

Índice

Editorial	355
Introduction	361

Artículos:

Embriones humanos criopreservados: un análisis bioético de alternativa desde la dignidad personalista Artículo de revisión descriptiva	367
Cryopreserved human embryos: a bioethical analysis of alternatives from a personalist perspective Descriptive review article	383

Luis Rafael Gandini Pérez

DFLD ENRVR SDDD DFDL FLSDGDGH KGDGRV en casos de prematuridad grave. Una perspectiva personalista	399
Towards a new Protocol for Advance Care Planning in severe prematurity. A personalist perspective	427

Maroun Badr, Fabiano Nigris

Gaslighting médico y violencia epistémica: hacia una ética del reconocimiento en la práctica clínica contemporánea	454
Medical gaslighting and epistemic violence: towards an ethics of recognition in contemporary clinical practice	477

Fernando Antonio Ramos-Zaga

Deliberación amplia sobre el ensayo "Vocación y Ética", de Gregorio Marañón	499
Extensive discussion on the essay "Vocación y Ética" by Gregorio Marañón	514

Jennifer Hincapié Sánchez, Fernanda De Blas López, Germán Fajardo Dolci

El hambre mundial como pandemia no transmisible. Reconstrucción conceptual neutral al agente desde la tríada de Twaddle y el modelo biopsicosocial	529
Global Hunger as a Non-Communicable Pandemic An Agent-Neutral. Reconceptualization via Twaddle's Triad and the Biopsychosocial Model	548

Israel Huerta Castillo

DPHGLFD DFLQ PHD DRD DDO discurso bioideológico del transhumanismo	567
The Medicalization of Moral Evil. A Critique of the Bioideological Discourse of Transhumanism	591

Javier Rodríguez Comellas

REHSW DFLQ PHD DRD DDO FLW LRD SHDF WDG GH S prescripción de psicoestimulantes de uso no médico: una exploración a un dilema bioético	614
6 RD RD RD WR UG HD GW Prescription of Non-Medical Psychostimulants: An Exploration of a Bioethical Dilemma	645

Fernando Arancibia-Collao, Camila Martínez-Villavicencio

EDITORIAL

En este segundo número del año, nuestra revista continúa con temas que abren no solo el debate en torno a temas clásicos de la bioética, sino que permiten una veta de consideraciones novedosas que empiezan a ocupar lugares relevantes en las discusiones actuales.

Para comenzar, el primer artículo del Mtro. Gandini regresa al dilema sobre los embriones sobrantes de las técnicas de reproducción asistida y su disposición. En él, el autor analiza el dilema ético que surge a partir de la fecundación in vitro en cuanto al número significativo de embriones humanos supernumerarios criopreservados. Ante la ausencia de marcos regulatorios claros —particularmente en países como Argentina—, el autor plantea la urgencia de reflexionar sobre el estatuto ontológico del embrión humano. Desde el inicio, el trabajo se sitúa en el marco de la bioética personalista y del magisterio de la Iglesia católica, asumiendo que el embrión es un individuo humano desde la fecundación y, por tanto, sujeto de dignidad y derechos.

Sin embargo, la técnica de la criopreservación interrumpe el desarrollo natural del embrión y lo coloca en una situación artificial que plantea serias objeciones éticas desde la perspectiva de la dignidad humana.

El núcleo del artículo consiste en el examen crítico de las principales alternativas propuestas para los embriones criopreservados: implantación en la madre biológica o en terceros (adopción prenatal), uso en investigación científica, congelación indefinida y descongelación para permitir la muerte natural. Concluyendo que todas suponen nuevas formas de instrumentalización o manipulación del embrión, aun cuando se invoque la defensa de la vida como justificación principal. A lo largo de la argumentación, el autor se decanta más por una opción que por otra aludiendo a la vida que sigue su curso natural en defensa de la dignidad humana.

El segundo artículo, de los doctores Badr y Nigris, aborda uno de los dilemas clínicos y éticos más complejos de la neonatología contemporánea: la toma de decisiones en casos de prematuridad extrema (menos de 27 semanas de gestación), donde la supervivencia es incierta y el riesgo de secuelas graves es elevado. En este contexto, los autores analizan la tensión entre la instauración de tratamientos intensivos de soporte vital y la adopción de cuidados paliativos, destacando la importancia de la Planificación Anticipada de Cuidados (PAC) como marco para decisiones prudentes y compasivas. El texto se inscribe explícitamente en una bioética personalista, que sitúa la dignidad ontológica del recién nacido prematuro extremo (EPI) como criterio rector del discernimiento clínico y ético.

Para sostener la postura, los autores contrastan dos modelos bioéticos predominantes aplicables a la prematuridad extrema: el principialismo y la bioética personalista, apostando al segundo en función de su fundamentación antropológica y algunos de sus principios como el de la proporcionalidad terapéutica, el principio del doble efecto y el principio de totalidad para evitar tanto el encarnizamiento terapéutico como el abandono prematuro del paciente.

Como aportación central, los autores presentan el Protocolo Personalista de Planificación Anticipada de Cuidados para el Prematuro Extremo (PACP-PEPI), un modelo dinámico que introduce la “verificación de la dignidad” como pregunta guía en cada decisión clínica y subraya la necesidad de apoyo psicológico y ético tanto para las familias como para el personal sanitario. Este modelo reduce el sufrimiento moral de los profesionales y garantiza que incluso los pacientes más vulnerables reciban una atención que respete su dignidad humana.

El tercer artículo que presentamos, del Dr. Ramos, introduce y discute el concepto de *gaslighting* médico como una forma específica de violencia epistémica y ontológica ejercida en el ámbito clínico, mediante la cual se desacredita la experiencia del paciente y se invalida su testimonio sobre el propio sufrimiento. Esto erosiona la confianza clínica, destruye la base de la relación médico-paciente y transforma la atención sanitaria en un espacio de dominación.

El autor identifica tres mecanismos centrales del *gaslighting* médico: el descrédito testimonial, que deslegitima la voz del paciente; la patologización afectiva, que reinterpreta el sufrimiento como irracionalidad o manipulación emocional; y la reescritura institucional del dolor, mediante la cual se impone una narrativa oficial del padecimiento que elimina la experiencia subjetiva del paciente. Estos mecanismos secuestran la autonomía del paciente y lo despojan de su condición de agente en la toma de decisiones.

Así, el *gaslighting* médico desvirtúa, por tanto, principios bioéticos relevantes como los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Como propuesta normativa, el autor plantea la necesidad de reconfigurar la práctica clínica a partir de una ética del reconocimiento, que implica reconocer la experiencia del paciente también como fuente de conocimiento clínico, puede restaurar la confianza y recuperar la relación médico-paciente.

En cuarto lugar, se presenta el artículo de los doctores Hincapié, de Blas y Fajardo que nos ofrece una reflexión amplia sobre el ensayo *Vocación y Ética* de Gregorio Marañón, destacándolo como un texto clave para comprender los fundamentos éticos de la práctica médica. Más que una lectura histórica, las autoras y el autor subrayan la vigencia de la obra y del pensamiento del Dr. Marañón para la formación médica contemporánea dada su concepción de la práctica de la medicina como vocación moral y servicio social.

En el desarrollo del texto se analizan categorías centrales del pensamiento marañoniano, comenzando por la eficacia relacionada con la virtud de la prudencia como aplicación práctica del conocimiento basada en una recta deliberación que incluye no sólo la ciencia sino la sensibilidad.

La vocación es otro de los componentes que se analizan en el artículo en comento en tanto que representa un servicio desinteresado, así como la responsabilidad ética que lo acompaña frente al sufrimiento humano. A esta noción se articulan el deber entendido como compromiso ético libremente asumido y la instrucción como sostén de la práctica del deber.

En conclusión, los autores sostienen que la triada marañoniana —vocación, deber e instrucción— ofrece una antropología moral de la medicina que se encuentra a la base de una formación médica humanista que integre ciencia y conciencia, técnica y virtud, y que reafirme la medicina como una de las expresiones más altas del servicio a la dignidad humana.

El quinto artículo del Dr. Israel Huerta propone una reconstrucción conceptual del hambre crónica en la esfera global, argumentando que puede y debe ser tratada como una pandemia no transmisible. Frente al uso meramente retórico del término “pandemia del hambre”, el autor define seis criterios operativos que permiten priorizar y coordinar respuestas en salud global sin confundir este encuadre con el de las pandemias infecciosas.

Una distinción por demás interesante es la que hace el autor sobre las nociones de hambre, malnutrición e inseguridad alimentaria mostrando cómo cada dimensión exige intervenciones específicas y coordinadas a distintos niveles.

El análisis se complementa con la argumentación en torno al derecho humano a la alimentación, la justicia distributiva, la no maleficencia estructural, la solidaridad y la responsabilidad intergeneracional. Así, el autor sostiene que concebir el hambre crónica como pandemia no transmisible orienta la discusión hacia obligaciones institucionales y de gobernanza y ayuda a comprender las interacciones entre hambre, enfermedad, conflicto, cambio climático y desigualdades sociales.

El sexto artículo de este número, del Mtro. Javier Rodríguez, analiza modo en que el transhumanismo ha influido en la tendencia moderna a sustituir las explicaciones morales y filosóficas del mal por interpretaciones biomédicas o fallas mecánicas. Este desplazamiento implica una transformación profunda de la ética, al convertir la ética en un objeto de intervención médica y reducir la libertad y la responsabilidad a parámetros físicos y biológicos.

El núcleo del análisis se centra en la noción de bioideología, entendida como un marco normativo que absolutiza categorías como salud, capacidad, normalidad, rendimiento, etcétera, y las convierte

en criterios de valoración ética y social. El transhumanismo, aun rechazando explícitamente una naturaleza humana universal, introduce de forma implícita una finalidad tecnocientífica que busca la perfección ilimitada. Un ejemplo mencionado es el capacitismo, que jerarquiza las vidas humanas según grados de funcionalidad y productividad, generando ideologías eugenésicas y de exclusión.

El artículo cuestiona la constante práctica de la medicalización del mal moral, en donde la mejora ética de la sociedad no es sino una función medible y optimizable mediante neurociencia, farmacología o ingeniería genética. Esto conlleva, entre otros riesgos, a la erosión de la responsabilidad ética y a que la imperfección humana ya no sea asumida como condición existencial, sino como un error biológico que hay que corregir.

Finalmente, el autor analiza las consecuencias políticas del discurso transhumanista y propone una bioética crítica que afirme la dignidad intrínseca de toda persona, reconozca la vulnerabilidad y la interdependencia como dimensiones constitutivas de lo humano y distinga con claridad entre aliviar el sufrimiento evitable y desvalorizar la vida de quienes viven con límites o discapacidad. Así pues, frente a la ideología transhumanista resulta necesario recuperar una concepción inclusiva y relacional de la moralidad y de la ciudadanía.

Por último, presentamos un artículo que versa sobre el tema de la salud mental, área fundamental en el cuidado de la salud. El Dr. Arancibia y de la Dra. Martínez Villavicencio, en primer lugar, analizan la evolución histórica y conceptual del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH), poniendo de relieve su estrecha vinculación con el desarrollo y expansión del uso de psicoestimulantes. Desde las primeras formulaciones hasta su inclusión como trastorno del neurodesarrollo en el DSM-5, los autores muestran cómo los cambios diagnósticos, las evidencias clínicas y las presiones sociales han configurado una comprensión cada vez más amplia del TDAH. Este proceso ha favorecido un incremento significativo de la prescripción farmacológica y ha abierto el debate sobre el sobrediagnóstico y la medicalización innecesaria.

El trabajo ofrece un análisis detallado de la evidencia clínica sobre el uso de psicoestimulantes, reconociendo su eficacia en la reducción de síntomas del TDAH y riesgos asociados cuando son utilizados en contextos terapéuticos bien indicados. Sin embargo, los autores subrayan que el fundamento neurobiológico del trastorno sigue siendo parcialmente incierto. Este vacío en su comprensión se vuelve especialmente relevante a la luz del aumento de la prescripción en adolescentes y adultos, así como del uso no médico de estos fármacos en contextos educativos y laborales.

Los autores analizan críticamente las motivaciones, consecuencias y riesgos de este uso; además, examinan, la influencia de la industria farmacéutica que cuestionan principios bioéticos como el de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.


Como conclusión, el artículo propone la necesidad de fortalecer un análisis riguroso de la ética clínica que permita distinguir entre la necesidad terapéutica y la mejora deseada. Lo anterior conlleva una comprensión integral del trastorno para un diagnóstico más certero y una atención más focalizada y no meramente medicalizada. Así, el TDAH se presenta como una oportunidad para repensar los procesos de medicalización y las influencias comerciales que descansan sobre ellos.

Como se aprecia, el abanico de temas que en este segundo número presentamos no sólo recuperan discusiones aún vigentes de la bioética fundamental, sino que sostienen vetas interesantes frente a intervenciones en el campo de la salud que distan mucho de tener un fundamento ético y que se alejan del principio de respeto por la dignidad humana como eje vertebral del conocimiento bioético.

Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte

Editor en jefe

Universidad Anáhuac México, Facultad de Bioética, México

ORCID record: 

INTRODUCTION

In this second issue of the year, our journal continues with topics that not only open up the debate on classic issues in bioethics but also allow for a vein of novel considerations that are beginning to occupy relevant places in current discussions.

To begin with, the first article by Mr. Gandini returns to the dilemma surrounding surplus embryos from assisted reproduction techniques and their disposal. In it, the author analyzes the ethical dilemma that arises from *in vitro* fertilization in terms of the significant number of cryopreserved supernumerary human embryos. In the absence of clear regulatory frameworks —particularly in countries such as Argentina— the author raises the urgent need to reflect on the ontological status of the human embryo. From the outset, the work is situated within the framework of personalist bioethics and the teachings of the Catholic Church, assuming that the embryo is a human individual from the moment of fertilization and, therefore, subject to dignity and rights.

However, the technique of cryopreservation interrupts the natural development of the embryo and places it in an artificial situation that raises serious ethical objections from the perspective of human dignity.

The core of the article consists of a critical examination of the main alternatives proposed for cryopreserved embryos: implantation in the biological mother or in third parties (prenatal adoption), use in scientific research, indefinite freezing, and thawing to allow natural death. It concludes that all of these involve new forms of instrumentalization or manipulation of the embryo, even when the defense of life is invoked as the main justification. Throughout the argument, the author leans more toward one option than another, alluding to life that follows its natural course in defense of human dignity.

The second article, by Drs. Badr and Nigris, addresses one of the most complex clinical and ethical dilemmas in contemporary neonatology: decision-making in cases of extreme prematurity (less than 27 weeks of gestation), where survival is uncertain and the risk of serious sequelae is high. In this context, the authors analyze the tension between the implementation of intensive life-support treatments and the adoption of palliative care, highlighting the importance of advance care planning (ACP) as a framework for making prudent and compassionate decisions. The text is explicitly based on a personalist bioethics, which places the ontological dignity of the extremely premature infant (EPI) as the guiding criterion for clinical and ethical discernment.

To support their position, the authors contrast two predominant bioethical models applicable to extreme prematurity: principlism and personalist bioethics, favoring the latter for its anthropological foundation and some of its principles, such as therapeutic proportionality, the principle of double effect, and the principle of totality to avoid both therapeutic obstinacy and premature abandonment of the patient.

As a central contribution, the authors present the Personalist Protocol for Advance Care Planning for the Extremely Premature (PACP-PEPI), a dynamic model that introduces “verification of dignity” as a guiding question in every clinical decision and emphasizes the need for psychological and ethical support for both families and healthcare personnel. This model reduces the moral suffering of professionals and ensures that even the most vulnerable patients receive care that respects their human dignity.

The third article we present, by Dr. Ramos, introduces and analyzes the concept of medical gaslighting as a specific form of epistemic and ontological violence exercised in the clinical setting, through which the patient’s experience is discredited and their testimony about their own suffering is invalidated. This erodes clinical trust, destroys the basis of the doctor-patient relationship, and transforms healthcare into a space of domination.

The author identifies three central mechanisms of medical gaslighting: discrediting testimony, which delegitimizes the patient's voice; affective pathologization, which reinterprets suffering as irrationality or emotional manipulation; and institutional rewriting of pain, through which an official narrative of suffering is imposed that eliminates the patient's subjective experience. These mechanisms hijack the patient's autonomy and strip them of their status as an agent in decision-making.

Thus, medical gaslighting undermines relevant bioethical principles such as autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice. As a normative proposal, the author raises the need to reconfigure clinical practice based on ethics of recognition, which involves recognizing the patient's experience as a source of clinical knowledge, restoring trust, and recovering the doctor-patient relationship.

Fourthly, the article by doctors Hincapié, de Blas, and Fajardo offers a broad reflection on Gregorio Marañón's essay *Vocación y Ética* (Vocation and Ethics), highlighting it as a key text for understanding the ethical foundations of medical practice. Rather than a historical reading, the authors emphasize the relevance of Dr. Marañón's work and thinking for contemporary medical training, given his conception of the practice of medicine as a moral vocation and social service.

The text analyzes central categories of Marañón's thinking, beginning with effectiveness related to the virtue of prudence as the practical application of knowledge based on sound deliberation that includes not only science but also sensitivity.

Vocation is another component analyzed in the article in question, insofar as it represents selfless service, as well as the ethical responsibility that accompanies it in the face of human suffering. This notion is linked to duty, understood as a freely assumed ethical commitment, and instruction as the foundation for the practice of duty.

In conclusion, the authors argue that Marañón's triad—vocation, duty, and instruction—offers a moral anthropology of medicine that forms the basis of a humanistic medical education that integrates

science and conscience, technique and virtue, and reaffirms medicine as one of the highest expressions of service to human dignity.

The fifth article, by Dr. Israel Huerta, proposes a conceptual reconstruction of chronic hunger in the global sphere, arguing that it can and should be treated as a non-communicable pandemic. In contrast to the purely rhetorical use of the term “hunger pandemic,” the author defines six operational criteria that allow for the prioritization and coordination of global health responses without confusing this framework with that of infectious pandemics.

The author makes a particularly interesting distinction between the notions of hunger, malnutrition, and food insecurity, showing how each dimension requires specific and coordinated interventions at different levels.

The analysis is complemented by arguments around the human right to food, distributive justice, structural non-maleficence, solidarity, and intergenerational responsibility. Thus, the author argues that conceiving chronic hunger as a noncommunicable pandemic directs the discussion toward institutional and governance obligations and helps to understand the interactions between hunger, disease, conflict, climate change, and social inequalities.

The sixth article in this issue, by Javier Rodríguez, analyzes how transhumanism has influenced the modern tendency to replace moral and philosophical explanations of evil with biomedical interpretations or mechanical failures. This shift implies a profound transformation of ethics, turning ethics into an object of medical intervention and reducing freedom and responsibility to physical and biological parameters.

The core of the analysis focuses on the notion of bioideology, understood as a normative framework that absolutizes categories such as health, ability, normality, performance, etc., and turns them into criteria for ethical and social evaluation. Transhumanism, while explicitly rejecting a universal human nature, implicitly introduces a techno-scientific goal that seeks unlimited perfection. One example mentioned is ableism, which ranks human lives according to degrees

of functionality and productivity, generating eugenic and exclusionary ideologies.

The article questions the constant practice of medicalizing moral evil, where the ethical improvement of society is nothing more than a measurable and optimizable function through neuroscience, pharmacology, or genetic engineering. Among other risks, this leads to the erosion of ethical responsibility and to human imperfection no longer being accepted as an existential condition, but rather as a biological error that must be corrected.

Finally, the author analyzes the political consequences of transhumanist discourse and proposes critical bioethics that affirms the intrinsic dignity of every person, recognizes vulnerability and interdependence as constitutive dimensions of humanity, and clearly distinguishes between alleviating avoidable suffering and devaluing the lives of those who live with limitations or disabilities. Thus, in the face of transhumanist ideology, it is necessary to recover an inclusive and relational conception of morality and citizenship.

Finally, we present an article about mental health, a fundamental area of healthcare. Dr. Arancibia and Dr. Martínez Villavicencio first analyze the historical and conceptual evolution of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), highlighting its close link to the development and expansion of the use of psychostimulants. From the earliest formulations to their inclusion as a neurodevelopmental disorder in the DSM-5, the authors show how diagnostic changes, clinical evidence, and social pressures have shaped an increasingly broad understanding of ADHD. This process has led to a significant increase in drug prescriptions and has opened the debate on overdiagnosis and unnecessary medicalization.

The work offers a detailed analysis of the clinical evidence on the use of psychostimulants, recognizing their effectiveness in reducing ADHD symptoms and associated risks when used in well-indicated therapeutic contexts. However, the authors emphasize that the neurobiological basis of the disorder remains partially uncertain. This gap in understanding becomes particularly relevant considering the

increase in prescriptions for adolescents and adults, as well as the non-medical use of these drugs in educational and work settings.

The authors critically analyze the motivations, consequences, and risks of this use. They also examine the influence of the pharmaceutical industry, which challenges bioethical principles such as autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice.

In conclusion, the article proposes the need to strengthen a rigorous analysis of clinical ethics that allows us to distinguish between therapeutic need and desired improvement. This requires a comprehensive understanding of the disorder for a more accurate diagnosis and more focused care that is not merely medicalized. Thus, ADHD presents an opportunity to rethink the processes of medicalization and the commercial influences that underlie them.

As can be seen, the range of topics presented in this second issue not only revisits ongoing discussions in fundamental bioethics but also raises interesting questions about interventions in the field of health that are far from having an ethical basis and stray from the principle of respect for human dignity as the backbone of bioethical knowledge.

Dr. María Elizabeth de los Ríos Uriarte
Editor-in-Chief
Universidad Anáhuac México, Facultad de Bioética, México
ORCID record: 

Embriones humanos criopreservados: un análisis bioético de alternativa desde la dignidad personalista

Artículo de revisión descriptiva

Cryopreserved human embryos: an alternative bioethical analysis based on personal dignity

Descriptive review article

Luis Rafael Gandini Pérez*

Parroquia Nuestra Señora de Lourdes
San Luis, Argentina

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.01>

Resumen

Para solucionar los problemas de esterilidad se ha recurrido a las técnicas de fecundación *in vitro*. Estas han dejado como consecuencia la producción de embriones supernumerarios que han sido congelados

* Parroquia Nuestra Señora de Lourdes, San Luis, Argentina. Correo electrónico: 11parroquia@gmail.com ORCID record: 

Recepción:	Envío a dictamen:	Aceptación:	Publicación:
19.11.2024	11.12.2024	27.10.2025	02.04.2026

CÓMO CITAR: Gandini Pérez, L. R. (2026). Embriones humanos criopreservados: un análisis bioético de alternativa desde la dignidad personalista. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.01>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

en nitrógeno. Se analizaron técnicas de fertilización, así como las distintas posiciones que proponen lo que se debería hacer con los embriones humanos criopreservados. Un mapa mental describe los hechos y problematización. Se realizó un análisis ético en el marco de la bioética personalista, con perspectiva del magisterio de la iglesia católica. Se propuso la hipótesis de dejarlos morir como la más adecuada para la dignidad del embrión humano congelado. Las opciones discutidas incluyen: implantación en la madre o en terceros, uso para la investigación, congelación indefinida, y descongelación para permitir su muerte natural, evaluando cada una desde la perspectiva de la dignidad humana. Para comprender el debate ético del uso de embriones criopreservados, es necesario conocer técnicas que se utilizan en los tratamientos de infertilidad.

Palabras clave: adopción embriones, estatuto embrión humano, fecundación in vitro, dejar morir.

1. Introducción

Los avances en las técnicas de reproducción asistida, particularmente la fecundación in vitro (FIV), han ofrecido soluciones a problemas de infertilidad. Sin embargo, también han generado un dilema ético: la creación de embriones humanos supernumerarios criopreservados (1). Esta práctica, aunque técnicamente viable, plantea interrogantes sobre el estatuto del embrión, su dignidad y los destinos éticamente aceptables para aquellos que no son implantados.

En países como Argentina no existe un marco regulatorio claro que indique lo que se debe hacer (2). Este hecho expone la urgencia de definir alternativas para los embriones criopreservados, ya que su mera existencia obliga a una reflexión sobre su valor intrínseco y los límites de la intervención humana.

Las opciones disponibles —implantación (en la madre biológica o en terceros), investigación científica, congelación indefinida, destrucción activa o descongelación para permitir su muerte natural— no son neutrales desde una perspectiva ética, y cada una implica juicios sobre la naturaleza del embrión y sus derechos (3).

El objetivo general de este artículo es analizar los posibles destinos de los embriones criopreservados en relación con la ética. De forma particular, se valora si la mejor opción para los embriones congelados es dejarlos morir y se discute si ello equivale a matarlos. Para ello, se incorporan antecedentes técnicos como fundamentos bioéticos.

2. Material y métodos

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, mediante una revisión documental y análisis bioético descriptivo. Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos académicas reconocidas, incluyendo Google Scholar, Redalyc, Scielo, Proquest, Scopus y la biblioteca en línea de la Universidad Anáhuac. La selección de fuentes se llevó a cabo considerando su relevancia temática, autoridad institucional y actualidad.

Los criterios de inclusión fueron: artículos que consideraran el estatuto del embrión humano, la dignidad personal, la ética de la fecundación *in vitro*, y las posturas bioéticas sobre la manipulación de embriones criopreservados. Se tuvo en cuenta de manera especial el pensamiento personalista y el magisterio de la Iglesia. Entre los documentos claves se destacan las instrucciones *Donum Vitae* (4) y *Dignitas Personae* (5), fundamentales para comprender la postura oficial de la Iglesia Católica sobre el tema. Asimismo, se incluyeron publicaciones bioéticas contemporáneas que discutieran la licitud moral de las distintas opciones para los embriones congelados.

3. Antecedentes técnicos

3.1. Infertilidad y técnicas de reproducción asistida

Según los criterios médicos, se considera que una pareja tiene problemas de infertilidad cuando: en mujeres mayores de 35 años, no se

logra el embarazo después de 12 meses de mantener relaciones sexuales regulares sin uso de métodos anticonceptivos, y en mujeres menores de 35 años, este período de diagnóstico se reduce a 6 meses bajo las mismas condiciones (6). Con la finalidad de mostrar la manipulación que sufre el embrión humano en las técnicas de fecundación y congelación, se describirá un proceso para la crioconservación de embriones.

3.2. Técnica de reproducción asistida

Estas se dividen en intracórporeas y extracórporeas (7).

A) Entre las intracórporeas podemos encontrar:

1. La inseminación artificial: consiste en la introducción de espermatozoides con un catéter en el útero. Esta puede ser homóloga o heteróloga, según se use el semen de la pareja o de otra persona.

B) Las extracórporeas (*in vitro*) al igual que la anterior pueden ser homóloga o heteróloga, con la diferencia que, una vez obtenido el embrión, puede ser transferido a otra mujer. Dentro de estas podemos encontrar:

1. Fecundación *in vitro* con transferencia de embriones (FIV). Posibilita la manipulación del embrión antes de su implantación.
2. Fecundación *in vitro* con Microinyección Intracitoplasmática (ICSI). Se insemina un óvulo mediante una microinyección de un espermatozoide.

3.3. Método para crioconservar embriones

Las técnicas extracórporeas son las que dan origen a la crioconservación de embriones. Un método para congelarlos que se suele seguir a la fecundación es el Cryotop (1):

Los pasos generales de la técnica son:

1. Deshidratar los embriones pasándolos de un medio a otro con una concentración creciente de crioprotectores.
2. Colocar con mucho cuidado los embriones encima del sistema de soporte para su congelación que, en el caso del Cryotop, es un pequeño cilindro plástico.
3. Introducir el cilindro con los embriones en una cubeta pequeña con nitrógeno líquido.
4. Colocar la tapa al cilindro, con la precaución de no alejarla de los vapores del nitrógeno líquido.
5. Por último, guardar el cilindro cargado con los embriones dentro del tanque de nitrógeno líquido para su conservación.
6. Durante todo este proceso, se consigue que los embriones pasen de la temperatura de cultivo (37 °C) a la temperatura de congelación en nitrógeno líquido (-196 °C) en tan solo unos segundos.

Si bien la crioconservación asegura la viabilidad de los embriones, genera un dilema ético sobre su destino.

4. Marco bioético. Fundamentos teóricos

La valoración ética de los embriones criopreservados requiere considerar su estatuto ontológico. Desde la fecundación, el embrión es un *continuum* biológico que inicia un individuo humano con un genoma propio, distinto al de sus progenitores (8). La fecundación y la muerte son los extremos que marcan la discontinuidad biológica del hombre (9) (10). Se distingue de una mera célula viva porque tiene la capacidad intrínseca de desarrollarse (11).

Aunque su condición de individuo humano es generalmente reconocida, su estatus como 'persona' es discutido en algunas corrientes bioéticas (4). Para la bioética personalista, el embrión, debe ser tratado conforme a su condición de miembro de la especie humana,

con todos los derechos que ello implica, particularmente el derecho a la vida y a la dignidad (12).

5. Dignidad humana

De este estatuto se derivan aspectos éticos fundamentales. La dignidad al estar al nivel ontológico no puede variar o perderse, ni depender del reconocimiento de la misma (13). Si es humano tiene dignidad. El valor de la vida humana se fundamenta en esta dignidad. Sin embargo, el respeto a la vida no es absoluto. Si una acción para mantener la vida viola esa dignidad, entonces dicha acción no es éticamente admisible (14) but it may be the optimal way to prevent improper behavior. Numerous studies document that maintaining and improving patient dignity at the end of life require an understanding of factors posing threats to dignity in health care organizations. This study aimed to assess associations between dignity-violating behaviors and barriers to the assurance of dignity in health care settings from the perspective of health professionals. Materials and Methods: An anonymous survey of health professionals was conducted in Lithuania in May 2021 by using a convenience sampling method (N = 168). La acción que respeta la dignidad es la que se ordena al verdadero bien de la persona, es decir su fin último. Este fin es conocido por la razón natural del ser humano.

6. Aplicación al dilema de los embriones criopreservados

El fin del ser humano está marcado en su vida por la muerte. Si se incluye a la muerte como propia del ser humano, será más fácil entender que es una solución ética dejarlos morir. El hecho de estar congelados no contribuye al fin propio de la naturaleza humana. Para seguir el fin propio de la naturaleza, hay que sacarlos de la injusticia de estar congelados, sin intención de matarlos (aunque se prevea su muerte).

El presente artículo analiza críticamente estas alternativas, enmarcado en los principios de la bioética personalista y la enseñanza de la Iglesia católica. Partiendo de la premisa de que el embrión humano es un sujeto digno de respeto —no un objeto disponible—, se evalúa si la opción de “dejarlo morir” tras la descongelación constituye la alternativa más coherente con su dignidad, al evitar intervenciones adicionales y permitir la continuidad del proceso biológico, aun si este culmina en la muerte. Para respetar al embrión humano se consideró como contrario a su dignidad la investigación y el matarlos. En cuanto a la implantación es un debate que no está cerrado. Sin embargo, a nuestro juicio, es una manipulación más que sufre el embrión humano. La dignidad humana no puede violarse ni siquiera por la defensa de la vida. El dejarlos morir se considera como la mejor alternativa.

7. Resultados

La mayoría de las fuentes recientes (menos de 7 años) favorecen la implantación o adopción, lo que requirió incluir bibliografía más antigua para un balance crítico. Esta metodología permitió un análisis de las alternativas éticas para los embriones criopreservados, fundamentando las conclusiones del artículo. Para evaluar las distintas opciones se expondrán las principales posturas que proponen lo que se debería hacer con los embriones humanos congelados. La cuestión de fondo que se analizará en todas ellas será: ¿El embrión humano es un simple objeto, susceptible de manipulación, o es sujeto que exige respeto absoluto? (15).

7.1. Principales posturas

A) *Implantación del embrión congelado en la madre biológica o en terceros*

Esta postura propone como primera alternativa que antes de ser destruidos sean implantados en la madre biológica, y cuando se ha

verificado que es imposible realizarlo en la madre (previo consentimiento informado de los padres), sean implantados en otras parejas. El requisito solicitado es que no haya ningún tipo de comercialización o fin de lucro. Con esta alternativa se busca que los embriones congelados lleguen al destino último para el que fueron producidos: nacer y desarrollarse (16). El argumento principal que se utiliza radica en la defensa de la vida humana, como supremo respeto a la dignidad de la persona, por lo tanto, el embrión humano tiene derecho a ser gestado por la madre biológica o en su defecto, por una madre adoptiva. Ya que el embrión es de la especie humana, debe ser defendida su vida con la misma intensidad que cualquier otro ser humano (17).

Análisis ético

El objeto moral es transferir el embrión para que viva, y como consecuencia la persona gestante (madre o adoptante) tolera quedarse embarazada sin relación con un acto generativo. La defensa de la vida del embrión es el principal motivo que mueve a los defensores de la implantación. Consideran que el derecho a la vida debe garantizarse, y solo es posible con la implantación o la adopción prenatal. Implantarlos sería preferible a dejarlos morir. La intención es buena pero la implantación es ilícita. La manipulación que conlleva la implantación es indigna de un ser humano, esta no se puede justificar aún a costa de la vida. A esto se le agrega que desnaturaliza la verdad y el significado del acto conyugal.

B) Que sean usados para investigación científica

Se propone que los embriones congelados, antes de que sean destruidos o se los deje morir, podrían contribuir a un conocimiento más preciso de la biología de la fecundación. Especialmente en la embriogénesis del período preimplantatorio.

Los defensores de la investigación sostienen que no nos encontramos ante una persona humana. Se suele usar la palabra preembrión para denominarlos y así justificar la investigación (18).

Análisis ético

Una investigación que parta de la manipulación de embriones humanos, sino redundando en beneficio de la vida y salud del propio embrión, no puede estar justificada éticamente. El objeto moral es malo intrínsecamente, porque el embrión humano sería usado como medio para obtener un fin. La ecuación costo beneficio que se aplica es propia de la filosofía utilitarista donde el fin justifica los medios (13). Sería ética la investigación, sino supone daño, peligro de muerte o haya duda potencial de provocarlo. El principal inconveniente de esta postura es que implica la manipulación de un ser humano y posterior muerte.

C) *Congelación indefinida*

Esta postura es justificada por los que esperan adelantos científicos o legales para dar una solución a los embriones humanos congelados.

Análisis ético

Esta propuesta no es indiferente moralmente, porque se les ha interrumpido su natural desarrollo condenándolos a permanecer a 196 grados bajo cero, en un hábitat que no es conforme a la dignidad humana (19).

D) *Descongelarlos y permitir su muerte natural*

Aquí conviene primero distinguir entre matar y dejar morir. Matar implica colocar a una persona, que no está muriendo, en un estado en el que sí morirá y hacerlo con la intención de que ocurra.

En cambio, dejar morir explica Carrasco es:

Un acto que un agente realiza una acción que remueve una intervención que previene o mejora una condición fatal preexistente, o bien se refrena de realizar una acción que habría impedido o mejorado una condición fatal, con la intención específica de que su acción provoque la muerte de la persona o sin la intención de que produzca la muerte de la persona. En este caso, el dejar morir es culpable cuando la intención del agente es que la persona muera, y no es culpable cuando el agente no intenciona (aunque prevea) la muerte de la persona (20).

De acuerdo con esta consideración cuando se opta por dejarlos morir se libera a los embriones de una situación injusta. Con la descongelación se los devuelve a su estado natural y se les permite que sigan su curso natural, aunque se prevea la muerte. Se retira un obstáculo previamente introducido para detener el curso natural de la vida humana. Con la acción de dejarlos morir se persigue terminar con una situación injusta, indigna e impropia para cualquier ser humano. Mantenerlos congelados es contrario a la dignidad humana porque detiene el proceso biológico natural.

Análisis ético

El objeto moral es terminar con una situación indigna del ser humano: estar congelado. La circunstancia es que están congelados. El fin buscado es liberar a los embriones de estar en un medio antinatural, indigno y desproporcionado, como lo es la congelación en nitrógeno.

La Instrucción Donum Vitae confirma esta valoración:

Aunque se realice para mantener en vida al embrión (...) constituye una ofensa al respeto debido a los seres humanos, por cuanto les expone a graves riesgos de muerte o de daño a la integridad física, les priva al menos temporalmente de la acogida y de la gestación materna y les pone en una situación susceptible

de nuevas lesiones y manipulaciones (4). En la Tabla 1 se presentan las alternativas y su valoración.

Tabla 1. Cuadro comparativo

Alternativa	Justificación propuesta	Valoración ética desde la bioética personalista
Implantación en la madre biológica	Respeto la vida del embrión al permitirle desarrollarse	Manipulación adicional; distorsión del significado del acto conyugal
Implantación en terceros (adopción prenatal)	Salvaguarda la vida mediante un acto de solidaridad reproductiva	Involucra manipulación e intencionalidad reproductiva desvinculada del vínculo conyugal
Investigación científica	Contribución al conocimiento biológico	Éticamente inadmisible; instrumentaliza al embrión y supone su destrucción
Congelación indefinida	Evita decisiones precipitadas en contextos de incertidumbre científica o legal	Contraria a la dignidad humana; perpetúa una situación antinatural y violenta
Descongelación para muerte natural	Permite seguir el curso biológico sin intervención activa	Opción menos lesiva; respeta la dignidad sin intención directa de matar

Fuente: elaboración propia.

8. Discusión

Con la presente investigación se intenta discernir si se respeta la dignidad humana del embrión congelado al dejarlo morir. Se encontraron dos líneas de pensamiento entre los autores. Unos sostienen que sí es lícito descongelarlos y dejarlos que sigan su curso natural,

aunque se prevea la muerte (20). Otros defienden la postura de la implantación ya sea en la madre o en un tercero (21).

Las opiniones están divididas por aquellos autores, que sostienen como principio superior la defensa de la vida y la licitud de transferirlos, ya sea a la madre o darlos en adopción prenatal. Entre estos se encuentran algunos que consideran que solo pueden ser transferidos a la madre biológica. Otros consideran que la vida no puede ser mantenida violando la dignidad humana, lo cual haría el estado de criopreservación y posterior transferencia. Esta postura se basa en que la dignidad humana debe respetarse, aún a costa de la vida. Admiten como único medio ético que los embriones sigan su curso natural una vez descongelados, aunque se prevea la muerte.

A nuestro juicio, y dejando en claro que no es un tema cerrado, esta última sería la opción que mejor respeta la dignidad humana del embrión. La defensa de la vida, aunque esencial, no puede realizarse vulnerando la dignidad intrínseca del embrión humano. La hipótesis con este principio se prueba como alternativa ética.

8.1. Hallazgo más importante

El hallazgo más relevante surge al evaluar el planteamiento de fondo: ¿si el embrión criopreservado está en un estado acorde a su dignidad? Lo que corresponde analizar primero es el objeto de la acción, si el estar congelado es lesivo para la dignidad humana. Hay que afirmar, que ninguna acción que se pueda llevar adelante con los embriones congelados es indiferente desde el punto de vista ético. El mantenerlos congelados ya es una acción que viola la dignidad de la persona humana (5). Todo acto ético debe evaluarse según el objeto, el fin y las circunstancias, como puede observarse en la Figura 1. La licitud de la disposición final de los embriones congelados debe ser analizada conforme al estatuto del embrión humano. La disyuntiva a examinar es, si el embrión humano es objeto de posibles manipulaciones, o es un verdadero sujeto que porta la dignidad personal que exige respeto absoluto (15).

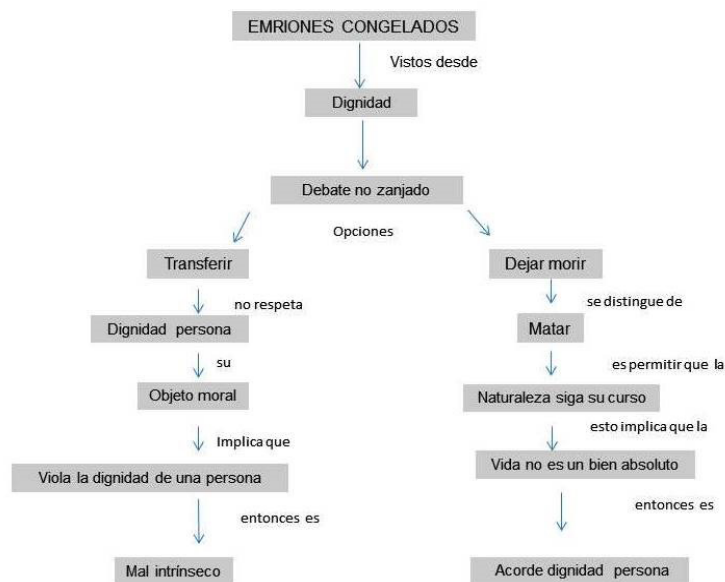
8.2. *Diferencia esencial*

Para decidir si es lícito dejarlos morir habrá que preguntarse ¿Tiene la acción de *dejar morir* la misma connotación moral que la de quitar la vida voluntaria y deliberadamente? (16). Descongelar es, poner fin al abuso a los embriones, y permitir que la naturaleza siga su curso. Siguiendo esta línea de razonamiento, se obtienen más elementos de valor para concluir que la hipótesis planteada de dejar morir a los embriones sin intención de matarlos es válida. También hay que tener en cuenta las circunstancias que conllevan habituar a los miembros de la sociedad a congelar embriones y desecharlos, por el impacto negativo en la valoración social de la vida humana (22).

8.3. *Consideraciones metodológicas*

En la bibliografía utilizada, de una actualidad menor a siete años, se encuentra una mayor cantidad de autores que sostienen la licitud de la implantación en la madre o darlos en adopción. Para realizar una investigación más objetiva sobre las distintas corrientes, hubo que buscar bibliografía más antigua. Las fuentes, en general, aportaron los elementos necesarios para hacer un juicio crítico de las alternativas para los embriones congelados. Para futuras investigaciones, es aconsejable profundizar el principio moral de doble efecto. Hay que aclarar que esta discusión, se da mayormente en el ámbito de la dignidad humana que sostiene la bioética personalista y el magisterio de la iglesia católica (23). Uno de los posibles motivos, es que un alto porcentaje de científicos que realizan las FIV (Fecundación in vitro) no están interesados en buscar una solución, ya que se guían por una bioética utilitarista (24). El debate se centra en perspectivas católicas y personalistas, con menos representación de enfoques utilitaristas o seculares.

Figura 1. Mapa mental que presenta esquema comparativo



Fuente: elaboración propia.

9. Conclusiones

El análisis ontológico confirma que el embrión humano criopreservado es un individuo de la especie humana desde la fecundación, con dignidad inherente que exige protección absoluta. Su condición de sujeto —no de objeto— descarta éticamente opciones que lo instrumentalicen (investigación, destrucción activa) o lo mantengan en un estado antinatural (congelación indefinida).

Las alternativas:

- 1) Implantación/adopción: aunque busca preservar la vida, implica una manipulación adicional que agrava la injusticia inicial

(creación excedente de embriones). Además, desnaturaliza el acto procreativo al separarlo de la unión conyugal.

- 2) Descongelación para muerte natural: es la opción que menos viola la dignidad, al retirar el obstáculo artificial (criopreservación) y permitir que el embrión siga su curso biológico, incluso si este culmina en muerte. No hay intención de matar, sino de cesar una intervención indigna.

El debate sobre el destino de los embriones criopreservados seguirá abierto, mientras estas técnicas se sigan realizando. Mientras tanto, su descongelación sin transferencia parece ser la opción menos lesiva desde la perspectiva personalista.

Referencias

1. Martínez A. Reproducción asistida. 2024 [citado 31 de octubre 2024]. Vitrificación. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/congelacion-de-embriones/>
2. Lima NS, Botti G, Lancuba S, Martínez AG. Abandoned frozen embryos in argentina: A committee opinion. J Bras Reprod Assist [Internet]. 2019; 23(2):165–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30500134/>
3. Hapuarachi S, Mawal N. Fertility Preservation in Transgender Patients. Textbook of Clinical Embryology [Internet]. 2024. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-58214-1_33
4. Ratzinger JC. Instrucción Donum Vitae sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Ciudad del Vaticano; 1987.
5. Levada W. Instrucción vaticana “ Dignitas personae “. 2008; 1–21.
6. Phillips K, Olanrewaju RA, Omole F. Infertility: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2023; 107(6):623–30.
7. Bormann C. Laboratory Aspects. Clin Reprod Med Surg A Pract Guid Fourth Ed [Internet]. 2022; 393–408. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-99596-6_18
8. Gómez-Fajardo C. Observaciones bioéticas sobre el “consenso de estambul”: el cientificismo y la omisión de lo humano en la embriología humana. 2014; 35–45.
9. Herrera DA. El estatuto del embrión humano. Sapientia [Internet]. 2020; LXXVI:45–65. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000300001
10. Banti E. ¿ Cuál Es La Duda ? Cual Es La Duda [Internet]. 2020; 10–31.

11. Duhart PD. El estatuto del embrión humano : un análisis interdisciplinario (bioético) de la realidad. *Med y ética* [Internet]. 2023;34:895–914. Disponible en: <https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n4.01>
12. Lacadena JR. Instrucción dignitas personae sobre algunas cuestiones bioéticas: una puesta al día de la donum vitae. *Moralia*. 2009; 32:41–68.
13. Saavedra JP. Bioética aporte para un debate necesario. México; 2018.
14. Peičius E, Urbonas G, Harrison WD, Urbonienė A, Kuznecovienė J, Butkevičienė R. Dignity Violations and Barriers to Dignity Assurance for Terminally Ill Patients at the End of Life: A Cross-Sectional Analysis. *Med* [Internet]. 2022; 58(2):1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina58020294>
15. Busnelli FD. Nacer (o también “morir”) con dignidad: un objetivo problemático para el embrión. *Rev Derecho Priv* [Internet]. 2018; 35:77–103. Disponible en: <https://doi.org/10.18601/01234366.n35.04>
16. Bonet E. Hay un embrión en mi nevera [Internet]. Eunsa. 2009.
17. Sgreccia E. *Manual Bioética*. BAC. Madrid; 2018.
18. Schenker JG. Preembryo : Medical , Moral , and Legal Aspects. *Donald Sch J Ultrasound Obstet Gynecol*. 2023; 17:217–22. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10009-1982>
19. Germán R. La dignidad del embrión humano congelado. *Rev Med Univ Navarra* [Internet]. 2017; 51:30–2. Disponible en: <https://doi.org/10.15581/021.7674>
20. Carrasco MA. Rescate y adopción de embriones criopreservados : ¿ solidaridad o encarnizamiento reproductivo ? *Teol y Vida*. 2014; 4:680–719.
21. Persico M, Pagano S. Crioconservación de embriones humanos [Internet]. Universidad de Belgrano. 2010. Disponible en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/423_Persico.pdf
22. Bonet E. El debate teológico sobre el destino de los embriones humanos criopreservados. *Cuad Dr Teol*. 2006; (49):461–573.
23. Aznar J, Martínez-Peris M, Navarro-Illana P. Moral assessment of frozen human embryo adoption in the light of the Magisterium of the Catholic Church. *Acta Bioeth* [Internet]. 2017 Jun; 23(1):137–49. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-99596-6_18
24. Comisión Teológica Internacional. En busca de una Ética Universal: nueva mirada sobre la ley natural. *Prudentia Iuris* [Internet]. 2011; 72:15–65. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/2829/1/en-busca-etica-universal-nueva-mirada.pdf>

Cryopreserved human embryos: a bioethical analysis of alternatives from a personalist perspective

Descriptive review article

Embriones humanos criopreservados: un análisis bioético de alternativa desde la dignidad personalista

Artículo de revisión descriptiva


Luis Rafael Gandini Pérez*

Our Lady of Lourdes Parish
San Luis, Argentina

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.01>

Abstract

To solve infertility problems, techniques such as in vitro fertilization in vitro have been used. These have resulted in the production of surplus

* Our Lady of Lourdes Parish, San Luis, Argentina. Email: 11parroquia@gmail.com
ORCID record: 

Received:
11.19.2024

Sent for review:
12.11.2024

Accepted:
10. 27.2025

Published:
04.02.2026

CÓMO CITAR: Gandini Pérez, L. R. (2026). Cryopreserved human embryos: a bioethical analysis of alternatives from a personalist perspective. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.01>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

embryos that have been frozen in nitrogen. Fertilization techniques were analyzed, as well as the different positions proposed on what should be done with cryopreserved human embryos. A mind map describes the facts and issues. An ethical analysis was carried out within the framework of personalist bioethics, from the perspective of the teachings of the Catholic Church. The hypothesis of letting them die was proposed as the most appropriate for the dignity of the frozen human embryo. The options discussed include implantation in the mother or in third parties, use for research, indefinite freezing, and thawing to allow natural death, evaluating each from the perspective of human dignity. To understand the ethical debate on the use of cryopreserved embryos, it is necessary to know the techniques used in infertility treatments.

Keywords: embryo adoption, human embryo status, in vitro fertilization, letting die.

1. Introduction

Advances in assisted reproduction techniques, particularly in vitro fertilization (IVF), have offered solutions to infertility problems. However, they have also created an ethical dilemma: the creation of cryopreserved supernumerary human embryos (1). This practice, although technically feasible, raises questions about the status of the embryo, its dignity, and ethically acceptable destinations for those that are not implanted.

In countries such as Argentina, there is no clear regulatory framework indicating what should be done (2). This fact highlights the urgent need to define alternatives for cryopreserved embryos, since their mere existence forces us to reflect on their intrinsic value and the limits of human intervention.

The available options —implantation (in the biological mother or in third parties), scientific research, indefinite freezing, active destruction, or thawing to allow natural death— are not neutral from an ethical perspective, and each involves judgments about the nature of the embryo and its rights (3).

The overall objective of this article is to analyze the possible fates of cryopreserved embryos in relation to ethics. In particular, it assesses whether the best option for frozen embryos is to let them die and discusses whether this is equivalent to killing them. To this end, technical background information is incorporated as bioethical foundations.

2. Materials and methods

This research was conducted using a qualitative approach, through a documentary review and descriptive bioethical analysis. A systematic search was carried out in recognized academic databases, including Google Scholar, Redalyc, Scielo, Proquest, Scopus, and the online library of Anahuac University. Sources were selected based on their thematic relevance, institutional authority, and timeliness.

The inclusion criteria were: articles that considered the status of the human embryo, personal dignity, the ethics of in vitro fertilization, and bioethical positions on the manipulation of cryopreserved embryos. Special consideration was given to personalist thinking and the teachings of the Church. Among the key documents, the instructions *Donum Vitae* (4) and *Dignitas Personae* (5) stand out as fundamental for understanding the official position of the Catholic Church on the subject. Contemporary bioethical publications discussing the moral lawfulness of the different options for frozen embryos were also included.

3. Technical background

3.1. Infertility and assisted reproduction techniques

According to medical criteria, a couple is considered to have infertility problems when: in women over 35 years of age, pregnancy is not achieved after 12 months of regular sexual intercourse without the

use of contraceptive methods, and in women under 35 years of age, this diagnostic period is reduced to 6 months under the same conditions (6). In order to show the manipulation that the human embryo undergoes in fertilization and freezing techniques, a process for the cryopreservation of embryos will be described.

3.2. Assisted reproduction techniques

These are divided into intracorporeal and extracorporeal techniques (7).

A) Intracorporeal techniques include:

1. Artificial insemination: this consists of introducing sperm into the uterus using a catheter. This can be homologous or heterologous, depending on whether the semen of the partner or another person is used.

B) Extracorporeal (in vitro) techniques, like the previous ones, can be homologous or heterologous, with the difference that, once the embryo is obtained, it can be transferred to another woman. These include:

1. In vitro fertilization with embryo transfer (IVF). This allows the embryo to be manipulated before implantation.
2. In vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection (ICSI).

An egg is inseminated by microinjection of a sperm.

3.3. Method for cryopreserving embryos

Extracorporeal techniques are used for cryopreserving embryos. One method for freezing them that is commonly used after fertilization is Cryotop (1):

The general steps of the technique are:

1. Dehydrate the embryos by transferring them from one medium to another with an increasing concentration of cryoprotectants.
2. Carefully place the embryos on the support system for freezing, which in the case of Cryotop is a small plastic cylinder.
3. Place the cylinder with the embryos in a small bucket of liquid nitrogen.
4. Place the lid on the cylinder, taking care not to remove it from the liquid nitrogen vapors.
5. Finally, store the cylinder loaded with embryos in the liquid nitrogen tank for preservation.
6. Throughout this process, the embryos are brought from the culture temperature (37°C) to the freezing temperature in liquid nitrogen (-196°C) in just a few seconds.

Although cryopreservation ensures the viability of the embryos, it raises an ethical dilemma about their fate.

4. Bioethical framework. Theoretical foundations

The ethical assessment of cryopreserved embryos requires consideration of their ontological status. From fertilization onwards, the embryo is a biological continuum that initiates a human individual with its own genome, distinct from that of its parents (8). Fertilization and death are the extremes that mark the biological discontinuity of man (9). (10). It differs from a mere living cell because it has the intrinsic capacity to develop (11).

Although its status as a human individual is generally recognized, its status as a 'person' is disputed in some bioethical currents (4). For personalist bioethics, the embryo must be treated in accordance with its status as a member of the human species, with all the rights that this implies, particularly the right to life and dignity (12).

5. Human dignity

Fundamental ethical aspects derive from this status. Dignity, being at the ontological level, cannot vary or be lost, nor can it depend on its recognition (13). If it is human, it has dignity. The value of human life is based on this dignity. However, respect for life is not absolute. If an action to maintain life violates that dignity, then that action is not ethically acceptable (14). An action that respects dignity is one that is ordered to the true good of the person, that is, their ultimate end. This end is known by the natural reason of the human being.

6. Application to the dilemma of cryopreserved embryos

The end of human beings is marked in their lives by death. If death is included as part of being human, it will be easier to understand that letting them die is an ethical solution. The fact that they are frozen does not contribute to the end proper to human nature. To follow the end proper to nature, they must be removed from the injustice of being frozen, without the intention of killing them (even if their death is foreseen).

This article critically analyzes these alternatives, framed within the principles of personalist bioethics and the teaching of the Catholic Church. Starting from the premise that the human embryo is a subject worthy of respect —not a disposable object— we evaluate whether the option of “letting it die” after thawing is the alternative most consistent with its dignity, as it avoids additional interventions and allows the biological process to continue, even if it ends in death. In order to respect the human embryo, research and killing them were considered contrary to their dignity. As for implantation, this is a debate that is not closed. However, in our opinion, it is yet another manipulation that the human embryo suffers. Human dignity cannot be violated, even in defense of life. Letting them die is considered the best alternative.

7. Results

Most recent sources (less than 7 years old) favor implantation or adoption, which required including older literature for a critical balance. This methodology allowed for an analysis of the ethical alternatives for cryopreserved embryos, supporting the conclusions of the article. To evaluate the different options, the main positions proposing what should be done with frozen human embryos will be presented. The underlying question that will be analyzed in all of them will be: Is the human embryo a simple object, susceptible to manipulation, or is it a subject that demands absolute respect? (15).

7.1. Main positions

A- Implantation of the frozen embryo in the biological mother or in third parties

This position proposes as a first alternative that before being destroyed, they be implanted in the biological mother, and when it has been verified that it is impossible to do so in the mother (with the prior informed consent of the parents), they be implanted in other couples. The requirement is that there be no commercialization or profit motive. This alternative seeks to ensure that frozen embryos reach the ultimate destination for which they were produced: to be born and develop (16). The main argument used is the defense of human life, as the supreme respect for the dignity of the person. Therefore, the human embryo has the right to be carried by the biological mother or, failing that, by an adoptive mother. Since the embryo is of the human species, its life must be defended with the same intensity as any other human being (17).

Ethical analysis

The moral objective is to transfer the embryo so that it can live, and as a result, the pregnant person (mother or adoptive mother) tolerates

becoming pregnant without a generative act. The defense of the embryo's life is the main motive behind those who defend implantation. They believe that the right to life must be guaranteed, and this is only possible through implantation or prenatal adoption. Implanting them would be preferable to letting them die. The intention is good, but implantation is unlawful. The manipulation involved in implantation is unworthy of a human being and cannot be justified even at the cost of life. Added to this is the fact that it distorts the truth and meaning of the conjugal act.

B- That they be used for scientific research

It is proposed that frozen embryos, before they are destroyed or left to die, could contribute to a more accurate understanding of the biology of fertilization. Especially in the embryogenesis of the pre-implantation period.

Proponents of research argue that we are not dealing with a human person. The word pre-embryo is often used to refer to them and thus justify research (18).

Ethical analysis

Research based on the manipulation of human embryos, unless it benefits the life and health of the embryo itself, cannot be ethically justified. The moral object is intrinsically evil, because the human embryo would be used as a means to an end. The cost-benefit equation that is applied is typical of utilitarian philosophy, where the end justifies the means (13). The research would be ethical if it did not involve harm, danger of death, or potential doubt of causing it. The main drawback of this position is that it involves the manipulation of a human being and subsequent death.

C- Indefinite freezing

This position is justified by those who hope for scientific or legal advances to provide a solution for frozen human embryos.

Ethical analysis

This proposal is not morally indifferent, because their natural development has been interrupted, condemning them to remain at -196 degrees Celsius, in an environment that is not in accordance with human dignity (19).

A- Defrost them and allow them to die naturally

Here, it is important to first distinguish between killing and letting die. Killing involves placing a person who is not dying in a state in which they will die and doing so with the intention of causing that to happen.

On the other hand, letting die, explains Carrasco, is:

an act in which an agent performs an action that removes an intervention that prevents or improves a pre-existing fatal condition, or refrains from performing an action that would have prevented or improved a fatal condition, with the specific intention that their action will cause the death of the person or without the intention of causing the death of the person. In this case, letting die is culpable when the agent's intention is for the person to die, and it is not culpable when the agent does not intend (even if he or she foresees) the death of the person (20).

