3. En caso de *detección y comprobación de una mala conducta por parte del editor de la revista*, el Comité Editorial, mediante la persona designada por mayoría simple, procederá a amonestarlo por escrito para advertir su falta y exhortarlo a no volver a hacerlo. En caso de incurrir en una segunda falla de esta naturaleza,

el editor podrá ser removido de su cargo bajo el aval del director de la revista.

4. En caso de *detección y comprobación de falsificación de datos y/o resultados en un artículo publicado*, se procederá de inmediato a la evaluación de las repercusiones y a las conclusiones del trabajo. El editor, junto con el Comité Editorial, las evaluarán y, en caso de determinar que fue determinante para las conclusiones de la investigación, se procederá a la retractación inmediata del artículo siguiendo los lineamientos estipulados en el apartado número 1 de esta sección. En cambio, si se determina que la fabricación de los datos o la alteración de los mismos no es determinante para las conclusiones del artículo, se procederá a notificar al autor para que haga una inmediata corrección de los mismos, en un lapso no mayor a 15 días hábiles y se le impondrá una amonestación por escrito para advertir y exhortar a que no vuelva a incurrir en dicha práctica. Cuando se reciba el texto modificado se suplirá el previo por la nueva versión advirtiendo de las erratas en la Editorial del número siguiente. En caso de que no se envíen las correcciones solicitadas, se procederá a la retractación del artículo siguiendo los pasos mencionados en el apartado número 1 de esta sección.

Política sobre autoría y contribución. Todos los autores que se mencionan en el artículo deben haber realizado una contribución significativa, incluyendo estudiantes y técnicos. Se exhorta a excluir a quienes no contribuyeron en su realización (autoría honoraria, regalada o por invitación).

Política antiplagio. *Medicina y Ética* mantiene una política antiplagio para garantizar la originalidad de todos los manuscritos mediante el uso de *Turnitin*, que es una solución de detección de similitud de contenidos.

La revista realiza una revisión de detección de similitud en todos los artículos y las reseñas que se publican en cada número y en caso

de detectarse un porcentaje considerable (arriba de 15%), el artículo o reseña serán rechazados. El autor recibirá una notificación con el motivo del rechazo, contando con un plazo de 15 días hábiles para realizar las correcciones pertinentes y así contribuir a la originalidad del texto enviado. En caso de que no se envíen dichas correcciones, el autor podrá realizar un nuevo envío, pero con una penalización de un tiempo de espera de tres meses. Si las correcciones son enviadas en el tiempo estipulado, el artículo se someterá de nuevo a una revisión de similitud de contenidos; si el porcentaje es menor a 15%, se turnará a dictamen, pero si el porcentaje sigue siendo el mismo o incluso incrementó, el artículo se rechazará y el autor quedará penalizado con un tiempo de espera de un año para volver a enviar su artículo a la revista.

Política sobre conflicto de interés. Todos los autores deben declarar cualquier conflicto de interés que pudiera existir con la publicación, para evitar alguna influencia sobre los resultados reportados.

No declarar los conflictos de interés es una falta ética que no será tolerada y se sancionará mediante la amonestación escrita al autor o al directamente involucrado y/o la retractación del artículo correspondiente, o bien la remoción del cargo si la falta fue cometida por el editor o algún miembro del Comité Editorial.

Política sobre supervisión ética. Todos los artículos de investigación original que hayan versado sobre animales vivos o personas humanas deberán presentarse a la revista junto con el folio de aprobación de un Comité de Ética en Investigación que será el responsable de verificar, entre otras cosas, la información respecto al consentimiento informado de los sujetos involucrados, privacidad y confidencialidad de datos personales, protección a los sujetos y poblaciones vulnerables, etcétera.

En caso de no contar con el aval de un Comité, se puede solicitar al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Anáhuac México: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/comite-de-etica>

No se aceptará ni turnará a dictamen ningún artículo que no cuente con este folio de aprobación en caso de que la investigación

que lo originó haya tenido como sujetos a animales vivos o personas humanas.

Correcciones posteriores a la publicación. La revista cuenta con mecanismos de corrección, revisión o retractación de los artículos después de su publicación.