According to this consideration, when the choice is made to let them die, the embryos are freed from an unjust situation. By thawing them, they are returned to their natural state and allowed to follow their natural course, even if death is anticipated. An obstacle previously introduced to stop the natural course of human life is removed.

The action of letting them die seeks to end a situation that is unjust, undignified, and inappropriate for any human being. Keeping them frozen is contrary to human dignity because it stops the natural biological process.

Ethical analysis

The moral objective is to end a situation that is unworthy of human beings: being frozen. The circumstance is that they are frozen. The desired end is to free the embryos from being in an unnatural, undignified, and disproportionate environment, such as freezing in nitrogen.

The Instruction Donum Vitae confirms this assessment:

even if it is done to keep the embryo alive (...) it constitutes an offense against the respect due to human beings, inasmuch as it exposes them to serious risks of death or physical harm, deprives them at least temporarily of maternal care and gestation, and places them in a situation susceptible to further injury and manipulation (4). Table 1 presents the alternatives and their assessment.

Table 1. Comparative table

Alternative	Proposed justification	Ethical assessment from a personalist bioethical perspective
Implantation in the biological mother	Respects the life of the embryo by allowing it to develop	Additional manipulation; distortion of the meaning of the conjugal act
Third-party implantation (prenatal adoption)	Safeguard life through an act of reproductive solidarity	It involves manipulation and reproductive intent unrelated to the marital bond

Scientific research	Contribution to biological knowledge	Ethically unacceptable; it exploits the embryo and leads to its destruction
Indefinite freezing	Avoid hasty decisions in contexts of scientific or legal uncertainty	Contrary to human dignity; perpetuates an unnatural and violent situation
Thawing for natural death	Allows the biological course to follow its natural course without active intervention	Least harmful option; respects dignity without direct intent to kill

Source: prepared by the author.

8. Discussion

This research attempts to discern whether the human dignity of frozen embryos is respected when they are allowed to die. Two lines of thought were found among the authors. Some argue that it is lawful to thaw them and allow them to follow their natural course, even if death is expected (20). Others defend the position of implantation either in the mother or in a third party (21).

Opinions are divided among those authors who uphold the defense of life and the lawfulness of transferring them, either to the mother or for prenatal adoption, as a higher principle. Among these are some who consider that they can only be transferred to the biological mother. Others consider that life cannot be maintained by violating human dignity, which would be the case with cryopreservation and subsequent transfer. This position is based on the belief that human dignity must be respected, even at the cost of life. They admit that the only ethical means is for the embryos to follow their natural course once thawed, even if death is expected.

In our opinion and making it clear that this is not a closed issue, the latter would be the option that best respects the human dignity

of the embryo. The defense of life, although essential, cannot be carried out by violating the intrinsic dignity of the human embryo. The hypothesis with this principle is tested as an ethical alternative.

8.1. Most important finding

The most relevant finding arises when evaluating the fundamental question: is the cryopreserved embryo in a state consistent with its dignity? The first thing to analyze is the object of the action, whether being frozen is harmful to human dignity. It must be stated that no action that can be carried out with frozen embryos is ethically indifferent. Keeping them frozen is already an action that violates the dignity of the human person (5). Every ethical act must be evaluated according to its object, purpose, and circumstances, as can be seen in Figure 1. The lawfulness of the final disposal of frozen embryos must be analyzed in accordance with the status of the human embryo. The dilemma to be examined is whether the human embryo is the object of possible manipulation or a true subject that bears personal dignity that demands absolute respect (15).

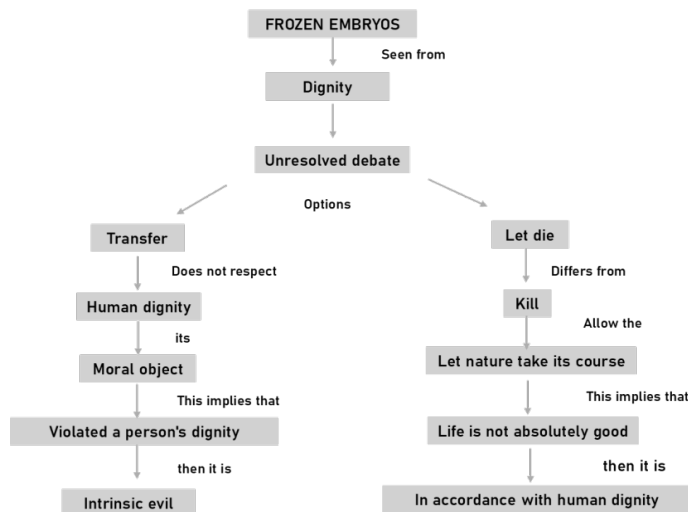
8.2. Essential difference

To decide whether it is lawful to let them die, we must ask ourselves: Does the act of letting die have the same moral connotation as voluntarily and deliberately taking life? (16). Thawing is putting an end to the abuse of embryos and allowing nature to take its course. Following this line of reasoning, further valuable evidence is obtained to conclude that the proposed hypothesis of allowing embryos to die without the intention of killing them is valid. We must also consider the circumstances that lead members of society to become accustomed to freezing and discarding embryos, due to the negative impact on the social value of human life (22).

8.3. Methodological considerations

In the bibliography used, which is less than seven years old, there are a greater number of authors who argue for the lawfulness of implantation in the mother or giving them up for adoption. In order to conduct a more objective investigation of the different currents, it was necessary to search for older bibliographies. In general, the sources provided the necessary elements to make a critical assessment of the alternatives for frozen embryos. For future research, it is advisable to delve deeper into the moral principle of double effect. It should be clarified that this discussion takes place mainly in the field of human dignity, which is upheld by personalist bioethics and the teachings of the Catholic Church (23). One possible reason is that a high percentage of scientists who perform IVF (in vitro fertilization) are not interested in finding a solution, as they are guided by utilitarian bioethics (24). The debate focuses on Catholic and personalist perspectives, with less representation of utilitarian or secular approaches.

Figure 1. Mind map presenting a comparative overview



Source: prepared by the author.

9. Conclusions

Ontological analysis confirms that the cryopreserved human embryo is an individual of the human species from the moment of fertilization, with inherent dignity that demands absolute protection. Its status as a subject—not an object—ethically rules out options that instrumentalize it (research, active destruction) or keep it in an unnatural state (indefinite freezing).

The alternatives:

- 1) Implantation/adoption: Although it seeks to preserve life, it involves additional manipulation that aggravates the initial injustice (surplus creation of embryos). Furthermore, it denaturalizes the procreative act by separating it from the marital union.
- 2) Thawing for natural death: This is the option that least violates dignity, as it removes the artificial obstacle (cryopreservation) and allows the embryo to follow its biological course, even if this culminates in death. There is no intention to kill, but rather to cease an undignified intervention.

The debate on the fate of cryopreserved embryos will remain open as long as these techniques continue to be performed. In the meantime, thawing without transfer seems to be the least harmful option from a personalist perspective.

Referencias

1. Martínez A. Reproducción asistida. 2024 [cited 2024 Oct 31]. Vitrificación. Available at: <https://www.reproduccionasistida.org/congelacion-de-embriones/>
2. Lima NS, Botti G, Lancuba S, Martínez AG. Abandoned frozen embryos in argentina: A committee opinion. *J Bras Reprod Assist* [Internet]. 2019; 23(2):165–8. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30500134/>
3. Hapuarachi S, Mawal N. Fertility Preservation in Transgender Patients. *Textbook of Clinical Embryology* [Internet]. 2024. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-031-58214-1_33

4. Ratzinger JC. Instrucción Donum Vitae sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Ciudad del Vaticano; 1987.
5. Levada W. Instrucción vaticana "Dignitas personae". 2008; 1–21.
6. Phillips K, Olanrewaju RA, Omole F. Infertility: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2023; 107(6):623–30.
7. Bormann C. Laboratory Aspects. *Clin Reprod Med Surg A Pract Guid Fourth Ed* [Internet]. 2022; 393–408. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-030-99596-6_18
8. Gómez-Fajardo C. Observaciones bioéticas sobre el "consenso de estambul": el científicismo y la omisión de lo humano en la embriología humana. 2014; 35–45.
9. Herrera DA. El estatuto del embrión humano. *Sapientia* [Internet]. 2020; LXX-VI:45–65. Available at: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000300001
10. Banti E. ¿Cuál Es La Duda? Cual Es La Duda [Internet]. 2020; 10–31.
11. Duhart PD. El estatuto del embrión humano: un análisis interdisciplinario (bioético) de la realidad. *Med y ética* [Internet]. 2023;34:895–914. Available at: <https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n4.01>
12. Lacadena JR. Instrucción dignitas personae sobre algunas cuestiones bioéticas: una puesta al día de la donum vitae. *Moralia*. 2009; 32:41–68.
13. Saavedra JP. Bioética aporte para un debate necesario. Mexico; 2018.
14. Peičius E, Urbonas G, Harrison WD, Urbonienė A, Kuznecovienė J, Butkevicienė R. Dignity Violations and Barriers to Dignity Assurance for Terminally Ill Patients at the End of Life: A Cross-Sectional Analysis. *Med* [Internet]. 2022; 58(2):1–10. Available at: <https://doi.org/10.3390/medicina58020294>
15. Busnelli FD. Nacer (o también "morir") con dignidad: un objetivo problemático para el embrión. *Rev Derecho Priv* [Internet]. 2018; 35:77–103. Available at: <https://doi.org/10.18601/01234366.n35.04>
16. Bonet E. Hay un embrión en mí nevera [Internet]. Eunsa. 2009.
17. Sgreccia E. Manual Bioética. BAC. Madrid; 2018.
18. Schenker JG. Preembryo : Medical , Moral , and Legal Aspects. *Donald Sch J Ultrasound Obstet Gynecol*. 2023; 17:217–22. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10009-1982>
19. Germán R. La dignidad del embrión humano congelado. *Rev Med Univ Navarra* [Internet]. 2017; 51:30–2. Available at: <https://doi.org/10.15581/021.7674>
20. Carrasco MA. Rescate y adopción de embriones criopreservados: ¿ solidaridad o encarnizamiento reproductivo ? *Teol y Vida*. 2014; 4:680–719.
21. Persico M, Pagano S. Crioconservación de embriones humanos [Internet]. Universidad de Belgrano. 2010. Available at: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/423_Persico.pdf
22. Bonet E. El debate teológico sobre el destino de los embriones humanos criopreservados. *Cuad Dr Teol*. 2006; (49):461–573.

23. Aznar J, Martínez-Peris M, Navarro-Illana P. Moral assessment of frozen human embryo adoption in the light of the Magisterium of the Catholic Church. *Acta Bioeth* [Internet]. 2017 Jun; 23(1):137–49. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-030-99596-6_18
24. Comisión Teológica Internacional. En busca de una Ética Universal: nueva mirada sobre la ley natural. *Prudentia Iuris* [Internet]. 2011; 72:15–65. Available at: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/2829/1/en-busca-etica-universal-nueva-mirada.pdf>

Hacia un nuevo Protocolo para la Planificación Anticipada de Cuidados en casos de prematuridad grave. Una perspectiva personalista

Towards a new Protocol for Advance Care Planning in severe prematurity. A personalist perspective


Maroun Badr*


Cátedra UNESCO de Bioética y Derechos Humanos, Roma, Italia

Fabiano Nigris**

Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma, Italia

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.02>

* Doctor en Bioética, investigador académico. Cátedra UNESCO de Bioética y Derechos Humanos, Via degli Aldobrandeschi 190, Roma, Italia. Correo electrónico: contact@marounbadr.fr ORCID record: 

** Pediatra, neonatólogo, bioeticista y doctorando en Bioética. Facultad de Bioética, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Via degli Aldobrandeschi 190, Roma, Italia. Correo electrónico: nigris@virgilio.it ORCID record: 

Recepción:	Envío a dictamen:	Aceptación:	Publicación:
03.11.2025	03.11.2025	18.11.2025	02.04.2026

CÓMO CITAR: Badr, M., Nigris, F. (2026). Hacia un nuevo Protocolo para la Planificación Anticipada de Cuidados en casos de prematuridad grave. Una perspectiva personalista. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.02>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

Resumen

Las decisiones más graves y complejas desde el punto de vista ético se refieren a los bebés extremadamente prematuros (< 27 semanas de gestación), en cuyo caso se puede considerar tanto el soporte vital activo como los cuidados paliativos en el marco de la planificación anticipada de la atención médica (ACP). Esta planificación surge cuando la supervivencia es incierta o la calidad de vida futura suscita serias preocupaciones. En este proceso, los padres, los médicos y los equipos sanitarios deben decidir por un paciente incapaz de expresar su voluntad, mientras que los comités de ética clínica pueden proporcionar orientación. Este artículo examina estos dilemas desde un enfoque bioético personalista, introduciendo el Protocolo Personalista de Planificación Anticipada de la Atención para “bebés extremadamente prematuros”/EPI (PACP-PEPI). Este protocolo dinámico de siete pasos aboga por el diálogo, la proporcionalidad, la prudencia y la revisión continua como fundamentos éticos para una atención neonatal compasiva y coherente que salvaguarde la dignidad y refuerce la confianza de los padres.

Palabras clave: prematuridad extrema, personalismo ontológico, planificación anticipada de cuidados, comité de ética.

1. Introducción

La prevención del parto prematuro es una emergencia nacional y una prioridad en varios países, como el Reino Unido (1), Francia (2) e Italia (3). Se proporcionan directrices para desarrollar estrategias de prevención, incluida una comunicación eficaz entre los profesionales sanitarios y los padres (la madre y su pareja). El objetivo es garantizar una mejor atención activa (a veces denominada atención proactiva) o cuidados paliativos para el feto. Por lo general, la atención activa se refiere a todas las intervenciones obstétricas y neonatales que tienen como objetivo proporcionar un mejor entorno para mantener la vida del bebé (4,5). Por otro lado, la atención paliativa consiste en todos

los procedimientos médicos destinados a garantizar una mayor comodidad si el bebé se enfrenta al final de su vida (6,7). Entre estos dos tipos de atención existe una “zona gris”. La “zona gris” es “un conjunto de situaciones clínicas en las que se proporcionará reanimación y cuidados intensivos a los recién nacidos si los padres así lo desean, o se suspenderán/retirarán (y se proporcionarán cuidados paliativos) si los padres así lo deciden” (8). Sin embargo, el proceso de toma de decisiones involucra a varios actores clave [2] y la decisión depende de la evaluación bioética en casos de prematuridad extrema [3]. En este complejo contexto, es importante analizar el lugar y el papel de la planificación anticipada de la atención médica [4].

2. Proceso de toma de decisiones

Los bebés muy prematuros se enfrentan a un alto riesgo de mortalidad y, si logran sobrevivir, a discapacidades a largo plazo. La decisión clínica se encuentra entre iniciar o continuar los tratamientos intensivos u optar por los cuidados paliativos. La dificultad ética surge porque el paciente no puede expresar sus deseos, lo que deja a los padres, los médicos [A] y el Comité Ético [B] la responsabilidad de actuar en el mejor interés del bebé extremadamente prematuro (EPI). Este proceso de toma de decisiones se vuelve más complejo cuando se enfrenta a un contexto multicultural y a creencias religiosas [C].

A. El papel de los padres y los médicos

Los padres son quienes, por naturaleza, toman las decisiones por el niño, pero sus elecciones deben guiarse por el principio del interés superior del EPI (9), y no solo por miedos o esperanzas subjetivos. Los médicos tienen el deber de decir la verdad (10) y de proporcionar información pronóstica realista, equilibrando la beneficencia y la no maleficencia. Por consiguiente, cada acto relacionado con el parto, el nacimiento y el período de cuidados neonatales debe reflejar y

respetar “los deseos y valores de la madre y su pareja” (1, p. F233). Sin embargo, las preferencias de los padres no deben entrar en conflicto con las recomendaciones de los profesionales sanitarios. La responsabilidad parental ofrece un amplio margen de discrecionalidad que puede modificarse en función de las circunstancias que puedan surgir; no obstante, esta discrecionalidad no es absoluta (11, p. 156).

B. El papel de los comités de ética

Dada la complejidad de estas decisiones, y en los casos en que las solicitudes de los padres entran en conflicto con el criterio médico, los comités de ética pueden actuar como mediadores éticos, ayudando a las familias y a los equipos médicos a identificar cursos de acción moralmente justificables. Por lo general, estos comités no imponen soluciones, sino que apoyan la formación de la conciencia y la responsabilidad relacional. Alrededor del 26 % de los casos con decisiones éticas en la práctica clínica en las UCIN se presentan a los comités de ética (12, p. 985).

En este contexto, es útil involucrar al Comité de Ética para la Práctica Clínica del centro de salud, especialmente si los familiares solicitan medidas terapéuticas que el equipo médico no considera apropiadas (13, p. 35). Es posible que los procedimientos para consultar al Comité de Ética no cumplan con los tiempos de respuesta deseados. Muchas decisiones éticas se toman con urgencia y no hay tiempo suficiente para seguir las normas para convocar un comité hospitalario. Por esta razón, es posible crear un «grupo de trabajo» compuesto por tres miembros del Comité y dos especialistas reconocidos por su experiencia específica en el ámbito de la intervención. Este microgrupo debe emitir un dictamen ético en un plazo de 48 horas a partir de la solicitud. La intervención de un solo bioeticista se considera inadecuada, ya que puede no respetar el pluralismo ético, un elemento esencial de la bioética (14).

C. El papel del mediador

En un contexto multicultural, de creencias religiosas o incluso de inmigración, la contribución de los mediadores es especialmente importante.

La libertad religiosa está protegida y valorada en las constituciones de muchos países, como Francia e Italia. Los conflictos debidos a las creencias religiosas pueden surgir tanto de la posición del médico (15) como de la de la familia del niño (16). Sin embargo, y en cualquier caso, todas las intervenciones terapéuticas deben demostrar su eficacia, su capacidad para prevenir, tratar y mejorar enfermedades graves con el fin de evitar daños futuros al niño. Por eso, el papel del mediador es estructurar el asesoramiento que facilite el diálogo entre los profesionales sanitarios y los padres en casos de conflicto basado en creencias religiosas.

Además, los estudios han demostrado que “las barreras lingüísticas desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de los niños inmigrantes nacidos” muy prematuros (17). Esto se debe a que los padres se sienten solos y carecen de conocimientos sobre las necesidades sanitarias de sus bebés prematuros. Pero además, la barrera lingüística conlleva un alto riesgo de atención prenatal inadecuada entre las mujeres migrantes (18).

La existencia de barreras que dificultan las relaciones entre los servicios sanitarios y los pacientes inmigrantes es innegable y superarlas requiere no solo de figuras como los mediadores, sino también un conocimiento y una conciencia adecuados de las dinámicas que rigen la negociación del significado entre el personal sanitario y los pacientes extranjeros. De hecho, se observa que en la relación entre el médico y el paciente migrante no comunitario existe una considerable dificultad de comprensión. No se debe solo a razones lingüísticas o puramente etnológicas, sino también a las expectativas de los migrantes, que viven una situación ambigua de desprendimiento de un pasado que nunca abandonan definitivamente y un deseo de integración en el nuevo mundo que no logran alcanzar plenamente.

Entre los factores de riesgo para la salud, cabe mencionar la lentitud de los procesos de integración, el malestar psicológico, la falta de trabajo e ingresos, las malas condiciones de vivienda, la falta de apoyo familiar, los diferentes climas y hábitos alimenticios, y la discriminación en el acceso a los servicios de salud, a menudo vinculada a barreras burocráticas y lingüístico-culturales. Por último, en lo que respecta al concepto de curación, mientras que en la cultura occidental el médico es fundamental en el proceso de curación, en muchas otras culturas este papel lo desempeña un curandero religioso tradicional (19, p. 34).

3. Evaluación bioética en casos de prematuridad extrema

La evaluación del proceso de toma de decisiones depende de tres factores principales: la naturaleza del interés superior del EPI [A], la evaluación de riesgos [B] y el modelo bioético adoptado [C].

A. El interés superior del EPI

El interés superior del EPI es el primer principio ético a tener en cuenta. La *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño* (CDN) (20) insiste en el interés superior del niño en muchos artículos (art.):

- Art. 3: interés superior del niño en las instituciones públicas o privadas de bienestar social;
- Art. 9: no se debe separar al niño de sus padres;
- Art. 18: función y responsabilidad de los padres;
- Art. 20: derecho a una familia;
- Art. 21: adopción;
- Art. 37: ningún niño será sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;
- Art. 40: el niño acusado y el derecho penal.

El *Convenio Europeo de Derechos Humanos* (CEDH) (21) también es relevante para comprender qué derechos podrían ser pertinentes para el interés superior del niño:

- Art. 2: el derecho a la vida y el deber positivo de protegerla;
- Art. 3: la prohibición de los tratos inhumanos y degradantes;
- Art. 5: el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona;
- Art. 8: el derecho al respeto de la vida privada y familiar;
- Art. 9: el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión;
- Art. 14: la prohibición de la discriminación en el disfrute de los demás derechos.

Sin embargo, a pesar de estos derechos y deberes, es difícil tener una definición única del principio del interés superior del EPI debido a la evolución clínica y la evaluación subjetiva (22). Para algunos (23), el interés superior del EPI es la suma de varios intereses, como la atención médica (relacionada con el dolor y el sufrimiento) y otros intereses potenciales (calidad de vida). Para otros, el interés superior no es solo médico o clínico, sino también social, emocional, político, cultural, religioso y moral (24, p. s11). Concretamente, la retirada (suspensión de una terapia que se ha iniciado), la retención (no realizar más intervenciones terapéuticas) o la limitación del tratamiento podrían ser lo mejor para el interés superior del EPI (24). En algunos casos, el interés superior del EPI podría entrar en conflicto con el interés de los padres, como por ejemplo cuando los padres piden que no se reanime al bebé mientras su EPI se encuentra en buenas condiciones para sobrevivir (22). Además, aunque los padres conozcan a sus hijos mejor que nadie (estado de ánimo, rasgos, carácter, preferencias, miedos, etc.), eso no significa que sepan qué es lo mejor para ellos. Las razones pueden ser diversas: motivación desinteresada y decisión subjetiva-emocional que crea una brecha entre la realidad y el juicio normativo, como la vacilación o la negativa de los padres a vacunar a sus hijos, y el temor a los efectos secundarios a largo plazo frente a los beneficios esperados contra la enfermedad (25). Pero

también existe la posibilidad de que se tome alguna decisión irrazonable que pueda perjudicar al niño (obligarle a seguir una dieta) (9).

El primer paso para determinar el interés superior del PAI es proceder a la evaluación de riesgos.

B. La evaluación del riesgo

Para los bebés nacidos antes de la semana 22^a de gestación, normalmente se recomienda no intentar la reanimación (1). Las pruebas científicas demuestran que la tasa de supervivencia de los recién nacidos con una edad gestacional inferior a 22 semanas es prácticamente nula. Aunque este caso podría definirse como futilidad probabilística, es más probable que refleje la incapacidad fisiológica de los pulmones inmaduros para realizar su función esencial, lo que da lugar a un caso de futilidad fisiológica (11, p. 63). El desarrollo de una condición de futilidad fisiológica o probabilística puede ser una justificación sólida para decidir suspender o interrumpir la terapia de soporte. Esta decisión se delega en los médicos y debe comunicarse con extrema sensibilidad, dado que los padres a menudo son incapaces de aceptar la muerte inevitable de un hijo (11, p. 64).

En cuanto a los bebés nacidos después de la semana 22 de gestación, la evaluación del riesgo se divide en tres grupos (1,26): riesgo extremadamente alto [a], riesgo alto [b] y riesgo moderado [c].

a. Riesgo extremadamente alto

Para los EPI con riesgo extremadamente alto, los cuidados paliativos serían el tratamiento habitual. El estudio ETHICUS de C.L. Sprung *et al.* (27) considera cuatro posibilidades en condiciones críticas: a) continuar con el soporte completo, b) no realizar ningún procedimiento terapéutico, c) interrumpir el tratamiento y, por último, d) provocar activamente la muerte del paciente.

En francés, la expresión “limitation et arrêt des traitements” (limitación y suspensión de los tratamientos) se utiliza a menudo en el

contexto de los casos de fin de vida, pero también se aplica en casos de prematuridad extrema (28). Se deriva del principio de rechazo de la obstinación irrazonable (antes conocida como obstinación terapéutica), tal y como se define en la Ley Leonetti (art. L. 1110-5-1 del Código de Salud Pública francés). Consiste en no aplicar ni intensificar tratamientos activos. En italiano, la expresión “desistencia terapéutica” (29) se ha consolidado, primero en cuidados intensivos y luego en otras áreas de la medicina. Se refiere a un enfoque hacia las personas enfermas al final de su vida que consiste en suspender o no activar terapias que ahora se consideran ineficaces o desproporcionadas y, al mismo tiempo, activar formas de apoyo más adecuadas y significativas. En español ha prevalecido el término “limitación del esfuerzo terapéutico”, que a veces también incluye la parte diagnóstica. En el mundo anglosajón se utilizan términos genéricos como “forgoing” o, más frecuentemente, “withholding” y “withdrawing” para indicar “no iniciar” y “detener” el tratamiento, respectivamente. Esto conduce a menudo al término más genérico “decisiones al final de la vida”, que incluye tanto la limitación terapéutica como las medidas paliativas, incluidas aquellas destinadas voluntariamente a acelerar la muerte del paciente (13, pp. 38-39).

b. *Riesgo alto*

Para los EPI con riesgo alto, se recomienda proporcionar un tratamiento activo (supervivencia) o cuidados paliativos a petición de los padres. El objetivo es optimizar el estado del bebé al nacer. En el caso de estos bebés, con un riesgo superior al 50 % de muerte o de supervivencia con discapacidad grave a pesar del tratamiento, se debe asesorar cuidadosamente a los padres y sus deseos deben influir en la decisión conjunta de proporcionar un tratamiento activo o paliativo (1).

c. *Riesgo moderado*

Para los fetos/bebés con riesgo moderado, se debe planificar un tratamiento activo. Estos bebés tienen un riesgo menor al 50 % de

muerte o de sobrevivir con discapacidades graves; el tratamiento activo sería lo mejor para el bebé, mediante la evaluación y la colaboración de un médico especialista en neonatología (1,26).

Si bien la evaluación del riesgo es el punto de partida para buscar el interés superior del EPI, las situaciones son más complejas porque plantean diversas cuestiones éticas, especialmente cuando se trata de la “zona gris”. Corresponde al período comprendido entre la 23.^a y la 27.^a semana de gestación, dependiendo de las políticas de cada país: en Francia es entre la 22.^a y la 23.^a semana de gestación (30); en Italia, el límite se fija en 22 semanas (31, p. 82); según las directrices neerlandesas (32), se sitúa entre la 24.^a y la 26.^a. En un periodo de incertidumbre pronóstica como este, ¿qué enfoque terapéutico redundaría en el mejor interés del EPI? ¿Es proceder con un tratamiento activo o con cuidados paliativos? De ahí la importancia de acompañar esta valoración con una evaluación ética, que difiere en función del modelo adoptado.

C. Modelos bioéticos

El multiculturalismo y el pluralismo de pensamiento implican necesariamente una variedad de enfoques de la bioética. Hemos optado por analizar los dos principales: la bioética principista [a], ya que es el modelo más extendido, y la bioética personalista [b], ya que es el modelo que defendemos.

a. Bioética principista

La bioética principista es un enfoque consolidado fundado por Tom L. Beauchamp y James F. Childress. En su libro *Principles of Biomedical Ethics*, los autores defienden cuatro principios que se han convertido prácticamente en una práctica habitual en el sector sanitario de todo el mundo: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Para ayudar a realizar el interés superior del EPI, la aplicación de estos principios en el contexto de la prematuridad extrema conduce al siguiente escenario.

En primer lugar, dado que el bebé no posee facultades conscientes que le permitan tener la capacidad y la madurez necesarias para tomar decisiones, la autonomía en casos de prematuridad extrema se ejerce a través de sustitutos (padres y profesionales), tal y como se explica en la sección I.

En segundo lugar, la beneficencia y la no maleficencia obligan a los médicos a evaluar tanto la futilidad probabilística —cuando la inmadurez fisiológica hace que la supervivencia sea prácticamente imposible— como la proporcionalidad, garantizando que las intervenciones ofrezcan beneficios reales, minimicen el sufrimiento y eviten posibles daños (33). La beneficencia, como acto de hacer el bien, incluye la misericordia, la bondad, la caridad (34) y la generosidad (35) hacia los pacientes; pero también implica proteger al paciente, especialmente cuando se trata de bebés (36), y promover su bienestar (33). Por su parte, el principio de no maleficencia implica no causar daño. Aunque parece complementario al principio de beneficencia, hay situaciones en las que ambos principios son contradictorios. Tomemos el ejemplo de un recién nacido que necesita ser alimentado a través de una sonda. Si bien la alimentación es beneficiosa, la inserción de la sonda causa daño. ¿Qué es lo correcto y qué es lo incorrecto en este caso? Lo mismo ocurre en el caso ético de retirar o suspender tratamientos que pueden causar daño, incluso la muerte. Surge la pregunta: ¿es el proceso coherente con la beneficencia y la no maleficencia? ¿Cuál es el interés superior del EPI?

En tercer lugar, en cuanto al principio de justicia, el artículo 10 de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (37) estipula: “Se respetará la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de modo que sean tratados con justicia y equidad” (37). Según este artículo y los artículos de la CDN y el CEDH, el principio de justicia opera en dos niveles. Por un lado, todos los niños deben ser tratados de manera justa y equitativa, con la misma consideración independientemente de su origen étnico o religión, pero también independientemente de su situación social. Sin embargo, la realidad muestra algunos problemas de discriminación estructural (38,39), una forma de discriminación institucional, como una

atención de menor calidad (40,41) debido a las disparidades raciales y étnicas. Por otro lado, el principio de justicia está relacionado con la equidad en materia de salud en lo que respecta a los costes de la asistencia sanitaria. De hecho, las estimaciones revelan que los cuidados intensivos neonatales tienen los gastos más elevados en comparación con los bebés nacidos a las 40 semanas o los bebés a término (42-45), lo que plantea la cuestión del despilfarro y las limitaciones de los recursos. Por lo tanto, la relevancia ética de la rentabilidad es crucial en la decisión. Por ejemplo, algunos estudios han demostrado que la reanimación de los recién nacidos no es rentable debido a los costes extremadamente elevados a largo plazo (46,47). Además, y al mismo tiempo, se plantea la cuestión de la rentabilidad y el coste/año de vida ajustado por calidad (AVAC). Por lo tanto, ¿es suficiente salvar al recién nacido sabiendo que los resultados adversos podrían hacer su vida miserable (48) y generar mayores costes (49)? ¿Entra esto dentro de la categoría de su interés superior?

Aunque estos principios establecen normas éticas para cuestiones cruciales en casos de prematuridad extrema, parece que son insuficientes para velar por el interés superior del niño por dos razones principales. Por un lado, en caso de contradicción entre estos principios, ¿cómo se puede resolver el conflicto? Por otro lado, estos principios tienen un sesgo utilitario que puede prevalecer sobre el interés superior del niño, ya que su tratamiento puede resultar demasiado costoso (50,51). Por eso es necesario contar con una base ética sólida para evitar estas dos cuestiones cruciales.

b. *Bioética personalista*

Entre los numerosos modelos bioéticos, la bioética personalista afirma que toda vida humana tiene un valor intrínseco, independientemente de su estado de salud o pronóstico. El personalismo sitúa a la persona humana en el centro de la reflexión ética, afirmando que cada individuo posee un valor inalienable, independientemente de su etapa de desarrollo o de su estado de salud. Así, la dignidad no viene

conferida por las capacidades, sino por el mero hecho de ser un “ser humano”. Esto también se aplica al niño no nacido que ya ha sido concebido (52, pp. 60-63, 123-125, 461-470).

Esto contrasta con los enfoques utilitaristas o estrictamente consecuencialistas, que pueden sopesar el valor de la vida basándose principalmente en la calidad de vida prevista. En una sociedad multicultural, este principio sirve de ancla contra el relativismo cultural, garantizando que la dignidad humana sea siempre el punto de partida de la deliberación ética.

Una cuestión ética importante se refiere al valor de la vida neonatal y, en consecuencia, a la fuerza del derecho de acceso a la atención médica de un recién nacido extremadamente prematuro. Las dimensiones subjetivas de la calidad de vida solo pueden ser hipotéticas debido a la incapacidad natural del paciente para formularlas. Cuando se toman decisiones clínicas, no es posible invocar el principio de autonomía. Quienes deben decidir deben remitirse al principio de promoción de la vida.

Según la visión personalista, todos los recién nacidos tienen la misma dignidad y el mismo derecho a la atención. Este derecho no significa el derecho de todos a la misma atención. No existe la obligación de intervenir más allá de los límites de lo razonable, lo que tanto los padres como el personal sanitario deben tener necesariamente en cuenta. El punto de partida es el derecho fundamental a la existencia y a una atención proporcionada. La atención intensiva a los recién nacidos con posibilidades de sobrevivir y la atención compasiva a los más gravemente enfermos con pocas posibilidades de sobrevivir tienen el mismo significado y dignidad (53, pp. 123-124).

La reanimación intensiva con EPI puede causar daños permanentes e incluso la muerte del paciente. De hecho, las causas más comunes de muerte son las enfermedades respiratorias graves, la hemorragia intraventricular y la sepsis (incluida la enterocolitis necrotizante) (54). En tal situación clínica, dos principios personalistas pueden arrojar luz sobre la situación para que las acciones biomédicas sean éticamente aceptables.

i. *El principio del “doble efecto”*

En situaciones críticas, una buena intervención médica, a veces incluso necesaria, tiene una consecuencia negativa previsible. Es aquí donde debe aplicarse el principio del “doble efecto” (52, pp. 177-178). Cuando existen motivos razonables para resucitar a un recién nacido mediante una intervención terapéutica compleja, para la que no existen otros remedios libres de efectos negativos, es permisible realizar —u omitir— una acción cuando la elección también implica un efecto negativo, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- El acto en sí, independientemente del daño causado, es bueno o, al menos, indiferente;
- La intención del agente está inspirada por un fin positivo;
- El efecto bueno no se consigue a través del efecto malo;
- Existe una razón proporcionalmente grave para permitir que se produzca el efecto malo.

ii. *El principio de totalidad y/o el principio terapéutico*

En segundo lugar, es especialmente en los recién nacidos prematuros donde podemos observar la “totalidad unitaria” de la corporeidad humana, que consiste en partes distintas que están unificadas orgánica y jerárquicamente por una existencia única y personal. El pequeño paciente no tiene capacidad para actuar y depende de las decisiones de otros, pero al trabajar para salvar su vida, se debe proteger su integridad física. En la situación particular de los recién nacidos extremadamente prematuros, según el principio de totalidad, debemos añadir necesariamente, además del bienestar subjetivo, el bienestar psicológico y social, observando los resultados globales que también involucran a los padres. Un ejemplo podría ser el caso de la enterocolitis necrotizante (NEC), que es la urgencia gastrointestinal más común en los recién nacidos (55). La enterocolitis necrotizante es una enfermedad potencialmente mortal que afecta

predominantemente a los bebés prematuros y con muy bajo peso al nacer, y que provoca inflamación y necrosis del intestino delgado y el colon, lo que puede conducir a sepsis, peritonitis, perforación y muerte; su etiología implica colonización bacteriana, alimentación enteral y lesión hipóxico-isquémica (56). Actualmente se practica la resección intestinal de urgencia, pero las consecuencias de la resección intestinal son muy graves. El intestino delgado que conduce al síndrome del intestino corto (SIC) priva al organismo de muchas células inmunocompetentes concentradas en el tejido linfoide asociado al intestino, el órgano inmunitario más grande de los seres humanos (57), pero la consecuencia más grave de la cirugía es la dependencia de la nutrición parenteral total (NPT) durante muchos años o de por vida (58), con el consiguiente deterioro de la calidad de vida. Sin embargo, la operación es necesaria para salvar la vida del recién nacido.

Para que sean éticamente aceptables, estas intervenciones basadas en el principio terapéutico deben cumplir las siguientes condiciones:

- Que se trate de una cirugía sobre la parte enferma o la causa directa de la enfermedad, con el fin de salvar el organismo sano;
- Que no existan otras formas o medios para curar la enfermedad;
- Que haya una probabilidad de éxito buena y proporcionada;
- Que exista el consentimiento del paciente o de la persona con derechos legales (en este caso, los padres).

En resumen, la bioética personalista se caracteriza por un enfoque holístico basado en la dignidad ontológica de todo ser humano. A través de los principios que propone, permite el cuidado integral del individuo (físico, mental y espiritual) al tiempo que garantiza su bienestar. Así, este modelo respeta la proporcionalidad de la atención evitando un tratamiento médico excesivo.

4. Planificación anticipada de la atención

Un principio importante en los cuidados paliativos es desarrollar y adaptar la planificación anticipada de la atención (ACP) [A] que

reconozca la incertidumbre de los resultados y sea capaz de adaptarse con flexibilidad a las circunstancias cambiantes (59). El protocolo personalista [B] puede ser el más adecuado para garantizar el respeto de los intereses superiores del EPI.

A. Adaptación de la planificación anticipada de la atención

La planificación anticipada de la atención es una hoja de ruta negociada y documentada, redactada conjuntamente por los médicos, los padres y, cuando procede, el apoyo religioso, en la que se esbozan los objetivos, los umbrales de intervención y las medidas de confort. Su objetivo es proporcionar una atención centrada en el confort al nacer para un EPI y ayudar a tomar la mejor decisión en algunas situaciones críticas. Puede revisarse después del nacimiento porque el estado del bebé es significativamente mejor de lo esperado y/o porque los padres cambian de opinión (1). El primer caso puede producirse debido a la variabilidad natural del estado del bebé al nacer o porque se ha producido un error en el cálculo de la gestación. El segundo caso puede producirse debido a la reacción de los padres al ver a su recién nacido o porque el estado del recién nacido es diferente de lo que esperaban. Incluso los padres que han tomado la decisión clara de no utilizar tratamientos para prolongar la vida pueden tener dudas cuando nace el bebé (7).

Por lo tanto, es esencial programar revisiones periódicas del programa de cuidados utilizando una «planificación dinámica» (60) adaptada a este contexto clínico específico. La naturaleza dinámica de la planificación debe ser coherente a lo largo del tiempo; puede fijarse en fechas específicas o según la evolución clínica, y registrarse en el historial médico del paciente. Debe ayudar a que tenga sentido lógico, no basado en elecciones emocionales, sino en la medicina basada en la evidencia (61,62).

Además, será necesario aplicar el principio de «precaución terapéutica» respetando la singularidad del paciente (13, pp. 141-143). Para este principio, podemos remitirnos a Aristóteles y su *phronesis*

(63), a menudo traducido como sabiduría práctica o prudencia, una virtud intelectual práctica que guía la acción humana hacia el bien en lugar del mal. No se trata de un conocimiento teórico abstracto, sino de la capacidad de deliberar y tomar buenas decisiones en situaciones concretas, basadas en un razonamiento correcto y un conocimiento detallado.

Por lo tanto, el siguiente protocolo de ACP podría servir de base para la reflexión, permitiendo un discernimiento cuidadoso en beneficio del EPI. Reconoce los pronósticos cambiantes y los valores de los padres, exigiendo una revisión periódica antes y después del nacimiento para responder con prudencia a la evolución clínica y a los cambios en los deseos de la familia.

B. Hacia una planificación personalista de cuidados avanzados

Basándonos en el análisis anterior, proponemos [a] un Protocolo de Planificación Personalista de Cuidados Avanzados para EPI (PACP-PEPI) basado en dos innovaciones clave [b].

a. El Protocolo de Planificación Personalista de Cuidados Avanzados para EPI (PACP-PEPI)

Nuestra sugerencia del PACP-PEPI se justifica por el hecho de que se basa en el principio de la dignidad ontológica. Todo ser humano, independientemente de su edad gestacional, su estado de salud o su pronóstico, posee una dignidad intrínseca. Esta es la razón principal por la que la sociedad le debe toda su atención y cuidados. Por lo tanto, para evitar tanto la obstinación terapéutica desproporcionada como el abandono prematuro, el PACP-PEPI sigue siete pasos.

Paso 1: Identificación temprana y activación del equipo multidisciplinario

- Cuándo: Inmediatamente después del diagnóstico de prematuridad grave de alto riesgo (<27 semanas).

- Quién: equipo de atención multidisciplinar que incluye neonatólogos, obstetras, enfermeras, psicólogos, capellanes (cuando se solicite), mediador (si es necesario por motivos lingüísticos o culturales, preferiblemente formado en bioética o, idealmente, un bioeticista) y padres formados (64).
- Objetivo: Reunir un equipo de atención multidisciplinar para garantizar que se aborden desde el principio la dignidad del EPI y las necesidades de la familia.

Ancla personalista: reconocimiento del EPI como sujeto de atención, no como objeto de intervención.

Paso 2: Comunicación transparente del pronóstico

- Cuándo: Antes del nacimiento (si es posible) e inmediatamente después del parto.
- Quién: El médico responsable, en presencia de un psicólogo o consejero, capellanes (cuando se solicite) y un mediador (si es necesario por motivos lingüísticos o culturales, preferiblemente con formación en bioética o, idealmente, un bioeticista).
- Objetivo: Proporcionar a los padres información clara, compasiva y honesta sobre el pronóstico, las posibles intervenciones y los resultados probables (65).

Ancla personalista: decir la verdad (52, p. 150, 364) como fundamento del interés superior del EPI, como forma de respeto a la responsabilidad parental (52, p. 411) y a la dignidad relacional de la toma de decisiones (52, p. 216).

Paso 3: diálogo relacional compartido

- Qué: Reuniones estructuradas entre la familia y el equipo (66) para discutir las opciones de tratamiento + mediador (si es necesario por motivos lingüísticos o culturales, preferiblemente con formación en bioética o, idealmente, un bioeticista).
- Proceso:
 - Los padres expresan sus valores, esperanzas, miedos y expectativas.

- Los médicos aportan perspectivas clínicas sin imponer decisiones.
- Se reconocen y respetan las creencias culturales o espirituales.

Ancla personalista: énfasis en la comunión/comunicación, ya que las decisiones son actos relacionales basados en la dignidad tanto del EPI como de los padres.

Paso 4: Documento personalista de planificación anticipada de la atención

- Qué: Un plan escrito elaborado conjuntamente por los padres y el equipo médico después de la primera o la segunda reunión del equipo familiar.
- Contenido:
 - o El estado médico y el pronóstico del EPI;
 - o Principios acordados (protección de la vida, proporcionalidad, no abandono);
 - o Decisiones específicas sobre reanimación, cuidados intensivos y umbrales para la transición a cuidados paliativos;
 - o Firma de los padres, el médico responsable y el comité de ética (si participa).
- Este documento no es inamovible. Los padres tienen todo el derecho a modificarlo en cualquier momento.

Ancla personalista: el compromiso por escrito garantiza la fidelidad a la dignidad y la responsabilidad relacional a lo largo del tiempo.

Paso 5: consulta al comité de ética (si es necesario)

- Cuándo: en casos de desacuerdo, incertidumbre moral o situaciones culturalmente complejas.
- Quién: Comité de Ética con representación de medicina, enfermería, ética, derecho, atención pastoral/espiritual y bioeticista (este último también puede desempeñar el papel de mediador si es necesario por motivos lingüísticos o culturales).

- Objetivo: Ofrecer orientación ética y facilitar el diálogo; no imponer decisiones vinculantes.

Ancla personalista: apoyar la formación de la conciencia, garantizando que la dignidad siga siendo fundamental a pesar de las perspectivas culturales plurales.

Paso 6: Evaluación de la proporcionalidad

- Criterios para evaluar las intervenciones:
 - ¿Existe una esperanza razonable de recuperación o supervivencia?
 - Principio terapéutico
 - Principio del doble efecto: carga para el EPI: ¿la intervención impone un sufrimiento desproporcionado con pocos beneficios?
 - Alternativas: ¿los cuidados paliativos son más coherentes con la dignidad del EPI?

Ancla personalista: el principio de proporcionalidad, evitando tanto el nihilismo (negar el tratamiento basándose únicamente en el pronóstico) como el vitalismo (insistir en un tratamiento agresivo independientemente de las cargas).

Paso 7: Revisión continua y flexibilidad

- Cuándo: Según la evolución clínica (por ejemplo, estabilización, complicaciones o cambios en el desarrollo).
- Quién: El mismo equipo multidisciplinar con la participación de los padres.
- Objetivo: adaptar el plan a las realidades cambiantes sin socavar el principio de dignidad.

Ancla personalista: la fidelidad ética requiere tanto coherencia como apertura al cambio a medida que surge nueva información.

b. Claves de innovación

Este PACP-PEPI tiene dos claves innovadoras:

i. *La «verificación de la dignidad»*

En cada paso, el equipo plantea una pregunta central orientativa: **«¿Esta opción afirma y protege la dignidad intrínseca del EPI como persona?»**

Esto pone en práctica la ética personalista en una herramienta de evaluación concreta para la toma de decisiones clínicas.

ii. *Cuidados de apoyo para los padres y el personal sanitario*

En cada paso, se debe garantizar la prestación de cuidados de apoyo a los padres y al personal, con el fin de proporcionar apoyo psicológico, espiritual y social a las familias, pero también de informar al personal para evitar el agotamiento tanto de los padres (67,68) como del personal sanitario (69-71). La dignidad del bebé se irradia hacia el exterior, exigiendo atención a todos los actores relacionales que participan en el proceso de toma de decisiones.

5. Conclusión

El PACP-PEPI transforma los principios éticos abstractos en pasos prácticos para los cuidados intensivos neonatales. Ofrece un proceso estructurado, basado en la dignidad humana, el diálogo relacional y la proporcionalidad, que puede guiar a los padres, los médicos y los comités de ética en la toma de decisiones éticamente sostenibles. Al adoptar el enfoque personalista e incorporar la «verificación de la dignidad» en cada etapa, los hospitales pueden garantizar que los pacientes más vulnerables, los bebés prematuros graves, reciban una atención que respete su humanidad y fomente la solidaridad. Además, también es posible reducir, o incluso eliminar, la «angustia moral» que aflige al personal sanitario en sus decisiones diarias al atender a pacientes críticos, como los recién nacidos extremadamente prematuros. Esto aumentará la calidad de la atención a los recién nacidos y la calidad del trabajo.

Como cualquier modelo, el modelo PACP-PEPI no es perfecto. No obstante, podría cumplir las expectativas, especialmente si se tienen en cuenta algunas consideraciones de implementación:

- Programas de formación para médicos y enfermeras en ética personalista y habilidades de comunicación.
- Integración del PACP-PEPI en las políticas de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- Investigación y recopilación de datos sobre los resultados (clínicos, satisfacción de los padres, coherencia ética).

Se requiere un estudio de campo para evaluar la eficacia y el valor de este modelo.

Referencias

1. Mactier H, Bates SE, Johnston T, Lee-Davey C, Marlow N, Mulley K. Perinatal management of extreme preterm birth before 27 weeks of gestation: a framework for practice. 2020 [citado 1 de octubre de 2025]; F232–9. Disponible en: <https://fn.bmj.com/content/105/3/232.long>
2. INSERM, Pierrat V, Zeitlin J, Gressens P. Prématurité - Des bébés qui arrivent trop tôt [Internet]. Inserm. 2023 [citado 1 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.inserm.fr/dossier/prematurite/>
3. Fondazione Umberto Veronesi [Internet]. 2024 [citado 1 de octubre de 2025]. Come tutelare la salute dei neonati prematuri. Disponible en: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/neuroscienze/come-tutelare-la-salute-dei-neonati-prematuri>
4. Diguisto C, Goffinet F, Lorthe E, Kayem G, Roze JC, Boileau P. Providing active antenatal care depends on the place of birth for extremely preterm births: the EPI-PAGE 2 cohort study. 2017 [citado 1 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://fn.bmj.com/content/102/6/F476.long>
5. Jeon GW. Need for national guidance regarding proactive care of infants born at 22–23 weeks' gestation. Clin Exp Pediatr [Internet]. 2024 [citado 1 de octubre de 2025]; 68(1):53–61. Disponible en: <http://www.e-cep.org/journal/view.php?number=20125555755>
6. Bertaud S, Montgomery AM, Craig F. Paediatric palliative care in the NICU: A new era of integration. Semin Fetal Neonatal Med [Internet]. 2023 June 1 [citado 1 de octubre de 2025]; 28(3):101436. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X23000124>

7. Wilkinson DJC, Bertaud S. End of life care in the setting of extreme prematurity – practical challenges and ethical controversies. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2023 Aug [citado 12 de octubre de 2025]; 28(4):None. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10914670/>
8. Wilkinson D. Who should decide for critically ill neonates and how? In: *When Doctors and Parents Disagree* [Internet]. Sydney; 2016 [citado 29 de octubre de 2025]. (Wellcome). Disponible en: <http://library.oapen.org/handle/20.500.12657/28368>
9. Archard D, Cave E, Brierley J. How should we decide how to treat the child: harm versus best interests in cases of disagreement. *Med Law Rev* [Internet]. 2024 [citado 2 de octubre de 2025]; 32(2):158–77. Disponible en: <https://academic.oup.com/medlaw/article/32/2/158/7459319>
10. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract* [Internet]. 2021 [citado 2 de octubre de 2025]; 30(1):17–28. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7923912/>
11. Jonsen AR. *Ética clínica: aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Barcelona: Ariel; 2005.
12. Guimarães H, Rocha G, Almeda F, Brites M, Van Goudoever JB, Iacoponi F. Ethics in neonatology: a look over Europe. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet* [Internet]. 2012 [citado 2 de octubre de 2025]; 25(7):984–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21740325/>
13. Meana PR. *Dottore non faccia tutto il possibile! Prima edizione*. Roma: Società Editrice Universo (SEU); 2021.
14. Furlan E. *Modelli di Bioetica e analisi etica: quali strumenti per il Nucleo Etico per la Pratica Clinica*. Corso di Formazione IRCBG_25091. Trieste; 2025 June.
15. Kaempf JW, Kockler N, Tomlinson MW. Shared decision-making, value pluralism and the zone of parental discretion. *Acta Paediatr* [Internet]. 2018 [citado 1 de octubre de 2025]; 107(2):206–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.13971>
16. Swan R. Faith-Based Medical Neglect: for Providers and Policymakers. *J Child Adolesc Trauma* [Internet]. 2020 [citado 11 de octubre de 2025]; 13(3):343–53. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7545013/>
17. Jaekel J, Aubert AM, Jaekel N, Costa R, Johnson S, Zeitlin J. Associations of language barriers with very preterm children’s behavioural and socio-emotional problems across Europe. *Pediatr Res* [Internet]. 2024 [citado 11 de octubre de 2025]; 1–9. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41390-024-03623-4>
18. Eslier M, Deneux-Tharoux C, Schmitz T, Luton D, Mandelbrot L, Estellat C. Association between language barrier and inadequate prenatal care utilization among migrant women in the PreCARE prospective cohort study. *Eur J Public Health* [Internet]. 2023 [citado 1 de octubre de 2025]; 33(3):403–10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10234658/>
19. La Barbera N. *Il ruolo del mediatore linguistico-culturale nella sanità pubblica italiana* [Internet]. [Roma]: Gregorio VII Higher School For Linguistic Mediators; 2023 [citado 22 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://gregoriosettimo.eu/media/foto-articoli/363/varie/tesi-nicole-la-barbera.pdf>

20. United Nations. Convention on the Rights of the Child [Internet]. 1989. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
21. Council of Europe's, European Court of Human Rights. European Convention on Human Rights [Internet]. 1950. Disponible en: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_ENG
22. Cavolo A, de Casterlé BD, Naulaers G, Gastmans C. Neonatologists' decision-making for resuscitation and non-resuscitation of extremely preterm infants: ethical principles, challenges, and strategies—a qualitative study. BMC Med Ethics [Internet]. 2021 [citado 2 de octubre de 2025]; 22. Disponible en: <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-021-00702-7>
23. Hester DM. Interests and Neonates: There Is More to the Story than We Explicitly Acknowledge. Theor Med Bioeth [Internet]. 2007 [citado 2 de octubre de 2025]; 28(5):357–72. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11017-007-9048-7>
24. Larcher V, Craig F, Bhogal K, Wilkinson D, Brierley J. Health on behalf of the RC of P and C. Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice. Arch Dis Child [Internet]. 2015 [citado 29 de octubre de 2025]; 100(Suppl 2):s1–23. Disponible en: https://adc.bmj.com/content/100/Suppl_2/s1
25. Obohwemu K, Jong FC de, Ling J. Parental childhood vaccine hesitancy and predicting uptake of vaccinations: a systematic review. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2022 [citado 27 de octubre de 2025]; 23. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/parental-childhood-vaccine-hesitancy-and-predicting-uptake-of-vaccinations-a-systematic-review/4E3F16971840D64F3EF8F4DC6817F1D9#article>
26. Wood K, Stefano LMD, Mactier H, Bates SE, Wilkinson D. Individualised decision making: interpretation of risk for extremely preterm infants—a survey of UK neonatal professionals. 2022 [citado 8 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://fn.bmj.com/content/107/3/281.long>
27. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units The Ethicus Study. JAMA [Internet]. 2003 [citado 6 de octubre de 2025]; 290(6):790–7. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/197049>
28. Jalvy-Delvaile S. Étude rétrospective descriptive des pratiques de limitation et arrêt des traitements chez les extrêmes prématurés au CHU de Bordeaux sur une période de sept ans [Internet] [Thèse de doctorat]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2018 [citado 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02068321>
29. Furlan E. La desistenza terapeutica è giustificabile sul piano etico? Ital J Med [Internet]. 2017 [citado 8 de octubre de 2025]; 5(5):21–30. Disponible en: <https://www.research.unipd.it/handle/11577/3259010>
30. Moriette G, Rameix S, Azria E, Fournié A, Andrini P, Caeymaex L. Naissances très prématurées: dilemmes et propositions de prise en charge. Première partie:

- pronostic des naissances avant 28 semaines, identification d'une zone grise. Arch Pédiatrie [Internet]. 2010 [citado 8 de octubre de 2025]; 17(5):518–26. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X10000448>
31. Comitato Nazionale per la Bioetica. CNB. Il CNB sull'inizio vita: raccolta tematica 2000-2022 [Internet]. Roma: Presidenza del consiglio dei ministri; [citado 20 de octubre de 2025] Disponible en: <https://bioetica.governo.it/media/4885/il-cnb-sullinizio-vita-2000-2022.pdf>
 32. Verweij EJ, De Proost L, Hogeveen M, Reiss IKM, Verhagen AAE, Geurtzen R. Dutch guidelines on care for extremely premature infants: Navigating between personalisation and standardization. Semin Perinatol [Internet]. 2022 [citado 8 de octubre de 2025]; 46(2):151532. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000521001464>
 33. Mahabe F. Neonatal Ethics: Ethical Issues Affecting Newborn Infant Care. Neonatal Pediatr Med [Internet]. 2023 [citado 6 de octubre de 2025]; 9(7):1–2. Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/neonatal-ethics-ethical-issues-affecting-newborn-infant-care-2572-4983-1000326-125921.html>
 34. Kinsinger FS. Beneficence and the professional's moral imperative. J Chiropr Humanit [Internet]. 2010 [citado 6 de octubre de 2025]; 16(1):44–6. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3342811/>
 35. Enright WG, Miyamoto RT. Building a cathedral for your soul: Generosity as a virtue and a practice. Otolaryngol Neck Surg [Internet]. 2008 [citado 6 de octubre de 2025]; 138(5):552–6. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.otohns.2008.02.013>
 36. Prentice TM, Gillam L, Davis PG, Janvier A. Whom are we seeking to protect? Extremely preterm babies and moral distress. Semin Perinatol [Internet]. 2022 [citado 6 de octubre de 2025]; 46(2):151549. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000521001634>
 37. UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (2005) [Internet]. Disponible en: <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>
 38. Karvonen KL, Anunwah E, Butcher BDC, Kwarteng L, Mathis-Perry T, McLemore MR. Structural Racism Operationalized via Adverse Social Events in a Single-Center Neonatal Intensive Care Unit. J Pediatr [Internet]. 2023 [citado 1 de octubre de 2025]; 260. Disponible en: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(23\)00347-5/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(23)00347-5/fulltext)
 39. Fraiman YS, Barrero-Castillero A, Boss RD. The ethical imperative to pursue neonatal health equity and justice. Semin Perinatol [Internet]. 2025 [citado 1 de octubre de 2025]; 49(6):152096. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000525000734>
 40. Sigurdson K, Profit J, Dhurjati R, Morton C, Scala M, Vernon L. Former NICU Families Describe Gaps in Family-Centered Care. Qual Health Res [Internet]. 2020 [citado 1 de octubre de 2025]; 30(12):1861–75. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8106872/>

41. Beck AF, Edwards EM, Horbar JD, Howell EA, McCormick MC, Pursley DM. The color of health: how racism, segregation, and inequality affect the health and well-being of preterm infants and their families. *Pediatr Res* [Internet]. 2020 [citado 1 de octubre de 2025]; 87(2):227–34. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6960093/>
42. Beam AL, Fried I, Palmer N, Agniel D, Brat G, Fox K. Estimates of healthcare spending for preterm and low-birthweight infants in a commercially insured population: 2008–2016. *J Perinatol* [Internet]. 2020 [citado 2 de octubre de 2025]; 40(7):1091–9. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41372-020-0635-z>
43. Hay S, Mowitz M, Dukhovny D, Viner C, Levin J, King B. Unbiasing costs? An appraisal of economic assessment alongside randomized trials in neonatology. *Semin Perinatol* [Internet]. 2021 [citado 2 de octubre de 2025]; 45(3):151391. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000521000045>
44. Kim SW, Andronis L, Seppänen AV, Aubert AM, Zeitlin J, Barros H. Economic costs at age five associated with very preterm birth: multinational European cohort study. *Pediatr Res* [Internet]. 2022 [citado 2 de octubre de 2025]; 92(3):700–11. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41390-021-01769-z>
45. Kovács G, Abonyi-Tóth Z, Fadgyas-Freyler P, Kaló Z. Incremental cost of premature birth – a public health care payer perspective from Hungary. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [citado 2 de octubre de 2025]; 23(1):686. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09697-w>
46. Ottaviano G, Rogers E, Little S, Cahill A, Partridge JC, Caughey A. 184: Resuscitation of neonates at twenty-three weeks gestational age: a cost-effectiveness analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 [citado 2 de octubre de 2025]; 201(6):S81. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)01311-8/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)01311-8/fulltext)
47. Partridge JC, Robertson KR, Rogers EE, Landman GO, Allen AJ, Caughey AB. Resuscitation of neonates at 23 weeks' gestational age: a cost-effectiveness analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2015 [citado 2 de octubre de 2025]; 28(2):121–30. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.909803>
48. Helgesson G. It is not ethical to save an infant's life just because we can, without due regard to outcome. *Acta Paediatr* [Internet]. 2018 [citado 2 de octubre de 2025]; 107(2):194–5. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.13911>
49. Lantos JD. Ethics of care for the micropreemies. Just because we can, should we? *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2022 [citado 2 de octubre de 2025]; 27(2):101343. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X22000221>
50. Flessas T, Jackson E. Too Expensive to Treat? Non-Treatment Decisions at the Margins of Viability. *Med Law Rev* [Internet]. 2019 [citado 6 de octubre de 2025]; 27(3):461–81. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwy035>
51. Cheah IGS. Economic assessment of neonatal intensive care. *Transl Pediatr* [Internet]. 2019 [citado 6 de octubre de 2025]; 8(3):24656–24256. Disponible en: <https://tp.amegroups.org/article/view/27349>

52. Sgreccia E. *Manuale di Bioetica. Fondamenti ed etica biomedica*. Terza. Milano: Vita e Pensiero; 1999.
53. Di Pietro ML, Faggioni MP. *Bioetica e infanzia. Dalla teoria alla prassi*. Bologna: Edizioni Dehoniane Bologna (EDB); 2014.
54. Schindler T, Koller-Smith L, Lui K, Bajuk B, Bolisetty S, New South Wales and Australian Capital Territory Neonatal Intensive Care Units' Data Collection. Causes of death in very preterm infants cared for in neonatal intensive care units: a population-based retrospective cohort study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2017 [citado 21 de octubre de 2025]; 17(1):59. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0810-3>
55. Marsico AL, da Silva-Tomaeli SC, Marques PSB, Feres O, Lopes LS, Sbragia L. Hyperbaric oxygen therapy alleviates intestinal and brain damage in experimental necrotizing enterocolitis. *Med Gas Res* [Internet]. 2025 [citado 26 de octubre de 2025]; 15(4):471–7. Disponible en: https://journals.lww.com/mgar/full-text/2025/12000/hyperbaric_oxygen_therapy_alleviates_intestinal.3.aspx
56. Roberts AG, Younge N, Greenberg RG. Neonatal Necrotizing Enterocolitis: An Update on Pathophysiology, Treatment, and Prevention. *Pediatr Drugs* [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2025]; 26(3):259–75. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40272-024-00626-w>
57. Sznurkowska K, Borkowska A, Zagierska A, Malanowska M, Zieliński M, Zagierski M. Does Massive Bowel Resection in Newborns Affect Further Immunity in Children? *Children* [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2025]; 11(1). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/11/1/114>
58. Khan AA, Khan A, Khan MA, Kumar D, Naquvi KJ. Total parenteral nutrition: A boon to non-functional gastrointestinal patients. *Intell Pharm* [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2025]; 2(2):263–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949866X23000989>
59. Sidgwick P, Fraser J, Fortune PM, McCulloch R. Parallel planning and the paediatric critical care patient. 2019 [citado 2 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://adc.bmj.com/content/104/10/994>
60. Elf M, Poutilova M, Öhrn K. A dynamic conceptual model of care planning. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2007 [citado 1 de octubre de 2025]; 21(4):530–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2007.00493.x>
61. Parikh NA, Arnold C, Langer J, Tyson JE. Evidence-Based Treatment Decisions for Extremely Preterm Newborns. *Pediatrics* [Internet]. 2010 [citado 1 de octubre de 2025]; 125(4):813–6. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3201804/>
62. Barrington KJ. The most immature infants: Is evidence-based practice possible? *Semin Perinatol* [Internet]. 2022 [citado 1 de octubre de 2025]; 46(1):151543. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000521001579>
63. Da Re A. La saggezza pratica (phronesis) di Aristotele e la prudenza di Kant. *Teologia* [Internet]. 2020 [citado 1 de octubre de 2025]; 45(1):22–54. Disponible en: <https://www.research.unipd.it/handle/11577/3402802>

64. Peta OA, Dinulescu A, Prejmereanu A, Petrescu OM, Pavelescu ML, Peta OA. Extreme Prematurity: A Case Report on the Importance of Multidisciplinary Consultations Before and After Maternity Ward Discharge. *Cureus* [Internet]. 2024 [citado 1 de octubre de 2025];16(12). Disponible en: <https://cureus.com/articles/326781-extreme-prematurity-a-case-report-on-the-importance-of-multidisciplinary-consultations-before-and-after-maternity-ward-discharge>
65. Carr JAJ, Bates S, Mactier H. Perinatal communication in extreme preterm birth: what can we learn from the British Association of Perinatal Medicine framework? *Paediatr Child Health* [Internet]. 2023 [citado 1 de octubre de 2025]; 33(3):73–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751722222001901>
66. Sabnis A, Hagen E, Tarn DM, Zeltzer L. Increasing Timely Family Meetings in Neonatal Intensive Care: A Quality Improvement Project. *Hosp Pediatr* [Internet]. 2018 [citado 1 de octubre de 2025]; 8(11):679–85. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7104716/>
67. Hendy A, El-sayed S, Bakry S, Mohammed SM, Mohamed H, Abdelkawy A. The Stress Levels of Premature Infants' Parents and Related Factors in NICU. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2024 [citado 1 de octubre de 2025]; 10:23779608241231172. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10880535/>
68. Sandnes R, Le Floch M, Riquin E, Nocus I, Müller JB, Bacro F. Parental stress and mental health outcomes following very preterm birth: A systematic review of recent findings. *J Affect Disord* [Internet]. 2024 [citado 1 de octubre de 2025]; 355:513–25. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724005780>
69. Caillaud I, Torchin H, Basset A, Mouillé M, Jarreau PH, Zana-Taïeb É. Vécu des soignants face à l'extrême prématurité. *Soins Psychiatr* [Internet]. 2022 [citado 1 de octubre de 2025]; 43(343):10–3. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/article/1569737/vecu-des-soignants-face-a-l-extreme-prematurite>
70. Ravaldi C, Mosconi L, Mannetti L, Checconi M, Bonaiuti R, Ricca V. Post-traumatic stress symptoms and burnout in healthcare professionals working in neonatal intensive care units: Results from the STRONG study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado 1 de octubre de 2025]; 14. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1050236/full>
71. Wudarczyk B, Krupa-Nurcek S, Czaplá M, Uchmanowicz I. Factors influencing burnout, stress levels, and coping strategies among nursing staff in intensive care units. *Front Public Health* [Internet]. 2025 [citado 1 de octubre de 2025]; 13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1530353/full>

Towards a new Protocol for Advance Care Planning in severe prematurity. A personalist perspective

Hacia un nuevo Protocolo para la Planificación Anticipada de Cuidados en casos de prematuridad grave. Una perspectiva personalista


Maroun Badr*


UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Rome, Italy

Fabiano Nigris**

Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Rome, Italy

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.02>

* PhD in Bioethics, Research Scholar. UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Via degli Aldobrandeschi 190, Roma, Italia. E-mail: contact@marounbadr.fr
ORCID record: 

* Pediatrician, neonatologist, bioethicist and PhD candidate in Bioethics. Facoltà di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Via degli Aldobrandeschi 190, Roma, Italy. E-mail: nigris@virgilio.it ORCID record: 

Received:
11.03.2025

Sent for review:
11.03.2025

Accepted:
11.18.2025

Published:
02.04.2026

CÓMO CITAR: Badr, M., Nigris, F. (2026). Towards a new Protocol for Advance Care Planning in severe prematurity. A personalist perspective. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.02>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

Abstract

The most serious and ethically complex decisions concern extremely preterm infants (< 27 weeks of gestation), where both active life-support and palliative care may be considered within the framework of Advance Care Planning (ACP). This planning arises when survival is uncertain or future quality of life raises serious concern. In this process, parents, physicians, and healthcare teams must decide for a patient unable to express their will, while Clinical Ethics Committees may provide guidance. This article examines these dilemmas through a Personalist bioethical approach, introducing the Personalist Advance Care Planning Protocol for “extremely premature infant”/EPI (PACP-PEPI). This seven-step dynamic protocol advocates dialogue, proportionality, prudence and continuous review as ethical foundations for compassionate and coherent neonatal care that safeguards dignity and strengthens parental trust.

Keywords: extreme prematurity, ontological personalism, advance care planning, ethics committee.

1. Introduction

Prevention of preterm birth is a national emergency and priority in several countries, such as the United Kingdom (1), France (2), and Italy (3). Guidelines are provided for developing prevention strategies, including effective communication between healthcare professionals and parents (mother and her partner). The aim is to ensure better active care (sometimes, it is referred to proactive care) or palliative care, for the unborn baby. Usually, active care refers to all obstetric and neonatal interventions that aim to provide a better environment for sustaining the baby’s life (4,5). On the other hand, palliative care consists of all medical procedures aimed at ensuring greater comfort if the baby is facing the end of life (6,7). Between these two types of care lies a “gray zone”. The “gray zone” is “a set of clinical situations in which resuscitation and intensive care will be

provided to newborn infants if parents so wish, or will be withheld/withdrawn (and palliative care provided) if parents choose” (8). However, the decision-making process involves several key players [2] and the decision depends on the bioethical assessment in extreme prematurity [3]. In this complex climate, it is important to analyze the place and role of Advanced Care Planning [4].

2. Decision-Making Process

Severely preterm infants face a high risk of mortality and, if survival is achieved, long-term disabilities. The clinical decision lies between initiating or continuing intensive treatments or opting for palliative care. The ethical difficulty arises because the patient cannot express their wishes, leaving parents, the physicians [A] and the Ethical Committee [B] to act in the extremely premature infant’s (EPI) best interest. This decision-making process becomes more complex when confronted with multicultural context and religious belief [C].

A. The role of parents and physicians

Parents are the natural decision-makers for the child, yet their choices must be guided by the principle of the EPI’s best interest (9), not only by subjective fears or hopes. Physicians have the duty of truth-telling (10) that is beneficence, nonmaleficence, autonomy, and justice, are defined and explained. Informed consent, truth-telling, and confidentiality spring from the principle of autonomy, and each of them is discussed. In patient care situations, not infrequently, there are conflicts between ethical principles (especially between beneficence and autonomy and of providing realistic prognostic information, balancing beneficence and non-maleficence. Consequently, each act to manage labor, birth, and neonatal care period should reflect and respect the “wishes and values of the mother and her partner” (1, p. F233). However, parents’ preferences must

not conflict with the recommendations of healthcare professionals. Parental responsibility offers a wide margin of discretion that can be modified according to the circumstances that may arise; nevertheless, this discretion is not absolute (11, p. 156).

B. The role of ethics committees

Given the complexity of these decisions, and in cases where parental requests clash with medical judgment, ethics committees can serve as ethical mediators, helping families and medical teams to identify morally justifiable courses of action. Usually, these committees do not impose solutions but support conscience formation and relational responsibility. Around 26% of cases with ethical decisions in clinical practice in NICUs are presented to ethics committees (12, p. 985).

In this context, it is useful to involve the Ethics Committee for Clinical Practice of the healthcare facility, especially if family members request therapeutic measures that the medical team does not consider appropriate (13, p. 35) medico e teologo, sacerdote e professore di Bioetica presso la Pontificia Università della Santa Croce (Roma). The procedures for consulting the Ethics Committee may not meet the desired response times. Many ethical decisions are made urgently, and there is not enough time to follow the rules for convening a hospital committee. For this reason, it is possible to set up a 'task force' composed of three members of the Committee and two specialists recognized as having specific expertise in the area of intervention. This micro-group must produce an ethical opinion within 48 hours of the request. The intervention of a single bioethicist is considered inappropriate because it may not respect ethical pluralism, an essential element of bioethics (14).

C. The role of the mediator

In multicultural, religious belief or even immigration context, the contribution of mediators is particularly important.

Religious freedom is protected and valued in the constitutions of many nations, such as France and Italy. Conflicts due to religious beliefs may arise either from the physician's position (15) or from that of the child's family (16). However, and in any case, all therapeutic interventions must be proven effective, capable of preventing, treating, and improving serious illnesses with a view to preventing future harm to the child. This is why the mediator's role is to structure counseling that facilitates dialogue between healthcare professionals and parents in cases of conflict based on religious beliefs.

In addition, studies have shown that "language barriers play a critically important role for the development of immigrant children born" very preterm birth (17). This is because parents feel alone and lack understanding when it comes to their premature babies' healthcare needs. But also, the language barrier leads to a high risk of inadequate prenatal care among migrant women (18).

The existence of barriers that make relations between health services and immigrant patients difficult is undeniable and overcoming them requires not only figures such as mediators, but also adequate knowledge and awareness of the dynamics that govern the negotiation of meaning between healthcare personnel and foreign patients. In fact, it is noted that within the relationship between doctor and non-EU migrant patient, there is considerable difficulty in understanding. It is not only for linguistic or purely ethnological reasons, but also because of the expectations of migrants who experience an ambiguous situation of detachment from a past that is never definitively abandoned and a desire for integration into the new world that they are unable to achieve fully.

Among the risk factors for health, we should mention the slowness of integration processes, psychological distress, lack of work and income, poor housing conditions, lack of family support, different climates and eating habits, and discrimination in access to health services, often linked to bureaucratic and linguistic-cultural barriers. Finally, regarding the concept of healing, while in Western culture the doctor is central to the healing process, in many other cultures this role is taken by a traditional religious healer (19, p. 34).

3. Bioethical assessment in extreme prematurity

Evaluating the decision-making process depends on three main factors: the nature of the EPI's best interests [A], the risk assessment [B] and which bioethical model is adopted [C].

A. The EPI's best interests

EPI's best interest is the first ethical principle to consider. The *United Nations Convention on the Rights of the Child* (CRC) (20) insists on the best interests of the child in many articles (art.):

- Art. 3: best interests of the child in public or private social welfare institutions;
- Art. 9: a child must not be separated from his/her parents;
- Art. 18: role and responsibility of the parents;
- Art. 20: right to a family;
- Art. 21: adoption;
- Art. 37: no child shall be subjected to torture or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment;
- Art. 40: accused child and penal law.

The *European Convention on Human Rights* (ECHR) (21) is also relevant to understand what rights could be relevant with the best interests of the child:

- Art. 2: the right to life and the positive duty to protect it;
- Art. 3: the prohibition of inhuman and degrading treatment;
- Art. 5: the right to liberty and security of the person;
- Art. 8: the right to respect for private and family life;
- Art. 9: the right to freedom of thought, conscience and religion;
- Art. 14: the prohibition of discrimination in respect of enjoyment of the other rights.

However, despite these rights and duties, it is difficult to have a unique definition of EPI's best interests principle due to clinical evolution

and subjective evaluation (22). For some (23), the EPI's best interests is a sum of various interests, such as medical care (related to pain and suffering) and other potential interest (quality of life). For others, best interests are not only medical or clinical interests but also social, emotional, political, cultural, religious beliefs and moral (24, p. s11). Concretely, withdrawing (removal of a therapy that has been started), withholding (not to make further therapeutic interventions) or limiting treatment could be for the best interests of the EPI (24). In some cases, the EPI's best interest could be in conflict with parent's interest, as for example when parents ask for the baby not be resuscitated while their EPI is in good condition to survive (22). In addition, even if parents know their children better than others do (mood, traits, character, preferences, fear, etc.), it does not mean that they know what is best for those children. The reasons can be various: selfless motivation and subjective-emotional decision that creates a gap between the reality and the normative judgment, such as parent's hesitation or refusal to vaccinate their children, and fear of long-term side effects versus the expected benefits against disease (25). But also, but also there is the possibility of some unreasonable decision that may harm the child (obliging a child to follow a diet) (9).

The first step to determine the best interests of the EPI, is to proceed to risk assessment.

B. The risk assessment

For babies born before the 22nd week of gestation, it is usually advised to not attempt to resuscitate (1). Scientific evidence shows that the survival rate of newborns with a gestational age of less than 22 weeks is practically zero. Although this case could be defined as probabilistic futility, it is more likely that it reflects the physiological inability of immature lungs to perform their essential function, resulting in a case of physiological futility (11, p. 63). The development of a condition of physiological or probabilistic futility may be a solid justification for deciding to suspend or discontinue supportive

therapy. This decision is delegated to physicians and must be communicated with extreme sensitivity, given that parents are often unable to accept the inevitable death of a child (11, p. 64).

As for the babies born after 22nd week of gestation, risk assessment is divided into three groups (1,26): extremely high risk [a], high risk [b] and moderate risk [c].

a. *Extremely high risk*

For EPI at extremely high risk, palliative care would be the usual management. The ETHICUS study of C.L. Sprung *et al.* (27) ethical dilemmas are occurring because of forgoing life-sustaining therapies in intensive care and are dealt with in diverse ways between different countries and cultures. Objectives To determine the frequency and types of actual end-of-life practices in European intensive care units (ICUs considers four possibilities in critical conditions: a) continuing with full support, b) not undertaking any therapeutic procedures, c) discontinuing treatment, and finally, d) actively causing the patient's death.

In French, the expression “limitation et arrêt des traitements” (limitation and termination of treatments) is often used in the context of end-of-life cases, but is also applied in cases of extreme prematurity (28). It stems from the principle of refusing unreasonable obstinacy (formerly known as therapeutic obstinacy) as defined by the Leonetti Law (Art. L. 1110-5-1 of the French Public Health Code). It consists of not implementing or intensifying active treatments. In Italian, the expression “desistenza terapeutica” (29) has become established, first in intensive care and then in other areas of medicine. It refers to an approach to sick people at the end of their lives that consists of suspending or not activating therapies that are now considered ineffective or disproportionate and simultaneously activating more appropriate and meaningful forms of support. In Spanish, the term “limitación del esfuerzo terapéutico” has prevailed, which sometimes also includes the diagnostic part. In the

Anglo-Saxon world, generic terms such as “forgoing” or, more frequently, “withholding” and ‘withdrawing’ are used to indicate “not starting” and “stopping” treatment, respectively. This often leads to the more generic term “end-of-life decisions” which includes both therapeutic limitation and palliative measures, including those voluntarily aimed at hastening the patient’s death (13, pp. 38-39)

b. *High risk*

For EPI at high risk, it is recommended to provide active management (survival) or palliative care on the demand of the parents. The aim is to optimize the baby’s condition at birth. For these babies, with a >50% risk of death or of surviving with severe impairment despite treatment, parents should be counselled carefully and parental wishes should inform a joint decision to provide either active or palliative treatment (1).

c. *Moderate risk*

For fetuses/babies at moderate risk, active management should be planned. These babies have a <50% risk of death or of survival with severe impairment; active management would be in the best interests of the baby through evaluation and collaboration a senior neonatal clinician (1,26).

While risk assessment is the starting point to seek the EPI’s best interests, the situations are more complex because they raise various ethical questions, especially when it comes to the “gray zone”. It corresponds to the period between the 23rd and 27th week of gestation, depending on the policies of each country: in France it is between the 22rd and the 23rd week of gestation (30); in Italy, the limit is set at 22 weeks (31, p. 82); according to Dutch guidelines (32), it is between the 24th and the 26th. In such period of prognostic uncertainty, which management approach is in the EPI’s best interests? Is it to proceed with active management or palliative care? Hence, the importance

of accompanying this assessment with an ethical evaluation, which differs depending on the model adopted.

C. Bioethical models

Multiculturalism and pluralism of thought necessarily imply a variety of approaches to bioethics. We have chosen to discuss two main ones: Principlism bioethics [a], since it is the most widespread model and, Personalist bioethics [b], since it is the model we advocate.

a. Principlism bioethics

Principlism bioethics is an established approach founded by Tom L. Beauchamp and James F. Childress. In their book *Principles of Biomedical Ethics*, the authors advocate for four principles that have virtually become standard practice in healthcare sector around the world: autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice. To help realizing the EPI's best interests, applying these principles in the context of extreme prematurity leads to the following scenario.

First, since the baby does not possess any conscious faculties enabling him to have the capacity and maturity to make decisions, autonomy in extreme prematurity is mediated through surrogates (parents and professionals), as explained in section I.

Secondly, beneficence and non-maleficence compel clinicians to evaluate both probabilistic futility —when physiological immaturity makes survival virtually impossible— and proportionality, ensuring interventions offer true benefits, minimize suffering and avoiding potential harms (33). Beneficence, as an act of doing good, includes mercy, kindness, charity (34), and generosity (35) towards patients; but also, it implies protecting the patient especially when it comes to babies (36) and promoting his/her well-being (33). For its part, the principle of non-maleficence implies not causing harm. Although it seems complementary to the principle of beneficence, there are situations where the two principles are contradictory. Take the example

of a newborn who needs to be fed through a tube. While feeding is beneficial, inserting the tube causes harm. What is right and what is wrong in this case? It is also the same ethical case when it comes to withdrawing or withholding treatments, that may cause harm, even death. The question arises: is the process consistent with beneficence and non-maleficence? What is the EPI's best interests?

Thirdly, as for the principle of justice, art. 10 of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (37) stipulates: "The fundamental equality of all human beings in dignity and rights is to be respected so that they are treated justly and equitably" (37). According to this article and the articles of the CRC and the ECHR, the principle of justice operates on two levels. On the one hand, all children must be treated justly and equitably, with the same consideration regardless of their ethnicity or religion, but also regardless of their social situation. However, the reality shows some structural discrimination issues (38,39), a form of institutional discrimination, such as lower-quality-care (40,41) because of racial and ethnic disparities. On the other hand, the principle of justice is related to health equity regarding the costs of the healthcare. Indeed, estimations reveal that the neonatal intensive care has the highest expenditures than that for the babies born at 40 weeks or full-term babies (42–45), which raise the question of waste and constraints on resources. Thus, the ethical relevance of cost-effectiveness is crucial in the decision. For example, studies have shown that resuscitation of neonates is not cost-effective due to extremely high long-term costs (46,47). In addition, and at the same time, there is the question of cost-effectiveness and cost/quality-adjusted life-year (QALY). Thus, is it sufficient to save the newborn infant knowing that the adverse outcomes could make his life miserable (48) and generate greater costs (49)? Does this fall within the category of his best interests?

Although these principles establish ethical rules for crucial issues in extreme prematurity, it seems that they are insufficient to serve the best interests of the child for two main reasons. On the one hand, in the event of a contradiction between these principles, how

can the conflict be resolved? On the other hand, these principles have a utilitarian bias that may override the best interests of the child because it may be too expensive to treat her/him (50,51). This is why it is necessary to have a solid ethical foundation in order to avoid these two crucial issues.

b. *Personalist bioethics*

Among the numerous bioethical models, Personalist bioethics affirms that every human life has intrinsic value regardless of health condition or prognosis. Personalism places the human person at the core of ethical reflection, asserting that each individual possesses inalienable worth regardless of developmental stage or health status. Thus, dignity is not conferred by capacities but by the very fact of being a “human being”. This also applies to the unborn child who has already been conceived (52, pp. 60-63, 123-125, 461-470).

This contrasts with utilitarian or strictly consequentialist approaches, which may weigh the worth of life based primarily on projected quality of life. In a multicultural society, this principle serves as an anchor against cultural relativism, ensuring that human dignity is always the starting point of ethical deliberation.

An important ethical issue concerns the value of neonatal life and, consequently, the strength of the right of access to care for an extremely premature newborn. The subjective dimensions of quality of life can only be hypothetical due to the patient’s natural inability to formulate them. When clinical decisions are made, it is not possible to invoke the principle of autonomy. Those who must decide must refer to the principle of promoting life.

According to the personalist view, every newborn has the same dignity and the same right to care. This right does not mean the right of everyone to the same care. There is no obligation to intervene beyond the limits of reasonableness, which both parents and health-care personnel must necessarily bear in mind. The starting point is the fundamental right to existence and proportionate care. Intensive

care for newborns with a chance of survival and compassionate care for the most seriously ill with little chance of survival have the same meaning and dignity (53, pp. 123-124).

Intensive resuscitation with EPI can cause permanent damage and even death to the patient. In fact, the most common causes of death are severe respiratory illness, intraventricular hemorrhage, and sepsis (including necrotizing enterocolitis) (54). In such clinical situation, two personalist principles can shed light on the situation for ethically acceptable biomedical actions.

i. *The “double effect” principle*

In critical situations, good medical action, sometimes even necessary, has a predictable negative consequence. This is where principle of “double effect” must be applied (52, pp. 177-178). Where there are reasonable grounds for resuscitating a newborn baby through complex therapeutic intervention, for which there are no other remedies free from negative effects, it is permissible to perform—or omit—an action when the choice also involves a negative effect, provided that the following conditions are met:

- The act itself, regardless of the harm caused, is good or at least indifferent;
- The agent’s intention is inspired by a positive end;
- The good effect is not achieved through the bad effect;
- There is a proportionately serious reason for allowing the bad effect to occur.

ii. *The principle of totality and/or the therapeutic principle*

Secondly, it is especially in premature newborns where we can observe the “unitary whole” of human corporeality, which consists of distinct parts that are organically and hierarchically unified by a unique and personal existence. The little patient has no capacity to act and depends on the decisions of others, but by working to save

his life, his physical integrity must be protected. In the particular situation of extremely premature newborns, according to the totality's principle, we must necessarily add, in addition to subjective well-being, psychological and social well-being, observing the overall results that also involve the parents. An example could be the case of necrotizing enterocolitis (NEC) that is the most common gastrointestinal emergency in newborns (55). Necrotizing enterocolitis is a life-threatening disease predominantly affecting premature and very low birth weight infants resulting in inflammation and necrosis of the small bowel and colon and potentially leading to sepsis, peritonitis, perforation, and death; its etiology involves bacterial colonization, enteral formula feeding, and hypoxic-ischemic injury (56). Emergency bowel resection is currently practiced, but consequences of intestinal resection are very serious. The small intestine leading to short bowel syndrome (SBS) deprives an organism of many immunocompetent cells concentrated in gut-associated lymphoid tissue, the largest immune organ in humans (57), but the most serious outcome of the surgery is dependence on TPN (Total Parenteral Nutrition) for many years or for life (58), with a subsequent compromise in quality of life. However, the operation is necessary to save the newborn's life.

In order to be ethically acceptable, these interventions based on the therapeutic principle must meet the following conditions:

- That it involves surgery on the diseased part or the direct cause of the disease, in order to save the healthy organism;
- That there are no other ways or means to cure the disease;
- That there is a good and proportionate chance of success;
- That there is consent from the patient or the person with legal rights (in this case, the parents).

In summary, Personalist bioethics is characterized by a holistic approach based on the ontological dignity of every human being. Through the principles it proposes, it allows for the care of the whole individual (physical, mental, and spiritual) while ensuring their

well-being. Thus, this model respects the proportionality of care avoiding excessive medical treatment.

4. Advance Care Planning

An important principle in palliative care is to develop and adapt Advance Care Planning (ACP) [A] that recognizes the uncertainty of outcomes and are able to adapt flexibly to changing circumstances (59). The personalist protocol [B] may be the best suited to ensuring respect for the EPI's best interests.

A. Adaptation of Advance Care Planning

Advance Care Planning is a negotiated, documented roadmap co-authored by clinicians, parents, and, when appropriate, religious support, outlining goals, thresholds for intervention, and comfort measures. It aims to provide comfort-focused care at birth for an EPI and helps to make the best decision in some critical situations. It may be revised after birth because the infant's condition is significantly better than expected and/or because the parents change their minds (1). The first case may occur because of the natural variability of the infant's condition at birth or because there was an error in calculating the gestation. The second case may occur because of the parents' reaction to seeing their newborn or because the newborn's condition is different from what they expected. Even parents who have made a clear decision not to use life-prolonging treatments may experience doubts when the baby is born (7).

It is therefore essential to schedule periodic reviews of the care program using "dynamic planning" (60) adapted to this specific clinical context. The dynamic nature of planning must be consistent over time; it can be set on specific dates or according to clinical developments, recorded in the patient's medical file. It should help to

make logical sense, not grounded on emotional choices, but on Evidence-Based-Medicine (61,62).

In addition, it will be necessary to apply the principle of “therapeutic caution” while respecting the uniqueness of the patient (13, pp. 141-143)medico e teologo, sacerdote e professore di Bioetica presso la Pontificia Università della Santa Croce (Roma. For this principle, we can refer to Aristotle and his *phronesis* (63), often translated as practical wisdom or prudence, a practical intellectual virtue that guides human action toward good rather than evil. This is not abstract theoretical knowledge, but an ability to deliberate and make good choices in concrete situations, based on correct reasoning and detailed knowledge.

Hence, the following protocol of ACP could serve as a basis for reflection, enabling careful discernment for the EPI’s best interests. It recognizes changing prognoses and parental values, mandating periodic review before and after birth to respond prudently to clinical evolution and shifts in family wishes.

B. Towards a Personalist Advance Care Planning

Based on the above analysis, we propose [a] a Personalist Advance Care Planning Protocol for EPI (PACP-PEPI) based on two key innovations [b].

a. The Personalist Advance Care Planning Protocol for EPI (PACP-PEPI)

Our suggestion of PACP-PEPI is justified by the fact that it is well-founded on the principle of ontological dignity. Every human being, regardless of gestational age, health condition, or prognosis, possesses intrinsic dignity. It is the main reason why the society owes him full attention and care. Thus, to avoid both disproportionate therapeutic obstinacy and premature abandonment, the PACP-PEPI follows seven steps.

Step 1 – Early identification and multidisciplinary team activation

- When: Immediately upon diagnosis of high-risk severe prematurity (<27 weeks).
- Who: multidisciplinary care team that includes neonatologists, obstetricians, nurses, psychologists, chaplains (when requested), mediator (if needed for language or culture purposes, preferably educated/trained in bioethics, or ideally a bioethicist) and trained parents (64).
- Goal: Assemble a multidisciplinary care team to ensure that the EPI's dignity and the family's needs are addressed from the outset.

Personalist anchor: Recognition of the EPI as a subject of care, not an object of intervention.

Step 2 – Transparent prognostic communication

- When: Before birth (if possible) and immediately after delivery.
- Who: Lead physician with psychologist or counselor present, chaplains (when requested), and a mediator (if needed for language or culture purposes, preferably educated/trained in bioethics, or ideally a bioethicist)
- Goal: Provide parents with clear, compassionate, and honest information regarding prognosis, possible interventions, and likely outcomes (65).

Personalist anchor: Truth-telling (52, p. 150, 364) as a foundation of the EPI's best interests, as a form of respect for parental responsibility (52, p. 411) and the relational dignity of decision-making (52, p. 216).

Step 3 – Shared Relational Dialogue

- What: Structured family-team meetings (66) multidisciplinary family meetings (TMFM to discuss treatment options + mediator (if needed for language or culture purposes, preferably educated/trained in bioethics, or ideally a bioethicist)
- Process:
 - Parents express values, hopes, fears and expectations;
 - Clinicians provide clinical perspectives without imposing decisions;
 - Cultural or spiritual beliefs are acknowledged and respected.

Personalist anchor: Emphasis on communion/ communication since decisions are relational acts grounded in the dignity of both EPI and parents.

Step 4 – Personalist Advance Care Planning Document

- What: A written plan developed jointly by parents and the medical team after the first or the second family-team meeting.
- Content:
 - The EPI's medical condition and prognosis;
 - Agreed principles (life protection, proportionality, non-abandonment);
 - Specific decisions regarding resuscitation, intensive care, and thresholds for transitioning to palliative care;
 - Signature of parents, lead physician, and ethics committee (if involved).
- This document is not set in stone. Parents should have every right to modify it at any time.

Personalist anchor: Written commitment ensures fidelity to dignity and relational responsibility over time

Step 5 – Ethics Committee Consultation (If needed)

- When: In cases of disagreement, moral uncertainty, or culturally complex scenarios.

- Who: Ethics Committee with representation from medicine, nursing, ethics, law, pastoral/spiritual care and bioethicist (the latter can also play the role of mediator if needed for language or culture purposes)
- Goal: Offer ethical guidance and facilitate dialogue; not to impose binding decisions.

Personalist anchor: Support conscience formation, ensuring dignity remains central despite plural cultural perspectives.

Step 6 – Proportionality Assessment

- Criteria to evaluate interventions:
 - Is there reasonable hope of recovery or survival?
 - Therapeutic principle
 - Double effect principle: Burden to the EPI – Does the intervention impose disproportionate suffering with little benefit?
 - Alternatives: is palliative care more consistent with the EPI's dignity?

Personalist anchor: The principle of proportionality, avoiding both nihilism (denying treatment based on prognosis alone) and vitalism (insisting on aggressive treatment regardless of burdens).

Step 7 – Continuous Review and Flexibility

- When: According to clinical progression (e.g., stabilization, complications, or developmental changes).
- Who: Same multidisciplinary team with parental input.
- Goal: Adapt the plan to evolving realities without undermining the principle of dignity.

Personalist anchor: Ethical fidelity requires both consistency and openness to change as new information arises.

b. *Innovation Keys*

This PACP-PEPI has two innovative keys:

i. *The “Dignity Check”*

At each step, the team asks a central guiding question: **“Does this option affirm and protect the intrinsic dignity of the EPI as a person?”**

This operationalizes personalist ethics into a concrete evaluative tool for clinical decision-making.

ii. *Supportive Care for Parents and Health Staff*

At each step, a Supportive Care for Parents and Staff must be ensured to provide psychological, spiritual, and social support for families, but also to debrief the staff to prevent burnout for both parents (67,68) and health staff (69–71). The dignity of the infant radiates outward, demanding care for all relational actors involved in the decision-making process.

5. Conclusion

The PACP-PEPI transforms abstract ethical principles into actionable steps for neonatal intensive care. It offers a structured process—anchored in human dignity, relational dialogue, and proportionality—that can guide parents, physicians, and ethics committees in making ethically sustainable decisions. By adopting the personalist approach and embedding the “dignity check” into every stage, hospitals can ensure that the most vulnerable patients, severely preterm infants, receive care that respects their humanity and fosters solidarity. In addition, it is also possible to reduce, or even eliminate, the “moral distress” that afflicts healthcare personnel in their daily decisions

when caring for critical patients such as extremely premature newborns. This will increase the quality of care for newborns and the quality of work.

Like any model, the PACP-PEPI model is not a perfect one. Nevertheless, it could meet expectations, especially if it considers some implementation considerations:

- Training programs for physicians and nurses in personalist ethics and communication skills.
- Integration of PACP-PEPI into neonatal intensive care unit (NICU) policies.
- Research and data collection on outcomes (clinical, parental satisfaction, ethical coherence).

A field study is required to assess the effectiveness and value of this model.

References

1. Mactier H, Bates SE, Johnston T, Lee-Davey C, Marlow N, Mulley K. Perinatal management of extreme preterm birth before 27 weeks of gestation: a framework for practice. 2020 [cited 2025 Oct 1]; F232–9. Available from: <https://fn.bmj.com/content/105/3/232.long>
2. INSERM, Pierrat V, Zeitlin J, Gressens P. Prématurité - Des bébés qui arrivent trop tôt [Internet]. Inserm. 2023 [cited 2025 Oct 1]. Available from: <https://www.inserm.fr/dossier/prematurite/>
3. Fondazione Umberto Veronesi [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 1]. Come tutelare la salute dei neonati prematuri. Available from: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/neuroscienze/come-tutelare-la-salute-dei-neonati-prematuri>
4. Diguisto C, Goffinet F, Lorthe E, Kayem G, Roze JC, Boileau P. Providing active antenatal care depends on the place of birth for extremely preterm births: the EPIPAGE 2 cohort study. 2017 [cited 2025 Oct 1]; Available from: <https://fn.bmj.com/content/102/6/F476.long>
5. Jeon GW. Need for national guidance regarding proactive care of infants born at 22–23 weeks' gestation. Clin Exp Pediatr [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 1]; 68(1):53–61. Available from: <http://www.e-cep.org/journal/view.php?number=20125555755>
6. Bertaud S, Montgomery AM, Craig F. Paediatric palliative care in the NICU: A new era of integration. Semin Fetal Neonatal Med [Internet]. 2023 June 1 [cited 2025

- Oct 1]; 28(3):101436. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X23000124>
7. Wilkinson DJC, Bertaud S. End of life care in the setting of extreme prematurity – practical challenges and ethical controversies. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2023 Aug [cited 2024 Oct 12]; 28(4):None. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10914670/>
 8. Wilkinson D. Who should decide for critically ill neonates and how? In: *When Doctors and Parents Disagree* [Internet]. Sydney; 2016 [cited 2024 Oct 29]. (Wellcome). Available from: <http://library.oapen.org/handle/20.500.12657/28368>
 9. Archard D, Cave E, Brierley J. How should we decide how to treat the child: harm versus best interests in cases of disagreement. *Med Law Rev* [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 2]; 32(2):158–77. Available from: <https://academic.oup.com/med-law/article/32/2/158/7459319>
 10. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract* [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 2]; 30(1):17–28. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7923912/>
 11. Jonsen AR. *Ética clínica: aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Barcelona: Ariel; 2005.
 12. Guimarães H, Rocha G, Almeda F, Brites M, Van Goudoever JB, Iacoponi F. Ethics in neonatology: a look over Europe. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet* [Internet]. 2012 [cited 2025 Oct 2]; 25(7):984–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21740325/>
 13. Meana PR. *Dottore non faccia tutto il possibile! Prima edizione*. Roma: Società Editrice Universo (SEU); 2021.
 14. Furlan E. *Modelli di Bioetica e analisi etica: quali strumenti per il Nucleo Etico per la Pratica Clinica*. Corso di Formazione IRCBG_25091. Trieste; 2025 June.
 15. Kaempf JW, Kockler N, Tomlinson MW. Shared decision-making, value pluralism and the zone of parental discretion. *Acta Paediatr* [Internet]. 2018 [cited 2025 Oct 11]; 107(2):206–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.13971>
 16. Swan R. Faith-Based Medical Neglect: for Providers and Policymakers. *J Child Adolesc Trauma* [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 11]; 13(3):343–53. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7545013/>
 17. Jaekel J, Aubert AM, Jaekel N, Costa R, Johnson S, Zeitlin J. Associations of language barriers with very preterm children’s behavioural and socio-emotional problems across Europe. *Pediatr Res* [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 11]; 1–9. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41390-024-03623-4>
 18. Eslier M, Deneux-Tharoux C, Schmitz T, Luton D, Mandelbrot L, Estellat C. Association between language barrier and inadequate prenatal care utilization among migrant women in the PreCARE prospective cohort study. *Eur J Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 11]; 33(3):403–10. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10234658/>

19. La Barbera N. Il ruolo del mediatore linguistico-culturale nella sanità pubblica italiana [Internet]. [Roma]: Gregorio VII Higher School For Linguistic Mediators; 2023 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://gregoriosettimo.eu/media/foto-articoli/363/varie/tesi-nicole-la-barbera.pdf>
20. United Nations. Convention on the Rights of the Child [Internet]. 1989. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
21. Council of Europe's, European Court of Human Rights. European Convention on Human Rights [Internet]. 1950. Available from: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_ENG
22. Cavolo A, de Casterlé BD, Naulaers G, Gastmans C. Neonatologists' decision-making for resuscitation and non-resuscitation of extremely preterm infants: ethical principles, challenges, and strategies—a qualitative study. BMC Med Ethics [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 2]; 22. Available from: <https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-021-00702-7>
23. Hester DM. Interests and Neonates: There Is More to the Story than We Explicitly Acknowledge. Theor Med Bioeth [Internet]. 2007 [cited 2025 Oct 2]; 28(5):357–72. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11017-007-9048-7>
24. Larcher V, Craig F, Bhogal K, Wilkinson D, Brierley J. Health on behalf of the RC of P and C. Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice. Arch Dis Child [Internet]. 2015 [cited 2024 Oct 29]; 100(Suppl 2):s1–23. Available from: https://adc.bmj.com/content/100/Suppl_2/s1
25. Obohwe K, Jong FC de, Ling J. Parental childhood vaccine hesitancy and predicting uptake of vaccinations: a systematic review. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 27]; 23. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/parental-childhood-vaccine-hesitancy-and-predicting-uptake-of-vaccinations-a-systematic-review/4E3F16971840D64F3EF8F4DC6817F1D9>
26. Wood K, Stefano LMD, Mactier H, Bates SE, Wilkinson D. Individualised decision making: interpretation of risk for extremely preterm infants—a survey of UK neonatal professionals. 2022 [cited 2025 Oct 8]; Available from: <https://fn.bmj.com/content/107/3/281.long>
27. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units The Ethicus Study. JAMA [Internet]. 2003 [cited 2025 Oct 6]; 290(6):790–7. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/197049>
28. Jalvy-Delvaile S. Étude rétrospective descriptive des pratiques de limitation et arrêt des traitements chez les extrêmes prématurés au CHU de Bordeaux sur une période de sept ans [Internet] [Thèse de doctorat]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2018 [cited 2025 Nov 1]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02068321>

29. Furlan E. La desistenza terapeutica è giustificabile sul piano etico? *Ital J Med* [Internet]. 2017 [cited 2025 Oct 8]; 5(5):21–30. Available from: <https://www.research.unipd.it/handle/11577/3259010>
30. Moriette G, Rameix S, Azria E, Fournié A, Andrini P, Caeymaex L. Naissances très prématurées: dilemmes et propositions de prise en charge. Première partie : pronostic des naissances avant 28 semaines, identification d'une zone grise. *Arch Pédiatrie* [Internet]. 2010 [cited 2025 Oct 8]; 17(5):518–26. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X10000448>
31. Comitato Nazionale per la Bioetica. CNB. Il CNB sull'inizio vita: raccolta tematica 2000-2022 [Internet]. Roma: Presidenza del consiglio dei ministri; [cited 2025 Oct 20] Available from: <https://bioetica.governo.it/media/4885/il-cnb-sullinizio-vita-2000-2022.pdf>
32. Verweij EJ, De Proost L, Hogeveen M, Reiss IKM, Verhagen AAE, Geurtzen R. Dutch guidelines on care for extremely premature infants: Navigating between personalisation and standardization. *Semin Perinatol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 8]; 46(2):151532. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000521001464>
33. Mahabe F. Neonatal Ethics: Ethical Issues Affecting Newborn Infant Care. *Neonatal Pediatr Med* [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 6]; 9(7):1–2. Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/neonatal-ethics-ethical-issues-affecting-newborn-infant-care-2572-4983-1000326-125921.html>
34. Kinsinger FS. Beneficence and the professional's moral imperative. *J Chiropr Humanit* [Internet]. 2010 [cited 2025 Oct 6]; 16(1):44–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3342811/>
35. Enright WG, Miyamoto RT. Building a cathedral for your soul: Generosity as a virtue and a practice. *Otolaryngol Neck Surg* [Internet]. 2008 [cited 2025 Oct 6]; 138(5):552–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.otohns.2008.02.013>
36. Prentice TM, Gillam L, Davis PG, Janvier A. Whom are we seeking to protect? Extremely preterm babies and moral distress. *Semin Perinatol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 6]; 46(2):151549. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000521001634>
37. UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (2005) [Internet]. Available from: <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>
38. Karvonen KL, Anunwah E, Butcher BDC, Kwarteng L, Mathis-Perry T, McLemore MR. Structural Racism Operationalized via Adverse Social Events in a Single-Center Neonatal Intensive Care Unit. *J Pediatr* [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 1]; 260. Available from: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(23\)00347-5/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(23)00347-5/fulltext)
39. Fraiman YS, Barrero-Castillero A, Boss RD. The ethical imperative to pursue neonatal health equity and justice. *Semin Perinatol* [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 1]; 49(6):152096. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000525000734>

40. Sigurdson K, Profit J, Dhurjati R, Morton C, Scala M, Vernon L. Former NICU Families Describe Gaps in Family-Centered Care. *Qual Health Res* [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 1]; 30(12):1861–75. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8106872/>
41. Beck AF, Edwards EM, Horbar JD, Howell EA, McCormick MC, Pursley DM. The color of health: how racism, segregation, and inequality affect the health and well-being of preterm infants and their families. *Pediatr Res* [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 1]; 87(2):227–34. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6960093/>
42. Beam AL, Fried I, Palmer N, Agniel D, Brat G, Fox K. Estimates of healthcare spending for preterm and low-birthweight infants in a commercially insured population: 2008–2016. *J Perinatol* [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 2]; 40(7):1091–9. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41372-020-0635-z>
43. Hay S, Mowitz M, Dukhovny D, Viner C, Levin J, King B. Unbiasing costs? An appraisal of economic assessment alongside randomized trials in neonatology. *Semin Perinatol* [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 2]; 45(3):151391. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000521000045>
44. Kim SW, Andronis L, Seppänen AV, Aubert AM, Zeitlin J, Barros H. Economic costs at age five associated with very preterm birth: multinational European cohort study. *Pediatr Res* [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 2]; 92(3):700–11. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41390-021-01769-z>
45. Kovács G, Abonyi-Tóth Z, Fadgyas-Freyler P, Kaló Z. Incremental cost of premature birth – a public health care payer perspective from Hungary. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 2]; 23(1):686. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09697-w>
46. Ottaviano G, Rogers E, Little S, Cahill A, Partridge JC, Caughey A. 184: Resuscitation of neonates at twenty-three weeks gestational age: a cost-effectiveness analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 [cited 2025 Oct 2]; 201(6):S81. Available from: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)01311-8/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)01311-8/fulltext)
47. Partridge JC, Robertson KR, Rogers EE, Landman GO, Allen AJ, Caughey AB. Resuscitation of neonates at 23 weeks' gestational age: a cost-effectiveness analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2015 [cited 2025 Oct 2]; 28(2):121–30. Available from: <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.909803>
48. Helgesson G. It is not ethical to save an infant's life just because we can, without due regard to outcome. *Acta Paediatr* [Internet]. 2018 [cited 2025 Oct 2]; 107(2):194–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.13911>
49. Lantos JD. Ethics of care for the micropreemies. Just because we can, should we? *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 2]; 27(2):101343. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X22000221>
50. Flessas T, Jackson E. Too Expensive to Treat? Non-Treatment Decisions at the Margins of Viability. *Med Law Rev* [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 6]; 27(3):461–81. Available from: <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwy035>

51. Cheah IGS. Economic assessment of neonatal intensive care. *Transl Pediatr* [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 6]; 8(3):24656–24256. Available from: <https://tp.amegroups.org/article/view/27349>
52. Sgreccia E. *Manuale di Bioetica. Fondamenti ed etica biomedica*. Terza. Vol. I. Milano: Vita e Pensiero; 1999.
53. Di Pietro ML, Faggioni MP. *Bioetica e infanzia. Dalla teoria alla prassi*. Bologna: Edizioni Dehoniane Bologna (EDB); 2014.
54. Schindler T, Koller-Smith L, Lui K, Bajuk B, Bolisetty S, New South Wales and Australian Capital Territory Neonatal Intensive Care Units' Data Collection. Causes of death in very preterm infants cared for in neonatal intensive care units: a population-based retrospective cohort study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2017 [cited 2025 Oct 21]; 17(1):59. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0810-3>
55. Marsico AL, da Silva-Tomaeli SC, Marques PSB, Feres O, Lopes LS, Sbragia L. Hyperbaric oxygen therapy alleviates intestinal and brain damage in experimental necrotizing enterocolitis. *Med Gas Res* [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 26]; 15(4):471–7. Available from: https://journals.lww.com/mgar/fulltext/2025/12000/hyperbaric_oxygen_therapy_alleviates_intestinal.3.aspx
56. Roberts AG, Younge N, Greenberg RG. Neonatal Necrotizing Enterocolitis: An Update on Pathophysiology, Treatment, and Prevention. *Pediatr Drugs* [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 26]; 26(3):259–75. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40272-024-00626-w>
57. Sznurkowska K, Borkowska A, Zagierska A, Malanowska M, Zieliński M, Zagierski M. Does Massive Bowel Resection in Newborns Affect Further Immunity in Children? *Children* [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 26]; 11(1). Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/11/1/114>
58. Khan AA, Khan A, Khan MA, Kumar D, Naquvi KJ. Total parenteral nutrition: A boon to non-functional gastrointestinal patients. *Intell Pharm* [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 26]; 2(2):263–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949866X23000989>
59. Sidgwick P, Fraser J, Fortune PM, McCulloch R. Parallel planning and the paediatric critical care patient. 2019 [cited 2025 Oct 2]; Available from: <https://adc.bmj.com/content/104/10/994>
60. Elf M, Poutilova M, Öhrn K. A dynamic conceptual model of care planning. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2007 [cited 2025 Oct 11]; 21(4):530–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2007.00493.x>
61. Parikh NA, Arnold C, Langer J, Tyson JE. Evidence-Based Treatment Decisions for Extremely Preterm Newborns. *Pediatrics* [Internet]. 2010 [cited 2025 Oct 16]; 125(4):813–6. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3201804/>
62. Barrington KJ. The most immature infants: Is evidence-based practice possible? *Semin Perinatol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 16]; 46(1):151543. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000521001579>
63. Da Re A. La saggezza pratica (phronesis) di Aristotele e la prudenza di Kant. *Teologia* [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 16]; 45(1):22–54. Available from: <https://www.research.unipd.it/handle/11577/3402802>

64. Peta OA, Dinulescu A, Prejmereanu A, Petrescu OM, Pavelescu ML, Peta OA. Extreme Prematurity: A Case Report on the Importance of Multidisciplinary Consultations Before and After Maternity Ward Discharge. *Cureus* [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 16];16(12). Available from: <https://cureus.com/articles/326781-extreme-prematurity-a-case-report-on-the-importance-of-multidisciplinary-consultations-before-and-after-maternity-ward-discharge>
65. Carr JAJ, Bates S, Mactier H. Perinatal communication in extreme preterm birth: what can we learn from the British Association of Perinatal Medicine framework? *Paediatr Child Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 1]; 33(3):73–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751722222001901>
66. Sabnis A, Hagen E, Tarn DM, Zeltzer L. Increasing Timely Family Meetings in Neonatal Intensive Care: A Quality Improvement Project. *Hosp Pediatr* [Internet]. 2018 [cited 2025 Oct 16]; 8(11):679–85. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7104716/>
67. Hendy A, El-sayed S, Bakry S, Mohammed SM, Mohamed H, Abdelkawy A. The Stress Levels of Premature Infants' Parents and Related Factors in NICU. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 19]; 10:23779608241231172. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10880535/>
68. Sandnes R, Le Floch M, Riquin E, Nocus I, Müller JB, Bacro F. Parental stress and mental health outcomes following very preterm birth: A systematic review of recent findings. *J Affect Disord* [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 19]; 355:513–25. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724005780>
69. Caillaud I, Torchin H, Basset A, Mouillé M, Jarreau PH, Zana-Taïeb É. Vécu des soignants face à l'extrême prématurité. *Soins Psychiatr* [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 19]; 43(343):10–3. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/1569737/vecu-des-soignants-face-a-l-extreme-prematurite>
70. Ravaldi C, Mosconi L, Mannetti L, Checconi M, Bonaiuti R, Ricca V. Post-traumatic stress symptoms and burnout in healthcare professionals working in neonatal intensive care units: Results from the STRONG study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 19]; 14. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1050236/full>
71. Wudarczyk B, Krupa-Nurcek S, Czaplą M, Uchmanowicz I. Factors influencing burnout, stress levels, and coping strategies among nursing staff in intensive care units. *Front Public Health* [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 19]; 13. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpu-bh.2025.1530353/full>

Gaslighting médico y violencia epistémica: hacia una ética del reconocimiento en la práctica clínica contemporánea


Medical gaslighting and epistemic violence: towards an ethics of recognition in contemporary clinical practice

Fernando Antonio Ramos-Zaga*
Universidad César Vallejo, Perú

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.03>

Resumen

El *gaslighting* médico, entendido como una forma de manipulación institucional que desacredita la experiencia del paciente, representa una

* Universidad César Vallejo, Perú. Correo electrónico: fernandezaga@gmail.com
ORCID record: 

Recepción:	Envío a dictamen:	Aceptación:	Publicación:
25.11.2025	25.11.2025	09.12.2025	02.04.2026

CÓMO CITAR: Ramos-Zaga, F. A. (2026). Gaslighting médico y violencia epistémica: hacia una ética del reconocimiento en la práctica clínica contemporánea. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.03>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

manifestación estructural de violencia epistémica que deteriora la confianza clínica y transforma la atención sanitaria en un espacio de exclusión cognitiva. En ese sentido, el objetivo del presente artículo es analizar críticamente el *gaslighting* médico como forma de violencia epistémica y ontológica a partir del caso Kowalski, con el propósito de delinear criterios y mecanismos institucionales orientados a la transformación ética del vínculo clínico. El análisis revela tres dinámicas estructurales interrelacionadas: el descrédito testimonial, que invalida la voz del paciente; la patologización afectiva, que reinterpreta su sufrimiento como signo de irracionalidad; así como la reescritura institucional del dolor, que impone una versión oficial del padecimiento. Se concluye que la superación del *gaslighting* médico requiere reconfigurar la práctica sanitaria sobre los principios de justicia epistémica, reconocimiento intersubjetivo y humildad cognitiva, condición indispensable para restaurar la confianza y la legitimidad moral de la medicina contemporánea.

Palabras clave: *gaslighting* médico, violencia epistémica, bioética, injusticia testimonial, autonomía del paciente.

1. Introducción

La expansión del *gaslighting* médico dentro de la práctica clínica contemporánea revela una fractura profunda en el horizonte ético y epistémico de la medicina moderna. Más allá de los casos particulares, se trata de una manifestación estructural del modo en que el saber médico, bajo la promesa de objetividad, produce exclusión cognitiva y violencia interpretativa sobre los pacientes. La situación resulta paradigmática de una crisis del conocimiento experto, pues la autoridad profesional, que históricamente encarnó la racionalidad científica y la confianza social, se convierte en fuente de silenciamiento y desposesión identitaria. En la actualidad, la desconfianza hacia el testimonio del paciente se legitima mediante protocolos de verificación, discursos de neutralidad y sistemas de evidencia que, al subordinar la experiencia vivida a la medición técnica, generan daño

moral bajo apariencia de cuidado. En ese contexto, la tragedia del caso Kowalski condensa el problema de fondo: la imposibilidad de reconocer el sufrimiento cuando este no se ajusta a las categorías de inteligibilidad biomédica.

El marco teórico que permite comprender esta problemática hunde sus raíces en la genealogía foucaultiana del poder-saber, donde la medicina moderna se instituye como un dispositivo de vigilancia que transforma el cuerpo en objeto de lectura científica (1). La consolidación del modelo anatómico-clínico y su posterior ampliación en la biomedicina tecnocientífica generaron un régimen de verdad que privilegia la observación objetiva sobre la narración subjetiva del padecimiento. De ese modo, la medicalización moderna ha erosionado la dimensión hermenéutica de la práctica médica, sustituyendo la comprensión del sentido por la interpretación técnica de los síntomas (2). Los desarrollos contemporáneos de la teoría de la injusticia epistémica (3) y de la fenomenología de la enfermedad (4) retoman y amplían esa crítica, al mostrar que la exclusión del paciente como sujeto de conocimiento constituye una forma de violencia estructural que afecta su agencia moral y ontológica. Tales perspectivas confluyen en la idea de que el *gaslighting* médico no es un fenómeno accidental, sino el resultado lógico de un modelo de conocimiento que asocia autoridad con neutralidad y desacredita la subjetividad en nombre de la evidencia.

Sin embargo, pese al avance teórico en torno a la injusticia epistémica y la ética del reconocimiento (5,6), persiste una brecha de conocimiento respecto a cómo se manifiestan y reproducen institucionalmente las formas de *gaslighting* médico en la práctica contemporánea. La literatura bioética ha abordado con amplitud los dilemas del paternalismo y la autonomía (7,8), pero ha tendido a tratar el problema en términos normativos, sin considerar la dimensión ontológica y hermenéutica del daño epistémico. De igual modo, los estudios clínicos sobre comunicación médico-paciente suelen centrarse en variables conductuales o empáticas, omitiendo la estructura de poder y legitimidad que subyace al descrédito testimonial. Esta falta

de integración entre epistemología, fenomenología y bioética impide comprender la profundidad del fenómeno, que no se limita a la falta de empatía individual, sino que involucra una crisis de racionalidad en la práctica médica.

La investigación adquiere relevancia precisamente en esa zona de intersección teórica y práctica. Analizar críticamente el *gaslighting* médico permite visibilizar cómo los regímenes de saber médico configuran las condiciones de posibilidad del daño moral y de la desposesión ontológica del paciente. La justificación de este trabajo reside en la urgencia de repensar el vínculo clínico como espacio de co-producción epistémica, en el que el conocimiento técnico y la experiencia vivida dialoguen en igualdad de legitimidad. Frente a la tendencia tecnocrática que reduce el acto médico a gestión de datos y cumplimiento protocolario, resulta necesario recuperar la dimensión hermenéutica del cuidado, donde escuchar y creer al paciente no constituyen gestos de benevolencia, sino exigencias epistemológicas y éticas.