Se considerará la retractación de una publicación en los siguientes casos:*

- Contar con evidencia de que el texto no es confiable, ya sea como resultado de un error, una fabricación, o falsificación, autoría inexacta, plagio.
- Haber sido publicada previamente en otro lugar sin la autorización del editor.
- Incluir material o datos sin autorización de uso.
- No contar con folio de un Comité de Ética en Investigación en los casos en que proceda.
- Infringir los derechos de autor o que exista algún otro problema legal grave (por ejemplo, difamación, privacidad).
- Llevar a cabo un proceso de revisión por pares comprometido o manipulado.
- Omitir, por parte del autor, la declaración de conflicto de intereses.

Responsabilidad del autor

- Contribuir sustancialmente en la concepción, el diseño, análisis e interpretación de los datos del artículo conforme a una conducta profesional y ética.
- Participar en la redacción del artículo con una revisión crítica y una conducta ética, así como aprobar la versión final del manuscrito.
- Manifiestar conflicto de intereses o ausencia del mismo.
- Presentar datos verídicos.

- Respetar los procesos y tiempos de la revista, del editor y de los dictaminadores.
- Realizar las correcciones sugeridas por el editor y los revisores en los plazos establecidos.
- Dar seguimiento a las etapas de la revista a través de su plataforma y abstenerse de establecer conversaciones personales con el editor.
- Cumplir cabalmente con todos los requisitos y las políticas editoriales.
- Acatar las amonestaciones impuestas y los tiempos de penalización señalados, en caso de que suceda.

Responsabilidad del editor

- Dar seguimiento puntual a los procesos de recepción, revisión, dictaminación y publicación de los artículos enviados a la revista.
- Mantener, mediante la plataforma digital de la revista, comunicación con el autor y los dictaminadores.
- Vigilar las buenas prácticas en la publicación y promover los valores éticos en el proceso de la misma.
- Aceptar o rechazar los trabajos de acuerdo con las políticas editoriales de la revista.
- Iniciar y dar seguimiento a las investigaciones necesarias para comprobar malas prácticas.
- Revisar y analizar los textos con una herramienta de detección de similitud.
- Asegurar un buen sistema de revisión doble ciego.
- Respetar la confidencialidad de todos los involucrados.
- No usar los manuscritos para beneficios personales.
- Actuar con ética, objetividad e imparcialidad durante todo el proceso editorial.
- Aceptar los errores en la publicación y corregirlos de manera rápida.

- Realizar la retractación del artículo en caso de que se comprueben faltas éticas que así lo ameriten.
- Acatar las decisiones del Comité Editorial o del director de la revista en caso de haber incurrido en faltas éticas.
- Reportar, al menos dos veces al año, al Comité Editorial y al Consejo Editorial sobre los avances y números publicados.

Responsabilidad del revisor/dictaminador

- Revisar de forma crítica, imparcial y puntual los manuscritos de los autores y hacerlo a través de la plataforma que alberga la revista.
- Declarar al editor cualquier conflicto de interés que pueda sesgar sus opiniones sobre el original o, en su defecto, abstenerse de realizar el dictamen bajo previo aviso al editor.
- No sugerir citas a sus propios trabajos o tomar información importante y apropiarse de ideas del autor en revisión.
- Respetar las decisiones y/o amonestaciones impuestas por el editor en caso de haber incurrido en alguna falta grave.
- Abstenerse de revelar su identidad con los autores del artículo que revisó después de la publicación del mismo.

* Basado en las Guías de retractación de COPE.

Directrices para autores

La revista contará con dos secciones: primera, Artículos, y segunda, Reseñas.

Los artículos y reseñas deberán escribirse en español o inglés, de manera clara y concisa; en fuente Arial con 12 puntos, a 1.5 de interlineado, en formato electrónico Word. Deberá enviarse directamente por el Open Journal Systems de la revista.

Artículos

Los artículos deberán contar con los siguientes requisitos:

- Material inédito.
- Extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Deben ser solamente monográficos.
- Título en español y en inglés.
- Resumen en español de aproximadamente 150 palabras y su versión en inglés (abstract).
- Palabras clave: de tres a cinco palabras clave no contenidas en el título y su versión en inglés (keywords).
- Datos del autor. Nombre de cada autor con asterisco, señalando su lugar de adscripción laboral, ciudad y país y puesto de trabajo brevemente, así como su correo electrónico y su código ORCID.