Las implicaciones prácticas de este análisis se proyectan sobre los niveles institucional, educativo y profesional. En el ámbito clínico, reconocer el *gaslighting* médico como fenómeno estructural demanda la incorporación del conocimiento experiencial en los procesos diagnósticos y terapéuticos, así como la creación de mecanismos de apelación que garanticen justicia epistémica (9).

En el terreno formativo, la educación médica debe integrar la fenomenología del sufrimiento y la ética del cuidado como componentes centrales de la competencia profesional, superando el reduccionismo técnico que privilegia la eficiencia sobre la comprensión. En el nivel institucional, urge revisar los sistemas de registro y evaluación que, al invisibilizar la voz del paciente, perpetúan el descrédito estructural de su testimonio. Tales transformaciones permitirían no solo reducir el daño, sino reorientar la práctica médica hacia una racionalidad deliberativa fundada en el respeto epistémico y en la reciprocidad moral.

La problemática del *gaslighting* médico conecta además con desafíos contemporáneos más amplios vinculados a la digitalización del

conocimiento y a la crisis de legitimidad de las profesiones biomédicas. El auge de la medicina algorítmica, la fragmentación del encuentro clínico y la presión de modelos de gestión orientados a resultados económicos han exacerbado la desconexión entre profesional y paciente (10). En este contexto, la figura del médico como garante de verdad se ve tensionada por nuevas formas de mediación tecnológica que, si bien prometen precisión diagnóstica, tienden a deshumanizar la experiencia del cuidado. Este escenario exige repensar la ética médica no solo como código normativo, sino como práctica reflexiva que reconozca la interdependencia y la vulnerabilidad compartida como ejes de la relación terapéutica (11,12).

En ese marco, el objetivo del presente artículo es analizar críticamente el *gaslighting* médico como manifestación de violencia epistémica y ontológica en la práctica clínica contemporánea mediante el caso Kowalski, con el fin de delinear criterios y mecanismos institucionales orientados a la transformación ética del vínculo clínico. La contribución del estudio radica en ofrecer una articulación teórica que combina la justicia epistémica, la fenomenología del sufrimiento y la bioética relacional, para proponer una reformulación de la práctica médica centrada en el reconocimiento intersubjetivo y en la reconstrucción de la confianza clínica. En última instancia, la investigación aspira a fortalecer las bases de una medicina más reflexiva y justa, capaz de reconciliar la racionalidad científica con la comprensión ética del sufrimiento humano y de restaurar el sentido moral de la cura como acto de encuentro, no de dominación.

2. *Gaslighting* médico: poder, saber y autoridad en la práctica clínica

La comprensión profunda del *gaslighting* médico exige situarlo en el entramado histórico de las relaciones entre poder y conocimiento que configuran la medicina moderna. En esa línea, el saber médico se consolidó en los siglos XVIII y XIX no solo como empresa de conocimiento, sino también como dispositivo de control social, al

medicalizar la existencia y transformar el cuerpo en objeto de observación técnica (1). Tal desplazamiento epistemológico, de una medicina centrada en la palabra del paciente hacia una centrada en la observación objetiva del cuerpo, instauró una jerarquía cognitiva donde la voz del médico adquirió supremacía sobre la experiencia vivida del enfermo. De esa asimetría derivan no solo prácticas diagnósticas y terapéuticas, sino también estructuras de autoridad que moldean lo que se considera verdadero o legítimo dentro del campo clínico.

Desde una perspectiva crítica, la teoría de la injusticia epistémica ofrece herramientas analíticas para comprender cómo esa jerarquía se traduce en exclusión sistemática del paciente como sujeto de conocimiento. Tal exclusión se manifiesta cuando su testimonio es devaluado por prejuicios identitarios o por carencia de recursos conceptuales que permitan expresar su experiencia (3). En la práctica clínica, esa dinámica se traduce en un patrón de descrédito testimonial donde la palabra del enfermo pierde peso frente al saber técnico, especialmente cuando la persona pertenece a grupos históricamente marginados o padece condiciones que desafían los marcos diagnósticos dominantes (13).

De manera complementaria, la fenomenología médica contemporánea amplía la comprensión del problema al considerar la enfermedad no como mera disfunción biológica, sino como transformación del ser-en-el-mundo del paciente (4). La experiencia de enfermar implica alteraciones en la corporalidad, la temporalidad y la intersubjetividad que solo pueden entenderse desde la primera persona. Negar esa perspectiva constituye no solo un error epistémico, sino una forma de violencia ontológica, ya que implica desconocer la realidad vivida del sujeto y despojarlo de su capacidad de conferir sentido al sufrimiento. La desautorización del relato del paciente interrumpe su proceso de reconstrucción narrativa, privándolo de una dimensión esencial de su identidad y autonomía.

En el plano empírico, la situación de Maya Kowalski permite observar con nitidez el funcionamiento de tales mecanismos. La paciente padecía síndrome de dolor regional complejo, una condición caracterizada por sufrimiento intenso y mecanismos fisiopatológicos

aún no plenamente esclarecidos (14). La ambigüedad epistémica propia del cuadro, al combinar manifestaciones objetivas limitadas con dolor subjetivo extremo, condujo a una reinterpretación médica que transformó su testimonio en sospecha. La decisión institucional de atribuir los síntomas a manipulación materna operó como doble injusticia epistémica, al descalificar simultáneamente la voz de la paciente y patologizar el apoyo familiar. Esa respuesta no se basó en nueva evidencia, sino en prejuicios profesionales sobre la confiabilidad de pacientes jóvenes o mujeres con expresividad emocional alta.

En un plano más estructural, la concentración de autoridad epistémica en la figura del médico se expresa en el control de la agenda comunicativa, la determinación unilateral de la relevancia de la información y la imposición de interpretaciones clínicas que se presentan como verdades objetivas (9). Aunque esa asimetría puede tener fundamento técnico, se convierte en instrumento de dominación cuando el profesional desestima sistemáticamente la experiencia del paciente. En paralelo, la institucionalización de protocolos y sistemas de registro centrados en lo medible refuerza la exclusión de lo subjetivo. En consecuencia, la medicina basada en evidencia, cuando se interpreta de manera reduccionista, puede devenir mecanismo de marginación epistémica que invalida saberes no traducibles en datos cuantificables (15).

A medida que la racionalidad tecnocientífica se impone como modelo de conocimiento, la medicina corre el riesgo de perder su dimensión hermenéutica, aquella que permite comprender al paciente como totalidad narrativa situada en un horizonte vital singular (2). La aplicación mecánica de algoritmos y guías clínicas tiende a eclipsar la interpretación de sentido, elemento indispensable para abordar casos que escapan a las categorías diagnósticas rígidas. En ese contexto, la práctica médica se deshumaniza al sustituir el encuentro con la persona por una lectura instrumental del cuerpo enfermo.

La desconfianza institucional hacia el testimonio del paciente se agudiza cuando los protocolos de protección, como los destinados a detectar abuso infantil o síndrome de Munchausen por poder, se

aplican con presunción de sospecha. En tales casos, el principio precautorio se convierte en dispositivo punitivo que invierte la carga de la prueba, obligando a las familias a demostrar su inocencia.

En el caso de Maya Kowalski, la separación forzosa de su madre respondió más a la disonancia entre dolor reportado y hallazgos clínicos que a evidencia verificable de abuso, lo que provocó un deterioro grave de su condición física y psicológica (14).

Por otro lado, la epistemología del testimonio subraya que el conocimiento ajeno constituye fuente legítima de verdad y que la racionalidad exige aceptar los relatos en ausencia de razones fundadas para dudar de ellos. Tal principio cobra especial relevancia en la relación clínica, donde el paciente posee acceso insustituible a su propia experiencia. Cuestionar sistemáticamente esa autoridad epistémica equivale a socavar las condiciones de posibilidad del conocimiento médico y del diagnóstico preciso (13). El paciente no es un simple emisor de síntomas, sino un colaborador en la construcción de saber clínico.

En consecuencia, la violencia epistémica que caracteriza el *gaslighting* médico se perpetúa bajo un discurso de objetividad y cuidado que legitima la exclusión del paciente en nombre de su protección. Bajo esa retórica, la institución médica ejerce un biopoder que define los límites entre lo normal y lo patológico, entre lo creíble y lo ilusorio, entre lo que merece atención y lo que se desestima como invención. Tal operación, amparada en la autoridad científica, no solo disciplina cuerpos, sino que moldea subjetividades al imponer una única versión legítima de la realidad (1).

El análisis de las dinámicas de poder y conocimiento que sostienen el *gaslighting* médico permite comprender que su impacto excede el plano epistemológico, penetrando el núcleo moral de la práctica clínica. De esa constatación se deriva la necesidad de examinar las implicaciones éticas concretas de tales asimetrías, particularmente en relación con los principios fundamentales de la bioética contemporánea, cuya vulneración revela el alcance del daño moral que la violencia epistémica produce dentro del vínculo terapéutico.

3. Transgresiones bioéticas: autonomía, beneficencia y justicia en crisis

La evaluación del *gaslighting* médico a la luz del principialismo bioético permite evidenciar transgresiones interdependientes de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, cuya violación revela la profundidad del daño ético que atraviesa la práctica clínica. No obstante, la comprensión de estas vulneraciones requiere superar la aplicación formal de los principios para examinar cómo se erosionan los fundamentos relacionales de la ética médica y se transforma el vínculo terapéutico en un espacio de subordinación estructural.

En relación con la autonomía, resulta evidente que el *gaslighting* médico la anula en su raíz al socavar la competencia epistémica del paciente, entendida como la capacidad de conocer su propia experiencia, elaborar juicios razonables sobre su condición y participar activamente en las decisiones que conciernen a su cuidado. Cuando la institución médica invalida esa capacidad y reduce la voz del paciente a un ruido emocional o a un síntoma interpretado desde fuera, el consentimiento informado se convierte en formalidad vacía, incapaz de garantizar deliberación genuina (9). La pérdida de autonomía no se limita a la esfera individual, pues afecta también al entorno familiar, donde el saber profano y el cuidado afectivo se deslegitiman frente a la autoridad técnica.

En la situación de Maya Kowalski, la anulación de la autonomía adoptó múltiples formas. La desconfianza hacia su testimonio sobre el dolor implicó negación de su capacidad cognitiva para describir su propio cuerpo y, simultáneamente, patologización de la figura materna, considerada emocionalmente inestable y manipuladora. La suspensión de la custodia médica, decidida sin consentimiento familiar y amparada en la presunción de irracionalidad, consolidó la sustitución del juicio parental por la imposición institucional (14). Tal proceder reactivó el paternalismo médico que la bioética contemporánea había intentado superar al afirmar que el bienestar del paciente

no puede definirse sin referencia a sus valores y preferencias (7). En consecuencia, la práctica médica dejó de orientarse por el respeto a la autodeterminación para reproducir una lógica tutelar que legitima la exclusión del paciente y su familia en nombre de la protección.

Por otro lado, el principio de beneficencia, concebido como el deber de promover el bienestar del enfermo, se ve distorsionado cuando el profesional impone su interpretación del bien sin considerar la experiencia del otro. La beneficencia genuina exige diálogo deliberativo que incorpore el conocimiento experiencial del paciente como fuente legítima de comprensión del sufrimiento. En ausencia de ese intercambio, el acto de cuidado se degrada en ejercicio autoritario que puede causar perjuicio bajo apariencia de protección. En la práctica, la suspensión del tratamiento analgésico que proporcionaba alivio a Maya se justificó con el argumento de prevenir riesgos farmacológicos, sin reconocer que el sufrimiento incontrolado representaba un daño mayor y que la medida contravenía su propio testimonio sobre la eficacia del tratamiento. El resultado fue un agravamiento clínico y emocional que transformó la supuesta beneficencia en una forma de maleficencia encubierta (14).

La violación del principio de no maleficencia adquiere aquí una gravedad singular, ya que el daño producido no se reduce a efectos secundarios o errores técnicos, sino que implica afectación moral, psicológica y ontológica. Ser tratado como simulador o delirante, ver negada la realidad del propio dolor y perder control sobre decisiones vitales genera desintegración identitaria y trauma moral.

La negación persistente de la experiencia subjetiva equivale a una forma de maltrato psicológico que destruye la confianza en la propia percepción y fragmenta la continuidad del yo (6). La tragedia familiar de los Kowalski, con el suicidio de la madre y el deterioro profundo de la salud física y mental de Maya, pone de manifiesto el potencial destructivo de esa violencia institucional cuando se ejerce con la legitimidad del saber experto.

A su vez, el principio de justicia revela la dimensión estructural del problema. El *gaslighting* médico no se distribuye aleatoriamente,

sino que recae con mayor frecuencia sobre mujeres, pacientes con enfermedades crónicas o mal comprendidas, minorías raciales y grupos socioeconómicos vulnerables. Esa asimetría evidencia la persistencia de sesgos institucionalizados que determinan qué testimonios se consideran creíbles y cuáles se descartan como irracionales o emocionales (6,16). La justicia procedimental también se ve comprometida, dado que las víctimas de descrédito epistémico suelen carecer de canales efectivos para apelar decisiones médicas o impugnar diagnósticos erróneos. En el caso Kowalski, la intersección de vulnerabilidad de género, edad y posición familiar amplificó la desprotección, consolidando un patrón de injusticia institucional que despojó a la paciente y a su madre de toda agencia dentro del proceso clínico.

Sin embargo, el análisis no puede agotarse en la identificación de infracciones a los principios, ya que el daño moral excede la dimensión normativa y afecta la esencia misma del encuentro clínico. La ética médica no se reduce a la aplicación de reglas abstractas, sino que implica una relación fiduciaria fundada en la confianza, la empatía y el reconocimiento del otro como fin en sí mismo (15). Cuando el profesional se arroga autoridad exclusiva sobre la verdad del cuerpo ajeno y desoye la voz de quien padece, la medicina deja de ser práctica moral para convertirse en tecnología de control. El *gaslighting* médico encarna, así, la degradación del cuidado en dominación, la sustitución del diálogo por imposición y la pérdida del sentido ético que debería sustentar toda intervención terapéutica.

La revisión de las transgresiones bioéticas asociadas al *gaslighting* médico evidencia que la violación de los principios de autonomía, beneficencia y justicia no solo genera daño moral, sino también una desintegración más profunda que afecta la constitución del sujeto. Comprender esa dimensión exige pasar del análisis normativo al ontológico, explorando cómo la negación institucional del testimonio del paciente destruye su identidad narrativa y fragmenta su experiencia de sí.

4. Desposesión identitaria y fragmentación del paciente

La profundidad del daño ocasionado por el *gaslighting* médico se manifiesta con particular intensidad en la disolución de la integridad ontológica y narrativa del paciente. La identidad personal no puede entenderse como una sustancia inmutable, sino como una construcción narrativa que se configura mediante la organización del pasado, el presente y las proyecciones de futuro en una trama coherente de sentido (17). Tal estructura narrativa resulta indispensable para sostener continuidad psíquica frente a la irrupción de la enfermedad, ya que el sufrimiento y la alteración corporal amenazan con fracturar la coherencia del yo. La posibilidad de narrar la experiencia de enfermedad y de obtener validación social de esa narrativa constituye, por tanto, un componente esencial del afrontamiento existencial, sin el cual el paciente queda suspendido en un vacío simbólico que dificulta la comprensión de su propia existencia.

En esa dirección, el *gaslighting* médico destruye la capacidad narrativa al negar sistemáticamente la validez de la experiencia del enfermo. Cuando el sistema médico desacredita el testimonio del paciente, se produce no solo una injusticia epistémica, sino también una violencia narrativa que priva al sujeto de la facultad de conferir sentido a su sufrimiento y de obtener reconocimiento de su experiencia. Tal negación adquiere un carácter devastador porque la narración de la enfermedad no representa un gesto accesorio, sino una necesidad ontológica ligada al mantenimiento de la agencia. Transformar el dolor en relato permite reconstituir la continuidad del yo y proyectar un horizonte de posibilidad más allá de la crisis, proceso que constituye condición básica de la resiliencia (18).

De acuerdo con esa lógica, cuando la institución médica rechaza la narrativa del paciente, calificándola de ilusoria o fraudulenta, lo obliga a habitar una posición existencialmente insostenible. La experiencia más inmediata y tangible de su vida, su propio dolor, se le devuelve como ficción o error de percepción. La tensión entre saber que se sufre y ser declarado impostor genera desposesión identitaria,

entendida como pérdida de la capacidad de sostener una narrativa coherente sobre sí mismo y sobre el significado de su experiencia (19). Esa fractura de la confianza epistémica en la propia percepción no solo compromete la relación con el sistema sanitario, sino que erosiona la autocomprensión y la agencia práctica en la vida cotidiana.

Desde la fenomenología médica, la enfermedad se concibe como una transformación radical del ser-en-el-mundo que reconfigura las dimensiones esenciales de la existencia: la corporalidad, que se vuelve objeto de atención constante; la temporalidad, que se reordena alrededor de tratamientos y síntomas; la espacialidad, que se restringe a contextos clínicos y domésticos; y la intersubjetividad, que se altera por el estigma y la dependencia (4). Tal transformación ontológica requiere reconocimiento por parte de los otros, especialmente de quienes detentan autoridad interpretativa sobre la experiencia médica. Cuando ese reconocimiento se niega, el paciente queda atrapado en una forma de alienación existencial donde su sufrimiento no encuentra testigo ni lenguaje compartido, lo que profundiza la sensación de aislamiento y desrealización.

El caso de Maya Kowalski ejemplifica con particular crudeza estas dinámicas. Su síndrome de dolor regional complejo alteró profundamente su relación con el cuerpo, limitó su autonomía funcional y transformó su horizonte vital. La interpretación institucional de sus síntomas como resultado de manipulación psicológica materna implicó negar la realidad de esa transformación, imponiendo un relato ajeno que deslegitimó su experiencia. Al declararse que su dolor era fabricado o inducido, se le negó la condición de sujeto epistémico y moral. La exigencia implícita de aceptar esa reinterpretación médica forzó a Maya a habitar una contradicción insoportable: reconocer su sufrimiento mientras las autoridades sanitarias lo desmentían públicamente (14).

Desde la teoría del reconocimiento, la identidad individual depende de la confirmación intersubjetiva de tres dimensiones: el reconocimiento afectivo que afirma el valor intrínseco del sujeto, el reconocimiento jurídico que confirma su estatus como portador de derechos y el reconocimiento social que valida sus capacidades y aportes (5).

El *gaslighting* médico viola simultáneamente las tres, pues implica rechazo emocional, negación de derechos y degradación cognitiva.

El paciente es reducido a objeto de sospecha, su testimonio se interpreta como delirio o manipulación, y su valor moral se cuestiona. Tal negación de reconocimiento produce daño moral porque destruye la confianza del sujeto en su propia legitimidad, generando sentimientos persistentes de vergüenza, impotencia y autodesprecio.

Los efectos psicológicos de esa negación se han documentado ampliamente en la literatura sobre *gaslighting* interpersonal, donde se describen síntomas de ansiedad, depresión, desorientación y disociación como respuestas típicas a la manipulación sostenida (20). En el contexto médico, esas secuelas se intensifican por la autoridad institucional que reviste la voz profesional, lo que dificulta al paciente sostener una interpretación alternativa de su realidad. La vulnerabilidad física y la dependencia asistencial agravan esa asimetría, transformando la relación terapéutica en una forma estructural de abuso legitimado.

En la experiencia de Maya Kowalski, la negación prolongada de su realidad culminó en una tragedia que desborda el ámbito clínico. La muerte de su madre, resultado del desgaste psíquico provocado por la estigmatización institucional, evidencia cómo el *gaslighting* médico puede desencadenar consecuencias letales cuando se ejerce sin contrapesos ni mecanismos de revisión. Paralelamente, la salud física y emocional de Maya se deterioró gravemente durante los meses de separación forzosa y suspensión terapéutica, lo que demuestra la interacción entre daño psicológico y agravamiento somático (14).

La temporalidad del trauma inducido por el *gaslighting* médico muestra que sus efectos se extienden más allá del episodio inicial. La pérdida de confianza en el propio juicio y en la buena fe del sistema sanitario genera una forma de iatrogenia moral que dificulta la búsqueda futura de atención. Los pacientes que han sufrido descrédito institucional tienden a desarrollar comportamientos de evitación, autocensura y desconfianza que comprometen su acceso a tratamientos oportunos (6). Tal erosión de la relación entre paciente y sistema constituye un daño social acumulativo, pues perpetúa desigualdades

en salud y debilita la legitimidad ética de la medicina como práctica orientada al cuidado.

El impacto no se limita al individuo, sino que alcanza su red relacional. En el caso de Maya, la patologización del vínculo materno destruyó la estructura afectiva que sostenía su proceso de afrontamiento. La desintegración familiar, mediada por intervención estatal, amplificó el sufrimiento e introdujo una dimensión colectiva del daño. La enfermedad dejó de ser experiencia compartida para convertirse en campo de conflicto institucional, lo que suprimió el apoyo emocional esencial para la recuperación.

La identidad narrativa, tal como se concibe en la filosofía hermenéutica, requiere una audiencia que escuche, crea y confirme el relato del sujeto (17). Cuando el entorno médico rehúsa desempeñar ese papel, priva al paciente de reconocimiento y lo abandona en su vulnerabilidad. Tal abandono constituye una falta moral grave, porque la esencia de la medicina radica precisamente en la presencia solidaria ante el sufrimiento. El compromiso fiduciario del cuidado demanda reconocer al otro como sujeto de experiencia y no como mero objeto de observación clínica (7). Negar ese reconocimiento equivale a renunciar al núcleo ético de la profesión y a traicionar su promesa más elemental: acompañar, escuchar y creer al paciente en su dolor.

El examen de la desposesión identitaria resultante del *gaslighting* médico pone de relieve que el daño no puede repararse únicamente mediante reconocimiento simbólico o empatía individual, sino que requiere transformaciones estructurales en los modos de conocer y cuidar. En consecuencia, se impone la necesidad de delinear un marco propositivo que articule justicia epistémica, reconocimiento intersubjetivo y ética del cuidado como fundamentos para reconfigurar la relación clínica en clave de equidad cognitiva y legitimidad moral.

5. Hacia una justicia epistémica y reconocimiento intersubjetivo en la práctica clínica

La identificación del *gaslighting* médico como forma de violencia epistémica y ontológica exige una respuesta que trascienda las interven-

ciones correctivas superficiales y se oriente hacia transformaciones estructurales de la epistemología médica y de los marcos institucionales que regulan la práctica sanitaria. La superación de esa forma de daño requiere modificar las bases mismas de la relación clínica, replanteando los supuestos de autoridad, racionalidad y conocimiento que han legitimado históricamente la exclusión del paciente como sujeto epistémico. El propósito no radica en ajustar protocolos de comunicación o mejorar actitudes individuales, sino en reconstruir las condiciones éticas y epistémicas del encuentro clínico sobre principios de justicia cognitiva, reconocimiento intersubjetivo y racionalidad dialógica.

Desde esa perspectiva, la noción de justicia epistémica ofrece un marco de partida indispensable, ya que permite comprender cómo la equidad en la producción y validación del conocimiento implica reconocer la autoridad testimonial del paciente como fuente legítima de verdad clínica (3). Alcanzar dicha justicia supone invertir las presunciones tradicionales de la medicina positivista que tiende a desconfiar de la subjetividad del enfermo. En lugar de exigir al paciente la demostración de la veracidad de su experiencia, corresponde al profesional justificar con razones sólidas cualquier duda frente a su testimonio. Esta reorientación implica adoptar una ética de la escucha activa donde el relato del paciente sea considerado componente constitutivo del conocimiento clínico y no un dato accesorio subordinado a la evidencia técnica.

Esa transformación epistémica debe materializarse en mecanismos institucionales verificables. Incorporar el conocimiento experiencial como evidencia clínica implica desarrollar metodologías que integren la perspectiva del paciente en las decisiones diagnósticas y terapéuticas, así como establecer instancias de revisión independientes que actúen en situaciones de conflicto interpretativo. La existencia de procedimientos de apelación transparentes y accesibles permitiría corregir los sesgos de autoridad que suelen excluir al paciente de los procesos deliberativos. Además, la documentación clínica debería registrar tanto los hallazgos objetivos como la narrativa del paciente,

garantizando que su voz permanezca visible en el expediente y pueda ser considerada en revisiones posteriores (9).

El paradigma de la ética del cuidado complementa esta reconstrucción al situar la relación clínica en el terreno de la interdependencia humana y la vulnerabilidad compartida. La enfermedad revela la fragilidad constitutiva de la existencia y obliga a reconocer que la atención sanitaria no es mera aplicación de conocimientos técnicos, sino práctica moral orientada por la responsabilidad y la empatía (11). Asumir esa perspectiva requiere desplazar el ideal del profesional autónomo hacia la figura de un sujeto relacional que reconoce su propia finitud y la necesidad de vínculo con el otro. Las virtudes asociadas a esta ética, como receptividad, responsabilidad, competencia relacional y flexibilidad contextual, redefinen el cuidado como actividad situada en un horizonte de reciprocidad moral más que de dominio experto. Ello demanda reformar la educación médica para integrar dimensiones reflexivas y relacionales junto al saber técnico, fomentando habilidades de escucha, sensibilidad ante la diferencia y conciencia crítica sobre los propios sesgos.

A su vez, el marco del reconocimiento intersubjetivo ofrece fundamentos normativos adicionales para repensar el vínculo terapéutico. El encuentro clínico debe estructurarse de modo que garantice reconocimiento afectivo, jurídico y social del paciente, condiciones indispensables para preservar su integridad identitaria (5). Reconocer afectivamente implica responder al sufrimiento con presencia genuina y no con simulación empática estandarizada. Reconocer jurídicamente exige respetar la autonomía informada y el derecho del paciente a participar en las decisiones que afectan su cuerpo y su vida. Reconocer socialmente implica valorar su saber experiencial y su capacidad para gestionar su propia enfermedad. Esa triple dimensión del reconocimiento disuelve la lógica paternalista y orienta la relación clínica hacia la deliberación compartida, en la que el profesional aporta conocimiento técnico mientras el paciente introduce su perspectiva de valor, su tolerancia al riesgo y sus prioridades vitales (6).

La racionalidad comunicativa aporta otro marco indispensable para comprender la dimensión discursiva de la justicia clínica. La comunicación orientada al entendimiento mutuo supone un intercambio libre de coerción donde los interlocutores puedan cuestionar las afirmaciones sin temor a sanción y donde el objetivo sea la comprensión, no el control (21). La práctica del *gaslighting* médico se ubica en el polo opuesto, pues sustituye la deliberación por la manipulación y la búsqueda de acuerdo por la imposición de interpretaciones. Restaurar una comunicación auténtica exige condiciones materiales y simbólicas que reduzcan asimetrías innecesarias, entre ellas, el uso de lenguaje accesible, tiempos adecuados para la deliberación y disposición del profesional a revisar sus juicios a la luz del relato del paciente. En ese proceso, la humildad epistémica se convierte en virtud central: reconocer los límites del conocimiento médico y aceptar la incertidumbre como rasgo estructural de la práctica clínica en lugar de esconderla bajo la autoridad profesional (12).

Desde una perspectiva situada en la tradición latinoamericana, la bioética de la liberación introduce una dimensión crítica que enfatiza la necesidad de desmontar las estructuras de poder que perpetúan la subordinación epistémica. Transformar la práctica médica requiere no solo ajustes individuales, sino redistribución institucional del poder de interpretación sobre el cuerpo enfermo (22). Ello implica adoptar una «opción preferencial» por los pacientes históricamente vulnerados por sesgos de género, raza, clase o estigma diagnóstico, implementando mecanismos de monitoreo que permitan detectar y corregir patrones de injusticia epistémica. La responsabilidad institucional debe extenderse más allá de la no discriminación formal hacia la creación de condiciones materiales que aseguren participación efectiva del paciente en el diseño de políticas y protocolos clínicos.

La transformación necesaria involucra también el ámbito formativo. La educación médica ha privilegiado tradicionalmente la competencia técnica en detrimento de la reflexión ética y del autoconocimiento epistémico. Revertir esa tendencia demanda integrar contenidos sobre justicia epistémica, deliberación moral y fenomenología del sufrimiento

en la enseñanza médica. Las experiencias pedagógicas deben propiciar el encuentro directo con narrativas de enfermedad y promover la autocrítica respecto a los sesgos implícitos que condicionan la percepción clínica (4). La investigación científica, por su parte, debe ampliar sus criterios de validez para incluir metodologías que valoren la experiencia vivida del paciente, evitando el reduccionismo que subordina el sufrimiento a la lógica de la rentabilidad o a la verificabilidad estrictamente biológica (16).

En paralelo, las políticas de salud deben abandonar el modelo productivista que premia la eficiencia sobre la escucha y sustituirlo por esquemas que incentiven la calidad relacional y el respeto epistémico. Evaluar la atención médica únicamente por volumen de casos o tiempos de consulta perpetúa la invisibilidad del paciente como sujeto moral. Incorporar indicadores cualitativos que reflejen si las personas se sintieron escuchadas y reconocidas constituye una estrategia indispensable para reorientar la cultura institucional hacia el cuidado genuino. Del mismo modo, la participación significativa de pacientes en órganos de decisión hospitalaria puede convertirse en contrapeso frente al monopolio técnico del poder clínico.

Ciertamente, una transformación de tal magnitud enfrentará resistencias arraigadas en tradiciones disciplinarias, intereses económicos y estructuras jerárquicas. Por ello, mientras se consolidan cambios estructurales, resulta urgente establecer salvaguardas inmediatas que protejan a quienes se hallan en situación de vulnerabilidad epistémica. Protocolos específicos de mediación clínica, formación obligatoria en prevención del *gaslighting* médico, y mecanismos de apelación con supervisión externa constituyen medidas mínimas para contener el daño. En situaciones especialmente sensibles, como los casos de intervención estatal sobre la custodia familiar, se requiere un estándar de evidencia más alto que impida decisiones irreversibles basadas en interpretaciones subjetivas o en prejuicios institucionalizados (14).

La erradicación del *gaslighting* médico, por tanto, no depende únicamente de buena voluntad individual, sino de una reconfiguración integral del ethos profesional, de la estructura institucional y de las

condiciones epistémicas de la medicina contemporánea. Solo una práctica fundada en justicia cognitiva, reconocimiento recíproco y comunicación ética podrá restaurar la confianza perdida entre quienes padecen y quienes cuidan, devolviendo a la medicina su sentido originario de acompañamiento moral ante la vulnerabilidad humana.

6. Conclusiones

El *gaslighting* médico constituye una forma compleja de violencia epistémica y ontológica, enraizada en las estructuras históricas de poder y conocimiento que definen la medicina moderna. La intervención teórica central radica en revelar cómo las dinámicas de autoridad institucional, el lenguaje técnico y la objetividad instrumental se entrelazan para silenciar la experiencia subjetiva del paciente, generando una forma de daño moral que trasciende lo clínico. De esa manera, la reflexión ética sobre la práctica médica debe desplazarse desde el cumplimiento formal de principios hacia el análisis de los regímenes de verdad que configuran la relación terapéutica. La medicina, cuando se desentiende del testimonio y del reconocimiento de la alteridad, corre el riesgo de convertirse en tecnología de disciplinamiento más que en práctica de cuidado.

Como aporte conceptual principal se plantea un marco analítico que combina justicia epistémica, ética del cuidado, teoría del reconocimiento y racionalidad comunicativa para proponer una reconfiguración de la relación clínica. Tal integración teórica permite comprender el *gaslighting* médico no como desviación individual, sino como síntoma de una racionalidad biomédica que privilegia la evidencia objetivable sobre la experiencia vivida. Al situar la enfermedad como fenómeno existencial y relacional, el análisis propone una ética médica que reconozca al paciente como agente epistémico, moral y narrativo. Ese giro epistémico implica reconocer que la verdad clínica se construye de manera intersubjetiva y que la escucha activa constituye una forma de conocimiento.

En el plano práctico, las implicaciones del estudio son amplias. La transformación institucional requiere introducir mecanismos que integren la perspectiva del paciente como fuente legítima de evidencia clínica y como participante activo en los procesos deliberativos. La incorporación de metodologías narrativas en los registros médicos, la creación de comités de revisión externa para casos de conflicto interpretativo y el fortalecimiento de la formación médica en habilidades relacionales representan pasos concretos hacia una medicina más justa. Además, las políticas sanitarias deben reorientar sus incentivos para valorar la calidad del encuentro clínico por encima de la eficiencia técnica. Reconocer la dimensión ética y comunicativa del cuidado supone redefinir los indicadores de éxito institucional y promover una cultura profesional fundada en la humildad epistémica y la responsabilidad compartida.

Las proyecciones para futuras líneas de investigación invitan a profundizar en el estudio comparativo de cómo diferentes contextos socioculturales configuran las formas específicas de *gaslighting* médico. Resulta pertinente explorar cómo variables como género, raza, clase y discapacidad influyen en la credibilidad testimonial dentro de la práctica clínica. Asimismo, se requieren estudios empíricos que evalúen la eficacia de intervenciones pedagógicas orientadas a la justicia epistémica y al reconocimiento del saber experiencial. De manera complementaria, el diálogo interdisciplinario entre filosofía, psicología clínica y ciencias sociales podría ofrecer modelos más amplios para comprender la relación entre sufrimiento, poder y conocimiento en la medicina contemporánea.

La superación del *gaslighting* médico demanda un cambio de paradigma en la comprensión misma de la medicina. Reconocer al paciente como sujeto de conocimiento y de experiencia no constituye un gesto de concesión, sino una exigencia ética y epistémica que devuelve a la práctica médica su dimensión humanizadora. Solo mediante una medicina que escuche, dialogue y acompañe será posible restablecer la confianza y reconfigurar el vínculo terapéutico como espacio de verdad compartida. La restauración del sentido moral de

la medicina no se logrará mediante reformas normativas aisladas, sino a través de una renovación cultural que conciba el cuidado como acto de justicia y el conocimiento como encuentro entre vulnerabilidades.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Se usó el modelo extenso de lenguaje GPT-5 de OpenAI, con el propósito de identificar y corregir errores gramaticales y de estilo. El comando aplicado fue: “revisa y corrige todos los errores gramaticales y de estilo”. Posteriormente, se realizó una revisión del texto resultante para asegurar que el texto obtenido conservara el tono, coherencia e intención del borrador original.

Referencias

1. Foucault M. The birth of the clinic: An archaeology of medical perception. London: Tavistock Publications; 1976.
2. Gadamer HG. The enigma of health: The art of healing in a scientific age. Stanford: Stanford University Press; 1993.
3. Fricker M. Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing. Oxford: Oxford University Press; 2007.
4. Carel H. Phenomenology of illness. Oxford: Oxford University Press; 2016.
5. Honneth A. The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts. Cambridge: MIT Press; 1995.
6. Luna F. Identifying and evaluating layers of vulnerability: A way forward. Dev World Bioeth. 2020; 20(2):86-95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>
7. Pellegrino ED. Moral choice, the good of the patient, and the patient's good. In: Moskop J, Kopelman L, editors. Ethics and critical care medicine. Dordrecht: Reidel; 1985.
8. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
9. Feldman S, Ammar W, Lo K, Trepman E, van Zuylén M, Etzioni O. Quantifying sex bias in clinical studies at scale with automated data extraction. JAMA Netw Open. 2022; 5(7):e2224565. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2737103>
10. Topol E. Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again. New York: Basic Books; 2019.
11. Tronto JC. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge; 1993.

12. Schramm FR. Bioética de proteção: Ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev Bioét.* 2018; 26(1):11-23. Disponible en: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/52
13. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis. *Med Health Care Philos.* 2014; 17(4):529-40. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-014-9560-2>
14. Simborg S. Medical child abuse, Munchausen syndrome by proxy, and pediatric condition falsification: A critical review of the literature. *Psychol Public Policy Law.* 2022; 28(3):362-79. <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0553-1>
15. Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics: A 30-year retrospective. *JAMA.* 1993; 269(9):1158-62. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500090094039>
16. Karkazis K, Jordan-Young R. *Testosterone: An unauthorized biography.* Cambridge: Harvard University Press; 2019.
17. Ricoeur P. *Oneself as another.* Chicago: University of Chicago Press; 1990.
18. Frank AW. *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics.* Chicago: University of Chicago Press; 1995.
19. Lindemann H. *Holding and letting go: The social practice of personal identities.* Oxford: Oxford University Press; 2014.
20. Sweet PL. The sociology of gaslighting. *Am Sociol Rev.* 2019; 84(5):851-75. Disponible en: <https://www.asanet.org/wp-content/uploads/attach/journals/oct19asr-feature.pdf>
21. Habermas J. *The theory of communicative action, Volume 1: Reason and the rationalization of society.* Boston: Beacon Press; 1984.
22. Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión.* Madrid: Trotta; 1998.

Medical gaslighting and epistemic violence: towards an ethics of recognition in contemporary clinical practice


Gaslighting médico y violencia epistémica: hacia una ética del reconocimiento en la práctica clínica contemporánea

Fernando Antonio Ramos-Zaga*
Universidad César Vallejo, Peru

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.03>

Abstract

Medical gaslighting, understood as a form of institutional manipulation that discredits the patient's experience, represents a structural manifestation of epistemic violence that undermines clinical trust and transforms

* Universidad César Vallejo, Peru, Peru. Email: fernandezaga@gmail.com ORCID record: 

Received:
11.25.2025

Sent for review:
11.25.2025

Accepted:
12.09.2025

Published:
04.02.2026

CÓMO CITAR: Ramos-Zaga, F. A. (2026). Medical gaslighting and epistemic violence: towards an ethics of recognition in contemporary clinical practice. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.03>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

healthcare into a space of cognitive exclusion. In this sense, the objective of this article is to critically analyze medical gaslighting as a form of epistemic and ontological violence based on the Kowalski case, with the aim of outlining institutional criteria and mechanisms aimed at the ethical transformation of clinical relationships. The analysis reveals three inter-related structural dynamics: testimonial discrediting, which invalidates the patient's voice; affective pathologization, which reinterprets their suffering as a sign of irrationality; and institutional rewriting of pain, which imposes an official version of the condition. It concludes that overcoming medical gaslighting requires reconfiguring healthcare practice based on the principles of epistemic justice, intersubjective recognition, and cognitive humility, which are essential conditions for restoring trust and the moral legitimacy of contemporary medicine.

Keywords: medical *gaslighting*, epistemic violence, bioethics, testimonial injustice, patient autonomy.

1. Introduction

The expansion of medical *gaslighting* within contemporary clinical practice reveals a deep fracture in the ethical and epistemic horizon of modern medicine. Beyond individual cases, it is a structural manifestation of the way in which medical knowledge, under the promise of objectivity, produces cognitive exclusion and interpretive violence against patients. The situation is paradigmatic because of a crisis of expert knowledge, as professional authority, which historically embodied scientific rationality and social trust, becomes a source of silencing and identity dispossession. Today, mistrust of patient testimony is legitimized through verification protocols, discourses of neutrality, and systems of evidence that, by subordinating lived experience to technical measurement, generate moral harm under the guise of care. In this context, the tragedy of the Kowalski case encapsulates the underlying problem: the impossibility of recognizing suffering when it does not fit into the categories of biomedical intelligibility.

The theoretical framework that allows us to understand this problem is rooted in Foucault's genealogy of power-knowledge, where modern medicine is instituted as a surveillance device that transforms the body into an object of scientific reading (1). The consolidation of the anatomico-clinical model and its subsequent expansion into techno-scientific biomedicine generated a regime of truth that privileges objective observation over the subjective narrative of suffering. In this way, modern medicalization has eroded the hermeneutic dimension of medical practice, replacing the understanding of meaning with the technical interpretation of symptoms (2). Contemporary developments in the theory of epistemic injustice (3) and the phenomenology of illness (4) take up and expand on this critique, showing that the exclusion of the patient as a subject of knowledge constitutes a form of structural violence that affects their moral and ontological agency. These perspectives converge on the idea that medical *gaslighting* is not an accidental phenomenon, but rather the logical result of a model of knowledge that associates authority with neutrality and discredits subjectivity in the name of evidence.

However, despite theoretical advances in epistemic injustice and the ethics of recognition (5,6), there remains a knowledge gap regarding how forms of medical *gaslighting* manifest and reproduce institutionally in contemporary practice. Bioethics literature has extensively addressed the dilemmas of paternalism and autonomy (7,8) but has tended to treat the problem in normative terms, without considering the ontological and hermeneutic dimension of epistemic harm. Similarly, clinical studies on physician-patient communication tend to focus on behavioral or empathic variables, omitting the structure of power and legitimacy that underlies testimonial discredit. This lack of integration between epistemology, phenomenology, and bioethics prevents us from understanding the depth of the phenomenon, which is not limited to a lack of individual empathy but involves a crisis of rationality in medical practice.

The research acquires relevance precisely in this area of theoretical and practical intersection. Critically analyzing medical gaslighting

allows us to see how medical knowledge regimes shape the conditions that make moral damage and ontological dispossession of the patient possible. The justification for this work lies in the urgent need to rethink clinical relationships as a space for epistemic co-production, in which technical knowledge and lived experience engage in dialogue on an equal footing. Faced with the technocratic tendency to reduce the medical act to data management and protocol compliance, it is necessary to recover the hermeneutic dimension of care, where listening to and believing the patient are not gestures of benevolence, but epistemological and ethical requirements.

The practical implications of this analysis are projected onto the institutional, educational, and professional levels. In the clinical setting, recognizing medical gaslighting as a structural phenomenon requires the incorporation of experiential knowledge into diagnostic and therapeutic processes, as well as the creation of appeal mechanisms that guarantee epistemic justice (9).

In the field of training, medical education must integrate the phenomenology of suffering and the ethics of care as central components of professional competence, overcoming the technical reductionism that privileges efficiency over understanding. At the institutional level, there is an urgent need to review registration and evaluation systems that, by rendering the patient's voice invisible, perpetuate the structural discrediting of their testimony. Such transformations would not only reduce harm but also reorient medical practice toward a deliberative rationality based on epistemic respect and moral reciprocity.

The problem of medical *gaslighting* is also linked to broader contemporary challenges related to the digitization of knowledge and the crisis of legitimacy in the biomedical professions. The rise of algorithmic medicine, the fragmentation of the clinical encounter, and the pressure of management models oriented toward economic results have exacerbated the disconnect between professionals and patients (10). In this context, the figure of the physician as the guarantor of truth is strained by new forms of technological mediation

that, while promising diagnostic accuracy, tend to dehumanize the experience of care. This scenario requires rethinking medical ethics not only as a normative code but as a reflective practice that recognizes interdependence and shared vulnerability as the cornerstones of the therapeutic relationship (11,12).

Within this framework, the objective of this article is to critically analyze medical *gaslighting* as a manifestation of epistemic and ontological violence in contemporary clinical practice through the Kowalski case, in order to outline criteria and institutional mechanisms aimed at the ethical transformation of the clinical relationship. The contribution of the study lies in offering a theoretical articulation that combines epistemic justice, the phenomenology of suffering, and relational bioethics to propose a reformulation of medical practice centered on intersubjective recognition and the reconstruction of clinical trust. Ultimately, the research aims to strengthen the foundations of a more reflective and just medicine, capable of reconciling scientific rationality with an ethical understanding of human suffering and restoring the moral sense of healing as an act of encounter, not domination.

2. Medical *gaslighting*: power, knowledge, and authority in clinical practice

A deep understanding of medical *gaslighting* requires placing it within the historical framework of the relationships between power and knowledge that shape modern medicine. Along these lines, medical knowledge became established in the 18th and 19th centuries not only as an enterprise of knowledge, but also as a device of social control, by medicalizing existence and transforming the body into an object of technical observation (1). This epistemological shift, from a medicine centered on the patient's word to one centered on the objective observation of the body, established a cognitive hierarchy in which the doctor's voice gained supremacy over the patient's lived

experience. This asymmetry gave rise not only to diagnostic and therapeutic practices, but also to structures of authority that shape what is considered true or legitimate within the clinical field.

From a critical perspective, the theory of epistemic injustice offers analytical tools for understanding how this hierarchy translates into the systematic exclusion of the patient as a subject of knowledge. Such exclusion manifests itself when the patient's testimony is devalued by identity-based prejudices or by a lack of conceptual resources to express their experience (3). In clinical practice, this dynamic translates into a pattern of testimonial discredit where the patient's word loses weight in the face of technical knowledge, especially when the person belongs to historically marginalized groups or suffers from conditions that challenge the dominant diagnostic framework (13).

Complementarily, contemporary medical phenomenology broadens the understanding of the problem by considering illness not as mere biological dysfunction, but as a transformation of the patient's being-in-the-world (4). The experience of illness involves alterations in corporeality, temporality, and intersubjectivity that can only be understood from the first person. Denying this perspective constitutes not only an epistemic error but also a form of ontological violence, as it implies disregarding the subject's lived reality and depriving them of their ability to make sense of their suffering. Discrediting the patient's account interrupts their process of narrative reconstruction, depriving them of an essential dimension of their identity and autonomy.

On an empirical level, Maya Kowalski's situation allows us to clearly observe how such mechanisms work. The patient suffered from complex regional pain syndrome, a condition characterized by intense suffering and pathophysiological mechanisms that are not yet fully understood (14). The epistemic ambiguity inherent in the condition, combining limited objective manifestations with extremely subjective pain, led to a medical reinterpretation that transformed her testimony into suspicion. The institutional decision to attribute the symptoms to maternal manipulation operated as a double epistemic

injustice, simultaneously disqualifying the patient's voice and pathologizing family support. This response was not based on new evidence, but on professional prejudices about the reliability of young patients or women with high emotional expressiveness.

On a more structural level, the concentration of epistemic authority in the figure of the physician is expressed in the control of the communicative agenda, the unilateral determination of the relevance of information, and the imposition of clinical interpretations that are presented as objective truths (9). Although this asymmetry may have a technical basis, it becomes an instrument of domination when the professional systematically disregards the patient's experience. At the same time, the institutionalization of protocols and recording systems focused on the measurable reinforces the exclusion of the subjective. Consequently, evidence-based medicine, when interpreted in a reductionist manner, can become a mechanism of epistemic marginalization that invalidates knowledge that cannot be translated into quantifiable data (15).

As techno-scientific rationality imposes itself as a model of knowledge, medicine runs the risk of losing its hermeneutic dimension, which allows us to understand the patient as a narrative whole situated in a unique life horizon (2). The mechanical application of algorithms and clinical guidelines tends to eclipse the interpretation of meaning, an indispensable element in addressing cases that escape rigid diagnostic categories. In this context, medical practice becomes dehumanized by replacing the encounter with the person with an instrumental reading of the sick body.

Institutional mistrust of patient testimony is exacerbated when protection protocols, such as those designed to detect child abuse or Munchausen syndrome by proxy, are applied with a presumption of suspicion. In such cases, the precautionary principle becomes a punitive device that reverses the burden of proof, forcing families to prove their innocence.

In the case of Maya Kowalski, the forced separation from her mother was more a response to the dissonance between reported pain and clinical findings than to verifiable evidence of abuse, which

led to a serious deterioration in her physical and psychological condition (14).

On the other hand, the epistemology of testimony emphasizes that the knowledge of others constitutes a legitimate source of truth and that rationality requires accepting accounts in the absence of well-founded reasons to doubt them. This principle is particularly relevant in the clinical relationship, where the patient has irreplaceable access to their own experience. Systematically questioning this epistemic authority is tantamount to undermining the conditions of possibility of medical knowledge and accurate diagnosis (13). The patient is not simply a transmitter of symptoms, but a collaborator in the construction of clinical knowledge.

Consequently, the epistemic violence that characterizes medical *gaslighting* is perpetuated under a discourse of objectivity and care that legitimizes the exclusion of the patient in the name of their protection. Under this rhetoric, the medical institution exercises a biopower that defines the boundaries between normal and pathological, between credible and illusory, between what deserves attention and what is dismissed as invention. Such an operation, protected by scientific authority, not only disciplines bodies but also shapes subjectivities by imposing a single legitimate version of reality (1).

An analysis of the dynamics of power and knowledge that underpin medical *gaslighting* reveals that its impact extends beyond the epistemological realm, penetrating the moral core of clinical practice. This observation leads to the need to examine the specific ethical implications of such asymmetries, particularly in relation to the fundamental principles of contemporary bioethics, whose violation reveals the extent of the moral damage that epistemic violence produces within the therapeutic relationship.

3. Bioethical transgressions: autonomy, beneficence, and justice in crisis

The evaluation of medical *gaslighting* in light of bioethical principlism reveals interdependent transgressions of the principles of autonomy,

beneficence, non-maleficence, and justice, whose violation reveals the depth of ethical damage that permeates clinical practice. However, understanding these violations requires going beyond the formal application of principles to examine how the relational foundations of medical ethics are eroded and the therapeutic relationship is transformed into a space of structural subordination.

In relation to autonomy, it is clear that medical *gaslighting* nullifies it at its root by undermining the patient's epistemic competence, understood as the ability to know their own experience, make reasonable judgments about their condition, and actively participate in decisions concerning their care. When the medical institution invalidates this capacity and reduces the patient's voice to emotional noise or a symptom interpreted from outside, informed consent becomes an empty formality, incapable of guaranteeing genuine deliberation (9). The loss of autonomy is not limited to the individual sphere, as it also affects the family environment, where lay knowledge and affective care are delegitimized in the face of technical authority.

In Maya Kowalski's situation, the nullification of autonomy took many forms. The distrust of her testimony about pain implied a denial of her cognitive ability to describe her own body and, simultaneously, a pathologization of the maternal figure, considered emotionally unstable and manipulative. The suspension of medical custody, decided without family consent and based on the presumption of irrationality, consolidated the replacement of parental judgment by institutional imposition (14). This approach reactivated the medical paternalism that contemporary bioethics had attempted to overcome by affirming that the patient's well-being cannot be defined without reference to their values and preferences (7). As a result, medical practice ceased to be guided by respect for self-determination and instead reproduced a tutelary logic that legitimizes the exclusion of the patient and their family in the name of protection.

On the other hand, the principle of beneficence, conceived as the duty to promote the well-being of the patient, is distorted when the professional imposes their interpretation of the good without

considering the experience of the other. Genuine beneficence requires deliberative dialogue that incorporates the patient's experiential knowledge as a legitimate source of understanding of suffering. In the absence of such exchange, the act of care is degraded into an authoritarian exercise that can cause harm under the guise of protection. In practice, the suspension of the analgesic treatment that provided relief to Maya was justified on the grounds of preventing pharmacological risks, without recognizing that uncontrolled suffering represented greater harm and that the measure contravened her own testimony about the effectiveness of the treatment. The result was clinical and emotional deterioration that transformed the supposed beneficence into a form of covert maleficence (14).

The violation of the principle of non-maleficence takes on a singular gravity here, since the harm caused is not limited to side effects or technical errors, but involves moral, psychological, and ontological damage. Being treated as a malingerer or delusional, having the reality of one's pain denied, and losing control over vital decisions lead to identity disintegration and moral trauma.

The persistent denial of subjective experience is equivalent to a form of psychological abuse that destroys confidence in one's own perception and fragments the continuity of the self (6). The Kowalski family tragedy, with the mother's suicide and the profound deterioration of Maya's physical and mental health, highlights the destructive potential of such institutional violence when exercised with the legitimacy of expert knowledge.

In turn, the principle of justice reveals the structural dimension of the problem. Medical *gaslighting* is not distributed randomly, but falls most frequently on women, patients with chronic or poorly understood illnesses, racial minorities, and vulnerable socioeconomic groups. This asymmetry highlights the persistence of institutionalized biases that determine which testimonies are considered credible and which are dismissed as irrational or emotional (6,16). Procedural justice is also compromised, as victims of epistemic discrediting often lack effective channels to appeal medical decisions or challenge

misdiagnoses. In the Kowalski case, the intersection of gender, age, and family position amplified vulnerability, consolidating a pattern of institutional injustice that stripped the patient and her mother of all agencies within the clinical process.

However, the analysis cannot be limited to identifying violations of principles, since moral damage exceeds the normative dimension and affects the very essence of the clinical encounter. Medical ethics is not limited to the application of abstract rules, but involves a fiduciary relationship based on trust, empathy, and recognition of the other as an end in itself (15). When the professional assumes exclusive authority over the truth of another's body and ignores the voice of the sufferer, medicine ceases to be a moral practice and becomes a technology of control. Medical *gaslighting* thus embodies the degradation of care into domination, the replacement of dialogue with imposition, and the loss of the ethical sense that should underpin all therapeutic intervention.

A review of the bioethical transgressions associated with medical *gaslighting* shows that the violation of the principles of autonomy, beneficence, and justice not only causes moral harm but also a deeper disintegration that affects the constitution of the subject. Understanding this dimension requires moving from normative to ontological analysis, exploring how the institutional denial of the patient's testimony destroys their narrative identity and fragments their experience of self.

4. Identity dispossession and fragmentation of the patient

The depth of the damage caused by medical *gaslighting* is particularly evident in the dissolution of the patient's ontological and narrative integrity. Personal identity cannot be understood as an immutable substance, but rather as a narrative construction that is configured through the organization of the past, present, and future projections

into a coherent web of meaning (17). Such a narrative structure is indispensable for sustaining psychic continuity in the face of the onset of illness, since suffering and bodily alteration threaten to fracture the coherence of the self. The possibility of narrating the experience of illness and obtaining social validation of that narrative is therefore an essential component of existential coping, without which the patient is suspended in a symbolic void that hinders the understanding of their own existence.

In this sense, medical *gaslighting* destroys narrative capacity by systematically denying the validity of the patient's experience. When the medical system discredits the patient's testimony, it produces not only epistemic injustice, but also narrative violence that deprives the subject of the ability to make sense of their suffering and obtain recognition of their experience. Such denial takes on a devastating character because the narration of illness is not an accessory gesture, but an ontological necessity linked to the maintenance of agency. Transforming pain into a narrative allows the continuity of the self to be reconstituted and a horizon of possibility to be projected beyond the crisis, a process that is a basic condition of resilience (18).

According to this logic, when the medical institution rejects the patient's narrative, labeling it illusory or fraudulent, it forces the patient to inhabit an existentially unsustainable position. The most immediate and tangible experience of their life, their own pain, is returned to them as fiction or misperception. The tension between knowing that one is suffering and being declared an impostor generates identity dispossession, understood as the loss of the ability to sustain a coherent narrative about oneself and the meaning of one's experience (19). This fracture of epistemic confidence in one's own perception not only compromises the relationship with the health-care system but also erodes self-understanding and practical agency in everyday life.

From the perspective of medical phenomenology, illness is conceived as a radical transformation of being-in-the-world that reconfigures the essential dimensions of existence: corporeality, which

becomes the object of constant attention; temporality, which is reorganized around treatments and symptoms; spatiality, which is restricted to clinical and domestic contexts; and intersubjectivity, which is altered by stigma and dependence (4). Such an ontological transformation requires recognition by others, especially those who hold interpretive authority over the medical experience. When that recognition is denied, the patient becomes trapped in a form of existential alienation where their suffering finds no witness or shared language, deepening their sense of isolation and derealization.

The case of Maya Kowalski exemplifies these dynamics with particular harshness. Her complex regional pain syndrome profoundly altered her relationship with her body, limited her functional autonomy, and transformed her life horizon. The institutional interpretation of her symptoms as the result of maternal psychological manipulation implied a denial of the reality of that transformation, imposing an external narrative that delegitimized her experience. By declaring that her pain was fabricated or induced, she was denied the status of an epistemic and moral subject. The implicit demand to accept this medical reinterpretation forced Maya to live with an unbearable contradiction: recognizing her suffering while health authorities publicly denied it (14).

According to recognition theory, individual identity depends on the intersubjective confirmation of three dimensions: affective recognition that affirms the intrinsic value of the subject, legal recognition that confirms their status as a rights holder, and social recognition that validates their abilities and contributions (5). Medical gaslighting simultaneously violates all three, as it involves emotional rejection, denial of rights, and cognitive degradation.

The patient is reduced to an object of suspicion, their testimony is interpreted as delusion or manipulation, and their moral value is questioned. Such denial of recognition causes moral harm because it destroys the subject's confidence in their own legitimacy, generating persistent feelings of shame, helplessness, and self-contempt.

The psychological effects of this denial have been widely documented in the literature on interpersonal *gaslighting*, which describes

symptoms of anxiety, depression, disorientation, and dissociation as typical responses to sustained manipulation (20). In the medical context, these consequences are intensified by the institutional authority that surrounds the professional voice, making it difficult for the patient to sustain an alternative interpretation of their reality. Physical vulnerability and dependence on care exacerbate this asymmetry, transforming the therapeutic relationship into a structural form of legitimized abuse.

In Maya Kowalski's experience, the prolonged denial of her reality culminated in a tragedy that goes beyond the clinical sphere. The death of her mother, the result of psychological distress caused by institutional stigmatization, shows how medical *gaslighting* can have lethal consequences when practiced without checks and balances or review mechanisms. At the same time, Maya's physical and emotional health deteriorated severely during the months of forced separation and therapeutic suspension, demonstrating the interaction between psychological damage and somatic aggravation (14).

The temporality of trauma induced by medical *gaslighting* shows that its effects extend beyond the initial episode. The loss of confidence in one's own judgment and in the good faith of the healthcare system generates a form of moral iatrogenesis that hinders the future search for care. Patients who have suffered institutional discredit tend to develop avoidance, self-censorship, and mistrust behaviors that compromise their access to timely treatment (6). Such erosion of the relationship between patient and system constitutes cumulative social harm, as it perpetuates health inequalities and undermines the ethical legitimacy of medicine as a care-oriented practice.

The impact is not limited to the individual but extends to their relational network. In Maya's case, the pathologization of the maternal bond destroyed the emotional structure that sustained her coping process. The disintegration of the family, mediated by state intervention, amplified the suffering and introduced a collective dimension to the damage. The illness ceased to be a shared experience and became a field of institutional conflict, which suppressed the emotional support essential for recovery.

Narrative identity, as conceived in hermeneutic philosophy, requires an audience that listens to, believes, and confirms the subject's story (17). When the medical environment refuses to play that role, it deprives the patient of recognition and abandons them in their vulnerability. Such abandonment constitutes a serious moral failing, because the essence of medicine lies precisely in the presence of solidarity in the face of suffering. The fiduciary commitment of care demands recognizing the other as a subject of experience and not as a mere object of clinical observation (7). To deny this recognition is to renounce the ethical core of the profession and betray its most basic promise: to accompany, listen to, and believe the patient in their pain.

The examination of the identity dispossession resulting from medical *gaslighting* highlights that the damage cannot be repaired solely through symbolic recognition or individual empathy but requires structural transformations in the ways of knowing and caring. Consequently, there is a need to outline a proactive framework that articulates epistemic justice, intersubjective recognition, and the ethics of care as the foundations for reconfiguring the clinical relationship in terms of cognitive equity and moral legitimacy.

5. Towards epistemic justice and intersubjective recognition in clinical practice

The identification of medical *gaslighting* as a form of epistemic and ontological violence requires a response that transcends superficial corrective interventions and is oriented towards structural transformations of medical epistemology and the institutional frameworks that regulate healthcare practice. Overcoming this form of harm requires modifying the very foundations of the clinical relationship, rethinking the assumptions of authority, rationality, and knowledge that have historically legitimized the exclusion of the patient as an epistemic subject. The aim is not to adjust communication protocols or improve individual attitudes, but to reconstruct the ethical and

epistemic conditions of the clinical encounter on the principles of cognitive justice, intersubjective recognition, and dialogical rationality.

From this perspective, the notion of epistemic justice offers an indispensable starting point, as it allows us to understand how equity in the production and validation of knowledge implies recognizing the testimonial authority of the patient as a legitimate source of clinical truth (3). Achieving such justice requires reversing the traditional assumptions of positivist medicine, which tends to distrust the subjectivity of the patient. Instead of requiring the patient to prove the veracity of their experience, it is up to the professional to justify any doubts about their testimony with solid reasons. This reorientation involves adopting an ethic of active listening, where the patient's account is considered a constituent component of clinical knowledge and not an accessory piece of information subordinate to technical evidence.

This epistemic transformation must be embodied in verifiable institutional mechanisms. Incorporating experiential knowledge as clinical evidence involves developing methodologies that integrate the patient's perspective into diagnostic and therapeutic decisions, as well as establishing independent review bodies to act in situations of interpretative conflict. The existence of transparent and accessible appeal procedures would make it possible to correct the biases of authority that often exclude patients from deliberative processes. In addition, clinical documentation should record both objective findings and the patient's narrative, ensuring that their voice remains visible in the record and can be considered in subsequent reviews (9).

The paradigm of the ethics of care complements this reconstruction by placing the clinical relationship in the realm of human interdependence and shared vulnerability. Illness reveals the constitutive fragility of existence and forces us to recognize that healthcare is not merely the application of technical knowledge, but a moral practice guided by responsibility and empathy (11). Assuming this perspective requires shifting the ideal of the autonomous professional toward the figure of a relational subject who recognizes his or

her own finitude and the need for connection with others. The virtues associated with this ethic, such as receptivity, responsibility, relational competence, and contextual flexibility, redefine care as an activity situated in a horizon of moral reciprocity rather than expert mastery. This requires reforming medical education to integrate reflective and relational dimensions alongside technical knowledge, fostering listening skills, sensitivity to difference, and critical awareness of one's own biases.

In turn, the framework of intersubjective recognition offers additional normative foundations for rethinking the therapeutic bond. The clinical encounter must be structured in such a way as to guarantee the patient's affective, legal, and social recognition, which are indispensable conditions for preserving their identity integrity (5). Affective recognition implies responding to suffering with genuine presence and not with standardized empathetic simulation. Legal recognition requires respect for informed autonomy and the patient's right to participate in decisions that affect their body and life. Social recognition involves valuing their experiential knowledge and their ability to manage their own illness. This triple dimension of recognition dissolves paternalistic logic and orients the clinical relationship toward shared deliberation, in which the professional contributes technical knowledge while the patient introduces their perspective of value, their tolerance for risk, and their life priorities (6).

Communicative rationality provides another indispensable framework for understanding the discursive dimension of clinical justice. Communication oriented towards mutual understanding involves an exchange free of coercion, where interlocutors can question statements without fear of sanction and where the goal is understanding, not control (21). The practice of medical gaslighting is at the opposite end of the spectrum, as it replaces deliberation with manipulation and the search for agreement with the imposition of interpretations. Restoring authentic communication requires material and symbolic conditions that reduce unnecessary asymmetries, including the use of accessible language, adequate time for deliberation, and the profes-

sional's willingness to review their judgments in light of the patient's account. In this process, epistemic humility becomes a central virtue: recognizing the limits of medical knowledge and accepting uncertainty as a structural feature of clinical practice rather than hiding it under professional authority (12).

From a perspective rooted in the Latin American tradition, liberation bioethics introduces a critical dimension that emphasizes the need to dismantle the power structures that perpetuate epistemic subordination. Transforming medical practice requires not only individual adjustments, but also institutional redistribution of the power of interpretation over the sick body (22). This implies adopting a "preferential option" for patients historically vulnerable to gender, race, class, or diagnostic stigma biases, implementing monitoring mechanisms to detect and correct patterns of epistemic injustice. Institutional responsibility must extend beyond formal non-discrimination to the creation of material conditions that ensure effective patient participation in the design of clinical policies and protocols.

The necessary transformation also involves the field of education. Medical education has traditionally prioritized technical competence at the expense of ethical reflection and epistemic self-knowledge. Reversing this trend requires integrating content on epistemic justice, moral deliberation, and the phenomenology of suffering into medical education. Teaching experiences should encourage direct encounters with narratives of illness and promote self-criticism regarding the implicit biases that condition clinical perception (4). Scientific research, for its part, must broaden its validity criteria to include methodologies that value the patient's lived experience, avoiding reductionism that subordinates suffering to the logic of profitability or strictly biological verifiability (16).

At the same time, health policies must abandon the productivist model that rewards efficiency over listening and replace it with schemes that encourage relational quality and epistemic respect. Evaluating medical care solely on the basis of case volume or consultation times perpetuates the invisibility of the patient as a moral subject. Incorporating qualitative indicators that reflect whether people felt

listened to and recognized is an indispensable strategy for reorienting institutional culture toward genuine care. Similarly, meaningful patient participation in hospital decision-making bodies can become a counterweight to the technical monopoly of clinical power.

Certainly, a transformation of this magnitude will face resistance rooted in disciplinary traditions, economic interests, and hierarchical structures. Therefore, while structural changes are being consolidated, it is urgent to establish immediate safeguards to protect those who are in a situation of epistemic vulnerability. Specific clinical mediation protocols, mandatory training in the prevention of medical *gaslighting*, and appeal mechanisms with external oversight are minimum measures to contain the damage. In particularly sensitive situations, such as cases of state intervention in family custody, a higher standard of evidence is required to prevent irreversible decisions based on subjective interpretations or institutionalized prejudices (14).

The eradication of medical *gaslighting*, therefore, does not depend solely on individual goodwill, but on a comprehensive reconfiguration of the professional ethos, institutional structure, and epistemic conditions of contemporary medicine. Only practice based on cognitive justice, mutual recognition, and ethical communication can restore the lost trust between those who suffer and those who care for them, returning medicine to its original meaning of moral accompaniment in the face of human vulnerability.

6. Conclusions

Medical *gaslighting* constitutes a complex form of epistemic and ontological violence, rooted in the historical structures of power and knowledge that define modern medicine. The central theoretical intervention lies in revealing how the dynamics of institutional authority, technical language, and instrumental objectivity intertwine to silence the patient's subjective experience, generating a form of moral harm that transcends the clinical. Thus, ethical reflection on medical practice must shift from formal compliance with principles

to an analysis of the regimes of truth that shape the therapeutic relationship. When medicine disregards testimony and the recognition of otherness, it runs the risk of becoming a technology of discipline rather than a practice of care.

As a main conceptual contribution, an analytical framework is proposed that combines epistemic justice, the ethics of care, recognition theory, and communicative rationality to propose a reconfiguration of the clinical relationship. Such theoretical integration allows us to understand medical *gaslighting* not as an individual deviation, but as a symptom of a biomedical rationality that privileges objectifiable evidence over lived experience. By situating illness as an existential and relational phenomenon, the analysis proposes a medical ethic that recognizes the patient as an epistemic, moral, and narrative agent. This epistemic shift implies recognizing that clinical truth is constructed intersubjectively and that active listening constitutes a form of knowledge.

On a practical level, the implications of the study are broad. Institutional transformation requires the introduction of mechanisms that integrate the patient's perspective as a legitimate source of clinical evidence and as an active participant in deliberative processes. The incorporation of narrative methodologies in medical records, the creation of external review committees for cases of interpretive conflict, and the strengthening of medical training in relational skills represent concrete steps toward a more just medicine. In addition, health policies must reorient their incentives to value the quality of the clinical encounter over technical efficiency. Recognizing the ethical and communicative dimension of care means redefining the indicators of institutional success and promoting a professional culture based on epistemic humility and shared responsibility.

Projections for future lines of research invite further comparative study of how different sociocultural contexts shape specific forms of medical *gaslighting*. It is pertinent to explore how variables such as gender, race, class, and disability influence testimonial credibility within clinical practice. Likewise, empirical studies are needed

to evaluate the effectiveness of pedagogical interventions aimed at epistemic justice and the recognition of experiential knowledge. Complementarily, interdisciplinary dialogue between philosophy, clinical psychology, and social sciences could offer broader models for understanding the relationship between suffering, power, and knowledge in contemporary medicine.

Overcoming medical *gaslighting* requires a paradigm shift in the very understanding of medicine. Recognizing the patient as a subject of knowledge and experience is not a gesture of concession, but an ethical and epistemic requirement that restores the humanizing dimension to medical practice. Only through medicine that listens, dialogues, and accompanies will it be possible to restore trust and reconfigure the therapeutic bond as a space of shared truth. The restoration of the moral meaning of medicine will not be achieved through isolated regulatory reforms, but through a cultural renewal that conceives of care as an act of justice and knowledge as an encounter between vulnerabilities.

Statement on the use of artificial intelligence

OpenAI's GPT-5 extensive language model was used to identify and correct grammatical and stylistic errors. The command applied was: "review and correct all grammatical and stylistic errors." Subsequently, the resulting text was reviewed to ensure that it retained the tone, consistency, and intent of the original draft.

References

1. Foucault M. *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. London: Tavistock Publications; 1976.
2. Gadamer HG. *The enigma of health: The art of healing in a scientific age*. Stanford: Stanford University Press; 1993.
3. Fricker M. *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
4. Carel H. *Phenomenology of illness*. Oxford: Oxford University Press; 2016.

5. Honneth A. *The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts*. Cambridge: MIT Press; 1995.
6. Luna F. Identifying and evaluating layers of vulnerability: A way forward. *Dev World Bioeth*. 2020; 20(2):86-95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>
7. Pellegrino ED. Moral choice, the good of the patient, and the patient's good. In: Moskop J, Kopelman L, editors. *Ethics and critical care medicine*. Dordrecht: Reidel; 1985.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
9. Feldman S, Ammar W, Lo K, Trepman E, van Zuylen M, Etzioni O. Quantifying sex bias in clinical studies at scale with automated data extraction. *JAMA Netw Open*. 2022; 5(7):e2224565. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2737103>
10. Topol E. *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. New York: Basic Books; 2019.
11. Tronto JC. *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge; 1993.
12. Schramm FR. Bioética de proteção: Ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev Bioét*. 2018; 26(1):11-23. Available at: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/52
13. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis. *Med Health Care Philos*. 2014; 17(4):529-40. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-014-9560-2>
14. Simborg S. Medical child abuse, Munchausen syndrome by proxy, and pediatric condition falsification: A critical review of the literature. *Psychol Public Policy Law*. 2022; 28(3):362-79. <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0553-1>
15. Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics: A 30-year retrospective. *JAMA*. 1993; 269(9):1158-62. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500090094039>
16. Karkazis K, Jordan-Young R. *Testosterone: An unauthorized biography*. Cambridge: Harvard University Press; 2019.
17. Ricoeur P. *Oneself as another*. Chicago: University of Chicago Press; 1990.
18. Frank AW. *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press; 1995.
19. Lindemann H. *Holding and letting go: The social practice of personal identities*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
20. Sweet PL. The sociology of gaslighting. *Am Sociol Rev*. 2019; 84(5):851-75. Available at: <https://www.asanet.org/wp-content/uploads/attach/journals/oct19asrfeature.pdf>
21. Habermas J. *The theory of communicative action, Volume 1: Reason and the rationalization of society*. Boston: Beacon Press; 1984.
22. Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta; 1998.

Deliberación amplia sobre el ensayo “Vocación y Ética”, de Gregorio Marañón

Broad discussion on the essay “Vocación y Ética” by Gregorio Marañón

Jennifer Hincapié Sánchez*

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México


Fernanda De Blas López**


Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México


Germán Fajardo Dolci***

Sanfer, Ciudad de México, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.04>

* Directora del Programa Universitario de Bioética de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México. Correo electrónico: jhincapie@unam.mx
ORCID record: 

** Jefa del Departamento de Gestión Académica del CIPPS de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México. Correo electrónico: qdblf20@gmail.com ORCID record: 

*** Director Médico Vinculación - Asuntos Regulatorios Mex. y Latam, Sanfer, Ciudad de México, México. Correo electrónico: german.fajardo@sanfer.com.mx ORCID record: 

Recepción:
04.09.2025

Envío a dictamen:
22.09.2025

Aceptación:
01.12.2025

Publicación:
02.04.2025

CÓMO CITAR: Hincapié Sánchez, J., De Blas López, F., Fajardo Dolci, G. (2026). Deliberación amplia sobre el ensayo “Vocación y Ética”, de Gregorio Marañón. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.04>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

Resumen

El presente artículo ofrece una deliberación amplia sobre el ensayo *Vocación y Ética* de Gregorio Marañón, en el que se examinan los fundamentos de la práctica médica desde la perspectiva de la vocación, la preparación profesional y la dimensión ética. Más que una interpretación sobre la vigencia de sus ideas, este trabajo busca resaltar la profundidad pedagógica con que Marañón aborda cuestiones como la eficacia, la aplicación del conocimiento, el deber y el compromiso social del médico. La reflexión subraya cómo la vocación trasciende la mera elección profesional, constituyéndose en una fuerza interior que guía la pasión, el servicio y la responsabilidad del médico hacia sus pacientes y la sociedad. Asimismo, se exploran las tensiones entre ciencia y humanismo, instrucción y experiencia, técnica y ética, mostrando la actualidad de las propuestas de Marañón para repensar la formación médica y la dignidad del ejercicio profesional.

Palabras clave: vocación médica, ética profesional, gregorio marañón, formación médica, humanismo médico.

1. Introducción

El médico, ensayista y humanista español Gregorio Marañón (1887-1960) ocupa un lugar fundamental en la historia del pensamiento médico del siglo XX. Su obra, que combina ciencia, ética y humanismo, ha contribuido a consolidar una concepción integral del ejercicio profesional basada en la vocación, la instrucción y el compromiso moral del médico con la sociedad. En su ensayo “Vocación y Ética”, recogido en el volumen *Vocación y Ética y otros ensayos* (Espasa Calpe, 1981), Marañón reflexiona sobre los fundamentos de la práctica médica y los peligros de su deshumanización ante el avance técnico y científico (1).

El presente artículo ofrece una deliberación amplia sobre las ideas expuestas por Marañón, con el propósito de poner de relieve su valor pedagógico y ético para la formación médica contemporánea.

Más que una mera exégesis histórica, este trabajo busca reactualizar su pensamiento a la luz de la bioética actual, reconociendo en él un precursor de lo que hoy se denomina ética de las virtudes o ética del cuidado del paciente. En este sentido, su planteamiento puede ponerse en diálogo con autores contemporáneos como Edmund D. Pellegrino, quien considera que la medicina es, antes que una técnica, una relación moral entre personas (2), y Diego Gracia, quien subraya la deliberación prudente como el eje de toda decisión médica (3).

A partir de las nociones de eficacia, vocación, deber, instrucción y ética, Marañón traza un itinerario de pensamiento que conserva plena vigencia. Estas categorías no sólo describen las cualidades que debe poseer el médico, sino que constituyen auténticos principios orientadores para repensar la relación entre ciencia, conciencia y humanidad en la práctica clínica. En tiempos en que la medicina enfrenta el riesgo de reducirse a procedimientos técnicos, su llamado a la vocación como fuerza interior y a la ética como forma de servicio adquiere una relevancia renovada para la reflexión bioética y la educación médica.

2. La eficacia y la aplicación en la práctica médica

En su ensayo, Marañón sitúa la eficacia como principio cardinal del ejercicio médico, entendida no sólo como la capacidad de producir resultados clínicos, sino como una disposición ética y racional del médico para aplicar su conocimiento con prudencia y discernimiento (4). La eficacia no depende, como señala el autor, de normas abstractas, sino del modo en que estas se aplican en situaciones concretas. Este énfasis en la aplicación vincula la ciencia médica con una dimensión hermenéutica y deliberativa, pues el médico debe interpretar cada caso con sensibilidad y juicio clínico, evitando los automatismos técnicos o normativos que despersonalizan la atención (5).

Conforme a lo anterior, el médico invita a ver que es en la “aplicación” de sus razones y recursos donde la eficacia florece y atesora

conocimiento; o, dicho de otra manera, frente a las calamidades son y deben ser sus aplicaciones tanto más eficaces, porque la situación contraria trae el descontento que da pábulo al celo y la desconfianza de quienes exponen al médico su condición malsana fundados en la esperanza de una curación eficaz. Marañón alude al “modo de aplicación” como el indicador del servicio y la eficacia del médico; veamos entonces lo que reporta ese término del fuero hermenéutico, que es la “aplicación”:

- Como primera medida, en lo aplicable se reconoce lo posible y lo que se debe tener en consideración, exigencia que deja por fuera tanto lo imposible como lo raro, dejando el campo llano a lo que se reconoce como acertado y seguro, y en el caso de la enfermedad y el dolor, lo que se identifica como definitivamente bueno y favorable. La casuística a la que se enfrenta el médico deja la clara lección de que no todo es aplicable en todos los casos, por lo que previa a la consideración de la aplicabilidad o no aplicabilidad de un remedio o un procedimiento, es necesaria la deliberación, al punto que se pueden presentar situaciones en las que aquello que había sido aplicable en casos similares, no lo es en otros.
- La segunda consideración de importancia en relación con la aplicación tiene que ver con la situación misma en la que se pondrá una cosa contra otra, de modo que el efecto de tal oposición surta los efectos deseados y no los adversos, que podrían agravar el estado de quien recibe la aplicación. El acierto que se deriva de esta puesta en escena en la que el médico es árbitro y, en muchos casos ejecutor, consolida la experiencia y el conocimiento necesarios para afianzarse en el oficio mismo de la medicina.
- En tercer lugar, el que se puede considerar como el sentido definitivo de la aplicación es: “poner en práctica” contemplando tanto el objeto en el que se emplea algo, como el objetivo trazado. Venida del médico, la aplicación no se reduce a las formulaciones que éste hace en las que especifica unos

medicamentos y unas dosis de los mismos, porque se contempla igualmente en ella la palabra que acompaña y la confianza que transmite. De esta manera la aplicación pasa a ser justa, cordial y segura.

La aplicación médica, en la lectura de Marañón, implica reconocer la singularidad del enfermo y ajustar la acción terapéutica al contexto y la persona. Esta perspectiva se relaciona con el concepto de prudencia clínica desarrollado por Diego Gracia, quien concibe la medicina como una práctica moral en la que el juicio prudente media entre la evidencia científica y la situación concreta (6). Así, la eficacia, lejos de ser un criterio exclusivamente técnico, se convierte en una forma de sabiduría práctica (*phronesis*) que exige equilibrio entre conocimiento, experiencia y humanidad.

Del mismo modo, autores como Edmund Pellegrino y David Thomasma han señalado que la verdadera eficacia médica se mide no sólo por la curación, sino por el bien integral del paciente, en tanto persona vulnerable que deposita su confianza en otro ser humano (7). Este planteamiento rescata el sentido relacional del acto médico, que Marañón anticipó al advertir que la aplicación del saber científico sólo adquiere legitimidad cuando se ejerce con espíritu de servicio y conciencia moral.

De este modo, el pensamiento de Marañón anticipa la necesidad de una medicina deliberativa y humanista que equilibre ciencia y compasión, eficacia y ética, aplicación técnica y prudencia moral. En el contexto actual de la medicina basada en evidencia, su reflexión recuerda que la eficacia verdadera nace de la integración entre el conocimiento científico y la comprensión del sufrimiento humano.

3. Vocación

Para Gregorio Marañón, la vocación es el fundamento espiritual y moral del ejercicio médico. No se trata de una simple inclinación

profesional, sino de una fuerza interior que orienta la vida del médico hacia el servicio y la compasión (8). Afirma el autor que la vocación es “la voz interior que nos llama hacia el ejercicio de una determinada actividad”, una voz que confiere sentido y dignidad a la práctica médica. De esta manera, la vocación trasciende el ámbito de la elección racional: no se elige ser médico por conveniencia o prestigio, sino porque algo más profundo impulsa a responder a la llamada del sufrimiento humano (9).

Marañón distingue la vocación de la mera elección profesional. Mientras esta última puede ser tentativa o condicionada por circunstancias externas, la vocación es una convicción que se forja en la experiencia, madurando en el contacto con el dolor, la enfermedad y la esperanza del otro (10). La verdadera vocación, escribe “tiene las características del amor: exclusividad en el objeto amado y desinterés absoluto en servirlo”. En esa entrega desinteresada se revela el auténtico sentido de la profesión médica.

En palabras del propio autor, esta distinción se aclara al reconocer que la vocación no surge de manera automática, como razón y verdad de la elección, es la convicción que toma forma a medida que la experiencia personal del obrar en el interín de una profesión se afianza en el Ser y la persona, para el caso expuesto por Marañón, el Ser y la persona del médico. Marañón agrega: “una pasión que tiene las características del amor, a saber: la exclusividad en el objeto amado y el desinterés absoluto en servirlo” (11).

A medida que la formación va dejando en el médico las trazas de su obrar, la ejecución misma de ese obrar se explicita en los términos de una “pasión”, que no se reduce a la mera calificación de ese obrar como intenso y vertiginoso. A cambio de ello, la “pasión” refleja un sentimiento derivado de una inclinación que mueve el ánimo, al punto que sin pasión hay negligencia en el obrar, que se deja leer como mecánico, sin brillo ni expresión.

Esta noción encuentra eco en la ética médica contemporánea. Edmund D. Pellegrino sostiene que la medicina es, ante todo, un encuentro moral entre dos vulnerabilidades: la del enfermo, que sufre y confía, y la del médico, que se compromete moralmente a ayudar

(12). De modo semejante, Eric Cassell recuerda que el fin de la medicina no es únicamente curar, sino aliviar el sufrimiento y acompañar al paciente en su experiencia de fragilidad (13). Ambos autores coinciden con Marañón en que el médico no puede reducir su tarea a la aplicación de técnicas: debe asumir su trabajo como un acto de cuidado y responsabilidad moral.

En este sentido, la vocación médica se revela como una disposición ética que orienta el saber científico hacia el bien del otro. La vocación y la ética, en Marañón, son inseparables: la primera da origen a la segunda. La ausencia de vocación, afirma, conduce al “falseamiento del médico”, al profesional que sustituye el servicio por la vanidad o la rutina mecánica (14). De ahí que la vocación no sea sólo un atributo personal, sino un principio formativo y social que sostiene la confianza de la comunidad en la medicina.

Para Diego Gracia, esta vocación puede entenderse como la fuente de la prudencia moral, virtud que impulsa al médico a deliberar, a escuchar y a actuar con justicia y compasión (15). La vocación, en suma, no es un don romántico, sino un compromiso racional y afectivo con la vida humana, que se reafirma cada día en la práctica clínica.

4. Deber e instrucción

Después de reflexionar sobre la vocación, Gregorio Marañón aborda la noción de deber como complemento necesario de aquella. Si la vocación es la voz interior que llama, el deber es la respuesta consciente que compromete al médico con su propio ser y con los otros (16). En palabras del autor, el deber no puede entenderse como un imperativo impuesto desde fuera, sino como una invención moral, es decir, una interiorización del compromiso que el médico asume libremente al reconocerse servidor de la vida (17).

El deber, en este sentido, no se reduce al cumplimiento de normas o protocolos. Marañón lo concibe como una forma de autonomía ética, en la que el médico “se crea sus propias obligaciones” y las

realiza “con amor”, trascendiendo la obediencia formal (18). Se trata de un deber que no nace de la coacción, sino de la convicción, y que, por tanto, se eleva a la categoría de virtud. Desde esta perspectiva, la moral profesional del médico no puede separarse de su vocación interior: ambas son manifestaciones de una misma fuerza espiritual que orienta el obrar hacia el bien.

La reflexión de Marañón se acerca, de modo sorprendente, a las concepciones filosóficas de la ética de las virtudes. Edmund Pellegrino sostuvo que el médico virtuoso no actúa por deber externo, sino porque su carácter se ha formado en la búsqueda constante del bien del paciente (19). El deber, en este marco, no es una obligación abstracta, sino el resultado de una identidad moral consolidada por la práctica y la reflexión. Del mismo modo, Diego Gracia ha señalado que la deliberación moral exige reconocer la responsabilidad del médico como agente autónomo que asume sus actos con prudencia y compromiso social (20).

Marañón introduce entonces la noción de instrucción como el segundo pilar de la preparación del médico, junto a la vocación. La instrucción, dice, no se limita a la acumulación de conocimientos técnicos, sino que constituye un proceso de formación integral en el que se educa tanto la inteligencia como la sensibilidad moral (21). Instruir es preparar, prevenir, disponer los medios que permitirán al médico responder con sabiduría ante la complejidad de la vida y el sufrimiento humano.

En este punto, el propio Marañón recurre a una observación etimológica de la palabra “preparación” sienta claridad sobre lo expuesto: del latín *preparāre*, que significa “prevenir”, aparejar o disponer con atención. Suena evidente la alusión a la “antelación”, pero el énfasis que agrega la idea de “prevenir” es fundamental. En tal sentido, la preparación del médico “previene” múltiples complicaciones que podrían presentarse en su ejercicio, y sólo será la manifestación de su instrucción y sensibilidad, su inteligencia y vocación las que harán ostentación de cuanto concierne a su preparación.

Preparar es, sin más, educar y formar en un oficio que reclamará en cada quien cumplir a cabalidad. Sin la educación correspondiente

se desvaloriza el Ser y el hacer del médico como hombre o mujer de ciencia y como humanista, es decir, como quien identifica su papel social sustentado en la preparación que ha recibido.

Desde un punto de vista filosófico, la instrucción aparece como el puente entre el saber científico y la virtud práctica. Así como Aristóteles concebía la *phronesis* como la sabiduría que une conocimiento y acción justa (22), Marañón reconoce que la auténtica preparación médica no puede prescindir de la reflexión moral. La técnica sin ética se vuelve peligrosa; la ética sin conocimiento, impotente.

En la confluencia de ambas se gesta la dignidad del oficio médico, que encuentra en la instrucción el cauce para expresar la vocación y en el deber la guía para ejercitarla con justicia y humanidad.

En suma, la triada marañoniana (vocación, deber e instrucción) ofrece una antropología moral de la medicina: el médico como ser racional y ético que, instruido en la ciencia y movido por la vocación, responde a su deber de cuidar al otro. Esa respuesta, que nace de la libertad y la responsabilidad, es el núcleo de la ética profesional y la esencia del humanismo médico.

5. Ética

Para Gregorio Marañón, la ética constituye el punto culminante de la reflexión sobre la práctica médica. Después de examinar la eficacia, la vocación y el deber, el autor dirige su atención a la dimensión moral del acto médico, que define como un ejercicio de dignidad, prudencia y humanidad (23). Su afirmación de que “los médicos tenemos, para curar, un arma fija, que es la ciencia, pero actuamos sobre el hombre dolorido por vía invisible e imponderable de la sugestión” no es un elogio del poder psicológico del médico, sino una advertencia sobre la responsabilidad moral que entraña toda relación de cuidado (24).

En esta observación, Marañón anticipa lo que la bioética contemporánea ha llamado el carácter relacional del acto médico: la conciencia de que la atención al enfermo implica una comunicación

ética donde confluyen confianza, vulnerabilidad y reciprocidad (25). La “sugestión” a la que alude el autor puede entenderse como la influencia moral y emocional que el médico ejerce, y que debe administrarse con respeto y mesura. Su eficacia, diría Marañón, depende más de la integridad del médico que de su conocimiento técnico.

En este punto, su pensamiento se aproxima a la ética de la virtud formulada por Edmund Pellegrino, quien concibe la medicina como una relación fiduciaria sustentada en la confianza del paciente y la responsabilidad moral del médico (26). Para Pellegrino, la excelencia del médico no radica solo en dominar las técnicas, sino en encarnar virtudes como la prudencia, la justicia y la benevolencia, sin las cuales el conocimiento se torna neutral o incluso peligroso. Esta visión encuentra resonancia en Marañón cuando afirma que la medicina, en su origen y esencia, “es un arte humilde, de observación directa de la naturaleza” (27), una práctica que requiere tanto rigor científico como sensibilidad moral.

La ética médica, en Marañón, se despliega en tres planos: la relación del médico con otros médicos, con sus pacientes y con la sociedad (28).

5.1. La ética del médico respecto a los otros médicos.

Marañón sostiene que “sólo ante graves y comprobables errores científicos cabe el público disentimiento. Nunca ante diferencias de criterio de orden empírico o académico” (29). Lo que se encuentra en juego en cada participación del médico es su prestigio, y el prestigio se gana con la disposición y preparación, dando muestra de la conducta moral y profesional, a lo que debe añadirse la agilidad mental, prontitud y diligencia en el obrar, procurando no revelar fisuras que pongan en entredicho su comportamiento y conocimiento.

Es tanto mayor el prestigio de un médico cuando se ve respaldado por el buen concepto que tienen de él o de ella otros médicos, en quienes no hay más que apoyo y reconocimiento, aunque en la trayectoria de dicho médico se hayan presentado momentos de difícil

resolución, ya que tales momentos los contempla sin rebaja la propia casuística del ejercicio de la medicina. El prestigio de la medicina, en suma, actúa en beneficio de la humanidad, porque de no ser así reinaría el escepticismo y no tendrían las enfermedades el control necesario para domeñarlas y erradicarlas.

5.2. La ética del médico en su relación con los enfermos

Si bien en un primer momento quien padece y sufre se muestra confuso, de su contacto con el médico aspira recibir una versión honesta sobre su padecimiento, el pronóstico y las opciones y recursos que tendría para controlarlo y superarlo. Frente a esta situación, Marañón se muestra consecuente con la actitud del médico que es moderado con el nivel de información que presenta al paciente. Esta, que se podría tomar como una ética entre comillas no está, de ninguna manera, cargada de maldad y alevosía, en tanto que al disimular la verdad se reserva un espacio mayor de observación y valoración que resulta beneficioso para el paciente. Estas son las razones de Marañón: “El médico, pues —digámoslo heroicamente— debe mentir. Y no sólo por caridad, sino por servicio de la salud” (30).

5.3. La ética del médico ante la sociedad

Poca ganancia reporta una sociedad que descrea en la medicina por considerarla un asalto a las leyes de la naturaleza y por estimaciones de orden mítico, que ven en determinadas enfermedades la sombra del mal. Pero en los tiempos que vivimos muchas barreras han sido rotas por una práctica médica eficaz con sustento científico, dotada de recursos técnicos cada vez más sofisticados y efectivos, en fin, por la amplitud misma de los tratamientos, que contemplan exámenes de diferente orden, intervenciones quirúrgicas y terapias de recuperación de las que se reportan observaciones paso a paso en la hoja clínica de los pacientes. Así lo expone Marañón: “Casi de medio siglo a esta parte, la enfermedad pierde su carácter mítico, de castigo

de Dios, y se convierte en un accidente definido cuyas causas se conocen y, muchas veces, se pueden evitar y curar; es un simple episodio pues, de historia natural” (31).

En esta triple dimensión, la ética del médico se funda en la generosidad, virtud que Marañón considera la más alta expresión del espíritu profesional: “Generosidad absoluta: esto es lo que hace respetable la actitud del médico; generosidad cordial en el consejo” (32). La generosidad, en su sentido filosófico, no es simple altruismo, sino la manifestación de un amor racional hacia el otro, una disposición interior que une conocimiento, compasión y compromiso.

En tiempos de creciente tecnificación de la medicina, la reflexión marañoniana recuerda que la ciencia sin ética se vacía de sentido, mientras que la ética sin ciencia se vuelve impotente. La grandeza del médico radica en integrar ambas, haciendo de su práctica no sólo una profesión, sino una vocación ética de servicio, donde curar, aliviar y acompañar son expresiones de una misma virtud moral.

6. Conclusiones

La lectura del ensayo “Vocación y Ética” de Gregorio Marañón revela la extraordinaria profundidad con la que el autor comprendió la medicina como una empresa moral, científica y espiritual. En sus páginas se entrelazan las tres dimensiones que, a su juicio, sostienen la dignidad del médico: la vocación como impulso interior, el deber como compromiso racional y la instrucción como fundamento científico y ético (33). Estas categorías, lejos de ser reliquias de otra época, dialogan con los desafíos actuales de la práctica médica, marcada por la presión tecnológica, la burocratización del cuidado y la pérdida de sentido en la relación clínica.

Marañón nos invita a reconciliar la ciencia con la conciencia, la técnica con la virtud, la eficacia con la humanidad. Su reflexión es, en el fondo, un llamado a restaurar el vínculo moral que une al médico con sus pacientes y con la sociedad: un vínculo de confianza que no puede reducirse a un contrato profesional, sino que se enraíza en la

comprensión del otro como ser vulnerable y digno (34). En este punto, su pensamiento se anticipa a la bioética contemporánea, que reconoce en la deliberación prudente y la virtud moral los pilares de una medicina humanizada (35).

La actualidad de Marañón reside en recordarnos que el médico no se forma únicamente en los laboratorios o en las aulas, sino también en la experiencia moral del encuentro con el sufrimiento. La medicina es una ciencia, pero también, y sobre todo, un arte de la compasión. En su visión, la ética médica no se agota en el cumplimiento de reglas, sino que exige una permanente formación del carácter, un cultivo de la sensibilidad y del juicio.

Su legado, por tanto, no es sólo doctrinal, sino formativo: orienta al médico hacia una praxis reflexiva que integra saber, virtud y servicio. En palabras de Marañón, “la vocación eleva la categoría de la ocupación; la categoría de la ocupación se rebaja irremisiblemente si la vocación no existe” (36). A esa afirmación podría añadirse que la medicina, cuando se ejerce con vocación y ética, se convierte en una de las formas más altas de la dignidad humana.

Perlas para el lector

1. La vocación no se elige, se descubre y se cultiva. Es una llamada interior que se fortalece en la práctica cotidiana del servicio.
2. El deber no es imposición, sino convicción. El médico actúa éticamente cuando transforma la obligación en compromiso libre y responsable.
3. La instrucción sin ética produce técnica vacía. El conocimiento adquiere sentido sólo cuando se orienta al bien del otro.
4. La eficacia auténtica nace de la prudencia. Deliberar, escuchar y discernir son actos tan clínicos como morales.
5. La ética del médico es inseparable de la generosidad. Servir al enfermo con entrega, claridad y compasión es la forma más alta del saber médico.

6. Curar, aliviar y acompañar son tres modos de ejercer la medicina; los tres son igualmente nobles cuando se realizan con humanidad.

Estas perlas, inspiradas en la lectura de Marañón y en la tradición humanista de la medicina, constituyen recordatorios esenciales para un ejercicio clínico que aspire a ser no sólo eficaz, sino también justo, prudente y compasivo.

Referencias

1. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
2. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
3. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2008.
4. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
5. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
6. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela; 2016.
7. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
8. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
9. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
10. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
11. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
12. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
13. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2004.
14. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
15. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela; 2016.

16. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
17. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
18. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
19. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
20. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela; 2016.
21. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
22. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Gredos; 2003.
23. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
24. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
25. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela; 2016.
26. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
27. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
28. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
29. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
30. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
31. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
32. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
33. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
34. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
35. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela; 2016.
36. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.

Extensive discussion on the essay “Vocación y Ética” by Gregorio Marañón

Deliberación amplia sobre el ensayo “Vocación y Ética”, de Gregorio Marañón

Jennifer Hincapié Sánchez*

Universidad Nacional Autónoma de México, Mexico City, Mexico


Fernanda De Blas López**


Universidad Nacional Autónoma de México, Mexico City, Mexico


Germán Fajardo Dolci***

Sanfer, Mexico City, Mexico

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.04>

* Director of the University Bioethics Program at the Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Mexico City, Mexico. Email: jhincapie@unam.mx ORCID record: 

** Head of the Academic Management Department of CIPPS at the Faculty of Medicine of the UNAM, Mexico City, Mexico. Email: qdblf20@gmail.com ORCID record: 

*** Medical Director of Outreach, Regulatory Affairs for Mexico and Latin America, Sanfer, Mexico City, Mexico. Email: german.fajardo@sanfer.com.mx ORCID record: 

Received:
09.04.2025

Sent for review:
09.22.2025

Accepted:
12.01.2025

Published:
04.02.2026

CÓMO CITAR: Hincapié Sánchez, J., De Blas López, F., Fajardo Dolci, G. (2026). Extensive discussion on the essay “Vocación y Ética” by Gregorio Marañón. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.04>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

Abstract

This article offers a comprehensive discussion of Gregorio Marañón’s essay *Vocación y Ética* (Vocation and Ethics), which examines the fundamentals of medical practice from the perspective of vocation, professional training, and ethics. Rather than interpreting the relevance of his ideas, this work seeks to highlight the pedagogical depth with which Marañón addresses issues such as effectiveness, the application of knowledge, duty, and the social commitment of physicians. The reflection emphasizes how vocation transcends mere professional choice, becoming an inner force that guides the passion, service, and responsibility of physicians toward their patients and society. It also explores the tensions between science and humanism, instruction and experience, technique and ethics, showing the relevance of Marañón’s proposals for rethinking medical training and the dignity of professional practice.

Keywords: medical vocation, professional ethics, Gregorio Marañón, medical training, medical humanism.

1. Introduction

The Spanish physician, essayist, and humanist Gregorio Marañón (1887-1960) occupies a fundamental place in the history of 20th-century medical thought. His work, which combines science, ethics, and humanism, has contributed to consolidating a comprehensive conception of professional practice based on the physician’s vocation, training, and moral commitment to society. In his essay “Vocación y Ética” (Vocation and Ethics), included in the volume *Vocación y Ética y otros ensayos* (Vocation and Ethics and Other Essays) (Espasa Calpe, 1981), Marañón reflects on the fundamentals of medical practice and the dangers of its dehumanization in the face of technical and scientific advances (1).

This article offers a broad discussion of the ideas put forward by Marañón, with the aim of highlighting their pedagogical and ethical

value for contemporary medical training. More than a mere historical exegesis, this work seeks to update his thinking in light of current bioethics, recognizing him as a precursor of what is now called virtue ethics or patient care ethics. In this sense, his approach can be placed in dialogue with contemporary authors such as Edmund D. Pellegrino, who considers medicine to be, rather than a technique, a moral relationship between people (2), and Diego Gracia, who emphasizes prudent deliberation as the cornerstone of all medical decisions (3).

Based on the notions of efficacy, vocation, duty, instruction, and ethics, Marañón traces a path of thought that remains fully valid today. These categories not only describe the qualities that a physician should possess but also constitute authentic guiding principles for rethinking the relationship between science, conscience, and humanity in clinical practice. At a time when medicine faces the risk of being reduced to technical procedures, his call for vocation as an inner force and ethics as a form of service takes on renewed relevance for bioethical reflection and medical education.

2. Effectiveness and application in medical practice

In his essay, Marañón places effectiveness as a cardinal principle of medical practice, understood not only as the ability to produce clinical results, but also as an ethical and rational disposition on the part of the physician to apply their knowledge with prudence and discernment (4). Effectiveness does not depend, as the author points out, on abstract rules, but on how these are applied in specific situations. This emphasis on application links medical science with a hermeneutic and deliberative dimension, as physicians must interpret each case with sensitivity and clinical judgment, avoiding technical or normative automatisms that depersonalize care (5).

Based on the above, physicians invite us to see that it is in the “application” of their reasoning and resources that effectiveness flourishes and knowledge is treasured; or, in other words, in the face

of calamities, their applications are and must be all the more effective, because the opposite situation brings discontent that fuels the zeal and mistrust of those who expose their unhealthy condition to the physician based on the hope of an effective cure. Marañón refers to the “mode of application” as the indicator of the physician’s service and effectiveness; let us then see what this term from the hermeneutic field, “application,” reports:

- First, what is applicable recognizes what is possible and what must be taken into consideration, a requirement that leaves out both the impossible and the rare, leaving the field open to what is recognized as correct and safe, and in the case of illness and pain, what is identified as definitively good and favorable. The casuistry faced by the physician leaves a clear lesson that not everything is applicable in all cases, so prior to considering the applicability or non-applicability of a remedy or procedure, deliberation is necessary to the point that situations may arise in which what had been applicable in similar cases is not applicable in others.
- The second important consideration in relation to application has to do with the situation itself in which one thing will be pitted against another, so that the effect of such opposition has the desired effects and not adverse ones, which could aggravate the condition of the person receiving the application. The success that stems from this approach, in which the doctor acts as both arbiter and, in many cases, executor, consolidates the experience and knowledge necessary to establish oneself in the practice of medicine.
- Thirdly, what can be considered the definitive meaning of application is: “to put into practice,” considering both the object in which something is used and the objective set. Coming from the doctor, the application is not limited to the prescriptions he or she writes, specifying medications and dosages, because it also includes the accompanying words and the confidence they convey. In this way, the application becomes fair, cordial, and safe.

According to Marañón, medical application involves recognizing the uniqueness of the patient and adjusting therapeutic action to the context and the individual. This perspective is related to the concept of clinical prudence developed by Diego Gracia, who conceives of medicine as a moral practice in which prudent judgment mediates between scientific evidence and the specific situation (6). Thus, efficacy, far from being an exclusively technical criterion, becomes a form of practical wisdom (*phronesis*) that requires a balance between knowledge, experience, and humanity.

Similarly, authors such as Edmund Pellegrino and David Thomasma have pointed out that true medical efficacy is measured not only by healing, but by the integral good of the patient, as a vulnerable person who places their trust in another human being (7). This approach rescues the relational meaning of the medical act, which Marañón anticipated when he warned that the application of scientific knowledge only acquires legitimacy when it is exercised in a spirit of service and moral conscience.

In this way, Marañón's thinking anticipates the need for a deliberative and humanistic medicine that balances science and compassion, efficacy and ethics, technical application and moral prudence. In the current context of evidence-based medicine, his reflection reminds us that true efficacy arises from the integration of scientific knowledge and an understanding of human suffering.

3. Vocation

For Gregorio Marañón, vocation is the spiritual and moral foundation of medical practice. It is not simply a professional inclination, but an inner force that guides the doctor's life toward service and compassion (8). The author asserts that vocation is "the inner voice that calls us to the practice of a particular activity," a voice that gives meaning and dignity to medical practice. In this way, vocation transcends the realm of rational choice: one does not choose to be a

physician for convenience or prestige, but because something deeper compels one to respond to the call of human suffering (9).

Marañón distinguishes vocation from mere professional choice. While the latter may be tentative or conditioned by external circumstances, vocation is a conviction forged in experience, maturing in contact with the pain, illness, and hope of others (10). True vocation, he writes, “has the characteristics of love: exclusivity in the beloved object and absolute selflessness in serving it.” It is in this selfless devotion that the true meaning of the medical profession is revealed.

In the author’s own words, this distinction is clarified by recognizing that vocation does not arise automatically, as the reason and truth of the choice, but is a conviction that takes shape as the personal experience of working in a profession becomes entrenched in the Being and the person, in Marañón’s case, the Being and the person of the physician. Marañón adds: “a passion that has the characteristics of love, namely: exclusivity in the beloved object and absolute selflessness in serving it” (11).

As training leaves its mark on the physician, the execution of that work itself is expressed in terms of a “passion” that cannot be reduced to a mere description of that work as intense and dizzying. Instead, “passion” reflects a feeling derived from an inclination that moves the spirit, to the point that without passion there is negligence in the work, which can be read as mechanical, dull, and expressionless.

This notion is echoed in contemporary medical ethics. Edmund D. Pellegrino argues that medicine is, above all, a moral encounter between two vulnerabilities: that of the patient, who suffers and trusts, and that of the physician, who is morally committed to helping (12). Similarly, Eric Cassell reminds us that the purpose of medicine is not only to cure, but also to alleviate suffering and accompany the patient in their experience of fragility (13). Both authors agree with Marañón that the physician cannot reduce his task to the application of techniques: he must assume his work as an act of care and moral responsibility.

In this sense, the medical vocation reveals itself as an ethical disposition that directs scientific knowledge toward the good of others. Vocation and ethics, in Marañón, are inseparable: the former gives rise to the latter. The absence of vocation, he asserts, leads to the “distortion of the physician,” to the professional who substitutes service with vanity or mechanical routine (14). Hence, vocation is not only a personal attribute, but a formative and social principle that sustains the community’s trust in medicine.

For Diego Gracia, this vocation can be understood as the source of moral prudence, a virtue that drives the physician to deliberate, listen, and act with justice and compassion (15). In short, vocation is not a romantic gift, but a rational and emotional commitment to human life, which is reaffirmed every day in clinical practice.

4. Duty and instruction

After reflecting on vocation, Gregorio Marañón addresses the notion of duty as a necessary complement to it. If vocation is the inner voice that calls, duty is the conscious response that commits the physician to his own being and to others (16). In the author’s words, duty cannot be understood as an imperative imposed from outside, but as a moral invention, that is, an internalization of the commitment that the physician freely assumes by recognizing himself as a servant of life (17).

Duty, in this sense, is not reduced to compliance with rules or protocols. Marañón conceives of it as a form of ethical autonomy, in which the physician “creates his own obligations” and carries them out “with love,” transcending formal obedience (18). It is a duty that does not arise from coercion, but from conviction, and which therefore rises to the category of virtue. From this perspective, the physician’s professional morality cannot be separated from his inner vocation: both are manifestations of the same spiritual force that guides action toward the good.

Marañón’s reflection is surprisingly close to the philosophical conceptions of virtue ethics. Edmund Pellegrino argued that the virtuous physician does not act out of external duty, but because his character has been formed in the constant pursuit of the patient’s good (19). Duty, in this framework, is not an abstract obligation, but the result of a moral identity consolidated by practice and reflection. Similarly, Diego Gracia has pointed out that moral deliberation requires recognizing the responsibility of the physician as an autonomous agent who acts with prudence and social commitment (20).

Marañón then introduces the notion of instruction as the second pillar of physician training, alongside vocation. Instruction, he says, is not limited to the accumulation of technical knowledge, but constitutes a process of comprehensive training in which both intelligence and moral sensitivity are educated (21). To instruct is to prepare, to prevent, to provide the means that will enable the physician to respond wisely to the complexity of life and human suffering.

On this point, Marañón himself resorts to an etymological observation of the word “preparation” to clarify his point: from the Latin *preparare*, which means «to prevent,» to prepare or arrange with care. The allusion to “advance preparation” is evident, but the emphasis added by the idea of ‘preventing’ is fundamental. In this sense, the physicians preparation “prevents” multiple complications that could arise in their practice, and only the manifestation of their instruction and sensitivity, their intelligence and vocation, will demonstrate the extent of their preparation.

To prepare is, quite simply, to educate and train in a profession that will require each individual to perform to the best of their ability. Without the appropriate education, the doctors being and doing as a man or woman of science and as a humanist, that is, as someone who identifies their social role based on the preparation they have received, is devalued. From a philosophical point of view, instruction appears as the bridge between scientific knowledge and practical virtue. Just as Aristotle conceived of phronesis as the wisdom that unites knowledge and just action (22), Marañón recognizes that

authentic medical training cannot dispense with moral reflection. Technique without ethics becomes dangerous, ethics without knowledge, impotent.

At the confluence of these two elements, the dignity of the medical profession is forged, finding in instruction the channel to express its vocation and in duty the guide to exercise it with justice and humanity.

In short, the Marañón's triad (vocation, duty, and instruction) offers a moral anthropology of medicine: the physician as a rational and ethical being who, educated in science and moved by vocation, responds to his duty to care for others. That response, born of freedom and responsibility, is the core of professional ethics and the essence of medical humanism.

5. Ethics

For Gregorio Marañón, ethics is the culmination of reflection on medical practice. After examining efficacy, vocation, and duty, the author turns his attention to the moral dimension of the medical act, which he defines as an exercise in dignity, prudence, and humanity (23). His statement that “doctors have a fixed weapon for healing, which is science, but we act on the suffering person through the invisible and imponderable means of suggestion” is not a eulogy to the psychological power of the doctor, but a warning about the moral responsibility involved in any caring relationship (24).

In this observation, Marañón anticipates what contemporary bioethics has called the relational nature of the medical act: the awareness that caring for the sick involves ethical communication where trust, vulnerability, and reciprocity converge (25). The “suggestion” to which the author alludes can be understood as the moral and emotional influence that the physician exerts, which must be administered with respect and restraint. Its effectiveness, Marañón would say, depends more on the physician's integrity than on their technical knowledge.

On this point, his thinking is close to the virtue ethics formulated by Edmund Pellegrino, who conceives of medicine as a fiduciary relationship based on the patients trust and the physicians moral responsibility (26).

For Pellegrino, the excellence of the physician lies not only in mastering techniques, but also in embodying virtues such as prudence, justice, and benevolence, without which knowledge becomes neutral or even dangerous. This view resonates with Marañón when he states that medicine, in its origin and essence, “is a humble art, of direct observation of nature” (27), a practice that requires both scientific rigor and moral sensitivity.

Medical ethics, according to Marañón, unfolds on three levels: the physician’s relationship with other physicians, with their patients, and with society (28).

5.1. The physician’s ethics with respect to other physicians.

Marañón maintains that “only in the face of serious and verifiable scientific errors is public dissent appropriate. Never in the face of differences of empirical or academic criteria” (29). What is at stake in every interaction of the physician is his or her prestige, and prestige is earned through willingness and preparation, demonstrating moral and professional conduct, to which must be added mental agility, promptness, and diligence in action, taking care not to reveal any cracks that might call into question his or her behavior and knowledge.

A physician’s prestige is all the greater when it is supported by the high regard in which he or she is held by other doctors, who offer nothing but support and recognition, even if the physician’s career has included challenging situations, since such difficulties are an inherent part of the practice of medicine. Ultimately, the prestige of medicine benefits humanity, because without it, skepticism would prevail, and diseases would not be subject to the necessary control to manage and eradicate them.

5.2. The ethics of the physician in his relationship with patients

Although at first the person who is suffering and in pain may be confused, he hopes to receive an honest account of his condition, the prognosis, and the options and resources available to control and overcome it from his contact with the physician. Faced with this situation, Marañón is consistent with the attitude of the physician who is moderate in the level of information he presents to the patient. This, which could be taken as ethics in quotation marks, is in no way laden with malice and treachery, insofar as by concealing the truth, it reserves a greater space for observation and assessment that is beneficial to the patient. These are Marañón's reasons: «The doctor, then —lets say it heroically— must lie. And not only out of charity, but in the service of health» (30).

5.3. The ethics of the doctor in relation to society

A society that distrusts medicine because it considers it an assault on the laws of nature and because of mythical beliefs that see certain diseases as the shadow of evil has little to gain. But in the times, we live in, many barriers have been broken down by effective medical practice with scientific support, equipped with increasingly sophisticated and effective technical resources, and, ultimately, by the breadth of treatments themselves, which include various types of tests, surgical procedures, and recovery therapies, with step-by-step observations recorded in patients' medical records. As Marañón puts it: “For almost half a century now, disease has lost its mythical character as a punishment from God and has become a defined accident whose causes are known and, in many cases, can be prevented and cured; it is, therefore, a simple episode in natural history” (31).

In this threefold dimension, the physician's ethics are based on generosity, a virtue that Marañón considers the highest expression of professional spirit: “Absolute generosity: this is what makes the physician's attitude respectable; cordial generosity in advice” (32). Generosity, in its philosophical sense, is not simple altruism, but the

manifestation of a rational love for others, an inner disposition that unites knowledge, compassion, and commitment.

In times of increasing technological advancement in medicine, Marañón’s reflection reminds us that science without ethics is meaningless, while ethics without science is powerless. The greatness of the physician lies in integrating both, making their practice not only a profession but an ethical vocation of service, where healing, alleviating, and accompanying are expressions of the same moral virtue.

6. Conclusions

Reading Gregorio Marañón’s essay “Vocación y Ética” reveals the extraordinary depth with which the author understood medicine as a moral, scientific, and spiritual endeavor. Its pages intertwine the three dimensions that, in his opinion, sustain the dignity of the physician: vocation as an inner impulse, duty as a rational commitment, and instruction as a scientific and ethical foundation (33). Far from being relics of another era, these categories engage with the current challenges of medical practice, marked by technological pressure, the bureaucratization of care, and the loss of meaning in the clinical relationship.

Marañón invites us to reconcile science with conscience, technique with virtue, and efficacy with humanity. His reflection is, in essence, a call to restore the moral bond that unites physicians with their patients and with society: a bond of trust that cannot be reduced to a professional contract but is rooted in the understanding of the other as a vulnerable and dignified being (34). In this regard, his thinking anticipates contemporary bioethics, which recognizes prudent deliberation and moral virtue as the pillars of humanized medicine (35).

Marañón’s relevance today lies in reminding us that doctors are not trained solely in laboratories or classrooms, but also in the moral experience of encountering suffering. Medicine is a science, but also, and above all, an art of compassion. In his view, medical ethics

is not exhausted in the fulfillment of rules, but requires ongoing character formation, a cultivation of sensitivity and judgment.

His legacy, therefore, is not only doctrinal, but formative: it guides the physician toward a reflective praxis that integrates knowledge, virtue, and service. In Marañón's words, "vocation elevates the status of the occupation; the status of the occupation is irretrievably lowered if vocation does not exist" (36). To this statement we could add that medicine, when practiced with vocation and ethics, becomes one of the highest forms of human dignity.

Pearls for the reader

1. Vocation is not chosen; it is discovered and cultivated. It is an inner calling that is strengthened in the daily practice of service.
2. Duty is not an imposition, but a conviction. The physician acts ethically when he or she transforms obligation into free and responsible commitment.
3. Instruction without ethics produces empty technique. Knowledge acquires meaning only when it is oriented toward the good of others.
4. Authentic effectiveness is born of prudence. Deliberating, listening, and discerning are acts that are as clinical as they are moral.
5. The ethics of the physician are inseparable from generosity. Serving the sick with dedication, clarity, and compassion is the highest form of medical knowledge.
6. Healing, alleviating, and accompanying are three ways of practicing medicine; all three are equally noble when performed with humanity.

These pearls, inspired by Marañón's writings and the humanistic tradition of medicine, are essential reminders for clinical practice that aspires to be not only effective, but also fair, prudent, and compassionate.

References

1. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
2. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
3. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2008.
4. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
5. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
6. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela; 2016.
7. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.
8. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
9. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
10. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
11. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
12. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
13. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2004.
14. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
15. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela; 2016.
16. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
17. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
18. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
19. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.
20. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela; 2016.
21. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.

22. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Gredos; 2003.
23. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
24. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
25. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela; 2016.
26. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
27. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
28. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
29. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
30. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
31. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
32. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
33. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.
34. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.
35. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Madrid: Triacastela; 2016.
36. Marañón G. Vocación y ética. Obras completas. Vol. IX: Ensayos. Madrid: Espasa-Calpe; 1973.


El hambre mundial como pandemia no transmisible. Reconstrucción conceptual neutral al agente desde la tríada de Twaddle y el modelo biopsicosocial

Global Hunger as a Non-Communicable Pandemic An Agent-Neutral. Reconceptualization via Twaddle's Triad and the Biopsychosocial Model

Israel Huerta Castillo*

Universidad de Santiago de Compostela

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.05>

* Investigador de la Facultad de Filosofía, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. Correo electrónico: israel.huerta@rai.usc.es
ORCID record: 

Recepción:	Envío a dictamen:	Aceptación:	Publicación:
27.10.2025	27.10.2025	09.12.2025	02.04.2026

CÓMO CITAR: Huerta Castillo, I. (2026). El hambre mundial como pandemia no transmisible. Reconstrucción conceptual neutral al agente desde la tríada de Twaddle y el modelo biopsicosocial. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.05>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

Resumen

Este artículo examina si el hambre crónica satisface criterios neutrales al agente para su tratamiento como pandemia no transmisible en salud global. Integra la tríada *disease–illness–sickness* de Twaddle con el modelo biopsicosocial de Engel y operacionaliza “pandemia” mediante seis criterios (extensión transnacional, carga elevada, disrupción socioeconómica, coordinación internacional, externalidades y gobernanza/financiación estables). Se incorpora un anclaje bioético explícito: derecho a la alimentación, justicia distributiva, no maleficencia estructural, solidaridad y responsabilidad intergeneracional. La verificación se apoya en evidencia institucional reciente y literatura sobre nutrición poblacional, determinantes sociales, sindemias y gobernanza. Se derivan paquetes multinivel (comunitario, nacional, global) con financiación contracíclica y vigilancia integrada, y se responden objeciones (dilución, medicalización, terminología, umbrales). Se vincula la propuesta con ODS-2 y la Agenda 2030. Se concluye que el encuadre pandémico neutral al agente no diluye el término, sino que lo refina para la decisión cuando la carga y la disrupción lo exigen.