Ejemplo:

Nombre, Apellidos
Profesor /director/ investigador de la Facultad de... / del Hospital... / del Centro de investigación...
De la (nombre de la institución)
Ciudad, País
El primer autor deberá enviar su correo electrónico.
La Coordinación Editorial se reserva el derecho de omitir títulos excesivos.

Ejemplo:

Nombre, Apellidos
Director asistente del Centro de Oncología Pediátrica (~~del Servicio de Pe-~~
~~diatría~~)
Del Hospital X

El nombre del primer autor deberá corresponder a quien más haya intervenido en la elaboración del artículo, no por cargos académicos o clínicos.

En caso de existir conflicto de interés, los autores deben señalarlo en la publicación.

Si su artículo es de carácter cuantitativo y su estudio se llevó a cabo con personas o animales, es necesario que nos proporcione, además de todos los datos solicitados en las políticas y normas editoriales, el número de folio o constancia de que su trabajo fue aprobado por un Comité de Ética en Investigación. Sin este documento, NO podemos proceder a darle el seguimiento editorial.

Si usted no cuenta con dicha probación, puede recurrir al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Anáhuac México, quien le dará el seguimiento correspondiente. El correo de contacto es: precomite@anahuac.mx

Reseñas

Las reseñas deberán incluir el título del trabajo que se expone con su referencia bibliográfica. Además, el nombre, cargo, correo electrónico y código ORCID del autor de la reseña.

La reseña es una crítica académica, respetuosa y debe señalar los límites y los aportes del trabajo en cuestión.

Su extensión no deberá superar las cinco páginas.

Bibliografía

Se seguirá el estilo Vancouver.

*** Las referencias de cada artículo deberán incluir su DOI, en caso de que lo tenga.**

El DOI deberá mostrarse como un enlace URL completo y no estar precedido por doi: o DOI:

Ejemplo: Soleimani N, Mohabati Mobarez A, Farhangi B. Cloning, expression and purification flagellar sheath adhesion of *Helicobacter pylori* in *Escherichia coli* host as a vaccination target. *Clin Exp Vaccine Res.* 2016 Jan;5(1):19-25. <https://doi.org/10.7774/cevr.2016.5.1.19>

Libro completo

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.
Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.

Volúmenes independientes de libros

1. Volúmenes con título propio, pero de los mismos autores/editores

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. Vol. n°. Título del capítulo.

Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 p.

2. Monografías seriadas

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. (Autor/es. Título de la serie. Vol. n°.)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 p. (Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology. Vol. 2).

Capítulos de libros

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

Artículo de revista

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen(número): página inicial-final del artículo.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.

Actas de congresos y conferencias (se citan como un libro)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

Comunicaciones y ponencias

Autor/es de la comunicación/ponencia. Título de la comunicación/ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación/ponencia.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

Recursos en internet

Libros

Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [revisión 2007-2008; consultado 29 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

Artículos de revistas

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet]. año [consultado]; volumen(número): páginas o indicador de extensión. Disponible en: dirección electrónica.

Aboud S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [consultado 22 de noviembre de 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>

Sitios web

Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [revisado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [consultado 3 de julio de 2012]. Disponible en: <http://envi-sat.esa.int/>

Parte de un sitio web

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 6 de mayo de 2009 [citado 16 de junio de 2009]; [about 7 screens]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medline-plus/dentalhealth.html>

Datos de investigación

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

Citas en el texto

Las citas en el texto se efectúan a través de llamadas con números arábigos entre paréntesis.

Cada trabajo citado en el texto debe tener un único número asignado por orden de citación. Si se cita una obra más de una vez, conservará el mismo número.

Las citas de un autor se pueden realizar por un número o integrando el nombre del autor seguido de un número en el texto. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre de éste. Si no se nombra al autor, el número aparecerá al final de la frase.

Los tumores pueden extenderse desde el pulmón a cualquier parte del cuerpo (1)...

Como indicó Lagman (2) los cuidados de la diabetes...

Si la obra tiene más de un autor, se citará en el texto el primer autor *et al.*

Simona *et al.* (5) establecen que el principio...

Para citar una obra que no tiene un autor conocido, se debe usar lo que se denomina como “autor corporativo”. Por ejemplo, una organización o una entidad.

El Ministerio de Sanidad (4) recientemente ha estimado que la hepatitis...

El número de personas que sufren de hepatitis en España ha crecido un 14% en los últimos 20 años (4)...