Palabras clave: bioética, inseguridad alimentaria, sindemias, justicia sanitaria, gobernanza.

1. Introducción

La expresión “pandemia del hambre” ha sido utilizada por responsables de organismos internacionales y por medios de referencia, especialmente desde 2020, con valor retórico o programático para subrayar magnitud y urgencia del fenómeno (1–3). En este trabajo se propone, en cambio, una reconstrucción conceptual y operativa de “pandemia” en sentido neutral al agente: se especifican seis criterios agregados —extensión transnacional sostenida, carga de enfermedad elevada (directa e indirecta), disrupción socioeconómica significativa, necesidad de coordinación internacional específica y prolongada, externalidades transfronterizas y requerimientos de

gobernanza/financiación estables— que permiten priorizar, coordinar y financiar respuestas sostenidas sin confundir este encuadre con la lógica de los brotes infecciosos. El enfoque sindémico —reintroducido en la discusión por Horton al inicio de la COVID-19— refuerza la atención a las interacciones biológico-sociales en contextos de privación y conflicto, y recientes revisiones lo consolidan como guía para intervenciones multinivel (4,5).

La motivación empírica es conocida y vigente. La edición más reciente de *The State of Food Security and Nutrition in the World* (SOFI 2025) estima que entre 745 y 783 millones de personas padecieron hambre en 2024 (punto medio: 764 millones), niveles aún por encima del periodo previo a la COVID-19 (6). A su vez, el *Global Report on Food Crises 2025* documenta que 281,6 millones de personas enfrentaron inseguridad alimentaria aguda en 2024 en 59 países/territorios, con 705 000 en Catástrofe/Fase 5 (7). Estas series actualizadas justifican el esfuerzo de clarificación conceptual y diseño institucional que aquí se propone.

Sobre esta base, el presente manuscrito analiza si el hambre crónica puede ser conceptualizada y tratada como una pandemia no transmisible en sentido neutral al agente. La tesis se articula con dos marcos consolidados en filosofía de la medicina: (i) la tríada *disease–illness–sickness* de Andrew Twaddle, desarrollada y clarificada en trabajos posteriores (8), que distingue analíticamente patología biológica, experiencia subjetiva e inscripción social-institucional; y (ii) el modelo biopsicosocial de George L. Engel, que integra niveles de explicación e intervención sin reducir lo social a lo biológico ni viceversa.(9) El giro añadido se basa en un anclaje bioético explícito: derecho a la alimentación (Directrices de la FAO y, de modo complementario, las *Voluntary Guidelines on Food Systems and Nutrition* del CFS), justicia distributiva, no maleficencia estructural, solidaridad y responsabilidad intergeneracional (10,11,13). En *disease*, el hambre se expresa en biomarcadores y desenlaces clínicos (desnutrición proteico-energética, anemia, déficits de micronutrientes, IMC por debajo de umbrales) y en sus consecuencias a corto y largo plazo; en *illness*,

se examina la experiencia subjetiva de la falta de alimentos (estrés, afrontamiento, estigma); y en *sickness*, se analizan roles, normas y dispositivos institucionales que determinan acceso a derechos, elegibilidad y configuración de sistemas alimentarios y de protección social (6,7,10,13). Este mapeo evita confundir hambre (experiencia/estructura), malnutrición (categoría biológica) e inseguridad alimentaria (acceso/estabilidad del hogar) y permite asignar intervenciones a la dimensión adecuada. En conjunto, la reconstrucción propuesta no sustituye la epidemiología clásica orientada a contagios; la complementa cuando el criterio decisivo es carga y disrupción y cuando el agente causal no es biológico o no se transmite por contacto, alineando la coordinación con ODS-2 (Hambre Cero) y con la Agenda 2030 (6,7,12).

2. Metodología y alcance

2.1. Enfoque y estrategia analítica

Lo que en este sentido se despliega aquí es un estudio conceptual en filosofía de la medicina y bioética con finalidad normativa orientada a la gobernanza de salud global (8,9,11,13,18–20). El objetivo es reformular la categoría “pandemia” en sentido neutral al agente y con criterios operacionales, y aplicarla al caso del hambre crónica mediante la integración de la tríada *disease–illness–sickness* (Twaddle) y el modelo biopsicosocial (Engel) (8,9). La argumentación se apoya en evidencia secundaria (informes y bases de datos institucionales; revisiones temáticas; literatura revisada por pares), priorizando fuentes con trazabilidad metodológica, cobertura global y series actualizadas (SOFI 2025; GRFC 2025) (6,7). En clave bioética, se incorporan el derecho a la alimentación (Directrices Voluntarias FAO), marcos de justicia en salud, solidaridad y responsabilidad intergeneracional (10,11,13).

2.2. Fuentes y selección de evidencia

Fuentes institucionales: se priorizan informes con continuidad temporal y metodología explícita:

- A) SOFI 2025 (FAO/IFAD/UNICEF/WFP/WHO) para hambre, inseguridad alimentaria y malnutrición (6).
- B) GRFC 2025 (FSIN/GNAFC) para inseguridad alimentaria aguda, métodos IPC y focos de gravedad (7).
- C) Comunicaciones del WFP que documentan el uso retórico-programático de “hunger pandemic” y la dimensión operativa de la respuesta (1,3).

Fuentes académicas: para sindemias y su pertinencia conceptual se consideran Horton y la Comisión *The Lancet* (4,5); para determinantes sociales y marcos ecosociales, referencias de salud pública consolidadas (13); para nutrición materno-infantil y paquetes de intervención poblacional, síntesis y guías de referencia (14–17); en gobernanza y derecho sanitario internacional, análisis sobre arquitectura, mandatos y estándares coordinados (18–21).

2.3. Criterios y pasos del análisis

Clarificación conceptual de “pandemia” y formulación de seis criterios neutrales al agente: (i) extensión transnacional sostenida; (ii) carga de enfermedad (directa/indirecta); (iii) disrupción socioeconómica; (iv) necesidad de coordinación internacional específica y prolongada; (v) externalidades transfronterizas; y (vi) exigencias de gobernanza/financiación estables (4,5,18–21).

Cartografía Twaddle–Engel del hambre: asignación de indicadores, experiencias y arreglos institucionales a *disease, illness, sickness* y derivación de intervenciones por dimensión y nivel con apoyo de literatura de nutrición y programas integrados (6,7,8,9,14–17).

Verificación del cumplimiento de los seis criterios en el hambre mediante métricas y síntesis institucionales (SOFI 2025; GRFC 2025) y comunicaciones recientes (1,3,6,7,21).

Discusión de objeciones (dilución, medicalización, terminología, umbrales) y derivación normativa para diseño institucional, vigilancia integrada y financiación contracíclica, situadas en marcos de gobernanza de salud global (11,13,18–21).

2.4. Alcance, validez, consideraciones éticas y limitaciones

Alcance: no se realizan metaanálisis ni estimaciones originales; las cifras se emplean como ilustrativas de tendencias y cargas, y para argumentar la necesidad de coordinación sostenida (6,7).

Validez: la solidez del argumento se apoya en claridad definicional, consistencia inferencial y compatibilidad con estándares de evidencia de salud pública y marcos bioéticos en salud global (5,11,13,18–21).

Ética: estudio sin participación humana o animal (uso exclusivo de fuentes públicas); la dimensión bioética se integra explícitamente (derechos, justicia, no maleficencia estructural, solidaridad y responsabilidad intergeneracional) para evaluar obligaciones de gobernanza en salud global (10,11,13).

Limitaciones: dependencia de fuentes secundarias; sensibilidad a revisiones metodológicas en informes globales; necesidad de validar empíricamente los umbrales tentativos (comparabilidad regional, disponibilidad/calidad de datos) y de afinar estándares interoperables de vigilancia y activación financiera (6,7,14–17).

3. Marco teórico

3.1. Del modelo biomédico al enfoque biopsicosocial

El modelo biomédico ha sido decisivo para identificar mecanismos fisiológicos y sustentar intervenciones clínicas; sin embargo, resulta insuficiente para fenómenos multicausales y sostenidos como el hambre crónica, cuya etiología y curso dependen de determinantes biológicos, psicológicos y sociales.(9,13,14) El modelo biopsicosocial

de Engel integra estos niveles y habilita puentes operativos entre atención primaria, nutrición clínica y poblacional, educación y políticas de protección social (transferencias, comedores, regulación de precios y de los sistemas alimentarios), reduciendo el riesgo de reduccionismo y mejorando la coordinación intersectorial (9,14–17). Este enfoque es consistente con la literatura sobre desigualdades sociales en salud y marcos ecosociales, que documentan cómo la estructura social, las trayectorias de vida y los contextos materiales se traducen en gradientes sistemáticos de salud y vulnerabilidad (13).

3.2. Tríada *disease–illness–sickness* (Twaddle)

La tríada distingue tres planos analíticos (Tabla 1): *disease* (alteraciones biológicas y funcionales; por ejemplo, emaciación, retraso del crecimiento, anemia), *illness* (experiencia subjetiva y su carga psicosocial: ansiedad por disponibilidad de alimentos, afrontamiento, estigma) y *sickness* (roles y normas institucionales que median reconocimiento, elegibilidad y acceso a derechos) (8). Aplicada al hambre, esta cartografía clarifica la asignación de indicadores (biomarcadores, escalas de inseguridad alimentaria, métricas de protección social) y de paquetes de intervención diferenciados por dimensión: terapias nutricionales, fortificación y suplementación en *disease*; apoyo psicosocial, educación alimentaria y comedores escolares en *illness*; y protección social, reservas estratégicas, estabilizadores de precios y coordinación multilateral en *sickness* (6,7,10,11,14–17). La propuesta converge con síntesis internacionales que definen paquetes integrados de intervención en nutrición materno-infantil y salud pública (14–17).

3.3. Clarificación conceptual: *hambre, malnutrición, inseguridad alimentaria*

Para evitar solapamientos, se distinguen hambre (experiencia y estructura de privación), malnutrición (categoría biológica que incluye desnutrición y exceso) e inseguridad alimentaria (condición de acceso/estabilidad a nivel de hogar) (6,10,17). Cuando se requieren

indicadores comparables, la malnutrición aporta biomarcadores (por ejemplo, emaciación, retraso del crecimiento, anemia) (14–16) y la inseguridad alimentaria aporta métricas de acceso y estabilidad del hogar (6,7,17); el hambre opera como categoría integradora que obliga a coordinación y enfoque de derechos (10–12). Este deslinde mejora la asignación de intervenciones por dimensión y la comparabilidad de la vigilancia y la evaluación.

3.4. Reconstrucción de “pandemia” con criterios neutrales al agente

La definición tradicional de “pandemia” privilegia la transmisibilidad biológica, en parte codificada por las regulaciones y marcos de seguridad sanitaria global (18–20). Para propósitos de priorización y financiación en salud global, proponemos un enfoque neutral al agente basado en seis criterios acumulativos: (1) extensión transnacional sostenida (2); carga elevada (directa e indirecta); (3) disrupción socioeconómica significativa (4); necesidad de coordinación internacional específica y prolongada (5); externalidades transfronterizas; y (6) requerimientos estables de gobernanza/financiación (4,5,18–21). La noción de síndemia ayuda a contextualizar la interacción biológico-social en contextos de privación y conflicto, justificando paquetes integrados sin reducir la pobreza a “patología” (4,5,13,14). Para instrumentar estos criterios en mandatos, vigilancia y mecanismos financieros, la literatura de gobernanza de salud global y de derecho sanitario internacional ofrece pautas sobre diseño institucional, interoperabilidad de datos y financiación predecible (18–21).

3.5. Marco bioético: derechos, principios y responsabilidad

Del encuadre pandémico neutral al agente exige un anclaje bioético explícito:

Derechos y obligaciones: el derecho a una alimentación adecuada y los *entitlements* imponen deberes positivos y negativos a Estados y comunidad internacional (disponibilidad, acceso, adecuación, estabi-

lidad) y se reflejan en el pilar *sickness* como obligaciones institucionales exigibles (10–12).

Principios aplicados a estructuras: justicia (distributiva y de reconocimiento), no maleficencia estructural (evitar daños previsibles derivados de decisiones de comercio, precios o protección social), beneficencia pública y solidaridad (cooperación transnacional y responsabilidad intergeneracional) orientan la arquitectura de decisiones (11,13).

Justificación ética de la coordinación: la lectura sindémica refuerza la legitimidad de paquetes integrados (salud–nutrición–protección social–educación) y de mecanismos contracíclicos que prevengan la “fatiga de picos” y aseguren continuidad en contextos crónicos (4,5,11,13,18–21).

Gobernanza en salud global: estándares de vigilancia integrada, umbrales de activación y financiación predecible alineados con ODS-2 se derivan de marcos robustos de gobernanza y derecho sanitario internacional (6,7,12,18–21).

4. Análisis aplicado: hambre y tríada *disease–illness–sickness*

4.1. Dimensión disease (biológica y clínica)

En *disease*, el hambre se expresa en alteraciones somáticas mensurables: desnutrición aguda (emaciación), desnutrición crónica (retraso del crecimiento), insuficiencia ponderal, anemia y déficits de micronutrientes (6,7,14–16). Los indicadores operativos consolidados incluyen z -scores peso-talla y talla-edad, prevalencias de anemia (Hb < 11 g/dL en niños de 6–59 meses; < 12 g/dL en mujeres 15–49 años) y deficiencias específicas (p. ej., vitamina A) (14–16). La respuesta con mayor respaldo empírico combina manejo integrado de la desnutrición aguda (RUTF), fortificación y suplementación de micronutrientes, y fortalecimiento de la atención primaria (14–17). Umbrales operativos tentativos para alta prioridad: emaciación (6–59

meses) $\geq 5\%$ nacional o regional sostenida ≥ 2 años, o $\geq 10\%$ en focos subnacionales; retraso del crecimiento $\geq 20\%$ nacional o tendencia al alza ≥ 3 p. p. en 5 años; anemia en mujeres 15–49 años $\geq 30\%$. Estos umbrales se inspiran en clasificaciones y rangos empleados en SOFI y en marcos programáticos de nutrición poblacional (6,7,14–16).

4.2. *Dimensión illness (experiencia y salud mental)*

Illness captura la experiencia subjetiva de la falta de alimentos: ansiedad anticipatoria, estrategias de afrontamiento negativo (por ejemplo, saltarse comidas), estigma y estrés crónico, con efectos conocidos sobre salud mental y funciones ejecutivas que impactan adherencia terapéutica, desempeño escolar y productividad (6,10,11,13,17). Instrumentalmente, las escalas de inseguridad alimentaria del hogar permiten vincular trayectorias experienciales con biomarcadores; su integración con mediciones clínicas favorece una lectura no reduccionista (6,7,14–17). Umbrales tentativos para activar respuestas no clínicas con impacto clínico y social: inseguridad alimentaria severa $\geq 15\%$ nacional (o $\geq 25\%$ en subpoblaciones) mantenida ≥ 2 años; autorreporte de reducción de raciones $\geq 20\%$ de hogares durante ≥ 12 meses (6,7,17).

4.3. *Dimensión sickness (roles, normas e instituciones)*

Sickness aborda los arreglos institucionales que median acceso a derechos y recursos: cobertura de protección social efectiva, reservas estratégicas de alimentos, estabilizadores de precios, reglas comerciales y previsibilidad presupuestaria (6,7,10–12). La literatura de determinantes sociales y marcos ecosociales documenta gradientes de clase, género y territorio; en contextos sindémicos, el hambre interactúa con enfermedades infecciosas y no transmisibles, y con choques climáticos y económicos, amplificando impactos (5,7,13–15). Operativamente, la coordinación interagencial y los arreglos de derecho

sanitario internacional ofrecen lecciones sobre vigilancia, alertas y financiación: interoperabilidad de sistemas, estándares de notificación y fondos contracíclicos (18–21). Umbrales tentativos (*sickness*): cobertura de protección social efectiva < 30 % de la población pobre y/o transferencias sin previsibilidad presupuestaria a 12 meses; volatilidad de precios de alimentos básicos > 20 % interanual con transmisión a hogares de bajos ingresos durante ≥ 2 trimestres; déficit de reservas (capacidad < 3 meses de consumo básico) o restricciones comerciales sostenidas con riesgo de desabastecimiento (6,7,18–21).

4.4. Verificación de los seis criterios “pandémicos” (*agent-neutral*)

Extensión transnacional sostenida: la inseguridad alimentaria severa y la desnutrición coexisten en múltiples regiones con persistencia plurianual y focos de alta gravedad (6,7).

Carga de enfermedad elevada (directa/indirecta): la desnutrición contribuye a mortalidad y AVAD por interacción con infecciones y por efectos a largo plazo sobre desarrollo y productividad (14–16).

Disrupción socioeconómica significativa: impactos en productividad, capital humano y cohesión social, con picos asociados a conflicto, choques climáticos y crisis de costo de vida, tal como ilustran comunicaciones recientes y advertencias de agencias especializadas (1–3,6,7,21).

Necesidad de coordinación internacional específica y prolongada: logística transfronteriza, interoperabilidad de vigilancia y financiación multilateral requieren mandatos claros y arquitectura de gobernanza (6,7,18–21).

Externalidades transfronterizas: volatilidad en precios internacionales y desplazamientos forzados con derrames regionales (6,7,18–21).

Gobernanza y financiación multilaterales estables y predecibles: se justifican mecanismos contracíclicos y predecibles para evitar ciclos de “pico-fatiga” y respuestas ad hoc (18–21).

Tabla 1. Mapeo Twaddle aplicado al hambre mundial

Criterion	Umbral sugerido	Justificación
Disease	Emaciación > 5 % (nacional) ≥ 2 años o ≥ 10 % en focos; retraso del crecimiento ≥ 20 %	Series SOFI y clasificaciones de severidad [6,10,11]
Illness	Inseguridad severa ≥ 15 % nacional ≥ 10 % os; reduciora; retraso crecimiento ≥ 20 %	Módulos de hogar SOFI; literatura [6,10,11]
Sickness	Inseguridad severa ≥ 15 % nacional ≥ 220 %; reducción raciones ≥ 20 % de hogares ≥ hogares ≥ 12 meses	Módulos de marcar SOFI; literatura programática [6,10,11]
Coordinación	Protección social < 30%; volatilidad > 200 % ≥ 2 meses; falta de interoperabilidad de vigilancia	GRFC 2024; gobernanza reservas

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Señales/umbrales tentativos de activación "pandémica"

Dimensión	Indicadores ilustrativos	Intervenciones prioritarias	Fuentes clave
Disease	Emaciación, retraso del crecimiento, anemia; déficits de micronutrientes	RUTF; manejo de desnutrición aguda; fortificación; suplementación; APS	SOFI 2024 [6]
Illness	Inseguridad alimentaria severa; estrés; estigma	Transferencias; comedores escolares; apoyo psicosocial; educación alimentaria	SOFI 2024 [6]
Sickness	Cobertura de protección social; volatilidad de precios; reservas	Protección social; regulación; reservas; coordinación multilateral	GRFC 2024; gobernanza [7,11-13]

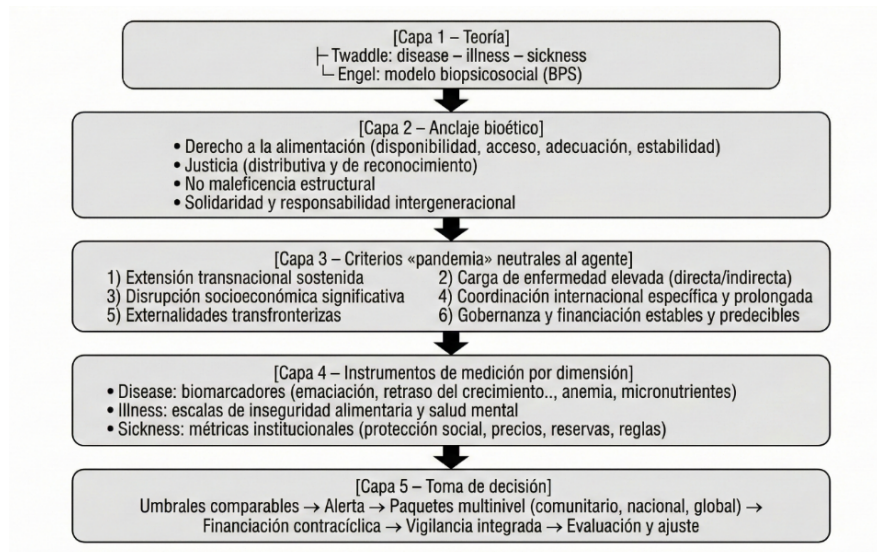
Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Guía integrada de intervención por entradas

Entradas (señales)	Paquete de respuesta	Resultados esperados	Referencias
Emaciación ≥ 5 %; inseguridad severa > 15 %	RUTF; APS; agua segura; apoyo psicosocial; comedores escolares	↓ morbilidad; ↓ estrés; ↑ adherencia	[6,10,11]
Volatilidad > 20 %; cobertura de protección social < 30 %	Transferencias predecibles; reservas; regulación de precios	↑ resiliencia; estabilización del acceso	[7,6]
Falta de financiación predecible; brechas de vigilancia	Fondo contracíclico; estándares comunes; interoperabilidad logística	↓ recurrencia de crisis; ↓ tiempos de respuesta	[11-13,1,2]

Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Esquema de operacionalización bioético-sanitaria



Fuente: elaboración propia.

El mapeo Twaddle–Engel permite asignar indicadores y paquetes de intervención por dimensión, evitando soluciones fragmentadas (8,9,14–17). Los umbrales tentativos traducen los seis criterios *agent-neutral* en señales verificables, abriendo la puerta a mecanismos de alerta y financiación predecible (6,7,14–17,18–21). La literatura sobre determinantes sociales y sindemias justifica el énfasis en la interacción entre niveles, mientras que los estudios de gobernanza orientan la institucionalización de la coordinación y la vigilancia (4,5,13,18–21). En conjunto, la verificación de los seis criterios sitúa al hambre crónica dentro de los problemas que justifican su tratamiento como “pandemia no transmisible” en sentido neutral al agente, sin diluir la especificidad de las pandemias infecciosas (4,5,18–21).

5. Discusión: similitudes y diferencias; objeciones; implicaciones bioéticas y de política

5.1. Similitudes y diferencias con pandemias infecciosas

Hambre crónica y pandemias infecciosas comparten cuatro rasgos decisivos para la acción colectiva: (i) presencia transnacional con persistencia plurianual, (ii) carga elevada de enfermedad —mortalidad y AVAD directos e indirectos—, (iii) disrupción socioeconómica sostenida sobre productividad, capital humano y cohesión social, y (iv) necesidad de coordinación internacional estable en el tiempo (4–7,13–15,18–21). Se diferencian, sin embargo, en tres aspectos: (a) ausencia de contagio biológico, (b) cronificación del fenómeno con oscilaciones cíclicas más que picos agudos, y (c) menor saliencia mediática y política frente a choques epidémicos de alta transmisibilidad (3,4,18–21). Bajo criterios neutrales al agente, estas diferencias no invalidan el encuadre pandémico; más bien exigen un régimen de respuesta adaptado a la persistencia y a las estructuras (vigilancia integrada, umbrales comparables, financiación contracíclica y gobernanza multinivel), aprendiendo de la arquitectura de salud global sin trasladar acríticamente lógicas pensadas para patógenos (18–21).

5.2. Objeciones conceptuales y respuestas

“Dilución” del término pandemia: se evita al requerir seis criterios acumulativos y umbrales operativos, restringiendo el encuadre a problemas de altísimo impacto y externalidades transfronterizas verificables (4–7,18–21).

“Medicalización” de la pobreza: la tríada *disease–illness–sickness* (Twaddle) y el modelo biopsicosocial (Engel) desplazan el foco hacia obligaciones institucionales y de diseño de sistemas (protección social, estabilización de precios, reservas, reglas), junto con intervenciones clínicas y psicosociales, evitando reducir el hambre a un problema exclusivamente biomédico (8,9,11,13–17).

Confusión terminológica: la distinción entre hambre (experiencia/estructura), malnutrición (categoría biológica) e inseguridad alimentaria (acceso/estabilidad a nivel de hogar) asigna indicadores y responsabilidades en su nivel correcto y mejora la comparabilidad en vigilancia y evaluación (6,7,10,17).

Ausencia de umbrales: se proponen señales verificables por dimensión (Tablas 2–3) y su validación empírica multicéntrica, combinando métricas clínicas, experienciales e institucionales, y anclándolas en estándares de gobernanza y financiación previsibles (6,7,14–17,18–21).

5.3. Implicaciones bioéticas y de política pública

Desde la bioética de la salud global, reconocer el hambre crónica como pandemia no transmisible neutral al agente exige alinear tres planos:

- (i) Derechos y principios: derecho a la alimentación adecuada, justicia (distributiva y de reconocimiento), no maleficencia estructural (evitar daños previsibles derivados de decisiones de comercio, precios o protección social), solidaridad y responsabilidad intergeneracional (10–13).
- (ii) Diseño institucional: vigilancia integrada con indicadores clínicos, experienciales e institucionales; umbrales comparables para activar alertas y desembolsos; financiación contracíclica y predecible que rompa los ciclos de “pico–fatiga” entre crisis y desmovilización (6,7,14–17,18–21).
- (iii) Paquetes multinivel (comunitario, nacional, global): combinación de RUTF y manejo de desnutrición, transferencias monetarias predecibles, comedores escolares, apoyo psicosocial y educación alimentaria, junto con reservas estratégicas, estabilizadores de precios y mecanismos multilaterales de coordinación (6,7,10,11,14–18,21).

Este encuadre prioriza sin medicalizar: justifica obligaciones positivas y negativas de Estados y comunidad internacional, traduce ODS-

2 a criterios operativos y estabiliza flujos de recursos, integrando lecciones de gobernanza sanitaria global sin perder la especificidad no infecciosa del fenómeno (6,7,11–13,18–21).

5.4. Implicaciones para evaluación e investigación aplicada

El enfoque de “pandemia no transmisible” demanda: (a) protocolos y umbrales de alerta comparables con análisis de sensibilidad por región y estructura productiva; (b) evaluación de beneficios en salud, educación y productividad; (c) estimaciones de costo-efectividad de paquetes integrados según nivel de implementación; y (d) validación empírica de los umbrales y de su desempeño bajo choques climáticos, conflictividad y crisis macroeconómica, apoyándose en las series SOFI/GRFC y en marcos de gobernanza para asegurar interoperabilidad de datos y desembolsos automáticos cuando se superen los umbrales acordados (6,7,13–21).

6. Conclusiones, limitaciones y agenda para investigación y política

6.1. Conclusiones

El hambre crónica satisface seis condiciones neutrales al agente para su tratamiento como pandemia no transmisible: (1) extensión transnacional sostenida (2), carga de enfermedad elevada —directa e indirecta— (3), disrupción socioeconómica significativa (4), necesidad de coordinación internacional específica y prolongada (5), externalidades transfronterizas y (6) requerimientos de gobernanza y financiación multilaterales estables y predecibles (4–7,18–21). La articulación Twaddle–Engel permite operacionalizar el diagnóstico y la respuesta en las tres dimensiones —*disease, illness, sickness*—, asignando indicadores y paquetes de intervención con mayor coherencia y reduciendo abordajes fragmentados (8,9,14–17). El encuadre pandémico neutral al agente no trivializa el término ni “medicaliza” la

pobreza; desplaza el foco a obligaciones institucionales y de justicia, justifica mecanismos financieros contracíclicos y estables, y demanda vigilancia integrada con umbrales comparables y coordinación interagencial basada en derechos (6,7,10–13,18–21). Esta reconceptualización se alinea con ODS-2/Agenda 2030 al traducir su horizonte programático en criterios operativos de alerta, coordinación y financiación: vincular emaciación/anemia (*disease*), inseguridad alimentaria severa (*illness*) y cobertura de protección social/estabilidad de precios (*sickness*) a umbrales de activación facilita una gobernanza previsor y proporcional a la carga (6,7,10–12,14–17).

6.2. Limitaciones

El estudio es conceptual y normativo; se apoya en evidencia secundaria sujeta a revisiones metodológicas y actualizaciones de series institucionales (6,7). Los umbrales propuestos son tentativos y requieren validación empírica y calibración regional, considerando disponibilidad/calidad de datos y estacionalidad (6,7,14–17). La cobertura de determinantes (clima, conflicto, *shocks* financieros, estructura productiva y dependencia de importaciones) es necesariamente parcial; los marcos ecosociales y sindémicos orientan futuras extensiones analíticas (4,5,13).

6.3. Agenda para investigación y política

1. Validar empíricamente umbrales comparables en las tres dimensiones (*disease/illness/sickness*) y su capacidad para gatillar respuestas y desembolsos contracíclicos (6,7,14–17,18–21).
2. Desarrollar vigilancia integrada con tableros interoperables que combinen indicadores clínicos, experienciales e institucionales; acordar estándares de datos y reglas de activación/desactivación (6,7,13,18–21).
3. Evaluar costo-efectividad e implementación de paquetes multinivel (comunitario, nacional, global) y sus co-beneficios en salud, educación y productividad (6,7,14–17).

4. Diseñar arquitectura de gobernanza y financiación estable: fondos contracíclicos, ventanas contingentes y mandatos claros para coordinación interagencial, inspirándose en lecciones del derecho y la seguridad sanitarios, adaptadas a seguridad alimentaria y nutricional (18–21).

Referencias

1. World Food Programme. WFP Chief warns of hunger pandemic as COVID-19 spreads: Statement to the UN Security Council. Rome: World Food Programme; 2020. Disponible en: <https://www.wfp.org/news/wfp-chief-warns-hunger-pandemic-covid-19-spreads-statement-un-security-council>
2. United Nations Secretary-General. Highlight 21 April 2020: Secretary-General's remarks to the Security Council on the protection of civilians affected by conflict-induced hunger. New York: United Nations; 2020. Disponible en: <https://www.un.org/sg/en/content/highlight/2020-04-21.html>
3. Reuters. UN food agency warns of deepening hunger crisis as funding falls short. *Reuters*. 2025. Disponible en: <https://www.reuters.com/world/un-food-agency-warns-deepening-hunger-crisis-funding-falls-short-2025-11-18/>
4. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020; 396(10255):874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
5. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019; 393(10173):791–846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
6. Food and Agriculture Organization (FAO); International Fund for Agricultural Development (IFAD); United Nations Children's Fund (UNICEF); World Food Programme (WFP); World Health Organization (WHO). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2025*. Rome: FAO; 2025. Disponible en: <https://www.fao.org/publications/sofi>
7. Food Security Information Network (FSIN); Global Network Against Food Crises (GNAFC). *Global Report on Food Crises 2025*. Rome/Brussels: FSIN/GNAFC; 2025. Disponible en: <https://www.fsinplatform.org/grfc-2025-september-update>
8. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos*. 2002; 27(6):651–673. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286):129–36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
10. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Derecho a la alimentación (Internet). Roma: FAO; [citado 25 nov 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/right-to-food/en>

11. Powers M, Faden R. *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2021. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195375138.001.0001>
12. United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/3923923?v=pdf>
13. Krieger N. *Ecosocial Theory, Embodied Truths, and the People's Health*. New York: Oxford University Press; 2021. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197510728.001.0001>
14. Black RE, Victora CG, Walker SP. Maternal and child undernutrition and overweight in low- and middle-income countries. *Lancet*. 2013; 382(9890):427–51. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
15. Victora CG, Christian P, Vdaletti LP, Gatica-Domínguez G, Menon P, Black RE. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. *Lancet*. 2021; 397(10292):1984–2001. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9)
16. World Health Organization (WHO). *Guideline on complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Nutrición (Internet). Nueva York: UNICEF; [citado 25 nov 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/nutrition>
18. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med*. 2013; 368(10):936–42. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1109339>
19. Gostin LO, Katz R. The International Health Regulations: The governing framework for global health security. *JAMA*. 2016; 316(15):1543–4. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12186>
20. World Health Organization. *International Health Regulations (2005): as amended in 2014, 2022 and 2024*. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf
21. Global Preparedness Monitoring Board. *The New Face of Pandemic Preparedness: 2025 GPMB report*. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: <https://www.gpmb.org/reports/report-2025>


Global Hunger as a Non-Communicable Pandemic An Agent-Neutral. Reconceptualization via Twaddle's Triad and the Biopsychosocial Model

El hambre mundial como pandemia no transmisible: reconstrucción conceptual neutral al agente desde la tríada de Twaddle y el modelo biopsicosocial

*Israel Huerta Castillo**

Universidad de Santiago de Compostela

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.05>

* Researcher at the Faculty of Philosophy, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain. Email: israel.huerta@rai.usc.es ORCID record: 

Received:
10.27.2025

Sent for review:
10.27.2025

Accepted:
12.09.2025

Published:
04.02.2026

CÓMO CITAR: Huerta Castillo, I. (2026). Global Hunger as a Non-Communicable Pandemic An Agent-Neutral. Reconceptualization via Twaddle's Triad and the Biopsychosocial Model. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.05>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

Abstract

This article examines whether chronic hunger meets agent-neutral criteria for treatment as a non-communicable pandemic in global health. It integrates Twaddle's disease–illness–sickness triad with Engel's biopsychosocial model and operationalizes “pandemic” using six criteria (transnational spread, high burden, socioeconomic disruption, international coordination, externalities, and stable governance/funding). An explicit bioethical anchor is incorporated: right to food, distributive justice, structural non-maleficence, solidarity, and intergenerational responsibility. Verification is based on recent institutional evidence and literature on population nutrition, social determinants, syndemics, and governance. Multilevel packages (community, national, global) with countercyclical financing and integrated surveillance are derived, and objections (dilution, medicalization, terminology, thresholds) are addressed. The proposal is linked to SDG-2 and the 2030 Agenda. It is concluded that the agent-neutral pandemic framework does not dilute the term but rather refines it for decision-making when the burden and disruption so require.

Keywords: bioethics, food insecurity, syndemics, health justice, governance.

1. Introduction

The expression “hunger pandemic” has been used by officials from international organizations and leading media outlets, especially since 2020, with rhetorical or programmatic value to underscore the magnitude and urgency of the phenomenon (1–3). This paper, however, proposes a conceptual and operational reconstruction of “pandemic” in a neutral sense with respect to the agent: six aggregate criteria are specified —sustained transnational spread, high disease burden (direct and indirect), significant socioeconomic disruption, need for specific and prolonged international coordination, cross-border externalities, and stable governance/financing requirements— that

allow for the prioritization, coordination, and financing of sustained responses without confusing this framework with the logic of infectious outbreaks. The syndemic approach —reintroduced into the discussion by Horton at the onset of COVID-19— reinforces the focus on biological-social interactions in contexts of deprivation and conflict, and recent reviews consolidate it as a guide for multilevel interventions (4,5).

The empirical motivation is well known and still relevant. The most recent edition of *The State of Food Security and Nutrition in the World* (SOFI 2025) estimates that between 745 and 783 million people suffered from hunger in 2024 (midpoint: 764 million), levels still above those prior to COVID-19 (6). In turn, the *Global Report on Food Crises 2025* documents that 281.6 million people faced acute food insecurity in 2024 in 59 countries/territories, with 705,000 in Catastrophe/Phase 5 (7). These updated series justify the conceptual clarification and institutional design effort proposed here.

On this basis, this manuscript analyzes whether chronic hunger can be conceptualized and treated as a non-communicable pandemic in an agent-neutral sense. The thesis is articulated with two consolidated frameworks in the philosophy of medicine: (i) Andrew Twaddle’s disease–illness–sickness triad, developed and clarified in subsequent works (8), which analytically distinguishes biological pathology, subjective experience, and social-institutional inscription; and (ii) George L. Engel’s biopsychosocial model, which integrates levels of explanation and intervention without reducing the social to the biological or vice versa. (9) The added twist is based on an explicit bioethical anchor: the right to food (FAO Guidelines and, complementarily, the CFS *Voluntary Guidelines on Food Systems and Nutrition*), distributive justice, structural non-maleficence, solidarity, and inter-generational responsibility (10,11,13). In *disease*, hunger is expressed in biomarkers and clinical outcomes (protein-energy malnutrition, anemia, micronutrient deficiencies, BMI below thresholds) and in its short- and long-term consequences; In *illness*, the subjective experience of food deprivation (stress, coping, stigma) is examined;

and in *sickness*, the roles, norms, and institutional mechanisms that determine access to rights, eligibility, and the configuration of food and social protection systems are analyzed (6,7,10,13). This mapping avoids confusing hunger (experience/structure), malnutrition (biological category), and food insecurity (access/household stability) and allows interventions to be assigned to the appropriate dimension. Overall, the proposed reconstruction does not replace classical epidemiology focused on contagion; it complements it when the decisive criterion is burden and disruption and when the causative agent is not biological or is not transmitted by contact, aligning coordination with SDG-2 (Zero Hunger) and the 2030 Agenda (6,7,12).

2. Methodology and scope

2.1. Analytical approach and strategy

What is presented here is a conceptual study in the philosophy of medicine and bioethics with a normative purpose aimed at global health governance (8,9,11,13,18–20). The objective is to reformulate the category “pandemic” in a neutral sense with regard to the agent and with operational criteria, and to apply it to the case of chronic hunger by integrating the triad of disease–illness–sickness (Twaddle) and the biopsychosocial model (Engel) (8,9). The argument is based on secondary evidence (institutional reports and databases; thematic reviews; peer-reviewed literature), prioritizing sources with methodological traceability, global coverage, and updated series (SOFI 2025; GRFC 2025) (6,7). From a bioethical perspective, the right to food (FAO Voluntary Guidelines), frameworks of health justice, solidarity, and intergenerational responsibility are incorporated (10,11,13).

2.2. Sources and selection of evidence

Institutional sources: priority is given to reports with temporal continuity and explicit methodology:

- A) SOFI 2025 (FAO/IFAD/UNICEF/WFP/WHO) for hunger, food insecurity, and malnutrition (6).
- B) GRFC 2025 (FSIN/GNAFC) for acute food insecurity, IPC methods, and hotspots (7).
- C) WFP communications documenting the rhetorical-programmatic use of “hunger pandemic” and the operational dimension of the response (1,3).

Academic sources: for syndemics and their conceptual relevance, Horton and *The Lancet* Commission are considered (4,5); for social determinants and eco-social frameworks, established public health references (13); for maternal and child nutrition and population intervention packages, syntheses and reference guides (14–17); for governance and international health law, analysis of architecture, mandates, and coordinated standards (18–21).

2.3. Criteria and steps of the analysis

Conceptual clarification of “pandemic” and formulation of six agent-neutral criteria: (i) sustained transnational spread; (ii) disease burden (direct/indirect); (iii) socioeconomic disruption; (iv) need for specific and prolonged international coordination; (v) cross-border externalities; and (vi) stable governance/financing requirements (4,5,18–21).

Twaddle–Engel hunger mapping: assignment of indicators, experiences, and institutional arrangements to *disease, illness, sickness*, and derivation of interventions by dimension and level with support from nutrition literature and integrated programs (6,7,8,9,14–17).

Verification of compliance with the six criteria on hunger through institutional metrics and syntheses (SOFI 2025; GRFC 2025) and recent communications (1,3,6,7,21).

Discussion of objections (dilution, medicalization, terminology, thresholds) and normative derivation for institutional design, integrated surveillance, and countercyclical financing, situated within global health governance frameworks (11,13,18–21).

2.4. Scope, validity, ethical considerations, and limitations

Scope: no meta-analyses or original estimates are performed; figures are used to illustrate trends and burdens and to argue for the need for sustained coordination (6,7).

Validity: the strength of the argument is based on definitional clarity, inferential consistency, and compatibility with public health evidence standards and bioethical frameworks in global health (5,11,13,18–21).

Ethics: study without human or animal participation (exclusive use of public sources); the bioethical dimension is explicitly integrated (rights, justice, structural non-maleficence, solidarity, and intergenerational responsibility) to evaluate global health governance obligations (10,11,13).

Limitations: dependence on secondary sources; sensitivity to methodological revisions in global reports; need to empirically validate tentative thresholds (regional comparability, data availability/quality) and refine interoperable standards for surveillance and financial activation (6,7,14–17).

3. Theoretical framework

3.1. From the biomedical model to the biopsychosocial approach

The biomedical model has been decisive in identifying physiological mechanisms and supporting clinical interventions; however, it is insufficient for multicausal and sustained phenomena such as chronic hunger, whose etiology and course depend on biological, psychological, and social determinants. (9,13,14) Engel's biopsychosocial model

integrates these levels and enables operational bridges between primary care, clinical and population nutrition, education, and social protection policies (transfers, soup kitchens, price regulation, and food systems), reducing the risk of reductionism and improving intersectoral coordination (9,14–17). This approach is consistent with the literature on social inequalities in health and eco-social frameworks, which document how social structure, life trajectories, and material contexts translate into systematic gradients of health and vulnerability (13).

3.2. *Disease–illness–sickness triad (Twaddle)*

The triad distinguishes three analytical levels: *disease* (biological and functional alterations; for example, emaciation, stunted growth, anemia), *illness* (subjective experience and its psychosocial burden: anxiety about food availability, coping, stigma), and *sickness* (institutional roles and norms that mediate recognition, eligibility, and access to rights) (8). Applied to hunger, this mapping clarifies the assignment of indicators (biomarkers, food insecurity scales, social protection metrics) and intervention packages differentiated by dimension: nutritional therapies, fortification, and supplementation in *disease*; psychosocial support, food education, and school canteens in *illness*; and social protection, strategic reserves, price stabilizers, and multilateral coordination in *sickness* (6,7,10,11,14–17). The proposal converges with international syntheses that define integrated intervention packages in maternal and child nutrition and public health (14–17).

3.3. *Conceptual clarification: hunger, malnutrition, food insecurity*

To avoid overlapping, a distinction is made between hunger (experience and structure of deprivation), malnutrition (biological category that includes undernutrition and excess), and food insecurity (condition of access/stability at the household level) (6,10,17). When comparable indicators are required, malnutrition provides biomarkers

(e.g., wasting, stunting, anemia) (14–16) and food insecurity provides metrics of household access and stability (6,7,17); hunger operates as an integrating category that requires coordination and a rights-based approach (10–12). This distinction improves the allocation of interventions by dimension and the comparability of surveillance and evaluation.

3.4. Reconstruction of “pandemic” with agent-neutral criteria

The traditional definition of “pandemic” privileges biological transmissibility, partly codified by global health security regulations and frameworks (18–20). For the purposes of prioritization and financing in global health, we propose an agent-neutral approach based on six cumulative criteria: (1) sustained transnational spread (2); high burden (direct and indirect); (3) significant socioeconomic disruption (4); need for specific and prolonged international coordination (5); cross-border externalities; and (6) stable governance/funding requirements (4,5,18–21). The notion of syndemic helps contextualize biological-social interaction in contexts of deprivation and conflict, justifying integrated packages without reducing poverty to “pathology” (4,5,13,14). To implement these criteria in mandates, surveillance, and financial mechanisms, the literature on global health governance and international health law offers guidelines on institutional design, data interoperability, and predictable financing (18–21).

3.5. Bioethical framework: rights, principles, and responsibility

The agent-neutral pandemic framework requires an explicit bioethical anchor:

Rights and obligations: the right to adequate food and *entitlements* impose positive and negative duties on states and the international community (availability, access, adequacy, stability) and are reflected in the *sickness* pillar as enforceable institutional obligations (10–12).

Principles applied to structures: justice (distributive and recognition), structural non-maleficence (avoiding foreseeable harm resulting

from trade, pricing, or social protection decisions), public beneficence, and solidarity (transnational cooperation and intergenerational responsibility) guide the decision-making architecture (11,13).

Ethical justification for coordination: the syndemic reading reinforces the legitimacy of integrated packages (health–nutrition–social protection–education) and countercyclical mechanisms that prevent “peak fatigue” and ensure continuity in chronic contexts (4,5,11,13,18–21).

Global health governance: integrated surveillance standards, activation thresholds, and predictable funding aligned with SDG-2 are derived from robust governance frameworks and international health law (6,7,12,18–21).

4. Applied analysis: hunger and the triad of disease–illness–sickness

4.1. Disease dimension (biological and clinical)

In *disease*, hunger is expressed in measurable somatic alterations: acute malnutrition (emaciation), chronic malnutrition (stunting), underweight, anemia, and micronutrient deficiencies (6,7,14–16). Consolidated operational indicators include weight-for-height and height-for-age z-scores, prevalence of anemia (Hb < 11 g/dL in children aged 6–59 months; < 12 g/dL in women aged 15–49 years), and specific deficiencies (e.g., vitamin A) (14–16). The response with the strongest empirical support combines integrated management of acute malnutrition (RUTF), micronutrient fortification and supplementation, and strengthening of primary care (14–17). Tentative operational thresholds for high priority: wasting (6–59 months) $\geq 5\%$ nationally or regionally sustained ≥ 2 years, or $\geq 10\%$ in subnational hotspots; stunting $\geq 20\%$ nationally or upward trend ≥ 3 p. p. in 5 years; anemia in women aged 15–49 years $\geq 30\%$. These thresholds are inspired by classifications and ranges used in SOFI and in population nutrition programmatic frameworks (6,7,14–16).

4.2. *Illness dimension (experience and mental health)*

Illness captures the subjective experience of food insecurity: anticipatory anxiety, negative coping strategies (e.g., skipping meals), stigma, and chronic stress, with known effects on mental health and executive functions that impact therapeutic adherence, school performance, and productivity (6,10,11,13,17). Instrumentally, household food insecurity scales allow experiential trajectories to be linked to biomarkers; their integration with clinical measurements favors a non-reductionist reading (6,7,14–17). Tentative thresholds for activating non-clinical responses with clinical and social impact: severe food insecurity $\geq 15\%$ nationally (or $\geq 25\%$ in subpopulations) maintained for ≥ 2 years; self-reported reduction in rations $\geq 20\%$ of households for ≥ 12 months (6,7,17).

4.3. *Dimension of sickness (roles, norms, and institutions)*

Sickness addresses the institutional arrangements that mediate access to rights and resources: effective social protection coverage, strategic food reserves, price stabilizers, trade rules, and budgetary predictability (6,7,10–12). The literature on social determinants and eco-social frameworks documents gradients of class, gender, and territory; in syndemic contexts, hunger interacts with infectious and noncommunicable diseases, as well as with climatic and economic shocks, amplifying impacts (5,7,13–15). Operationally, interagency coordination and international health law arrangements offer lessons on surveillance, alerts, and financing: systems interoperability, reporting standards, and countercyclical funds (18–21). Tentative thresholds (*sickness*): effective social protection coverage $< 30\%$ of the poor population and/or transfers without 12-month budget predictability; volatility of staple food prices $> 20\%$ year-on-year with transmission to low-income households for ≥ 2 quarters; reserve deficit (capacity < 3 months of basic consumption) or sustained trade restrictions with risk of shortages (6,7,18–21).

4.4. Verification of the six “pandemic” criteria (agent-neutral)

Sustained transnational spread: severe food insecurity and malnutrition coexist in multiple regions with multi-year persistence and pockets of high severity (6,7).

High disease burden (direct/indirect): malnutrition contributes to mortality and DALYs through interaction with infections and long-term effects on development and productivity (14–16).

Significant socioeconomic disruption: impacts on productivity, human capital, and social cohesion, with peaks associated with conflict, climate shocks, and cost-of-living crises, as illustrated by recent communications and warnings from specialized agencies (1–3,6,7,21).

Need for specific and sustained international coordination: cross-border logistics, surveillance interoperability, and multilateral financing require clear mandates and governance architecture (6,7,18–21).

Cross-border externalities: volatility in international prices and forced displacement with regional spillovers (6,7,18–21).

Stable and predictable multilateral governance and financing: countercyclical and predictable mechanisms are warranted to avoid cycles of “peak fatigue” and ad hoc responses (18–21).

Table 1. Twaddle mapping applied to global hunger

Criterion	Suggested Threshold	Reason
Disease	5% > emaciation (nationwide) at 2 years or 10% in outbreaks; 20% growth retardation	SOFI series and severity classifications [6,10,11]
Illness	Severe insecurity \geq 15% nationally and 10% regionally; growth slowdown \geq 20%.	SOFI home modules; literature [6,10,11]
Sickness	Severe insecurity \geq 15% nationally \geq 220% reduction in rations \geq 20% of households \geq households \geq 12 months	SOFI marking modules; program literature [6,10,11]
Coordination	Social protection <30% >volatility \geq 200% 2 months, lack of surveillance interoperability	GRFC 2024; governance reserves

Source: prepared by author.

Table 2. Tentative signals/thresholds for “pandemic” activation

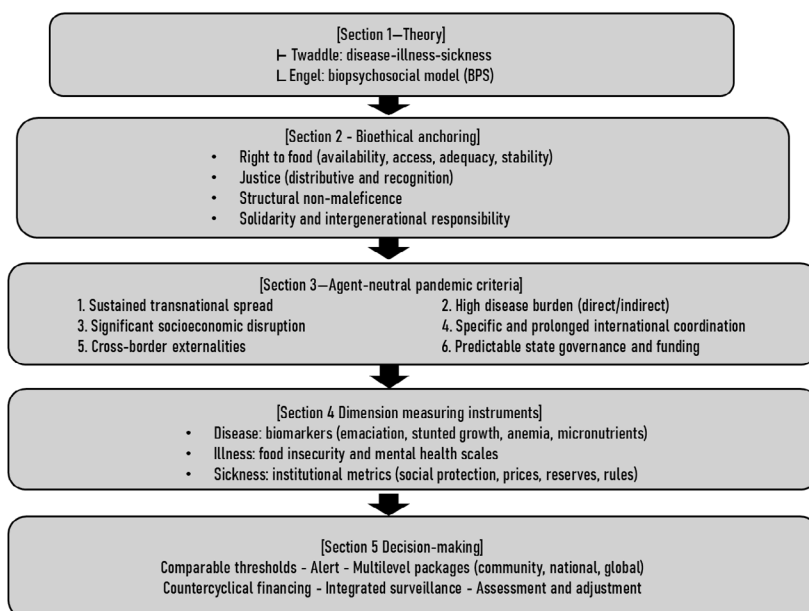
Dimension	Illustrative indicators	Priority interventions	Key sources
Disease	Wasting, stunting, anemia, micronutrient deficiency	RUTI; management of acute malnutrition; fortification; supplementation; PHC	SOFI 2024 [6]
Illness	severe food insecurity, stress, stigma	Transfer; school canteens; psychosocial support; nutrition education	SOFI 2024 [6]
Sickness	Social protection coverage; price volatility; reserves	Social protection; regulation; reserves; multilateral coordination	GRFC 2024; governance [7,11-13]

Source: prepared by author.

Table 3. Integrated intervention guide by entry points

Inputs (Signals)	Response Package	Expected Outcomes	References
Wasting \geq 5%; severe food insecurity $>$ 15%	RUTF; APS; safe water; psychosocial support; school feeding programs	\downarrow mobility; \downarrow stress; \uparrow adherence	[6,10,11]
Volatility $>$ 20%; social protection coverage $<$ 30%	Predictable transfers; reserves; price regulation	\uparrow resilience; stabilization of access	[7,6]
Lack of predictable financing; surveillance gaps	Countercyclical fund; common standards; logistics interoperability	\downarrow recurrence of crises; \downarrow response times	[11–13,1,2]

Source: prepared by author.

Figure 1. Bioethical-health operationalization diagram

Source: prepared by author.

Twaddle–Engel mapping allows indicators and intervention packages to be assigned by dimension, avoiding fragmented solutions (8,9,14–17). Tentative thresholds translate the six *agent-neutral* criteria into verifiable signals, opening the door to warning mechanisms and predictable funding (6,7,14–17,18–21). The literature on social determinants and syndemics justifies the emphasis on interaction between levels, while governance studies guide the institutionalization of coordination and surveillance (4,5,13,18–21). Taken together, verification of the six criteria places chronic hunger among the problems that justify its treatment as a “non-communicable pandemic” in an agent-neutral sense, without diluting the specificity of infectious pandemics (4,5,18–21).

5. Discussion: similarities and differences; objections; bioethical and policy implications

5.1. Similarities and differences with infectious pandemics

Chronic hunger and infectious pandemics share four decisive features for collective action: (i) transnational presence with multi-year persistence, (ii) high disease burden—direct and indirect mortality and DALYs—(iii) sustained socioeconomic disruption to productivity, human capital, and social cohesion, and (iv) the need for stable international coordination over time (4–7,13–15,18–21). However, they differ in three aspects: (a) absence of biological contagion, (b) chronicity of the phenomenon with cyclical oscillations rather than acute peaks, and (c) lower media and political salience compared to highly transmissible epidemic shocks (3,4,18–21). Under agent-neutral criteria, these differences do not invalidate the pandemic framework; rather, they require a response regime adapted to persistence and structures (integrated surveillance, comparable thresholds, countercyclical financing, and multilevel governance), learning from global health architecture without uncritically transferring logic designed for pathogens (18–21).

5.2. Conceptual objections and responses

“Dilution” of the term pandemic: this is avoided by requiring six cumulative criteria and operational thresholds, restricting the scope to problems with extremely high impact and verifiable cross-border externalities (4–7,18–21).

“Medicalization” of poverty: the disease–illness–sickness triad (Twaddle) and the biopsychosocial model (Engel) shift the focus toward institutional and system design obligations (social protection, price stabilization, reserves, rules), along with clinical and psychosocial interventions, avoiding reducing hunger to an exclusively biomedical problem (8,9,11,13–17).

Terminological confusion: the distinction between hunger (experience/structure), malnutrition (biological category), and food insecurity (access/stability at the household level) assigns indicators and responsibilities at the correct level and improves comparability in monitoring and evaluation (6,7,10,17).

Absence of thresholds: verifiable signals by dimension (Tables 2–3) and their multicenter empirical validation are proposed, combining clinical, experiential, and institutional metrics and anchoring them in predictable governance and financing standards (6,7,14–17,18–21).

5.3. Bioethical and public policy implications

From the perspective of global health bioethics, recognizing chronic hunger as a noncommunicable pandemic neutral to the agent requires aligning three levels:

- (i) Rights and principles: the right to adequate food, justice (distributive and recognition), structural nonmaleficence (avoiding foreseeable harm resulting from trade, pricing, or social protection decisions), solidarity, and intergenerational responsibility (10–13).
- (ii) Institutional design: integrated surveillance with clinical, experiential, and institutional indicators; comparable thresholds for triggering alerts and disbursements; countercyclical and predictable financing that breaks the cycles of “peak-fatigue” between crises and demobilization (6,7,14–17,18–21).
- (iii) Multilevel packages (community, national, global): combination of RUTF and malnutrition management, predictable cash transfers, school meals, psychosocial support, and nutrition education, along with strategic reserves, price stabilizers, and multilateral coordination mechanisms (6,7,10,11,14–18,21).

This framework prioritizes without medicalizing: it justifies positive and negative obligations of States and the international community,

translates SDG-2 into operational criteria, and stabilizes resource flows, integrating lessons from global health governance without losing sight of the non-infectious nature of the phenomenon (6,7,11–13,18–21).

5.4. Implications for evaluation and applied research

The “non-communicable pandemic” approach requires: (a) comparable protocols and alert thresholds with sensitivity analyses by region and productive structure; (b) evaluation of benefits in health, education, and productivity; (c) cost-effectiveness estimates of integrated packages according to level of implementation; and (d) empirical validation of thresholds and their performance under climate shocks, conflict, and macroeconomic crisis, relying on SOFI/GRFC series and governance frameworks to ensure data interoperability and automatic disbursements when agreed thresholds are exceeded (6,7,13–21).

6. Conclusions, limitations, and agenda for research and policy

6.1. Conclusions

Chronic hunger meets six agent-neutral conditions for treatment as a noncommunicable pandemic: (1) sustained transnational spread (2), high disease burden—direct and indirect—(3), significant socioeconomic disruption (4), need for specific and prolonged international coordination (5), cross-border externalities, and (6) requirements for stable and predictable multilateral governance and financing (4–7,18–21). The Twaddle–Engel framework allows for the operationalization of diagnosis and response in three dimensions—*disease, illness, sickness*—by assigning indicators and intervention packages with greater consistency and reducing fragmented approaches (8,9,14–17). The agent-neutral pandemic framework does not trivialize the term or “medicalize” poverty; it shifts the focus to

institutional and justice obligations, justifies countercyclical and stable financial mechanisms, and calls for integrated surveillance with comparable thresholds and rights-based interagency coordination (6,7,10–13,18–21). This reconceptualization aligns with SDG-2/Agenda 2030 by translating its programmatic horizon into operational criteria for alert, coordination, and financing: linking wasting/anemia (disease), severe food insecurity (illness), and social protection coverage/price stability (sickness) to activation thresholds facilitates forward-looking governance that is proportional to the burden (6,7,10–12,14–17).

6.2. Limitations

The study is conceptual and normative; it is based on secondary evidence subject to methodological reviews and updates of institutional series (6,7). The proposed thresholds are tentative and require empirical validation and regional calibration, considering data availability/quality and seasonality (6,7,14–17). The coverage of determinants (climate, conflict, financial shocks, productive structure, and import dependency) is necessarily partial; eco-social and syndemic frameworks guide future analytical extensions (4,5,13).