Algunos libros contienen capítulos escritos por diferentes autores. Cuando se cita el capítulo se citará al autor del capítulo, no al editor literario o director de la obra.

Bell (3) identificó que las personas que sufren de diabetes mellitus 2 requieren unos cuidados alimentarios estrictos...

Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion.

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1), but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing various systems (4-7) for nomenclature and symbolization

Cita directa. Debe ser breve, de menos de cinco renglones, se inserta dentro del texto entre comillas, y el número correspondiente se coloca al final, después de las comillas y antes del signo de puntuación, se incluye la paginación.

“...has been proven demonstrably false.” (4, p. 23)

Editorial policies and criteria

Objective, identity and mission of the magazine

Scientific objectives:

1. Publicize ongoing or completed research on bioethics issues.
2. Contribute to generate academic debate regarding current issues of bioethics.
3. Disseminate academically solid works on issues related to bioethics.
4. Promote interdisciplinary dialogue on relevant and current issues in health and life sciences.

Mission:

The *Medicina y Ética* journal contributes to the realization and strengthening of the mission of the Faculty of Bioethics of the Universidad Anáhuac México, especially regarding the formation of an opinion based on bioethics centered on the human person:

<https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/mision-y-vision>

Thematic coverage:

The journal *Medicina y Ética* promotes debate around general bioethics with topics related to the beginning and end of human life but also with topics of clinical bioethics, the figure of the bioethicist and hospital bioethics committees, as well as topics of global bioethics, biotechnologies, biopolitics and emerging bioethics issues.

Target audience:

- General public interested in bioethics issues and in the current debate around health and life sciences.
- Academics, researchers and other health and humanities professionals who want to contribute to serious dialogue and reflection on bioethics.

Section policies

The magazine will have two sections: first, original unpublished articles; and second, reviews.

Articles and reviews must be written in Spanish or English, clearly and concisely; in Arial font with 12 points, 1.5 line spacing, in Word electronic format. It should be sent directly through the journal's Open Journal Systems.

The specific policies of each section are specified in the "Submissions" section, in "Guidelines for authors".

Peer review and evaluation process

1. The editor will check that the articles correspond to the editorial line of the journal.
2. All manuscripts submitted to the journal will be processed by *Turnitin* software, which is a content similarity detection solution. Any total or partial similarity not properly cited will be grounds for rejection.
3. It will be checked that the text complies with all the indications indicated in the delivery of originals.
4. The articles will be judged by two academics with relevant competence for the subject (double-blind peer review) within a maximum period of three months. The names of both

the reviewers and the author will remain anonymous. The result can be:

a) *Publishable*

In that case, the article will follow the translation and publication process. Decisions to accept an article will not be reversed unless significant issues are subsequently identified.

b) *Publishable subject to modifications*

The author will make the modifications or corrections, and will submit it again for opinion, without the journal committing to publish it. If on this second occasion it is rejected again, the article can no longer be submitted again.

c) *Not publishable*

In the case of a negative response, the author will receive an opinion with the opinions of the reviewers.

The refusal to publish will always be for the article and not for the person.

The rejected article may not be sent back to the journal for a period of six months.

Open access policy

Medicina y Ética provides open access to its content with the principle that research is freely available to the public that supports a greater global exchange of knowledge. Therefore, there is no charge of fees to authors for submission, processing and/or publication of articles.

Medicina y Ética is distributed under a **License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)**, which states that the user is free to:

- Share: copy and redistribute the material in any medium or format.
- Adapt: remix, transform and build from the material.

Under the following terms:

- Attribution: the author must give proper credit, provide a link to the license, and indicate if changes have been made in any reasonable way, but not in any way that suggests that their use is endorsed by Licensor.
- Non-Commercial: the author may not use the material for commercial purposes.
- ShareAlike: If the author remixes, transforms, or builds on the material, it will be necessary to distribute the contribution under the same license as the original.

Ethical guidelines and procedures in publication

The journal has a strict protocol for monitoring reports of misconduct by researchers or unethical practices in research processes.

If an anonymous complaint is filed or made directly to the editor of the journal or to any member of the Editorial Committee about bad practices or unethical conduct, the editor will be responsible for starting the investigation, unless he is the accused, in which case a member of the Editorial Committee must be appointed by simple majority to start the investigation.