6.3. Research and policy agenda

1. Empirically validate comparable thresholds in the three dimensions (disease/illness/sickness) and their capacity to trigger countercyclical responses and disbursements (6,7,14–17,18–21).
2. Develop integrated surveillance with interoperable dashboards that combine clinical, experiential, and institutional indicators; agree on data standards and activation/deactivation rules (6,7,13,18–21).
3. Evaluate the cost-effectiveness and implementation of multi-level packages (community, national, global) and their co-benefits in health, education, and productivity (6,7,14–17).

4. Design stable governance and financing architecture: counter-cyclical funds, contingency windows, and clear mandates for interagency coordination, drawing on lessons from health law and security, adapted to food and nutrition security (18–21).

References

1. World Food Programme. WFP Chief warns of hunger pandemic as COVID-19 spreads: Statement to the UN Security Council. Rome: World Food Programme; 2020. Available at: <https://www.wfp.org/news/wfp-chief-warns-hunger-pandemic-covid-19-spreads-statement-un-security-council>
2. United Nations Secretary-General. Highlight 21 April 2020: Secretary-General's remarks to the Security Council on the protection of civilians affected by conflict-induced hunger. New York: United Nations; 2020. Available at: <https://www.un.org/sg/en/content/highlight/2020-04-21.html>
3. Reuters. UN food agency warns of deepening hunger crisis as funding falls short. *Reuters*. 2025. Available at: <https://www.reuters.com/world/un-food-agency-warns-deepening-hunger-crisis-funding-falls-short-2025-11-18/>
4. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020; 396(10255):874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
5. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S. The Global Syndemic of obesity, under-nutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019; 393(10173):791–846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
6. Food and Agriculture Organization (FAO); International Fund for Agricultural Development (IFAD); United Nations Children's Fund (UNICEF); World Food Programme (WFP); World Health Organization (WHO). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2025*. Rome: FAO; 2025. Available at: <https://www.fao.org/publications/sofi>
7. Food Security Information Network (FSIN); Global Network Against Food Crises (GNAFC). *Global Report on Food Crises 2025*. Rome/Brussels: FSIN/GNAFC; 2025. Available at: <https://www.fsinplatform.org/grfc-2025-september-update>
8. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos*. 2002; 27(6):651–673. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286):129–36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
10. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Derecho a la alimentación (Internet). Roma: FAO; [cited 2025 Nov 25]. Available at: <https://www.fao.org/right-to-food/en>
11. Powers M, Faden R. *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2021. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195375138.001.0001>

12. United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015. Available at: <https://digitallibrary.un.org/record/3923923?v=pdf>
13. Krieger N. *Ecosocial Theory, Embodied Truths, and the People's Health*. New York: Oxford University Press; 2021. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197510728.001.0001>
14. Black RE, Victora CG, Walker SP. Maternal and child undernutrition and overweight in low- and middle-income countries. *Lancet*. 2013; 382(9890):427–51. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
15. Victora CG, Christian P, Vidaletti LP, Gatica-Domínguez G, Menon P, Black RE. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. *Lancet*. 2021; 397(10292):1984–2001. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9)
16. World Health Organization (WHO). *Guideline on complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. Geneva: WHO; 2023. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Nutrición (Internet). Nueva York: UNICEF; [cited 2025 Nov 25]. Available at: <https://www.unicef.org/nutrition>
18. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med*. 2013; 368(10):936–42. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1109339>
19. Gostin LO, Katz R. The International Health Regulations: The governing framework for global health security. *JAMA*. 2016; 316(15):1543–4. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.14472>
20. World Health Organization. *International Health Regulations (2005): as amended in 2014, 2022 and 2024*. Geneva: World Health Organization; 2025. Available at: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf
21. Global Preparedness Monitoring Board. *The New Face of Pandemic Preparedness: 2025 GPMB report*. Geneva: World Health Organization; 2025. Available at: <https://www.gpmb.org/reports/report-2025>

La medicalización del mal moral. Crítica al discurso *bioideológico* del transhumanismo*

The Medicalization of Moral Evil. A Critique of the Bioideological Discourse of Transhumanism


Javier Rodríguez Comellas**
IES “El Brocense”, Cáceres, España

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.06>

Resumen

Entre los siglos XIX y XX, las explicaciones biológicas del ser humano desplazaron a las morales y filosóficas. El transhumanismo hereda y

* Este artículo es la modificación, revisión y ampliación de una comunicación presentada en el VII Congreso Internacional de Bioética: Nuevas Tecnologías, Bioética de Catástrofes y Democracia inclusiva con el título “La medicalización del mal moral. La discapacidad en el discurso transhumanista” (en prensa).

** Profesor de Enseñanza Secundaria de Filosofía en IES “El Brocense” (Cáceres) y Doctorando de la UNED Cáceres, Cáceres, España. Correo electrónico: jrodriguez-comellas@gmail.com ORCID record: 

Recepción:	Envío a dictamen:	Aceptación:	Publicación:
13.10.2025	13.10.2025	13.11.2025	02.04.2026

CÓMO CITAR: Rodríguez Comellas, J. (2026). La medicalización del mal moral. Crítica al discurso bioideológico del transhumanismo. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.06>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

amplifica esta tendencia al medicalizar fenómenos morales —como el mal—, reinterpretándolos como defectos genéticos susceptibles de corrección. De este modo, reactualiza la lógica eugenésica bajo un ropaje tecnocientífico. Fundado en un naturalismo radical, concibe al ser humano como un producto perfectible, aunque contradice su rechazo de una naturaleza universal al establecer estándares de mejora. Surge así una *bioideología* que sustituye el *telos* natural por un ideal de perfección ilimitada, vinculado al capacitismo y a una ontología negativa de la discapacidad. En este contexto emerge la ciudadanía biológica, que define la pertenencia social según atributos genéticos, reproduciendo desigualdades y exclusiones. Frente a ello, se propone una bioética crítica que reconozca la dignidad, la vulnerabilidad y la diversidad como fundamentos de una ciudadanía inclusiva.

Palabras clave: bioideología, discapacidad, mal moral, ciudadanía biológica.

1. Introducción

La experiencia de fracaso moral —aspirar al bien y, sin embargo, realizar aquello que uno detesta— constituye un rasgo común de la condición humana. Este conflicto interior, que atraviesa la conciencia de culpa, el remordimiento y el anhelo de redención, ha sido objeto de reflexión desde la Antigüedad. La filosofía griega lo tematizó en la noción de *akrasia*, que designa la debilidad de la razón frente a los deseos cuando el sujeto actúa contra lo que reconoce como mejor. Con el cristianismo, y de modo paradigmático en la confesión paulina — “Puesto que no hago el bien que quiero, sino que obro el mal que no quiero” (1), —¹ esta escisión se formula como una lucha

¹ Como recuerda Hannah Arendt en *La vida del espíritu* (2), el cristianismo introduce una novedad decisiva en la comprensión del conflicto moral. Mientras que en el mundo griego la *akrasia* designaba la debilidad de la razón frente a los deseos, san Pablo formula el problema como una lucha interna de la voluntad contra sí misma. Esta formulación inaugura, según Arendt, la noción moderna de “voluntad” como facultad autónoma y escindida, distinta del pensamiento y del deseo, lo que marca una ruptura respecto al planteamiento clásico.

de la voluntad contra sí misma. Aquí se inaugura, como subrayó Arendt, una comprensión específicamente cristiana y moderna de la voluntad como facultad autónoma y escindida, distinta tanto del pensamiento como del deseo. La literatura latina expresó la misma tensión en la sentencia de Catulo: “Odio y amo. ¿Por qué lo hago?, quizá lo preguntas. No lo sé, pero lo siento y me tortura” (3). Todas estas formulaciones revelan un dato antropológico constante: el ser humano está marcado por la tensión entre su orientación al bien y la persistente presencia del mal en sus actos.

El transhumanismo ha reinterpretado este fenómeno en clave biotecnológica. Bajo la premisa de que la moralidad depende de bases biológicas y neurológicas, propone intervenir en ellas mediante farmacología, ingeniería genética o neurociencia, con el objetivo de evitar el mal y promover conductas virtuosas. De este modo, el mal moral deja de entenderse como un problema ético y se transforma en un déficit clínico susceptible de corrección técnica. Este desplazamiento implica un cambio profundo en la autocomprensión del sujeto.² Como ha señalado Nikolas Rose (5), el individuo pasa a concebirse “como criatura biológica, como un yo biológico”, susceptible de optimización. Aquí situamos el núcleo *bioideológico* del transhumanismo: el proceso mediante el cual categorías biomédicas —como salud, capacidad, normalidad o rendimiento— se absolutizan y adquieren un valor normativo, pasando a definir lo que significa ser humano. En este contexto, la vida solo alcanza plena legitimidad en la medida en que se ajusta a estándares de perfección tecnocientífica.

² Tanto Jeremy Rifkin (4) como Nikolas Rose (5) coinciden en señalar que hemos entrado en una nueva época caracterizada por el protagonismo de lo biológico. Rifkin habla del “siglo de la biotecnología”, en el que los procesos vitales se convierten en “materia prima” para la industria y el mercado, y la vida misma se transforma en objeto de manipulación y mercantilización. Por su parte, Rose describe nuestro tiempo como una “biological age of the human sciences”, donde los sujetos se conciben como “criaturas biológicas”, como “yoes biológicos” o incluso como “individuos somáticos”, susceptibles de ser optimizados, gestionados y regulados mediante tecnologías biomédicas y políticas de la vida.

El propósito de este artículo es examinar críticamente cómo esta *bioideología* afecta a la concepción de la discapacidad y a la comprensión de lo humano. Para ello, se adopta un enfoque teórico-conceptual y un método analítico-crítico orientado a revisar los presupuestos éticos y antropológicos del transhumanismo. Mostraremos, en primer lugar, cómo el *telos* natural es sustituido por un ideal tecnocientífico de perfección ilimitada; en segundo lugar, cómo opera la lógica del capacitismo, que establece jerarquías de vidas en función de su grado de capacidad o salud; además, analizaremos la teoría de la tragedia personal, que presenta la discapacidad como anomalía a evitar, y la configuración de una ontología negativa, que concibe a la persona con discapacidad desde la carencia. Finalmente, abordaremos la medicalización del mal moral, que convierte la virtud en un parámetro biomédico y reduce la libertad a un problema técnico.

Frente a estas derivas, proponemos una bioética crítica capaz de reconocer la vulnerabilidad, la dependencia y la diversidad como dimensiones constitutivas de lo humano. Tal perspectiva no supone una resignación pasiva ante el sufrimiento, sino un compromiso ético: aliviar el dolor evitable sin desvalorizar la existencia de quienes lo padecen. En este sentido, defendemos la necesidad de una noción inclusiva de ciudadanía biológica que afirme la dignidad intrínseca de toda persona y que, lejos de medicalizar la existencia, haga de la fragilidad y de la interdependencia un fundamento de justicia y de igualdad.

2. Del *telos* natural al *telos* tecnocientífico

En el discurso transhumanista, el concepto de “naturaleza” se configura de manera ambivalente. Por un lado, se la concibe como un obstáculo: la naturaleza humana aparece reducida a su dimensión biológica, definida por la vulnerabilidad, la enfermedad, el envejecimiento y, en última instancia, la muerte.

Estos límites son interpretados como deficiencias que deben ser superadas a través de la biotecnología y la inteligencia artificial, en un

movimiento de rechazo a la condición finita del ser humano. Por otro lado, de manera paradójica, el mismo discurso confiere a la vida biológica un valor moral positivo. La existencia corporal no se presenta únicamente como algo a trascender, sino también como un bien que debe ser protegido, prolongado y perfeccionado. Así, la naturaleza es al mismo tiempo el límite a rebasar y la base moral sobre la cual se justifica la intervención técnica: lo natural es deficitario en tanto finito, pero valioso en tanto que soporte de la vida que merece ser conservada y optimizada.

Así, la naturaleza se asocia a lo verdadero, pero no en su forma actual, sino como un ideal proyectado hacia el futuro. El transhumanismo no pretende conservar lo dado, sino legitimar su transformación mediante el recurso a la biotecnología. En este sentido, la convergencia de las NBICS —acrónimo que designa la integración de la nanotecnología, la biotecnología, las tecnologías de la información, las ciencias cognitivas y las ciencias sociales— abre la posibilidad de alterar tanto la apariencia del cuerpo humano como su funcionamiento, superando las normas establecidas y los límites propios de la especie. En consecuencia, todos los cuerpos son considerados limitados o defectuosos, y por ello necesitados de una mejora constante que, al mismo tiempo, conduce a una redefinición del yo biológico (6).

Este movimiento dual responde a lo que Hauskeller (7) denomina la “tendencia cripto-aristotélica” del transhumanismo: una teleología implícita que, aun negando toda esencia o finalidad natural del ser humano, reproduce el esquema aristotélico de desarrollo hacia la plenitud. Bajo esta premisa, el ser humano actual es considerado incompleto o defectuoso y su perfeccionamiento se presenta como una tarea técnica. Así, se introduce un *telos* —no el posthumano como sostiene el transhumanismo, sino la optimización de la salud— como modelo normativo. El *telos* natural de la tradición aristotélica se reemplaza por uno de carácter tecnocientífico, pero permanece intacta la idea de que existe una forma “mejor” de ser humano (7).³

³ Esta interpretación se opone a la tesis de Postigo (8), la cual sostiene que existe una “desteologización de la naturaleza” (negación de que existan inclinaciones naturales).

El transhumanismo *naturaliza* el deseo de perfeccionamiento, concibiéndolo como un impulso estructural de la condición humana. La voluntad de superar el sufrimiento, prolongar la vida, eliminar la enfermedad o potenciar las capacidades cognitivas son entendidas rasgos evolutivamente asentados, cuya satisfacción se convierte en objetivo moral. Así, el deseo, en tanto que surge *naturalmente* del ser humano, pasa a ocupar una posición normativa: si deseamos mejorar, es porque mejorar es bueno. Por tanto, se produce una inversión del argumento naturalista clásico: lo natural no es valioso por ser dado, sino porque expresa un deseo de superación que merece ser realizado.

De este modo, el transhumanismo se configura como *bioideología* (9, p. 413), es decir, como una nueva forma de ideología contemporánea que asume la optimización de la vida biológica como fundamento último y criterio rector de valoración. La *bioideología* transhumanista no se limita a proponer mejoras técnicas, sino que establece un nuevo imaginario normativo en el que la manipulación y perfeccionamiento de la vida orgánica se presenta como condición necesaria para la realización plena del individuo y de la sociedad.

3. La lógica del capacitismo

El transhumanismo es una ética de “carácter naturalista” (10) que persigue mediante el uso de la biotecnología la instauración de una “era del control biológico” (11): las tecnologías ya no se limitan a curar enfermedades o potenciar capacidades, sino que también redefinen qué significa ser humano como ser biológico y aspiran, sin delimitarlo claramente, a establecer su funcionamiento óptimo. De este modo, lejos de emanciparse de lo biológico, el ser humano se vuelve aún *más* biológico (5), en la medida en que su identidad y su valor pasan a estar determinados por criterios biomédicos.

El discurso *bioideológico* del transhumanismo se configura mediante la “lógica del capacitismo” (*the logic of capacitism*) (12, 13, 14) que, por un lado, sostiene un conjunto de creencias, procesos y prácticas

que produce un tipo particular de yo y de cuerpo proyectado como perfecto; y, por otro, afirma que la deficiencia o discapacidad -independientemente de su naturaleza- es inherentemente negativa y, de presentarse la oportunidad, debe ser mejorada, curada o incluso eliminada.

De este modo, el transhumanismo configura lo que Wolbring (6) denomina una “versión transhumanizada del capacitismo” en la que los parámetros de capacidad ya no se miden en relación con los límites propios de la especie humana, sino según los estándares abiertos por las posibilidades de la mejora tecnológica. En este sentido, al defender la lógica del capacitismo, el transhumanismo acepta también su reverso: quienes no alcanzan esos estándares no son considerados sujetos con potencia a desarrollar, sino portadores de una deficiencia inherente a su propia naturaleza. No es el ser humano quien ha fallado: es su biología la que se declara inadecuada.

Asimismo, todos los cuerpos son *potencialmente* concebidos como limitados o defectuosos mientras no superen las capacidades típicas de la especie, y las intervenciones de mejora genética, cognitiva o física se erigen en el nuevo criterio de normalidad y bienestar. Tal desplazamiento genera una “brecha de capacidades” entre sujetos mejorados y no mejorados, propiciando la aparición de una nueva categoría de exclusión: los denominados “discapacitados tecno-pobres”,⁴ marginados no por un deterioro físico, sino por no acceder —o no desear acceder— a los niveles de rendimiento exigidos por el ideal transhumanista. De este modo, el transhumanismo no solo reproduce la lógica capacitista, sino que la amplifica, redefiniendo las bases mismas de la inclusión y la discriminación.

En primer lugar, esta lógica afecta a la conformación de subjetividades. La salud, entendida como “imperativo para el yo y los otros de maximizar las fuerzas y las potencialidades vitales del cuerpo vivo”, se ha convertido en un eje estructurante de las sociedades

⁴ Wolbring (6) sostiene que el discurso capacitista puede generar nuevos tipos de discapacidades, “personas con discapacidad tradicional” y “personas con discapacidad tecnológicamente pobres”.

actuales (5). Esta concepción promueve una optimización corporal que condiciona el sentido del bienestar, del éxito y de la identidad personal, vinculando el valor individual a la eficiencia biológica. Esta lógica refuerza una biopolítica que no respeta la diversidad humana, sino que la elimina en nombre de la eficiencia, la juventud o la productividad.⁵

En segundo lugar, se reconfigura el entramado social en torno a lo que Paul Rabinow (16) denominó “biosocialidad”: la articulación de la identidad y de la pertenencia colectiva a partir de rasgos biológicos compartidos -como diagnósticos, capacidades físicas o genéticas-. Esta lógica genera nuevas formas de “inclusión excluyente”, en las que el valor del individuo se mide según su funcionalidad corporal y su adecuación a los estándares de normalidad productiva.

En tercer lugar, la discapacidad se concibe desde una lógica de individualización y medicalización del cuerpo. Esto significa que las dificultades o limitaciones no se entienden como el resultado de barreras sociales o de dinámicas colectivas de exclusión, sino como fallas localizadas en el individuo, atribuibles a su biología. De este modo, el capacitismo desplaza el foco desde las estructuras sociales hacia el cuerpo “insuficiente”, legitimando tanto la intervención médica como la exclusión sistemática de quienes no cumplen con los valores considerados “capacitados”. Como señala Barnes (17), esta proliferación de valores capacitistas consolida una norma social que margina a quienes son percibidos como carentes de las competencias necesarias para participar plenamente en la vida comunitaria.

⁵ Sloterdijk (15) ha mostrado cómo la modernidad desarrolló una auténtica “ideología higienista”, entendida como la convicción de que el ser humano puede ser regenerado mediante programas sistemáticos de saneamiento y profilaxis, no solo corporal, sino también moral y social. En *Has de cambiar tu vida*, vincula este higienismo con las prácticas antropotécnicas modernas orientadas a la optimización ilimitada de la vida. La higiene se convierte en un ideal normativo que promete orden y perfección, pero que también encierra una dimensión excluyente: el impulso a depurar lo “imperfecto” o “degenerado” desemboca en políticas de control, eugenesia y biopolítica. De este modo, el higienismo funciona como una utopía de limpieza que, bajo la apariencia de cuidado y prevención, naturaliza procesos de exclusión y violencia.

Sin embargo, se advierten tres derivas que comprometen seriamente la pertinencia y la justicia del discurso:

La primera deriva puede describirse como “abstracción descontextualizada” (18). Con esta expresión se alude al recurso, frecuente en ciertos discursos filosóficos y bioéticos, de emplear figuras límite—como recién nacidos o las personas con discapacidad cognitiva— como si fueran meros casos teóricos, abstraídos de su realidad concreta. Se los convierte en ejemplos “puro-lógicos” para resolver dilemas bioéticos, ignorando que sus vidas se encuentran inmersas en redes de apoyo, en prácticas de cuidado y en formas de agencia relacional que hacen posible su participación en la comunidad. Esta operación, presentada como una neutralidad conceptual, en realidad despoja a estas personas de su contexto vital y termina por invisibilizar las condiciones sociales, materiales y afectivas que sostienen su existencia y su pertenencia a la vida moral.

Desde la filosofía de la discapacidad (17,19,13), se defiende que las limitaciones humanas no deben ser vistas como errores a eliminar, sino como parte constitutiva de la diversidad humana. La discapacidad no impide necesariamente una vida plena y significativa; puede, incluso, abrir formas alternativas de bienestar, relación y sentido.

En segundo lugar, emerge un capacitismo filosófico, que consiste en convertir la racionalidad—autonomía, productividad, coherencia lógica— en el criterio excluyente de la dignidad, relegando a quienes no se ajustan a dicha categoría. Desde esta perspectiva, el valor de las personas se mide por atributos como la autonomía, la productividad o la inteligencia, lo que reinstala jerarquías implícitas entre seres humanos. Este enfoque degrada el estatus social y político de quienes viven con discapacidad, al reducir su reconocimiento a una comparación desfavorable con un ideal normativo de capacidad. Esta concepción hunde sus raíces en los ideales modernos de racionalidad y progreso lineal, los cuales han sido criticados por su carácter excluyente y por invisibilizar formas diversas de agencia, interdependencia y vida plena.⁶

⁶ Como expone Benhabib (20), desde el siglo XVIII se ha promovido una “ceguera moral” con respecto a la experiencia y necesidades morales de las mujeres, los niños y los demás “otros no autónomos”.

Por otro lado, es necesario cuestionar la idea, presente en la lógica del capacitismo, de que una mayor capacidad de razonar, sentir o comunicarse implica una mayor dignidad, y que lo contrario disminuye el valor de la persona. Las personas poseen capacidades diversas, desarrolladas de manera distinta, y no puede justificarse que unas valgan más que otras ni que existan modos “correctos” o “incorrectos” de ejercerlas. Del mismo modo, no hay una única forma válida de razonar, de sentir o de comunicarse, sino múltiples maneras que merecen igual respeto. Además, las dificultades que enfrentan algunas personas con discapacidad para desarrollar sus capacidades no provienen solo de sus condiciones individuales, sino que a menudo son consecuencia —y casi siempre se ven agravadas— por un entorno social diseñado desde parámetros que no las tienen en cuenta, o que las consideran únicamente como sujetos carentes de plena autonomía, limitando así su acceso a bienes y recursos disponibles para los demás (21).

En tercer lugar, la aspiración a una perfección física y mental desemboca en una peligrosa medicalización de la existencia, que abre la puerta a nuevas formas de eugenesia, ahora legitimadas bajo el discurso de la libertad individual. Sin embargo, la salud y el bienestar no pueden comprenderse al margen de los contextos socioeconómicos, políticos y culturales que condicionan tanto el acceso a la atención sanitaria como los procesos mismos de enfermedad y recuperación.⁷ El transhumanismo tiende a ignorar estas dimensiones estructurales, invisibilizando cómo son precisamente tales contextos los que generan sufrimiento psíquico, exclusión y daño moral (12). En este sentido, la “tecnificación del mal” desplaza las preguntas éticas y políticas hacia un terreno biomédico y administrativo, donde prevalecen protocolos y criterios de triaje. De este modo, los interrogantes sobre la justicia, el reconocimiento y la participación quedan

⁷ En esta línea, Braidotti (22) advierte que la “ideología del fitness, la salud y la eterna juventud” avanza paralelamente al incremento de las desigualdades sociales, como la falta de acceso a la asistencia médica de amplias franjas de la población y las notables diferencias en las tasas de mortalidad entre niños y jóvenes de distintas clases sociales y grupos étnicos.

subordinados a lógicas de eficiencia y control (18). El resultado es la reducción de la discapacidad a un problema técnico a resolver, en lugar de ser entendida como una cuestión de estructura social y de inclusión moral.

Reconocer la vulnerabilidad como condición universal -aunque diversa en origen, grado y manifestación-, permite cuestionar la lógica capacitista, sustentada en la creencia de un progreso indefinido y vinculada a la idea de un sujeto autónomo, racional, independiente y siempre perfectible. La optimización de la salud establece jerarquías corporales que privilegian los cuerpos fuertes, autónomos y dominantes, mientras relega al cuerpo ‘discapacitado’ a la categoría de lo anormal, desviado e indeseable.

De este modo se consolida una división simbólica entre cuerpos “aptos” e “inaptos”, donde el sujeto con discapacidad es percibido como un otro radical: un cuerpo problemático o deficitario que debe ser corregido, rehabilitado o, en casos extremos, evitado.

4. La teoría de la tragedia personal

En la “versión transhumanizada del capacitismo” (6) la discapacidad se concibe como una “tragedia personal o familiar”, que debe evitarse a toda costa (12), en lugar de ser reconocida como una forma legítima de existencia humana. Esta mirada jerarquiza las vidas en función de la productividad o de las condiciones de salud y tiende a negar implícitamente la plena humanidad de quienes no cumplen con los estándares de excelencia funcional. El resultado son actitudes devaluadoras, humillación o incluso desprecio hacia estas personas (12), que consolidan un orden social en el que la vida con discapacidad queda situada en el umbral de lo inaceptable o lo prescindible.

En la literatura especializada se han distinguido tres modelos para comprender la discapacidad.⁸ El modelo médico concibe la dis-

⁸ Esta clasificación no es unánime. Por ejemplo, Zerega *et al.* (23) distinguen tres enfoques de discapacidad: médico, social y *crip*.

capacidad como un déficit individual derivado de cuerpos o mentes “defectuosos”, que deben ser “prevenidos” mediante tecnologías reproductivas o “corregidos” de intervenciones médicas como cirugías, tratamientos farmacológicos u otras prácticas clínicas (13). Desde esta perspectiva, la discapacidad se convierte en un problema a resolver, una anomalía que requiere corrección o, en su defecto, contención. El modelo social desplaza la atención hacia las barreras estructurales, culturales y físicas que impiden la participación plena: no es el cuerpo lo que discapacita, sino el entorno.⁹ Finalmente, el modelo biopsicosocial busca integrar ambas dimensiones, reconociendo las limitaciones corporales, pero contextualizándolas en factores psicológicos, sociales y ambientales.

El discurso *bioideológico* del transhumanismo retoma y amplifica el modelo médico al interpretar las limitaciones funcionales como fallos biológicos que deben corregirse o eliminarse. De esta manera, no solo se ignoran los modelos sociales y críticos, sino que también se niega la vulnerabilidad como dimensión constitutiva de lo humano, poniendo en riesgo la diversidad corporal.

El modelo médico, de carácter “rehabilitador”, clasifica y corrige los cuerpos según lo que “pueden” o “no pueden” hacer, interpretando la discapacidad como una tragedia personal, una condición que se debe ser corregida -aunque no siempre pueda curarse-, y que debe ser intervenida a través de las industrias de la rehabilitación y de la medicina (14,24).

Este planteamiento descansa en dos presupuestos, uno negativo y otro positivo. Por un lado, el reconocimiento de que la vida humana nunca alcanza una autosuficiencia plena, ya que su existencia es vulnerable y relacional. Pero, por otro lado, se sustenta en una premisa de raíz moderna: la idea de que existen ciertas capacidades consideradas intrínsecamente valiosas —como la autonomía o la

⁹ Por ejemplo, no es el hecho de no poder caminar lo que me impide participar en la sociedad —como entrar a un edificio para tomar una clase, asistir a una reunión o ir a trabajar—, sino el hecho de que el edificio tenga escaleras en lugar de rampas o que el ascensor no funcione hoy.

funcionalidad—, que deben poseerse, conservarse o adquirirse. Así, el *capacitismo* se convierte en un requisito del progreso, al identificar el valor de la persona con su grado de competencia, eficacia o independencia dentro del marco de una lógica productiva y competitiva.

Frente a ello, es preciso reivindicar la dimensión corporal de la identidad humana: no podemos conocer la existencia sin estar arraigados en nuestros cuerpos. Pensar el cuerpo desde la lógica capacitista es pensarse y pensar al otro desde la deficiencia, como simplemente materia fuera de lugar que necesita ser descartada, o al menos limpiada (19). La persona discapacitada no puede ser pensada desde la negatividad.

Como recuerdan Nussbaum (24) y Campbell (19), todos los seres humanos son virtualmente discapacitados en un doble sentido; por un lado, en el sentido de que los valores de los “cuerpos capacitados” son intrínsecamente imposibles de encarnar por completo y, por otro lado, en el sentido de que el estatus de los cuerpos capacitados es siempre temporal, siendo la discapacidad aquella categoría identitaria que todas las personas encarnarán si viven lo suficiente y con la que han venido a este mundo.¹⁰

5. Ontología negativa

La concepción de la discapacidad como “tragedia personal” configura un estado existencial indeseable, en el que la persona discapacitada es reafirmada en su condición de “otro” ontológicamente inferior.

¹⁰ La teoría de las capacidades de Nussbaum constituye un avance respecto al contractualismo rawlsiano, pues incluye a las personas con discapacidad en el marco de la justicia. No obstante, como advierte Cuenca (21), su planteamiento no es plenamente inclusivo: al fijar un umbral mínimo de capacidades universales corre el riesgo de dejar fuera a quienes no lo alcanzan, reproduciendo de forma indirecta un modelo de normalidad. Desde la crítica aquí desarrollada, ello muestra cómo incluso enfoques sensibles a la discapacidad pueden seguir apoyándose en una lógica capacitista, al vincular la dignidad y la pertenencia a estándares de capacidad previamente definidos.

Sin embargo, no toda diversidad funcional resulta discapacitante en todos los contextos: muchas formas de discapacidad son generadas directamente por las propias dinámicas sociales (25,24).

Campbell (14) ha subrayado que, mientras la discapacidad siga articulándose dentro de una “ontología negativa”, será imposible concebir al sujeto discapacitado como un agente *pleno, deseante o positivo*. Esta ontología de la carencia define a la persona con discapacidad a partir de lo que le falta, impidiendo reconocerla como sujeto moral completo. Por otro lado, se define su identidad en referencia a lo que no son, les categoriza como los “otros” de la razón (20). Desde esta perspectiva, se le considera un “menor de edad” permanente, condenado a una especie de “ciudadanía devaluada” (26). Aquellos que no son capaces de cumplir los ideales del “capacitismo” —auto-suficiencia, eficacia, autonomía—, son calificados como desviados por su incapacidad para asumir los roles que la sociedad les impone.

Esta “ideología de la normalidad”¹¹ no solo define a las personas con discapacidad por sus carencias —su falta, déficit, desviación o ausencia—, sino que, simultáneamente, refuerza la imagen de *incompletud* de quienes no presentan tales condiciones, igualándolos implícitamente con los “normales” (26, p. 99). Esta lógica reproduce una jerarquía de cuerpos y capacidades donde solo algunos sujetos son reconocidos plenamente como ciudadanos y personas.

Por el contrario, sostenemos que la autonomía debe entenderse en clave relacional, pues incluso “capacidades” centrales como la reciprocidad, la responsabilidad o la autenticidad pueden ejercerse con apoyos (27). La cooperación no disminuye la agencia moral, sino que la transforma en un poder compartido que posibilita la inclusión de quienes dependen de mediaciones para participar en la vida social. De este modo, el problema no reside en una supuesta carencia de capacidades de las personas con discapacidad cognitiva, sino en la

¹¹ Rosato *et al.* (26) denominan “ideología de la normalidad” al sistema de creencias y prácticas que impone un modelo único y normativo de cuerpo, mente y conducta, considerado deseable o aceptable en una sociedad. Se considera “normal” un cuerpo que es autónomo, productivo, eficiente y sin deficiencias.

rigidez de la lógica capacitista al imponer un único modo de ejercerlas, ligado a la independencia individual.

Por un lado, la “ontología negativa” de la discapacidad se apoya en la categorización médica, que define a las personas en términos de deficiencia o impedimento. Bajo esta mirada, la discapacidad no es interpretada como una variedad legítima del ser humano —lo que Wolbring (6) ha denominado “variación del ser” (*variation of being*)— ni como una expresión de la biodiversidad humana, sino como un fallo que debe corregirse o erradicarse. De este modo, la atención se desplaza hacia “arreglar” a la persona, mediante intervenciones médicas o tecnológicas, o incluso hacia evitar que nazcan más individuos con discapacidad, en lugar de promover su reconocimiento, aceptación y plena inclusión en la sociedad (6). Esta lógica, centrada en la eliminación de la diferencia, invisibiliza la dimensión social y relacional de la discapacidad y reduce la identidad de la persona a una anomalía que debe ser superada.

Por otro lado, la “ontología negativa” desemboca en una forma de “racismo interno” o capacitista, al asumir que ciertos grupos de personas poseen cualidades naturales o “esencias” que los ubican de manera fija en posiciones sociales determinadas. En este contexto, las características biológicas o funcionales de las personas con discapacidad se convierten en “habilidades” o “limitaciones” que, de forma supuestamente objetiva, los hacen más o menos aptos para determinados deberes u ocupaciones (6). Este esencialismo naturaliza la jerarquización de las vidas humanas, legitimando estructuras sociales que asignan valor y dignidad en función de la productividad, la eficiencia o la utilidad social, y reforzando así prácticas de exclusión y marginación.

6. Medicalización del mal moral

La lógica transhumanista de moralizar la naturaleza humana no se limita a atributos físicos como la salud, la juventud o la capacidad cognitiva; se extiende también a la esfera de la conducta ética. La

virtud moral deja de concebirse como resultado de un proceso formativo y deliberativo, y pasa a entenderse como una función susceptible de medición, diagnóstico y optimización técnica.¹² El carácter moral del individuo se reinterpreta en términos biomédicos, aplicando al comportamiento ético los mismos criterios de evaluación y mejora que a cualquier otro rasgo biológico.

Esta perspectiva desemboca en lo que puede denominarse “medicalización del mal moral”: la tendencia a explicar acciones éticamente reprobables como síntomas de una disfunción o trastorno médico antes que como elecciones libres y responsables (29). En este modelo, la agencia moral del sujeto se disuelve y es reemplazada por un paradigma biomédico, que atribuye las conductas indebidas a disfunciones neuronales, desajustes hormonales o déficits emocionales. Tal desplazamiento no es meramente terminológico, sino que supone un cambio de marco interpretativo: el mal deja de concebirse como un problema ético —un fracaso de la deliberación, del juicio o de la responsabilidad— y se redefine como un fenómeno biológico susceptible de diagnóstico, tratamiento o incluso prevención mediante intervenciones técnicas (29).¹³

De este modo, el lenguaje clínico reemplaza progresivamente al lenguaje moral, instaurando una lógica en la que la conducta inmoral se clasifica como “trastorno” y la respuesta clínica se orienta hacia la “cura” médica en lugar de la deliberación ética, la justicia o la educación moral. En última instancia, este giro encierra un riesgo

¹² En este sentido se circunscribe el “Proyecto de Virtud Genética” de Walker (28), que persigue descubrir y mejorar la ética humana mediante correlatos genéticos biotecnológicos del comportamiento virtuoso. Sostiene que una parte del mal es una función de la naturaleza humana.

¹³ El reduccionismo naturalista de la moralidad no es exclusivo del transhumanismo: se encuentra ya en tradiciones que explican la conducta ética como resultado de mecanismos externos o biológicos. El conductismo, por ejemplo, interpreta la acción moral desde los mecanismos de condicionamiento por refuerzos y castigos, mientras que concepciones hedonistas y utilitaristas la interpretan como un cálculo de placer y dolor o de maximización del bienestar. En todos estos casos, la moralidad se entiende como producto de estímulos y contingencias, antes que como un ejercicio de libertad y de juicio responsable.

bioideológico: desplazar el problema del mal a la biología del individuo implica no solo reducir la complejidad de la acción humana, sino también abrir la puerta a una naturalización de la moralidad, donde la prevención del mal se confía a la biotecnología o la neurociencia antes que al ejercicio de la libertad y al cultivo de la virtud.

Esta tesis presenta al menos tres consecuencias problemáticas.

En primer lugar, si determinadas conductas inmorales pueden ser objeto de tratamiento médico, ello implica que la inmoralidad se concibe como una patología susceptible de intervención clínica. Se corre así el riesgo de medicalizar la entera conducta moral, reduciendo los problemas éticos a meras disfunciones biológicas y desplazando la responsabilidad personal hacia el terreno de la clínica.

En segundo lugar, surge el problema de distinguir entre corregir una conducta claramente inmoral y mejorar a quien ya actúa de manera moralmente aceptable. Para trazar esta frontera se requiere un criterio de normalidad moral.

Sin embargo, la ética transhumanista —de orientación utilitarista y bienestarista— carece de una noción objetiva del bien, a diferencia de la ética de las virtudes. Al basarse en valores sociales cambiantes y en la maximización del bienestar, introduce una profunda relativización de lo moral, que vuelve inestable cualquier noción de “normalidad”.

En tercer lugar, el transhumanismo presupone que las limitaciones biológicas constituyen un obstáculo para la realización del bien moral. Más aún, parte de la premisa de que todos los seres humanos padecemos defectos constitutivos, entendidos como discapacidades de diverso tipo, que reducen nuestro bienestar y dificultan el logro de una vida buena. De esta manera, la imperfección humana deja de ser condición existencial y se convierte en objeto de corrección técnica.

En este contexto, toda persona —y no solo la persona con discapacidad— aparece despojada de su capacidad moral: ya no sería él quien elige ser bueno o malo, sino que su naturaleza —y, en última instancia, su biología— lo determinaría. Sin embargo, como han advertido Negro (9), la biología no constituye un destino inmutable. La

vida biológica forma parte del terreno de la decisión y de la elección, y debe comprenderse desde la libertad y la responsabilidad humanas.

7. La ciudadanía biológica

Tras haber analizado cómo el transhumanismo tiende a medicalizar la moralidad y a reducir la virtud a un conjunto de funciones mejorables, es necesario examinar las implicaciones de esta visión *bioideológica* del ser humano.

El discurso transhumanista no solo redefine qué es una buena vida o una persona virtuosa, sino también quién merece ser reconocido como ciudadano pleno. Al concebir el cuerpo humano como una entidad defectuosa que debe ser corregida mediante la tecnología, el transhumanismo configura una nueva biopolítica centrada en la optimización continua de las capacidades humanas. Se configura así una nueva forma de biopolítica —una política de los cuerpos— orientada al perfeccionamiento funcional de la vida.

El concepto de “ciudadanía biológica”, desarrollado por Rose y Novas (30), describe formas emergentes de pertenencia social y reivindicación de derechos articuladas en torno a la biología herida, medicalizada o mejorada. En lugar de basarse en criterios tradicionales —nacionalidad, participación política, cultura compartida—, esta ciudadanía se construye desde la condición biológica del cuerpo. Nacería así un nuevo tipo de individuo: el *biocudadano*, que ya no demanda derechos por ser miembro de una comunidad política, sino por su vulnerabilidad fisiológica o por su estatus médico optimizado. Esta lógica se consolida a través de lo que podría denominarse una “reconstrucción de la identidad personal a partir de la acción sobre el cuerpo”, es decir, de una subjetividad que se configura en nombre del ideal de salud, entendido no solo como ausencia de enfermedad, sino como un estado óptimo de bienestar físico, cognitivo y emocional.

Sin embargo, esta forma de ciudadanía, lejos de ser neutral o inclusiva, puede convertirse —si no se someten a crítica sus funda-

mentos— en una herramienta de exclusión biotecnológica. La igualdad de derechos y reconocimiento no se garantiza incondicionalmente, sino que pasa a depender de la adecuación del individuo a los estándares biomédicos de funcionamiento. En este régimen, la dignidad humana deja de ser universal para volverse condicional.

En primer lugar, esta visión implica una división simbólica entre dos tipos de personas (31,24): por un lado, los individuos “autónomos” o “capaces”, que han sido mejorados o que se ajustan a los estándares de normalidad funcional; por otro lado, las personas discapacitadas o no optimizadas, percibidas como cuerpos fallidos, incompletos o deficitarios. Esta clasificación no solo reorganiza la jerarquía social, sino que genera un nuevo orden de ciudadanía: los cuerpos optimizados son considerados ciudadanos plenos, mientras que los no optimizados corren el riesgo de ser marginalizados o tratados como ciudadanos de segunda categoría (6).

En segundo lugar, el discurso *bioideológico* del transhumanismo introduce una concepción errónea del valor de las personas con discapacidad. Como advierte Gatti (32), estas personas no son reconocidas por su dignidad intrínseca, sino toleradas como formas de vida “dañadas”, cuya legitimidad depende de su capacidad para evaluar positivamente su existencia o aspirar a la mejora. Su valor queda subordinado a su potencial de perfeccionamiento, no a su condición de sujetos morales.

En tercer lugar, el transhumanismo promueve una idea de la buena vida basada en bienes instrumentales y subjetivistas —eficiencia, longevidad, autocontrol—, que ignoran o rechazan los bienes humanos que derivan de nuestra finitud, dependencia y vulnerabilidad. Jensen (33) sostiene que la ética auténticamente humana no se funda en la maximización de bienes individuales, sino en los “bienes compartidos” (*shared goods*), aquellos que solo pueden alcanzarse y disfrutarse en común, en el marco de vínculos comunitarios y prácticas sociales. Estos bienes —como la amistad, la justicia o la vida política— poseen una naturaleza intrínsecamente relacional, de modo que su valor se acrecienta al ser compartido, y no se agota en el beneficio privado. Frente a la tendencia transhumanista a reducir el bien a parámetros de

optimización individual (salud, longevidad, eficiencia), Jensen afirma que la plenitud moral se alcanza en la “participación colectiva en bienes comunes”, que estructuran tanto la vida ética como la política.

En cuarto y último lugar, el transhumanismo incurre en un error fundamental al equiparar discapacidad física o cognitiva con una supuesta incapacidad moral. Como advierte Wasserman (34), una persona con discapacidad intelectual puede tomar mejores decisiones morales que otra con altas capacidades cognitivas. Del mismo modo, muchas figuras históricas con rasgos considerados “moralmente defectuosos” realizaron contribuciones éticas o sociales significativas sin haber sido biotecnológicamente corregidas. Reducir la virtud al mero funcionamiento biológico constituye un error antropológico y ético.

Asimismo, Silvers y Francis (27) defienden que las personas con discapacidad cognitiva también pueden desarrollar y expresar una concepción del bien, siempre que cuenten con apoyos adecuados. Para ello introducen el modelo de “tutela prostética” (*prosthetic trusteeship*),¹⁴ donde otras personas actúan como extensiones cognitivas que facilitan la articulación del propio bien sin reemplazarlo. Estos apoyos no anulan la autonomía, sino que la hacen posible en clave relacional, mostrando que la agencia no depende de la autosuficiencia racional, sino que puede ejercerse en esquemas cooperativos que amplían la noción de autonomía más allá de la independencia individual.¹⁵

¹⁴ Silvers y Francis (27) desarrollan la noción de “tutela prostética” (*prosthetic trusteeship*) para dar cuenta de cómo las personas con discapacidad cognitiva pueden participar en la construcción de su propio bien sin quedar reducidas a la dependencia pasiva o a la sustitución paternalista. El *trustee* —sea un familiar, cuidador o colaborador— cumple un papel análogo al de una prótesis: no reemplaza al sujeto ni impone sus propios valores, sino que facilita y vehicula procesos de razonamiento, comunicación y deliberación que el sujeto no puede realizar de modo independiente, posibilitando así la expresión de concepciones auténticamente personales del bien. Se trata de una forma de autonomía relacional asistida, que preserva la agencia del individuo y lo reconoce como fuente de considerabilidad moral y política.

¹⁵ Desde una perspectiva liberal, podría objetarse que las intervenciones tecnológicas no restringen, sino que amplían la libertad: cada capacidad añadida incrementa el rango de opciones vitales y, en consecuencia, la autonomía del sujeto. Impedir el

Por último, sostenemos una doble tesis: por un lado, afrontar el reto de valorar verdaderamente a las personas con discapacidad —reconociendo su dignidad, su valor intrínseco y su plena pertenencia a la comunidad humana— y, por otro lado, adoptar al mismo tiempo medidas orientadas a prevenir o limitar la aparición de ciertas discapacidades, cuando ello sea posible y éticamente aceptable. Esta doble tarea exige una profunda reflexión ética, porque implica sostener que la vida de una persona con discapacidad es igualmente valiosa que cualquier otra, sin que ello suponga renunciar a reducir el sufrimiento evitable o mejorar las condiciones de vida mediante la prevención o la intervención médica. Se trata, en definitiva, de distinguir entre combatir el sufrimiento asociado a ciertas condiciones, y desvalorizar la existencia de quienes ya viven con ellas.

8. Conclusión crítica

A lo largo de este trabajo hemos mostrado cómo el transhumanismo articula un discurso *bioideológico* que transforma el *telos* natural en un imperativo de optimización ilimitada. Desde esta perspectiva, toda limitación se traduce en déficit, y la discapacidad se interpreta desde la perspectiva de la tragedia personal, como un mal a evitar más que como una forma legítima de existencia. Esta tesis se sustenta en la lógica del capacitismo, que establece jerarquías de vidas en función de la salud o la productividad, reforzando procesos de exclusión y devaluación.

acceso a tales intervenciones equivaldría, bajo este enfoque, a limitar su libertad de elección. Sin embargo, esta visión tiende a reducir la libertad a la mera acumulación de capacidades y desconoce que la autonomía es siempre relacional, ejercida en redes de apoyo y cooperación. No se trata de negar la importancia de aliviar sufrimientos o eliminar barreras que limitan la participación, sino de subrayar que la dignidad intrínseca de la persona no depende de ajustarse a determinados estándares de capacidad. En este sentido, la vida con discapacidad no constituye un déficit que deba corregirse para ser reconocida como plenamente humana, sino una forma legítima de existencia que merece apoyo y reconocimiento.

Asimismo, hemos señalado que el transhumanismo no solo medicaliza la discapacidad, sino también el mal moral, concibiéndolo como un problema susceptible de corrección técnica y despojándolo de su valor ético y existencial. La llamada “ontología negativa” del discurso transhumanista reduce la vulnerabilidad y la finitud a fallos biológicos eliminables, negando su valor constitutivo para la condición humana.

Frente a este horizonte, sostenemos que es necesario recuperar una comprensión integral de la discapacidad y de la vulnerabilidad como dimensiones originarias de la vida humana, no como errores a suprimir. Ello exige una bioética crítica que distinga con claridad entre el legítimo esfuerzo por mitigar el sufrimiento y la peligrosa tendencia a desvalorizar las vidas que no se ajustan a los parámetros de excelencia.

La aportación de este estudio reside en mostrar que el núcleo del transhumanismo no es meramente técnico, sino ideológico: bajo la promesa de emancipación se oculta un proyecto que redefine lo humano según la lógica de la capacidad y la optimización. Una alternativa responsable debe pasar por una concepción inclusiva de la ciudadanía biológica, que reconozca la interdependencia, los límites y la dignidad intrínseca de toda persona, y que pueda sostener una ética afirmativa frente a la tentación de medicalizar la existencia.

Referencias

1. Biblia de Jerusalén. Epístola a los Romanos. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2009.
2. Arendt, Hannah. La vida del espíritu. Barcelona: Paidós; 2002.
3. Catulo. *Poesías*. Madrid: Cátedra; 1990.
4. Rifkin, Jeremy. El siglo de la biotecnología. Barcelona: Crítica; 2009.
5. Rose, Nikolas. *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Unipe: Editorial Universitaria; 2012.
6. Wolbring, Gregor. The politics of ableism. *Development*. 2008; 51(2): 252–258.
7. Hauskeller, Michael. *Mythologies of Transhumanism*. New York: Palgrave Macmillan; 2016.
8. Postigo, Elena. Bioética y transhumanismo desde la perspectiva de la naturaleza humana. *Arbor*. 2019; 195 (792):1-10. <https://doi.org/10.3989/arbor.2019.792n2008>

9. Negro, Dalmacio. El mito del hombre nuevo. Madrid: Encuentro; 2009.
10. Bostrom, Nick. In defense of posthuman dignity. *Bioethics*. 2005; 19 (3): 202-214.
11. Rose, Nikolas. The Human Sciences in a Biological Age. *The Human Sciences in a Biological Age. Theory, Culture & Society*. 2012; 30(1): 3-34. <https://doi.org/10.1177/0263276412456569>
12. Anchondo Pavón, Sandra y Gallardo Macip, Cecilia. The perfection of vulnerable lives. Genetic modification and disability. *Medicina y Ética*. 2021; 32 (2):519-552.
13. Arneil, Barbara y Hirschmann, Nancy. Disability and Political Theory: An Introduction. En: Arneil, B. y Hirschmann, N. editoras. *Disability and Political Theory*. Cambridge University Press. 2016.
14. Campbell, Fiona. Inciting Legal Fictions: 'Disability's' date with Ontology and the Ableist Body of Law. *Griffith Law Review*. 2001; 10(1):42-62.
15. Sloterdijk, Peter. Haz de cambiar tu vida. Madrid: Pre-textos; 2012.
16. Rabinow, Paul. Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality. En: Crary, J. y Kwinter, S. (eds.), *Incorporations*. Nueva York: Zone Books; 1992.
17. Barnes, Colin. Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En: Barton, L. (comp.) *Discapacidad y Sociedad*. Morata. Madrid: Morata; 2009.
18. Carlson, Licia. Philosophers of intellectual disability: a taxonomy. En Kittay, E. F. y Carson, L. (ed.). *Cognitive Disability and its Challenge to Moral Philosophy*. Wiley-Blackwell, Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
19. Campbell, Fiona Kumari. Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism. *M/C Journal*. 2015; 11(3):2008. <https://doi.org/10.5204/mcj.46>
20. Benhabib, Seyla. El Ser y el Otro en la ética contemporánea. Barcelona: Gedisa; 2006.
21. Cuenca Gómez, Patricia. Sobre la inclusión de la discapacidad en la teoría de los derechos humanos. *Revista de Estudios Políticos*. 2012; 158:103-137.
22. Braidotti, Rosi. *Lo posthumano*. Barcelona: Herder; 2025.
23. Zerega, María Mercedes *et al.* Devenir discapacitado: nuevos monstruos, cyborgs y desplazados en el capitalismo contemporáneo. *Nómadas*. 2020; 52: 149-165. <https://doi.org/10.30578/nomadas.n52a9>
24. Nussbaum, Martha. El ocultamiento de lo humano. Repugnancia, vergüenza y ley. Madrid: Katz; 2012.
25. Anchondo Pavón, Sandra y Gallardo Macip, Cecilia. La nueva eugenesia del individualismo neoliberal. Una discusión desde el modelo social de discapacidad. *Andamios*. 2022; 19(49):93-116. <http://dx.doi.org/10.29092/uacm.v19i49.921>
26. Rosato, Ana. El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. 2009; 39:87-105.
27. Silvers, Anita y Francis, Leslie. Thinking about the good: reconfiguring liberal metaphysics (or not) for people with cognitive disabilities. *Metaphilosophy*. 2009; 40(3-4):475-498. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9973.2009.01602.x>
28. Walker, Mark. Enhancing genetic virtue: A project for twenty-first century humanity? *Politics and the Life Sciences*. 2009; 28(2):27-47. https://doi.org/10.2990/28_2_27

29. Raus, Klaus. On Defining Moral Enhancement: A Clarificatory Taxonomy. *Neuroethics*. 2014; 7(3):263–273. <https://doi.org/10.1007/s12152-014-9205-4>
30. Rose, Nikolas y Novas, Carlos. Biological citizenship. En A. Ong y S. Collier (Eds.). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Blackwell; 2007. <https://doi.org/10.1002/9780470696569.ch23>
31. Sandel, Michael. *Contra la perfección. La ética en la era de la ingeniería genética*. Barcelona: Marbot; 2015.
32. Gatti, Chiara. The Question of Disability in the Post-Human Debate. *Critical Remarks*. *Cuadernos de Bioética*. 2014; XXV (3ª):445-456. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87535786009>
33. Jensen, Steven. The Roots of Transhumanism. *Nova et Vera*, 2014; 12(2):515-541.
34. Wasserman, David. When bad people do Good things: Will moral enhancement make the world a better place? *Journal Medical Ethics*. 2014; 40(6):374-5. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101094>

The Medicalization of Moral Evil. A Critique of the Bioideological Discourse of Transhumanism*

La medicalización del mal moral. Crítica al discurso bioideológico del transhumanismo


Javier Rodríguez Comellas**
IES “El Brocense”, Cáceres, Spain

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.06>

Summary

Between the 19th and 20th centuries, biological explanations of human beings replaced moral and philosophical ones. Transhumanism inherits

* This article is a modified, revised, and expanded version of a paper presented at the VII International Congress on Bioethics: New Technologies, Bioethics of Catastrophes, and Inclusive Democracy, entitled “The medicalization of moral evil. Disability in transhumanist discourse” (in press).

** Secondary School Philosophy Teacher at IES “El Brocense” (Cáceres) and PhD candidate at UNED Cáceres, Cáceres, Spain. Email: jrodriguezcomellas@gmail.com
ORCID record: 

Received:
10.13.2025

Sent for review:
10.13.2025

Accepted:
11.13.2025

Published:
04.02.2026

CÓMO CITAR: Rodríguez Comellas, J. (2026). The Medicalization of Moral Evil. A Critique of the Bioideological Discourse of Transhumanism Model. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.06>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

and amplifies this trend by medicalizing moral phenomena —such as evil— and reinterpreting them as genetic defects that can be corrected. In this way, it updates eugenic logic under a techno-scientific guise. Founded on radical naturalism, it conceives of human beings as perfectible products, although it contradicts its rejection of a universal nature by establishing standards for improvement. Thus, a *bioideology* emerges that replaces the natural *telos* with an ideal of unlimited perfection, linked to ableism and a negative ontology of disability. In this context, biological citizenship emerges, defining social belonging according to genetic attributes, reproducing inequalities and exclusions. In response to this, critical bioethics is proposed that recognizes dignity, vulnerability, and diversity as the foundations of inclusive citizenship.

Keywords: bioideology, disability, moral evil, biological citizenship.

1. Introduction

The experience of moral failure —aspiring to do good yet doing what one detests— is a common feature of the human condition. This inner conflict, which involves guilt, remorse, and the desire for redemption, has been the subject of reflection since ancient times. Greek philosophy addressed it in the notion of *akrasia*, which refers to the weakness of reason in the face of desires when the subject acts against what they recognize as best. In Christianity, and paradigmatically in Paul's confession— “For I do not do the good I want, but the evil I do not want” (1)¹— this split is formulated as a struggle of the will against itself. Here, as Arendt emphasized, a specifically Christian and modern understanding of the will as an autonomous and divided faculty, distinct from both thought and desire, is inaugu-

¹ As Hannah Arendt recalls in *The Life of the Mind* (2), Christianity introduces a decisive novelty in the understanding of moral conflict. While in the Greek world *akrasia* designated the weakness of reason in the face of desires, St. Paul formulates the problem as an internal struggle of the will against itself. According to Arendt, this formulation inaugurates the modern notion of “will” as an autonomous and separate faculty, distinct from thought and desire, marking a break with the classical approach.

rated. Latin literature expressed the same tension in Catullus's sentence: "I hate and I love. Why do I do it, you may ask. I don't know, but I feel it and it tortures me" (3). All these formulations reveal a constant anthropological fact: human beings are marked by the tension between their orientation toward good and the persistent presence of evil in their actions.

Transhumanism has reinterpreted this phenomenon in biotechnological terms. Under the premise that morality depends on biological and neurological bases, it proposes to intervene in them through pharmacology, genetic engineering, or neuroscience, with the aim of avoiding evil and promoting virtuous behavior. In this way, moral evil is no longer understood as an ethical problem and is transformed into a clinical deficit susceptible to technical correction. This shift implies a profound change in the subject's self-understanding.² As Nikolas Rose (5) has pointed out, the individual comes to conceive of themselves "as a biological creature, as a biological self," susceptible to optimization. Here we locate the *bioideological* core of transhumanism: the process by which biomedical categories —such as health, ability, normality, or performance— become absolute and acquire normative value, coming to define what it means to be human. In this context, life only achieves full legitimacy to the extent that it conforms to standards of techno-scientific perfection.

The purpose of this article is to critically examine how this *bioideology* affects the conception of disability and the understanding of what it means to be human. To this end, we adopt a theoretical-conceptual approach and a critical-analytical method aimed at reviewing the ethical and anthropological assumptions of transhumanism.

² Both Jeremy Rifkin (4) and Nikolas Rose (5) agree that we have entered a new era characterized by the prominence of biology. Rifkin speaks of the "century of biotechnology," in which vital processes become "raw material" for industry and the market, and life itself becomes an object of manipulation and commodification. For his part, Rose describes our time as a "biological age of the human sciences," where subjects are conceived as "biological creatures," as "biological selves," or even as "somatic individuals," susceptible to being optimized, managed, and regulated through biomedical technologies and policies of life.

First, we will show how natural *telos* is replaced by a techno-scientific ideal of unlimited perfection. secondly, how the logic of ableism operates, establishing hierarchies of lives based on their degree of ability or health; in addition, we will analyze the theory of personal tragedy, which presents disability as an anomaly to be avoided, and the configuration of a negative ontology, which conceives of the person with a disability from the perspective of deficiency. Finally, we will address the medicalization of moral evil, which turns virtue into a biomedical parameter and reduces freedom to a technical problem.

In the face of these drifts, we propose critical bioethics capable of recognizing vulnerability, dependence, and diversity as constitutive dimensions of the human. Such a perspective does not imply passive resignation in the face of suffering, but rather an ethical commitment: to alleviate avoidable pain without devaluing the existence of those who suffer it. In this sense, we defend the need for an inclusive notion of biological citizenship that affirms the intrinsic dignity of every person and that, far from medicalizing existence, makes fragility and interdependence a foundation of justice and equality.