Misconduct is understood as:

Avoid publishing articles where research misconduct has occurred, including plagiarism, self-plagiarism, citation manipulation, and data falsification or fabrication, etc.

When there is sufficient evidence to prove the misconduct, the editor or the designated person in charge will follow up on the pertinent actions that may be:

1. In case of *detection and verification of plagiarism of an article already published*, it will be retracted on the journal's website with the legend "Retracted" on all pages. The author, authors, Editorial Committee, Scientific Council and all subscribers of the retraction of the article in question, as well as the reasons, will be notified in the edition of the next issue, as well as the reasons. Likewise, it will be the responsibility of the editor to notify the databases in which the journal is indexed so that they carry out the corresponding process of retracting said article.
2. In case of *detection of false responsibility or level of authorship in the article*, the editor must collect sufficient evidence from the other authors and notify all those involved that the level of authorship will be changed in the number already published or to be published, as the case may be, and impose a written reprimand on the author who committed the offense to warn him and exhort him not to repeat it. In the event of committing a second failure of this nature, the author will be permanently banned from publishing in the journal.
3. In case of *detection and verification of misconduct by the editor of the journal*, the Editorial Committee, through the person appointed by a simple majority, will proceed to admonish him in writing to warn him of his fault and exhort him not to do it again. In case of incurring a second failure of this nature, the editor may be removed from his position under the endorsement of the director of the magazine.
4. In case of detection and verification of falsification of data and/or results in a published article, the evaluation of the

repercussions and the conclusions of the work will be carried out immediately. The editor, together with the Editorial Committee, will evaluate them and, if it is determined that it was decisive for the conclusions of the investigation, the article will be immediately retracted following the guidelines stipulated in section number 1 of this section. On the other hand, if it is determined that the fabrication of the data or the alteration of the same is not decisive for the conclusions of the article, the author will be notified to make an immediate correction of the same, in a period not exceeding 15 working days and a written reprimand will be imposed to warn and exhort him not to incur in said practice again. When the modified text is received, the previous one will be replaced by the new version, warning of the errata in the Editorial of the following number. If the requested corrections are not sent, the article will be retracted following the steps mentioned in section number 1 of this section.

Policy on authorship and contribution. All authors mentioned in the article must have made a significant contribution, including students and technicians. It is exhorted to exclude those who did not contribute to its realization (honorary authorship, gift or by invitation).

Anti-plagiarism policy. *Medicina y Ética* maintains an anti-plagiarism policy to guarantee the originality of all manuscripts using *Turnitin*, which is a content similarity detection solution.

The journal performs a similarity detection review on all articles and reviews published in each issue and if a considerable percentage (above 15%) is detected, the article or review will be rejected. The author will receive a notification with the reason for the rejection, with a period of 15 working days to make the pertinent corrections and thus contribute to the originality of the text sent. If these corrections are not sent, the author may make a new submission, but with a penalty of a waiting time of three months. If the corrections are sent within the stipulated time, the article will be submitted again to

a content similarity review; if the percentage is less than 15%, it will take turns to opinion, but if the percentage remains the same or even increased, the article will be rejected, and the author will be penalized with a waiting time of one year to resubmit his article to the journal.

Policy on conflict of interest. All authors must declare any conflict of interest that may exist with the publication, to avoid any influence on the reported results.

Not declaring conflicts of interest is an ethical offense that will not be tolerated and will be sanctioned by means of a written reprimand to the author or the person directly involved and/or the retraction of the corresponding article, or removal from the post if the offense was committed by the editor. or any member of the Editorial Committee.

Ethics Oversight Policy. All original research articles that have dealt with live animals or humans must be submitted to the journal together with the approval sheet of a Research Ethics Committee that will be responsible for verifying, among other things, the information regarding informed consent. of the subjects involved, privacy and confidentiality of personal data, protection of subjects and vulnerable populations, etc.

If you do not have the endorsement of a Committee, you can request it from the Research Ethics Committee of the Universidad Anáhuac México: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/comite-de-etica>

Any article that does not have this approval sheet will not be accepted or turned over to an opinion if the research that originated it had live animals or human subjects as subjects.

Post-publication discussions. The journal has mechanisms for correcting, revising or retracting articles after their publication.

The retraction of a publication will be considered in the following cases:*

- Have evidence that the text is unreliable, whether as a result of error, fabrication, or forgery, inaccurate authorship, plagiarism.

- Have been previously published elsewhere without the permission of the publisher.
- Include material or data without authorization of use.
- Not having a file from a Research Ethics Committee in the cases where appropriate.
- Copyright infringement or any other serious legal issue (e.g., defamation, privacy).
- Conducting a compromised or rigged peer review process.
- Omit, by the author, the declaration of conflict of interest.

Author Responsibility

- Substantially contribute to the conception, design, analysis, and interpretation of article data in accordance with professional and ethical conduct.
- Participate in the writing of the article with critical review and ethical conduct, as well as approve the final version of the manuscript.
- Manifest conflict of interest or lack thereof.
- Present true data.
- Respect the processes and times of the journal, the editor and the reviewers.
- Make the corrections suggested by the editor and reviewers within the established deadlines.
- Monitor the stages of the magazine through its platform and refrain from establishing personal conversations with the editor.
- Fully comply with all editorial requirements and policies.
- Abide by the warnings imposed and the penalty times indicated, in case it happens.

Publisher Responsibility

- Give punctual follow-up to the processes of reception, review, ruling and publication of the articles sent to the magazine.

- Maintain, through the journal's digital platform, communication with the author and reviewers.
- Monitor good practices in publication and promote ethical values in the publication process.
- Accept or reject papers in accordance with the journal's editorial policies.
- Initiate and follow up on the necessary investigations to verify bad practices.
- Review and analyze the texts with a similarity detection tool.
- Ensure a good double-blind review system.
- Respect the confidentiality of all involved.
- Do not use the manuscripts for personal gain.
- Act ethically, objectively and impartially throughout the editorial process.
- Accept errors in the publication and correct them quickly.
- Carry out the retraction of the article if ethical faults are verified that warrant it.
- Abide by the decisions of the Editorial Committee or the director of the magazine in case of having incurred in ethical faults.
- Report, at least twice a year, to the Editorial Committee and the Editorial Board on the advances and numbers published.

Responsibility of the reviewer/dictator

- Critically, impartially and punctually review the authors' manuscripts and do so through the platform that hosts the journal.
- Declare to the editor any conflict of interest that may bias their opinions on the original or, failing that, refrain from making the opinion prior notice to the editor.
- Do not suggest citations to their own works or take important information and appropriate ideas from the author under review.
- Respect the decisions and/or reprimands imposed by the editor in case of having incurred in any serious fault.

- Refrain from disclosing your identity to the authors of the article you reviewed after publication of the article.

* Based on the COPE Retraction Guidelines.

Guidelines for authors

the magazine will have two sections: first, Articles, and second, Reviews.

Articles and reviews must be written in Spanish or English, clearly and concisely; in Arial font with 12 points, 1.5 line spacing, in Word electronic format. It should be sent directly through the journal's Open Journal Systems.

Articles

Articles must meet the following requirements:

- Unpublished material.
- Minimum extension of 15 pages and maximum of 30. They must be monographic only.
- Title in Spanish and English.
- Summary in Spanish of approximately 150 words and its version in English (abstract).
- Keywords: three to five keywords not contained in the title and its English version (keywords).
- Author data. Name of each author with an asterisk, indicating their place of employment, city and country and job title briefly, as well as their email and ORCID code.

Example:

Name surname
Professor / director / researcher of the Faculty of... / of the Hospital... /
of the Research Center...

From the (name of institution)

City Country

The first author must send their email.

The Editorial Coordination reserves the right to omit excessive titles.

Example:

Name surname

Assistant Director of the Pediatric Oncology Center (~~of the Pediatric Service~~)

Hospital X

The name of the first author must correspond to the person who has been most involved in the preparation of the article, not by academic or clinical positions.

If there is a conflict of interest, the authors must indicate it in the publication.

If your article is of a quantitative nature and your study was carried out with people or animals, you must provide us, in addition to all the data requested in the editorial policies and regulations, the folio number or proof that your work was approved by a Research Ethics Committee. Without this document, we CANNOT proceed with the editorial follow-up.

If you do not have such approval, you can resort to the Research Ethics Committee of the Universidad Anáhuac México, who will give you the corresponding follow-up. The contact email is: precomite@anahuac.mx

Reviews

The reviews must include the title of the work that is exposed with its bibliographic reference. In addition, the name, position, email and ORCID code of the author of the review.

The review is an academic criticism, respectful and should point out the limits and contributions of the work in question.

Its length should not exceed five pages.

Bibliography

Vancouver style will be followed.

* **The references of each article must include its DOI, if it has one.**

The DOI must be displayed as a full URL link and not be preceded by doi: or DOI:

Example: Soleimani N, Mohabati Mobarez A, Farhangi B. Cloning, expression and purification flagellar sheath adhesion of *Helicobacter pylori* in *Escherichia coli* host as a vaccination target. *Clin Exp Vaccine Res.* 2016 Jan;5(1):19-25. <https://doi.org/10.7774/cevr.2016.5.1.19>

Complete Book

Author/s. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year.

Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.

Independent volumes of books

1. Volumes with their own title, but by the same authors/editors

Author/s. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year. Pages. Vol. no. Chapter title.

Cicchetti D, Cohen DJ, eds. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 pages

2. Serial monographs

Author/s. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year. Pages. (Author/s. Title of the series. Vol. n°.)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 pages (Kerr AG, ed. Scott-Brown's otolaryngology. Vol. 2).

Chapters of books

Author/s of the chapter. Chapter title. In: Director/Coordinator/Editor of the book. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year. start-end page of the chapter.

Franklin AW. Management of the problem. In: Smith SM, editor. The mistreatment of children. Lancaster: M.T.P.; 2002. p. 83-95.

Magazine article

Author/s. Article title. International abbreviation of the magazine. year; volume(number): initial-final page of the article.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.

Proceedings of congresses and conferences (cited as a book)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, eds. Germ cell tumors V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumor Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds,UK. New York: Springer; 2002.

Communications and presentations

Author/s of the communication/presentation. Title of the communication/presentation. In: Official title of the Congress. Place of publication: Publisher; year. initial-final page of the communication/presentation.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australia. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

Internet resources

Books

Authors. Title [Internet]. Place: Publisher; year [revision; consulted]. Available at: electronic address.

RichardsonML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [2007-2008 revision; accessed March 29, 2009]. Available at: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

Magazine articles

Author. Title. Abbreviated journal name [Internet]. year [queried]; volume(number): pages or extension indicator. Available at: electronic address.
Abood S. Quality of improvement initiative in nursing homes. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 [cited 2012 Nov 22]; 102(6). Available at: <http://envisat.esa.int/>

Websites

Author/s. Title [Internet]. Place of publication: Publisher; Publication date [revised; consulted]. Available at: electronic address.
European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [Accessed 2012 Jul 3]. Available at: <http://envisat.esa.int/>

Part of a website

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): US. National Library of Medicine; c2009. dental health; 2009 May 6 [cited 2009 Jun 16]; [about 7 screens]. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth.html>

Research data

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Available at: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

In-text citations

Citations in the text are made through calls with Arabic numbers in parentheses.

Each work cited in the text must have a unique number assigned in order of citation. If a work is cited more than once, it will keep the same number.

Citations of an author can be made by a number or by integrating the author's name followed by a number in the text. When an author is mentioned in the text, the reference number is placed after the author's name. If the author is not named, the number will appear at the end of the sentence.

Tumors can spread from the lung to any part of the body (1)...
As Lagman (2) indicated, diabetes care...

If the work has more than one author, the first author *et al.* will be cited in the text.

Simone *et al.* (5) establishes that the principle...

To cite a work that does not have a known author, what is called a "corporate author" must be used. For example, an organization or an entity.

The Ministry of Health (4) has recently estimated that hepatitis...
The number of people suffering from hepatitis in Spain has grown by 14%
in the last 20 years (4)...

Some books contain chapters written by different authors. When citing the chapter, the author of the chapter will be cited, not the literary editor or director of the work.

Bell (3) identified that people suffering from type 2 diabetes require strict dietary care...

When there is more than one citation, they must be separated by commas, but if they are correlative, the first and last are mentioned separated by a hyphen.

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1),
but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing
various systems (4-7) for nomenclature and symbolization.

Direct citation: It must be brief, less than five lines, it is inserted within the text between quotation marks, and the corresponding number is placed at the end, after the quotation marks and before the punctuation mark, the pagination is included

“...has been proven demonstrably false.” (4, p. 23)