2. From natural *telos* to techno-scientific *telos*

In transhumanist discourse, the concept of “nature” is configured in an ambivalent way. On the one hand, it is conceived as an obstacle: human nature appears reduced to its biological dimension, defined by vulnerability, disease, aging, and, ultimately, death.

These limits are interpreted as deficiencies that must be overcome through biotechnology and artificial intelligence, in a movement of rejection of the finite condition of human beings. On the other hand, paradoxically, the same discourse confers a positive moral value on biological life. Physical existence is presented not only as something to be transcended, but also as a good that must be protected, prolonged, and perfected. Thus, nature is both the limit to

be overcome and the moral basis on which technical intervention is justified: the natural is deficient insofar as it is finite, but valuable insofar as it supports life that deserves to be preserved and optimized.

Nature is thus associated with truth, but not in its current form, rather as an ideal projected into the future. Transhumanism does not seek to preserve the status quo, but rather to legitimize its transformation through the use of biotechnology. In this sense, the convergence of NBICS—an acronym that refers to the integration of nanotechnology, biotechnology, information technology, cognitive science, and social science—opens up the possibility of altering both the appearance and functioning of the human body, transcending established norms and the limits of the species. Consequently, all bodies are considered limited or defective and therefore in need of constant improvement, which at the same time leads to a redefinition of the biological self (6).

This dual movement responds to what Hauskeller (7) calls the “crypto-Aristotelian tendency” of transhumanism: an implicit teleology that, while denying any natural essence or purpose of the human being, reproduces the Aristotelian scheme of development toward fulfillment. Under this premise, the current human being is considered incomplete or defective, and his or her improvement is presented as a technical task. Thus, a *telos*—not the posthuman as transhumanism maintains, but the optimization of health—is introduced as a normative model. The natural *telos* of the Aristotelian tradition is replaced by one of a techno-scientific nature, but the idea that there is a “better” form of human being remains intact (7).³

Transhumanism *naturalizes* the desire for improvement, conceiving it as a structural impulse of the human condition. The will to overcome suffering, prolong life, eliminate disease, or enhance cognitive abilities are understood as evolutionarily established traits, the satisfaction of which becomes a moral objective. Thus, desire, insofar as it arises *naturally* from human beings, comes to occupy a normative

³ This interpretation is opposed to Postigo’s thesis (8), which argues that there is a “demythologization of nature” (a denial that natural inclinations exist).

position: if we desire to improve, it is because improvement is good. Therefore, there is a reversal of the classic naturalistic argument: what is natural is not valuable because it is given, but because it expresses a desire for improvement that deserves to be realized.

In this way, transhumanism is configured as a *bioideology* (9, p. 413), that is, as a new form of contemporary ideology that assumes the optimization of biological life as the ultimate foundation and guiding criterion of value. Transhumanist *bioideology* is not limited to proposing technical improvements but establishes a new normative imaginary in which the manipulation and perfection of organic life is presented as a necessary condition for the full realization of the individual and society.

3. The logic of ableism

Transhumanism is a “naturalistic” ethic (10) that seeks, through the use of biotechnology, to usher in an “era of biological control” (11): technologies are no longer limited to curing diseases or enhancing capabilities but also redefine what it means to be human as a biological being and aspire, without clearly defining it, to establish its optimal functioning. In this way, far from emancipating themselves from biology, human beings become even more biological (5), insofar as their identity and value come to be determined by biomedical criteria.

The *bioideological* discourse of transhumanism is shaped by “the logic of capacitism” (12,13,14) which, on the one hand, upholds a set of beliefs, processes, and practices that produce a particular type of self and body projected as perfect; and, on the other, affirms that deficiency or disability —regardless of its nature— is inherently negative and, if the opportunity arises, must be improved, cured, or even eliminated.

In this way, transhumanism shapes what Wolbring (6) calls a “transhumanized version of ableism” in which capacity parameters

are no longer measured in relation to the limits of the human species, but according to standards opened up by the possibilities of technological improvement. In this sense, by defending the logic of ableism, transhumanism also accepts its reverse: those who do not meet these standards are not considered subjects with potential for development, but rather carriers of a deficiency inherent in their own nature. It is not the human being who has failed: it is their biology that is declared inadequate.

Likewise, all bodies are *potentially* conceived as limited or defective as long as they do not exceed the typical capacities of the species, and genetic, cognitive, or physical enhancement interventions become the new criterion of normality and well-being. This shift creates a “capability gap” between enhanced and unenhanced individuals, leading to the emergence of a new category of exclusion: the so-called “techno-poor disabled”,⁴ marginalized not because of physical impairment, but because they do not have access—or do not wish to have access—to the levels of performance demanded by the transhumanist ideal. In this way, transhumanism not only reproduces the ableist logic, but amplifies it, redefining the very foundations of inclusion and discrimination.

First, this logic affects the formation of subjectivities. Health, understood as “imperative for the self and others to maximize the vital forces and potentialities of the living body,” has become a structuring axis of today’s societies (5). This concept promotes bodily optimization that conditions the sense of well-being, success, and personal identity, linking individual value to biological efficiency. This logic reinforces a biopolitics that does not respect human diversity, but rather eliminates it in the name of efficiency, youth, or productivity.⁵

⁴ Wolbring (6) argues that ableist discourse can generate new types of disabilities, “traditionally disabled people” and “technologically poor disabled people”.

⁵ Sloterdijk (15) has shown how modernity developed a genuine “hygienist ideology,” understood as the conviction that human beings can be regenerated through systematic programs of sanitation and prophylaxis, not only physical, but also moral and social. In *You Must Change Your Life*, he links this hygienism to modern

Secondly, the social fabric is being reconfigured around what Paul Rabinow (16) called “biosociality”: the articulation of identity and collective belonging based on shared biological traits, such as diagnoses, physical or genetic abilities. This logic generates new forms of “exclusive inclusion,” in which the value of the individual is measured according to their bodily functionality and their adequacy to standards of productive normality.

Thirdly, disability is conceived from the logic of individualization and medicalization of the body. This means that difficulties or limitations are not understood as the result of social barriers or collective dynamics of exclusion, but as localized failures in the individual, attributable to their biology. In this way, ableism shifts the focus from social structures to the “deficient” body, legitimizing both medical intervention and the systematic exclusion of those who do not meet the values considered “able.” As Barnes (17) points out, this proliferation of ableist values consolidates a social norm that marginalizes those who are perceived as lacking the necessary skills to participate fully in community life.

However, there are three trends that seriously compromise the relevance and fairness of the discourse:

The first drift can be described as “decontextualized abstraction” (18). This expression refers to the frequent use in certain philosophical and bioethical discourses of extreme cases —such as newborns or people with cognitive disabilities— as if they were mere theoretical cases, abstracted from their concrete reality. They are turned into “purely logical” examples to resolve bioethical dilemmas, ignoring the fact that their lives are immersed in support networks, care practices, and forms of relational agency that make their participation in the community possible. This operation, presented as conceptual

anthropotechnical practices aimed at the unlimited optimization of life. Hygiene becomes a normative ideal that promises order and perfection but also has an exclusionary dimension: the impulse to purge the “imperfect” or “degenerate” leads to policies of control, eugenics, and biopolitics. In this way, hygienism functions as a utopia of cleanliness that, under the guise of care and prevention, naturalizes processes of exclusion and violence.

neutrality, actually strips these people of their vital context and ends up obscuring the social, material, and emotional conditions that sustain their existence and their belonging to moral life.

From the perspective of disability philosophy (17,19,13), it is argued that human limitations should not be seen as errors to be eliminated, but as a constitutive part of human diversity. Disability does not necessarily prevent a full and meaningful life; it can even open up alternative forms of well-being, relationship, and meaning.

Secondly, a philosophical ableism emerges, which consists of turning rationality —autonomy, productivity, logical coherence— into the exclusive criterion of dignity, relegating those who do not fit into this category. From this perspective, the value of people is measured by attributes such as autonomy, productivity, or intelligence, which reinstates implicit hierarchies among human beings. This approach degrades the social and political status of those living with disabilities by reducing their recognition to an unfavorable comparison with a normative ideal of ability. This concept is rooted in modern ideals of rationality and linear progress, which have been criticized for their exclusionary nature and for rendering invisible diverse forms of agency, interdependence, and full life.⁶

On the other hand, it is necessary to question the idea, present in the logic of ableism, that a greater capacity to reason, feel, or communicate implies greater dignity, and that the opposite diminishes a person's value. People have diverse abilities, developed in different ways, and it cannot be justified that some are worth more than others or that there are “right” or “wrong” ways to exercise them. Similarly, there is no single valid way of reasoning, feeling, or communicating, but rather multiple ways that deserve equal respect. Furthermore, the difficulties faced by some persons with disabilities in developing their abilities do not stem solely from their individual conditions, but are often the result of —and almost always exacerbated by— a

⁶ As Benhabib (20) argues, since the 18th century, a “moral blindness” has been promoted with regard to the experience and moral needs of women, children, and other “non-autonomous others.”

social environment designed according to parameters that do not take them into account, or that consider them solely as subjects lacking full autonomy, thus limiting their access to goods and resources available to others (21).

Thirdly, the pursuit of physical and mental perfection leads to a dangerous medicalization of existence, which opens the door to new forms of eugenics, now legitimized under the discourse of individual freedom. However, health and well-being cannot be understood outside the socioeconomic, political, and cultural contexts that condition both access to healthcare and the processes of illness and recovery themselves.⁷ Transhumanism tends to ignore these structural dimensions, obscuring how it is precisely these contexts that generate psychological suffering, exclusion, and moral harm (12). In this sense, the “technification of evil” shifts ethical and political questions to a biomedical and administrative terrain, where protocols and triage criteria prevail. In this way, questions about justice, recognition, and participation become subordinate to the logic of efficiency and control (18). The result is the reduction of disability to a technical problem to be solved, rather than being understood as a question of social structure and moral inclusion.

Recognizing vulnerability as a universal condition —albeit diverse in origin, degree, and manifestation— allows us to question the ableist logic, based on the belief in indefinite progress and linked to the idea of an autonomous, rational, independent, and always perfectible subject. The optimization of health establishes bodily hierarchies that privilege strong, autonomous, and dominant bodies, while relegating the “disabled” body to the category of abnormal, deviant, and undesirable.

This consolidates a symbolic division between “fit” and “unfit” bodies, where the disabled subject is perceived as a radical other: a

⁷ Along these lines, Braidotti (22) warns that the “ideology of fitness, health, and eternal youth” advances in parallel with increasing social inequalities, such as the lack of access to medical care for large segments of the population and the notable differences in mortality rates among children and young people from different social classes and ethnic groups.

problematic or deficient body that must be corrected, rehabilitated, or, in extreme cases, avoided.

4. The theory of personal tragedy

In the “transhumanized version of ableism” (6), disability is conceived as a “personal or family tragedy” that must be avoided at all costs (12), rather than being recognized as a legitimate form of human existence. This view hierarchizes lives according to productivity or health conditions and tends to implicitly deny the full humanity of those who do not meet standards of functional excellence. The result is attitudes of devaluation, humiliation, or even contempt toward these individuals (12), which consolidate a social order in which life with disability is placed on the threshold of the unacceptable or expendable.

In the specialized literature, three models have been distinguished for understanding disability.⁸ The medical model conceives of disability as an individual deficit derived from “defective” bodies or minds, which must be ‘prevented’ through reproductive technologies or “corrected” through medical interventions such as surgery, drug treatments, or other clinical practices (13). From this perspective, disability becomes a problem to be solved, an anomaly that requires correction or, failing that, containment. The social model shifts the focus to the structural, cultural, and physical barriers that prevent full participation: it is not the body that disables, but the environment.⁹ Finally, the biopsychosocial model seeks to integrate both dimensions, recognizing physical limitations but contextualizing them within psychological, social, and environmental factors.

⁸ This classification is not unanimous. For example, Zerega *et al.* (23) distinguish three approaches to disability: medical, social, and crip.

⁹ For example, it is not the fact that I cannot walk that prevents me from participating in society —such as entering a building to take a class, attend a meeting, or go to work— but the fact that the building has stairs instead of ramps or that the elevator is not working today.

The *bioideological* discourse of transhumanism takes up and amplifies the medical model by interpreting functional limitations as biological failures that must be corrected or eliminated. In this way, not only are social and critical roles ignored, but vulnerability as a constitutive dimension of being human is also denied, putting bodily diversity at risk.

The medical model, which is “rehabilitative” in nature, classifies and corrects bodies according to what they ‘can’ or “cannot” do, interpreting disability as a personal tragedy, a condition that must be corrected—even if it cannot always be cured—and that must be addressed through the rehabilitation and medical industries (14,24).

This approach rests on two assumptions, one negative and one positive. On the one hand, it recognizes that human life never achieves complete self-sufficiency, since human existence is vulnerable and relational. But, on the other hand, it is based on a modern premise: the idea that there are certain abilities considered intrinsically valuable—such as autonomy or functionality—that must be possessed, preserved, or acquired. Thus, *ableism* becomes a requirement for progress, identifying a person’s value with their degree of competence, effectiveness, or independence within the framework of a productive and competitive logic.

In response to this, it is necessary to reclaim the bodily dimension of human identity: we cannot know existence without being rooted in our bodies. To think of the body from a capacitist perspective is to think of oneself and others in terms of deficiency, as simply misplaced matter that needs to be discarded, or at least cleaned up (19). Disabled people cannot be thought of in negative terms.

As Nussbaum (24) and Campbell (19) remind us, all human beings are virtually disabled in two ways: on the one hand, in the sense that the values of “able-bodied” bodies are intrinsically impossible to embody completely and, on the other hand, in the sense that the status of able-bodied bodies is always temporary, disability being

the identity category that all people will embody if they live long enough and with which they have come into this world.¹⁰

5. Negative ontology

The conception of disability as a “personal tragedy” constitutes an undesirable existential state, in which the disabled person is reaffirmed in their condition as an ontologically inferior “other.” However, not all functional diversity is disabling in all contexts: many forms of disability are generated directly by social dynamics themselves (25,24).

Campbell (14) has emphasized that as long as disability continues to be articulated within a “negative ontology,” it will be impossible to conceive of the disabled subject as a *full, desiring, or positive* agent. This ontology of deficiency defines the person with a disability based on what they lack, preventing them from being recognized as a complete moral subject. On the other hand, their identity is defined in reference to what they are not, categorizing them as the “others” of reason (20). From this perspective, they are considered permanently “underage,” condemned to a kind of “devalued citizenship” (26). Those who are unable to fulfill the ideals of “ableism” —self-sufficiency, efficiency, autonomy— are labeled as deviants because of their inability to assume the roles that society imposes on them.

This “ideology of normality”¹¹ not only defines people with disabilities by their shortcomings —their lack, deficit, deviation, or

¹⁰ Nussbaum’s theory of capabilities constitutes an advance over Rawlsian contractualism, as it includes people with disabilities within the framework of justice. However, as Cuenca (21) warns, her approach is not fully inclusive: by setting a minimum threshold of universal capabilities, she runs the risk of leaving out those who do not reach it, indirectly reproducing a model of normality. From the critique developed here, this shows how even disability-sensitive approaches can continue to rely on an ability-based logic by linking dignity and belonging to predefined standards of ability.

¹¹ Rosato *et al.* (26) refer to the system of beliefs and practices that imposes a single, normative model of body, mind, and behavior considered desirable or acceptable in a society as the “ideology of normality.” A body that is autonomous, productive, efficient, and without deficiencies is considered “normal.”

absence— but also reinforces the image of *incompleteness* in those who do not have such conditions, implicitly equating them with “normal” people (26, p. 99). This logic reproduces a hierarchy of bodies and abilities where only some subjects are fully recognized as citizens and people.

On the contrary, we argue that autonomy must be understood in relational terms, since even core “abilities” such as reciprocity, responsibility, or authenticity can be exercised with support (27). Cooperation does not diminish moral agency but rather transforms it into a shared power that enables the inclusion of those who depend on mediation to participate in social life. Thus, the problem does not lie in a supposed lack of abilities on the part of people with cognitive disabilities, but rather in the rigidity of the ableist logic that imposes a single way of exercising those abilities, linked to individual independence.

On the one hand, the “negative ontology” of disability is based on medical categorization, which defines people in terms of deficiency or impairment. Under this view, disability is not interpreted as a legitimate variety of human being —what Wolbring (6) has called “variation of being”— nor as an expression of human biodiversity, but as a flaw that must be corrected or eradicated. Thus, the focus shifts to “fixing” the person through medical or technological interventions, or even to preventing more individuals with disabilities from being born, rather than promoting their recognition, acceptance, and full inclusion in society (6). This logic, focused on eliminating differences, renders the social and relational dimension of disability invisible and reduces the person’s identity to an anomaly that must be overcome.

On the other hand, “negative ontology” leads to a form of “internal racism” or ableism, by assuming that certain groups of people possess natural qualities or “essences” that fix them in certain social positions. In this context, the biological or functional characteristics of people with disabilities become “abilities” or “limitations” that, in a supposedly objective way, make them more or less suited to certain

duties or occupations (6). This essentialism naturalizes the hierarchization of human lives, legitimizing social structures that assign value and dignity based on productivity, efficiency, or social utility, thereby reinforcing practices of exclusion and marginalization.

6. Medicalization of moral evil

The transhumanist logic of moralizing human nature is not limited to physical attributes such as health, youth, or cognitive ability; it also extends to the sphere of ethical behavior. Moral virtue is no longer conceived as the result of a formative and deliberative process, but is now understood as a function that can be measured, diagnosed, and technically optimized.¹² The moral character of the individual is reinterpreted in biomedical terms, applying the same criteria of evaluation and improvement to ethical behavior as to any other biological trait.

This perspective leads to what can be called the “medicalization of moral evil”: the tendency to explain ethically reprehensible actions as symptoms of a medical dysfunction or disorder rather than as free and responsible choices (29). In this model, the moral agency of the subject is dissolved and replaced by a biomedical paradigm, which attributes inappropriate behavior to neural dysfunctions, hormonal imbalances, or emotional deficits. This shift is not merely terminological, but involves a change in the interpretive framework: evil is no longer conceived as an ethical problem—a failure of deliberation, judgment, or responsibility—and is redefined as a biological phenomenon susceptible to diagnosis, treatment, or even prevention through technical interventions (29).¹³

¹² Walker’s “Genetic Virtue Project” (28) falls within this category, seeking to discover and improve human ethics through biotechnological genetic correlates of virtuous behavior. It argues that part of evil is a function of human nature.

¹³ The naturalistic reductionism of morality is not exclusive to transhumanism: it is already found in traditions that explain ethical behavior as the result of external or biological mechanisms. Behaviorism, for example, interprets moral action from the

In this way, clinical language is gradually replacing moral language, establishing a logic in which immoral behavior is classified as a “disorder” and the clinical response is oriented toward medical “cure” rather than ethical deliberation, justice, or moral education. Ultimately, this shift carries a *bioideological* risk: shifting the problem of evil to the biology of the individual not only reduces the complexity of human action but also opens the door to a naturalization of morality, where the prevention of evil is entrusted to biotechnology or neuroscience rather than to the exercise of freedom and the cultivation of virtue.

This thesis presents at least three problematic consequences.

First, if certain immoral behaviors can be treated medically, this implies that immorality is conceived as a pathology susceptible to clinical intervention. This runs the risk of medicalizing all moral behavior, reducing ethical problems to mere biological dysfunctions and shifting personal responsibility to the clinical realm.

Second, there is the problem of distinguishing between correcting clearly immoral behavior and improving someone who already acts in a morally acceptable manner. Drawing this line requires a criterion of moral normality. However, transhumanist ethics—utilitarian and welfare-oriented—lacks an objective notion of the good, unlike virtue ethics. By relying on changing social values and the maximization of well-being, it introduces a profound relativization of morality, which renders any notion of “normality” unstable.

Thirdly, transhumanism presupposes that biological limitations constitute an obstacle to the realization of moral good. Furthermore, it starts from the premise that all human beings suffer from constitutive defects, understood as disabilities of various kinds, which reduce our well-being and hinder the achievement of a good life. In this way, human imperfection ceases to be an existential condition and becomes an object of technical correction.

mechanisms of conditioning by reinforcement and punishment, while hedonistic and utilitarian conceptions interpret it as a calculation of pleasure and pain or of maximizing well-being. In all these cases, morality is understood as a product of stimuli and contingencies, rather than as an exercise of freedom and responsible judgment.

In this context, every person —not just those with disabilities— appears to be stripped of their moral capacity: it would no longer be the individual who chooses to be good or bad, but rather their nature —and, ultimately, their biology— that would determine this. However, as Negro (9) has pointed out, biology does not constitute an immutable destiny. Biological life is part of the realm of decision and choice and must be understood in terms of human freedom and responsibility.

7. Biological citizenship

Having analyzed how transhumanism tends to medicalize morality and reduce virtue to a set of improvable functions, it is necessary to examine the implications of this *bioideological* view of the human being.

Transhumanist discourse not only redefines what constitutes a good life or a virtuous person, but also who deserves to be recognized as a full citizen. By conceiving of the human body as a defective entity that must be corrected through technology, transhumanism shapes a new biopolitics centered on the continuous optimization of human capacities. This shapes a new form of biopolitics —a politics of bodies— oriented toward the functional perfection of life.

The concept of “biological citizenship,” developed by Rose and Novas (30), describes emerging forms of social belonging and the assertion of rights articulated around wounded, medicalized, or enhanced biology. Instead of being based on traditional criteria —nationality, political participation, shared culture— this citizenship is constructed from the biological condition of the body. Thus, a new type of individual would be born: the *biocitizen*, who no longer demands rights because they are a member of a political community, but because of their physiological vulnerability or optimized medical status. This logic is consolidated through what could be called a “reconstruction of personal identity based on action on the body,” that

is, a subjectivity that is configured in the name of the ideal of health, understood not only as the absence of disease, but as an optimal state of physical, cognitive, and emotional well-being.

However, this form of citizenship, far from being neutral or inclusive, can become—if its foundations are not subjected to criticism—a tool of biotechnological exclusion. Equal rights and recognition are not guaranteed unconditionally but rather depend on the individual's compliance with biomedical standards of functioning. In this regime, human dignity ceases to be universal and becomes conditional.

First, this vision implies a symbolic division between two types of people (31,24): on the one hand, “autonomous” or “capable” individuals who have been enhanced or who conform to standards of functional normality; on the other hand, disabled or non-optimized people, perceived as flawed, incomplete, or deficient bodies. This classification not only reorganizes the social hierarchy but also generates a new order of citizenship: optimized bodies are considered full citizens, while non-optimized bodies risk being marginalized or treated as second-class citizens (6).

Secondly, the *bioideological* discourse of transhumanism introduces a misconception of the value of people with disabilities. As Gatti (32) warns, these people are not recognized for their intrinsic dignity, but tolerated as “damaged” life forms, whose legitimacy depends on their ability to evaluate their existence positively or aspire to improvement. Their value is subordinated to their potential for improvement, not to their status as moral subjects.

Thirdly, transhumanism promotes an idea of a good life based on instrumental and subjectivist goods—efficiency, longevity, self-control—which ignore or reject the human goods that derive from our finitude, dependence, and vulnerability. Jensen (33) argues that authentically human ethics are not based on the maximization of individual goods, but on “shared goods,” those that can only be achieved and enjoyed in common, within the framework of communities and social practices. These goods—such as friendship, justice, or political life—are intrinsically relational in nature, so that their

value increases when shared and is not exhausted by private benefit. In contrast to the transhumanist tendency to reduce the good to parameters of individual optimization (health, longevity, efficiency), Jensen asserts that moral fulfillment is achieved through “collective participation in common goods,” which structure both ethical and political life.

Fourth and finally, transhumanism makes a fundamental error in equating physical or cognitive disability with supposed moral incapacity. As Wasserman (34) warns, a person with intellectual disabilities may make better moral decisions than someone with high cognitive abilities. Similarly, many historical figures with traits considered “morally defective” made significant ethical or social contributions without having been biotechnologically corrected. Reducing virtue to mere biological functioning is an anthropological and ethical error.

Likewise, Silvers and Francis (27) argue that people with cognitive disabilities can also develop and express a conception of the good, provided they have adequate support. To this end, they introduce the model of “prosthetic trusteeship”¹⁴ where other people act as cognitive extensions that facilitate the articulation of one’s own good without replacing it. This support does not negate autonomy, but rather makes it possible in a relational sense, showing that agency does not depend on rational self-sufficiency, but can be exercised in cooperative schemes that extend the notion of autonomy beyond individual independence.¹⁵

¹⁴ Silvers and Francis (27) develop the notion of “prosthetic trusteeship” to account for how people with cognitive disabilities can participate in the construction of their own good without being reduced to passive dependence or paternalistic substitution. The trustee —whether a family member, caregiver, or collaborator— plays a role analogous to that of a prosthesis: they do not replace the subject or impose their own values, but rather facilitate and convey processes of reasoning, communication, and deliberation that the subject cannot perform independently, thus enabling the expression of authentically personal conceptions of the good. This is a form of assisted relational autonomy, which preserves the agency of the individual and recognizes them as a source of moral and political consideration.

¹⁵ From a liberal perspective, it could be argued that technological interventions do not restrict but rather expand freedom: each added capacity increases the range of life

Finally, we maintain a dual thesis: on the one hand, to face the challenge of truly valuing people with disabilities, recognizing their dignity, their intrinsic value, and their full membership in the human community, and, on the other hand, to simultaneously adopt measures aimed at preventing or limiting the onset of certain disabilities, when possible and ethically acceptable. This dual task requires deep ethical reflection, because it implies maintaining that the life of a person with a disability is equally valuable as any other, without this meaning giving up on reducing avoidable suffering or improving living conditions through prevention or medical intervention. Ultimately, it is a question of distinguishing between combating the suffering associated with certain conditions and devaluing the existence of those who already live with them.

8. Critical conclusion

Throughout this work, we have shown how transhumanism articulates a *bioideological* discourse that transforms the natural *telos* into an imperative of unlimited optimization. From this perspective, any limitation translates into a deficit, and disability is interpreted from the perspective of personal tragedy, as an evil to be avoided rather than a legitimate form of existence. This thesis is based on the logic of ableism, which establishes hierarchies of lives based on health or productivity, reinforcing processes of exclusion and devaluation.

choices and, consequently, the autonomy of the subject. Preventing access to such interventions would, under this approach, amount to limiting their freedom of choice. However, this view tends to reduce freedom to the mere accumulation of capabilities and ignores the fact that autonomy is always relational, exercised in networks of support and cooperation. This is not to deny the importance of alleviating suffering or removing barriers that limit participation, but to emphasize that a person's intrinsic dignity does not depend on conforming to certain standards of ability. In this sense, living with a disability is not a deficit that must be corrected in order to be recognized as fully human, but a legitimate form of existence that deserves support and recognition.

Likewise, we have pointed out that transhumanism not only medicalizes disability, but also moral evil, conceiving it as a problem susceptible to technical correction and stripping it of its ethical and existential value. The so-called “negative ontology” of transhumanist discourse reduces vulnerability and finitude to eliminable biological failures, denying their constitutive value for the human condition.

Faced with this horizon, we maintain that it is necessary to recover a comprehensive understanding of disability and vulnerability as original dimensions of human life, not as errors to be suppressed. This requires critical bioethics that clearly distinguishes between the legitimate effort to mitigate suffering and the dangerous tendency to devalue lives that do not conform to the parameters of excellence.

The contribution of this study lies in showing that the core of transhumanism is not merely technical, but ideological: beneath the promise of emancipation lies a project that redefines what it means to be human according to the logic of capacity and optimization. A responsible alternative must involve an inclusive conception of biological citizenship that recognizes the interdependence, limitations, and intrinsic dignity of every person and can uphold an affirmative ethic in the face of the temptation to medicalize existence.

References

1. Biblia de Jerusalén. Epístola a los Romanos. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2009.
2. Arendt, Hannah. La vida del espíritu. Barcelona: Paidós; 2002.
3. Catulo. *Poesías*. Madrid: Cátedra; 1990.
4. Rifkin, Jeremy. El siglo de la biotecnología. Barcelona: Crítica; 2009.
5. Rose, Nikolas. *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Unipe: Editorial Universitaria; 2012.
6. Wolbring, Gregor. The politics of ableism. *Development*. 2008; 51(2): 252–258.
7. Hauskeller, Michael. *Mythologies of Transhumanism*. New York: Palgrave Macmillan; 2016.
8. Postigo, Elena. Bioética y transhumanismo desde la perspectiva de la naturaleza humana. *Arbor*. 2019; 195 (792):1-10. <https://doi.org/10.3989/arbor.2019.792n2008>
9. Negro, Dalmacio. El mito del hombre nuevo. Madrid: Encuentro; 2009.
10. Bostrom, Nick. In defense of posthuman dignity. *Bioethics*. 2005; 19 (3): 202-214.

11. Rose, Nikolas. The Human Sciences in a Biological Age. *The Human Sciences in a Biological Age. Theory, Culture & Society*. 2012; 30(1): 3–34. <https://doi.org/10.1177/0263276412456569>
12. Anchondo Pavón, Sandra y Gallardo Macip, Cecilia. The perfection of vulnerable lives. Genetic modification and disability. *Medicina y Ética*. 2021; 32 (2):519-552.
13. Arneil, Barbara y Hirschmann, Nancy. Disability and Political Theory: An Introduction. In: *Disability and Political Theory*. Cambridge University Press. 2016.
14. Campbell, Fiona. Inciting Legal Fictions: ‘Disability’s’ date with Ontology and the Ableist Body of Law. *Griffith Law Review*. 2001; 10(1):42-62.
15. Sloterdijk, Peter. *Haz de cambiar tu vida*. Madrid: Pre-textos; 2012.
16. Rabinow, Paul. Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality. In: Crary, J. y Kwinter, S. (eds.), *Incorporations*. Nueva York: Zone Books; 1992.
17. Barnes, Colin. Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. In: Barton, L. (comp.) *Discapacidad y Sociedad*. Morata. Madrid: Morata; 2009.
18. Carlson, Licia. Philosophers of intellectual disability: a taxonomy. In Kittay, E. F. y Carson, L. (ed.). *Cognitive Disability and its Challenge to Moral Philosophy*. Wiley-Blackwell, Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
19. Campbell, Fiona Kumari. Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism. *M/C Journal*. 2015; 11(3):2008. <https://doi.org/10.5204/mcj.46>
20. Benhabib, Seyla. *El Ser y el Otro en la ética contemporánea*. Barcelona: Gedisa; 2006.
21. Cuenca Gómez, Patricia. Sobre la inclusión de la discapacidad en la teoría de los derechos humanos. *Revista de Estudios Políticos*. 2012; 158:103-137.
22. Braidotti, Rosi. *Lo posthumano*. Barcelona: Herder; 2025.
23. Zerega, María Mercedes *et al.* Devenir discapacitado: nuevos monstruos, cyborgs y desplazados en el capitalismo contemporáneo. *Nómadas*. 2020; 52: 149-165. <https://doi.org/10.30578/nomadas.n52a9>
24. Nussbaum, Martha. *El ocultamiento de lo humano. Repugnancia, vergüenza y ley*. Madrid: Katz; 2012.
25. Anchondo Pavón, Sandra y Gallardo Macip, Cecilia. La nueva eugenesia del individualismo neoliberal. Una discusión desde el modelo social de discapacidad. *Andamios*. 2022; 19(49):93-116. <http://dx.doi.org/10.29092/uacm.v19i49.921>
26. Rosato, Ana. El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. 2009; 39:87-105.
27. Silvers, Anita y Francis, Leslie. Thinking about the good: reconfiguring liberal metaphysics (or not) for people with cognitive disabilities. *Metaphilosophy*. 2009; 40(3-4):475-498. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9973.2009.01602.x>
28. Walker, Mark. Enhancing genetic virtue: A project for twenty-first century humanity? *Politics and the Life Sciences*. 2009; 28(2):27-47. https://doi.org/10.2990/28_2_27
29. Raus, Klaus. On Defining Moral Enhancement: A Clarificatory Taxonomy. *Neuroethics*. 2014; 7(3):263–273. <https://doi.org/10.1007/s12152-014-9205-4>

30. Rose, Nikolas y Novas, Carlos. Biological citizenship. In A. Ong y S. Collier (Eds.). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Blackwell; 2007. <https://doi.org/10.1002/9780470696569.ch23>
31. Sandel, Michael. *Contra la perfección. La ética en la era de la ingeniería genética*. Barcelona: Marbot; 2015.
32. Gatti, Chiara. The Question of Disability in the Post-Human Debate. *Critical Remarks. Cuadernos de Bioética*. 2014; XXV (3ª):445-456. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87535786009>
33. Jensen, Steven. The Roots of Transhumanism. *Nova et Vera*, 2014; 12(2):515-541.
34. Wasserman, David. When bad people do Good things: Will moral enhancement make the world a better place? *Journal Medical Ethics*. 2014; 40(6):374-5. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101094>

Conceptualización del Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad del DSM-5 y la prescripción de psicoestimulantes de uso no médico: una exploración a un dilema bioético

DSM-5 Conceptualization of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Prescription of Non-Medical Psychostimulants: An Exploration of a Bioethical Dilemma


Fernando Arancibia-Collao*


Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Camila Martínez-Villavicencio**

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.07>

* Profesor Asistente del Instituto de Éticas Aplicadas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Correo electrónico: fnarancibia@uc.cl ORCID record: 

** Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina UC, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Residente de Psiquiatría Adultos. Correo: cpmartinez2@uc.cl ORCID record: 

Mis agradecimientos a Luis J. Flores por la supervisión y sugerencias realizadas.

Recepción:
18.12.2025

Envío a dictamen:
18.12.2025

Aceptación:
05.01.2026

Publicación:
02.04.2026

CÓMO CITAR: Arancibia-Collao, F., Martínez-Villavicencio, C. (2026). Conceptualización del Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad del DSM-5 y la prescripción de psicoestimulantes de uso no médico: una exploración a un dilema bioético. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.07>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

Resumen

El artículo analiza la evolución histórica del TDAH y su estrecha relación con el uso de psicoestimulantes, mostrando cómo cambios diagnósticos, evidencia clínica y presiones sociales han configurado su comprensión contemporánea. Aunque los estimulantes reducen síntomas y riesgos asociados al TDAH, su fundamento neurobiológico sigue siendo incierto y la expansión diagnóstica ha favorecido fenómenos de sobrediagnóstico y medicalización. El uso no médico —especialmente en contextos educativos y laborales— visibiliza un dilema bioético central: la creciente difuminación entre tratamiento y optimización del rendimiento. Se examinan críticas epistémicas a los ensayos clínicos, la influencia de la industria farmacéutica, los efectos identitarios del diagnóstico y las tensiones entre autonomía, justicia y cuidado. El artículo propone fortalecer una ética institucional que limite intereses comerciales, garantice transparencia en la construcción diagnóstica y promueva una comprensión más amplia del malestar atencional, integrando dimensiones biológicas, sociales y culturales.

Palabras clave: medicalización, psicoestimulantes, TDAH, dilema bioético.

1. Introducción

Desde sus primeras descripciones en el siglo XX hasta su formulación actual como trastorno del neurodesarrollo en el DSM-5, el Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) ha experimentado múltiples transformaciones en su conceptualización que han reconfigurado la comprensión médica, social y ética del comportamiento humano. Paralelamente, la farmacoterapia con psicoestimulantes —especialmente metilfenidato y derivados de anfetamina— ha adquirido un papel central en el manejo del TDAH, consolidándose como primera línea de tratamiento en virtud de su eficacia para reducir síntomas y riesgos funcionales. Sin embargo, el uso de estos fármacos se ha expandido más allá del ámbito clínico, particularmente entre adolescentes y adultos sin diagnóstico médico

que buscan mejorar el rendimiento académico o laboral. Esta tendencia ha reactivado discusiones sobre la medicalización, el sobrediagnóstico, la influencia de la industria farmacéutica y los límites entre tratamiento y optimización.

En este contexto, surge un dilema bioético relevante: ¿cómo evaluar la legitimidad del uso terapéutico y no terapéutico de psicoestimulantes cuando la base científica del TDAH continúa siendo objeto de controversias, los procesos diagnósticos se vuelven más inclusivos y las presiones sociales hacia la productividad moldean la demanda por estas sustancias?

El presente artículo revisa la evolución histórica del concepto de TDAH, analiza la evidencia clínica disponible y examina las críticas epistémicas y éticas que cuestionan las formas contemporáneas de prescripción y uso no médico. A partir de ello, se propone una reflexión bioética que permita distinguir entre intervención terapéutica y optimización del rendimiento en un escenario marcado por la medicalización de la vida cotidiana y por intereses comerciales que influyen en la práctica clínica.

2. Estado del arte

El trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad, el cual a menudo persiste hasta la edad adulta, con consecuencias a nivel del funcionamiento social, académico y ocupacional (1).

Se estima que la prevalencia de TDAH es cercana al 5.3% (2). Dentro de las alternativas de tratamiento, encontramos medidas farmacológicas y no farmacológicas. Dentro de las medidas farmacológicas, el uso de psicoestimulantes (principalmente metilfenidato y los derivados de anfetamina) se consideran tratamientos de primera línea. Los psicoestimulantes tienen un efecto protector en el tratamiento del TDAH, previenen el desarrollo de trastorno de uso de sustancias (adicciones) (2).

En investigaciones basadas en registros a nivel poblacional (diseños intraindividuales tipo *self-controlled case series*), el uso de medicación para el ADHD se asoció consistentemente con menores tasas de autolesión (IRR \approx 0.77–0.85), lesiones no intencionales (IRR \approx 0.87–0.93), accidentes de tráfico (IRR \approx 0.71–0.87) y conductas delictivas (IRR \approx 0.73–0.84) a lo largo de 2006–2020 en Suecia. Complementariamente, en un estudio comparativo de efectividad en una cohorte nacional de pacientes con trastorno límite de la personalidad, el tratamiento con fármacos para TDAH (principalmente psicoestimulantes) se asoció con una reducción del riesgo de intento o muerte por suicidio (HR \approx 0.82), mientras que otras clases farmacológicas no mostraron beneficio o se vincularon a mayor riesgo (3). Estas evidencias agrupadas han sido discutidas en editoriales y revisiones que subrayan que, cuando se emplean de forma apropiada, los psicoestimulantes pueden producir “resultados del mundo real”¹ —es decir, reducir daños graves y mejorar oportunidades funcionales— si bien la extensión de la prescripción a poblaciones con menor gravedad plantea la necesidad de evaluar periódicamente la relación riesgo/beneficio y de complementar la farmacoterapia con intervenciones psicosociales (3–5).

La prescripción de metilfenidato y derivados de anfetamina, aumentaron en un 35.5% entre 2008-2012 en EU. En 2016, el número de individuos mayores de 12 años en EU que iniciaron estimulantes NMU fueron 1.4 millones, más que las personas que iniciaron metanfetamina y cocaína combinadas (2).

Sin embargo, el aumento de su prescripción en población adulta (6) levantan la controversia de un posible sobrediagnóstico en esta población e, inclusive, un cuestionamiento al TDAH como entidad nosológica.

¹ Por *outcomes* en el mundo real o “*real-world outcomes*” se refiere a eventos y resultados de la vida cotidiana que tienen relevancia social y clínica, por ejemplo, autolesiones y suicidio, lesiones accidentales, colisiones de tráfico, condenas penales, consumo de sustancias, y otras consecuencias funcionales; y que suelen registrarse en bases administrativas (registros hospitalarios, policiales o judiciales) o en estudios observacionales a gran escala.

En paralelo a esto, el uso de psicoestimulantes no prescritos médicamente (*Non medical Use of Prescription Stimulants*, o NMU por sus siglas en inglés; en adelante: “UNM”) ha generado un debate sobre las implicancias éticas de su prescripción en contextos educativos, el cuestionamiento a su uso y sus consecuencias para la salud física y mental de la población. Faraone *et al.* (2020) realizan una revisión sobre el estado del arte del UNM de psicoestimulantes. Según esta, los estudios a la fecha solo son descriptivos, y con la evidencia disponible se puede armar un “perfil de riesgo” y un perfil de “motivaciones”. Dentro de las limitaciones de esta revisión encontramos el uso de cuestionarios de autorreporte y poco consenso en definiciones relacionadas al abuso, uso, desviación, entre otros.

En cuanto a la epidemiología del UNM de psicoestimulantes, 50-90% obtuvieron los fármacos mediante familiares o amigos, entre un 4-35% contaban con prescripción y 20% obtuvieron la prescripción fingiendo síntomas de TDAH. En la población escolar, su mayor uso se encuentra entre el 8° a 10° grado. Además, el UNM de psicoestimulantes se asocia a la presencia concomitante de trastorno por uso de sustancias. De ese grupo, un 64% tendría trastorno por uso de alcohol (OH), un 43% trastorno por uso de marihuana, un 10% trastorno por consumo de cocaína, un 8.8% trastorno por uso de hipnóticos/sedantes; y un 8.4% un trastorno por consumo de alucinógenos. En uno de los estudios, se estima que un tercio de los UNM de psicoestimulantes cumplían criterios de trastorno por uso de estimulantes y la mitad trastorno por uso de OH (7).

En cuanto a las motivaciones para el UNM de estimulantes, encontramos las académicas. En base a la revisión realizada por Faraone *et al.* (2020) se estima que este grupo sería el 50-89% de los estudiantes universitarios, donde el 40% refiere buscar ser más productivos (8). En otra encuesta, entre el 38-57% buscaban mejorar la performance académica-laboral (9). Otro grupo manifiesta su uso para actividades recreativas o el “*getting high*” entre un 2-31%. Otro grupo sería para bajar de peso, este grupo tendría una mayor prevalencia con antecedente de trastorno de la conducta alimentaria

concomitante.² Otras motivaciones que llevan a uso encontramos: compensación de los efectos del alcohol, ayudar en socialización, autotratamiento de síntomas TDAH; y mayor alerta y energía sin ir asociado necesariamente a la mejoría cognitiva.

¿Cuáles son las consecuencias del uso no médico de psicoestimulantes? Con respecto a los efectos adversos, se describen efectos similares al uso prescrito, es decir: cefalea, dolor abdominal, mayor irritabilidad, mayor labilidad emocional, apetito disminuido, insomnio, taquicardia, etcétera.³ En cuanto a consecuencias académicas, el UNM de psicoestimulantes no implicaría mejoría en el desempeño académico en aquellos que no tienen diagnóstico de TDAH (10–15).

En la misma revisión realizada por Faraone *et al.* (2020), se revisa una encuesta realizada a 826 pediatras, donde solo el 46-44% educaron sobre los riesgos clínicos y de salud en el UNM de estimulantes; y el 40% no dieron educación en población que iniciaba la universidad. Además, la visión del UNM como una falta a la integridad académica posee perspectivas mixtas en los recintos universitarios de EU. En esta revisión, los autores plantean la importancia de realizar estrategias preventivas enfocadas en la población de riesgo no paciente (estudiantes de educación secundaria y superior); erradicar mitos sobre su uso y abuso; y derivar a la de población de riesgo u con comorbilidad psiquiátrica

La intervención de primera línea para el UNM de psicoestimulantes es la psicoeducación. Entre los mitos, se encuentra: 1) desafiar las expectativas poco realistas del mejoramiento en la performance y 2) la sobreestimación del uso de UNM en pares universitarios (“todos lo utilizan para estudiar”).

² El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria corresponde a un grupo de patologías que se caracterizan por la preocupación excesiva por la imagen corporal asociada a alteraciones en la alimentación.

³ Se ha demostrado que el uso de psicoestimulantes en la población con TDAH tiene efectos en síntomas asociados al cuadro, como son la impulsividad y la desregulación emocional.

3. El concepto de TDAH y el uso de psicoestimulantes

La historia del uso de psicoestimulantes está íntimamente vinculada a la historia del TDAH

El concepto existe de larga data, con diversos nombres como Déficit del Control Moral planteado en 1902 y el síndrome de Daño Cerebral o Síndrome del comportamiento orgánico, planteado por distintos autores (16,17). Sin embargo, entre 1937 a 1941 se realizaron las primeras publicaciones sobre tratamiento de niños con hiperactividad. Con una respuesta positiva anecdótica al uso de anfetaminas por Charles Bradley, fue posteriormente replicada en relación a estudios posteriores, se describió una relación positiva en mejoría conductual y desempeño (18).

Posteriormente, el concepto de Trastorno Hiperkinético planteado por Laufer, adquirió creciente aceptación entre los especialistas. En su artículo, reconoce el logro de Bradley, no solo de encontrar un tratamiento, sino que además su estudio permitió caracterizar las “facetas neurofisiológicas y clínicas del cuadro”. A partir de la respuesta farmacológica, se plantean hipótesis etiológicas y se caracteriza el cuadro como un síndrome “tratable” (19,20). Este síndrome, inspira el desarrollo del “Trastorno hiperkinético” de la infancia en el DSM-II en 1968. En paralelo, se desarrolló el metilfenidato (Ritalín) en 1955 y fue aprobado por la FDA en 1961 (21).

En los años 70, surgen dos modelos paralelos al modelo del DSM-II, los cuales también se ven influidos al uso de psicoestimulantes. Estos son los modelos de Daño Mínimo Cerebral y el Modelo de Déficit de Atención. Wender plantea el concepto de Daño Mínimo Cerebral (en adelante: “MBD” por “*Minimum Brain Damage*”), compuesto por 2 síntomas cardinales: las alteraciones de la atención y las del sistema de reforzamiento) de los cuales derivan síntomas secundarios (22). La relevancia etiológica del MBD sería más allá de un trastorno de la infancia. La hipótesis etiológica que se plantea (a saber, lesión atómica y/o alteraciones neuroquímicas) puede servir

de antecedente de varias formas de psicopatología del adulto incluyendo lo que denomina un “trastorno del carácter” (a saber, formas impulsivas e inmaduras), sociopatía e incluso esquizofrenia. Dentro de las hipótesis etiológicas que establece Wender en su artículo, el MBD sería resultado de una alteración de la expresión genética que lleva a alteraciones metabólicas del sistema monoaminérgico. Lo segundo es que el sistema de monoaminas, su alteración llevaría a dos síntomas cardinales principales: alteración del nivel arousal⁴ y una disminución de la sensibilidad de los sistemas de reforzamiento (a la recompensa). Si bien, plantea Wender, la respuesta a tratamiento no debería ser la manera adecuada para determinar etiología, la respuesta a tratamiento de estos pacientes sugiere que habría alteraciones neuroquímicas específicas. Es más, plantea que en el caso de estos pacientes, no se producirían efectos “euforizantes”, ya que disminuye la hiperactividad y potencia la “conducta evitativa condicionada” (22). Es más, en base a la respuesta a tratamiento en población infantil, se extrapola dicha hipótesis y se realizan estudios en población adulta con síntomas similares (24). Si la comparamos con la caracterización actual del TDAH, esta conceptualización tiene una serie de problemas. Entre ellos, encontramos un gran grupo de síntomas, con poca especificidad, los cuales pueden trasladarse actualmente a otros cuadros como el trastorno oposicionista desafiante (en adelante: “TOD”). Aunque este término cayó en desuso por su ambigüedad diagnóstica, mantuvo la práctica del tratamiento con estimulantes como eje terapéutico central (22,25).

En paralelo, surge el modelo de Douglas de “Déficit de Atención”. Para Douglas y su grupo, la inhabilidad de mantener atención sostenida y las dificultades en el control de impulsividad, pueden

⁴ Arousal: el termino arousal, utilizado por Wender para referirse a la atención, ha tenido distintos significados. Por un lado, se tiene el arousal conductual, es decir, el nivel de actividad de una persona. Por otro lado, el arousal fisiológico, se refiere al nivel de “activación” o alerta, mediado por estructuras cerebrales como el Sistema reticular ascendente activante, encargado de la vigilia. Para fines didácticos, lo utilizaremos como sinónimo del “umbral de atención”. Para profundizar más en este debate puede revisar (23).

considerarse como los déficits más encontrados en el grupo hiperactivo (26). Según su modelo, plantea que estos pacientes en la infancia “logran autorregularse a sí mismos”, por lo que el uso farmacológico debería restringirse a aquellos casos donde los síntomas sean “en extremo debilitantes (26). Esto, debido a las aprehensiones y dudas de ese entonces sobre el uso de estimulantes (a saber, los efectos en la población infantil, el no tener de todo claro el mecanismo de acción de estos, el riesgo de adicción y otros efectos adversos).

Durante la década del 70, hubo un auge en la importancia de los factores ambientales a nivel de literatura científica y a nivel divulgativo, donde el rol de la crianza y factor dietario de los preservantes como posibles etiologías causales adquirieron relevancia (27). Esto, sumado al auge de la terapia farmacológica con psicoestimulantes, explica lo que denomina Douglas en su revisión como “la politización de la terapia farmacológica” (26). Llegando a plantear “el mito del trastorno” al que atribuían responsabilidad al sistema educacional vigente (28).

A fines de los años setenta, Peter y Roslyn Glow, plantean un modelo donde el Trastorno Impulsivo Hiperkinético se concibe como un trastorno de la motivación intrínseca. La motivación intrínseca se define como el interés en el ambiente, motivado por la curiosidad y por la necesidad intrínseca de interactuar, comprender y controlar su ambiente. La describen como una motivación inherente al procesamiento de la información (29).

En base a este modelo, dado su falta de motivación intrínseca hacia el medio externo, el individuo sería menos capaz de analizar las contingencias entre la conducta y los eventos del ambiente, con una menor concepción de sí mismo como causa, lo cual llevaría a inmadurez social y emocional. Dentro de este modelo, se plantea una explicación en torno al uso de psicoestimulantes como tratamiento y la mejoría en la performance (29). La discusión científica-académica entre la conceptualización de Douglas y la conceptualización de Wender influirá en la discusión de lo que será el futuro DSM-III.

La transición del DSM-II al DSM-III implicó cambios significativos para la estructuración como los objetivos del texto. Se propu-

sieron con el DSM-III “contar con un lenguaje común mediante el cual puedan comunicarse acerca de los trastornos (...) La planificación de un programa de tratamiento debe comenzar con una evaluación diagnóstica precisa. Además, su elaboración fue diferente: borradores previos de esta versión fueron ampliamente difundidos para su revisión crítica y uso por parte de clínicos e investigadores. Esto lo expresan textualmente al final del párrafo introductorio: De este modo, la versión final del DSM-III constituye únicamente una instantánea dentro de un proceso continuo orientado a comprender de manera más precisa los trastornos mentales (30).

La transición del DSM-II desde la “Reacción hiperkinética de la infancia” hacia el Trastorno por déficit de atención (“ADD”, en inglés) en el DSM-III destaca por el cambio de nombre ya que “las dificultades atencionales son prominentes y están siempre presentes en aquellos niños que presenta el diagnóstico, además que la hiperactividad persiste en la adolescencia” (30).

En el DSM-III, el ADD se considera un trastorno e inicio en la infancia, y un tipo de “trastorno conductual”. Se distinguen tres subtipos: 1) ADD con hiperactividad (donde debe poseer criterios de los *cluster* de inatención, impulsividad e hiperactividad); 2) ADD sin hiperactividad (donde posee criterios del *cluster* de inatención y de impulsividad) y 3), el ADD tipo residual (alguien que cumplía criterios de ADD con hiperactividad en el pasado, pero que ya no cumple criterios de este *cluster*) (30). Este último tipo es relevante, ya que se reconoce como un curso pronóstico que persiste en la adolescencia y/o en la adultez.

La publicación del DSM-III en 1980 marcó una transformación paradigmática al adoptar un enfoque descriptivo y conductual. En este nuevo marco, el TDAH fue formalizado como un diagnóstico clínico específico, lo que facilitó su estudio mediante ensayos controlados, demostraron de forma sistemática la eficacia de los estimulantes. y aumentó exponencialmente el uso de medicamentos como el metilfenidato y las anfetaminas (31–33). En palabras de Conners, fue este giro el que permitió “una verdadera unión científica con la genética, la neurociencia y los ensayos terapéuticos” (31).

Con la revisión del Manual en 1987 (DSM-III-R), el trastorno se redefinió bajo el término *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* y se unificaron los *clusters* en un mismo conjunto de criterio, de carácter mucho más descriptivo. Este cambio generó un aumento en la cantidad de personas elegibles para tratamiento farmacológico, legitimó ampliamente el uso de fármacos estimulantes y abrió la puerta a ensayos clínicos masivos sobre metilfenidato y anfetaminas (31,34,35).

Posteriormente, en 1992 y financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en colaboración con el Departamento de Educación, se desarrolló el Estudio Multimodal de Tratamiento del TDAH (*MTA Study*). Este estudio demostró que el grupo que recibió tratamiento combinado obtuvo mejores resultados en la reducción de síntomas del TDAH en comparación con aquellos que recibieron solo farmacoterapia o solo terapia conductual. A su vez, el grupo tratado exclusivamente con psicoestimulantes superó en eficacia al que solo recibió tratamiento conductual, especialmente en las dimensiones de hiperactividad e impulsividad (36). Además, se evidenció que la estructura y calidad del tratamiento farmacológico administrado en el estudio (supervisado, ajustado, con seguimiento clínico riguroso) fue significativamente más eficaz que la medicación típica recibida por los niños atendidos en la comunidad, lo cual subraya la importancia de protocolos terapéuticos estandarizados. El *MTA Study* fue clave para establecer que el uso de psicoestimulantes como el metilfenidato no solo era clínicamente eficaz, sino que formaba parte del enfoque de tratamiento óptimo cuando se integraba con intervenciones psicosociales. Estos hallazgos influyeron en las guías clínicas internacionales y en las políticas públicas de salud mental infantil. La validación empírica del modelo terapéutico multimodal, junto con la confirmación de los efectos significativos de los psicoestimulantes, consolidó el papel de la farmacoterapia como un componente central del tratamiento del TDAH, especialmente en los casos de mayor severidad sintomática (31,36).

La edición del DSM-IV (1994) refinó aún más el diagnóstico al introducir subtipos: TDAH con predominio de déficit atencional,

TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo y TDAH combinado. Se describe que los síntomas pueden exacerbarse o atenuarse (incluso no estar presentes). Los síntomas empeoran en situaciones donde se exige atención o esfuerzo mental sostenidos, que carecen de interés o novedad intrínseca (variabilidad situacional). Pueden estar atenuados cuando está bajo su control estricto, una situación nueva, a actividades de interés, o en una relación personal de uno a uno, o con gratificaciones frecuentes. Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones grupales. No obstante, como diagnóstico categorial en la práctica clínica, el DSM-IV mostró límites: criterios relativamente rígidos, pero con pobre anclaje etiológico, y una persistente separación —por edad de inicio y curso— que tendía a clasificar el TDAH como principalmente infantil, aun cuando clínicamente se observaban secuelas en la adolescencia y adultez (37).

Este refinamiento diagnóstico permitió ajustar con mayor precisión los tratamientos farmacológicos, según el perfil clínico del paciente. El nuevo sistema también fue clave para seleccionar participantes más homogéneos en ensayos clínicos, lo que permitió demostrar de manera más robusta la eficacia diferencial de los psicoestimulantes (31,32). Además, el DSM-IV fue acompañado por un creciente cuerpo de evidencia neurocientífica que validó indirectamente la eficacia de los estimulantes al mostrar alteraciones estructurales mínimas pero significativas en el cerebro de personas con TDAH (38,39).

4. El peak de diagnóstico y la actualidad del TDAH

Una de las explicaciones del aumento del diagnóstico del TDAH, tiene que ver con una alineación de incentivos asociado a un crecimiento del conocimiento sobre el TDAH y los estimulantes. A principios de los 90s, en estados Unidos se hizo la modificación del programa *Supplemental Security Income* (SSI), que permitió que niños de familias de bajos ingresos con trastornos mentales (incluido el ADHD) fueran elegibles, lo que produjo un aumento casi triple en nuevas incorporaciones con

diagnóstico de ADHD en el primer semestre de los años 90 (21). Además, en 1991 el Departamento de Educación de Estados Unidos realizó reformas dentro de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (*Individuals with Disabilities Education Act*, IDEA), donde el TDAH cae como una discapacidad protegida esta ley, lo que amplió la elegibilidad para adaptaciones escolares sensibilizó a padres y educadores sobre la existencia de servicios para niños diagnosticados. Esto aumentó la búsqueda de diagnósticos (21).

Sin embargo, existen teóricos que sugieren que los sistemas de responsabilidad escolar y financiamiento educativo han creado incentivos para que maestros y administradores impulsen la identificación de TDAH. Por ejemplo, algunos estudios que muestran que en estados donde las escuelas reciben fondos ligados a los resultados de pruebas estandarizadas, las tasas de diagnóstico de TDAH crecen significativamente poco después de implementar esas políticas. Dicho de otro modo, cuando a las escuelas se les dan incentivos financieros para mejorar el éxito estudiantil, es más probable que los alumnos sean diagnosticados con TDAH y medicados (40,41).

Un momento crucial en la expansión del uso de estimulantes ocurrió con la aprobación de la Ley de Modernización de la FDA de 1997, que extendió los derechos de exclusividad de patente para nuevos fármacos. Incluyó medidas clave que facilitaron la investigación y comercialización de nuevos medicamentos en niños. En particular, introdujo la “exclusividad pediátrica”: las compañías que realizan ensayos clínicos en población pediátrica reciben extensión de seis meses de la patente de su producto. Esto creó un incentivo económico directo para investigar formulaciones en niños y crear nuevas formulaciones de fármacos ya existentes (42).

Esto incentivó significativamente a la industria farmacéutica a invertir en nuevas formulaciones de acción prolongada de metilfenidato y anfetaminas, así como en modificaciones de compuestos previos y reutilización de medicamentos que habían fracasado en otros contextos clínicos (21). Esta legislación marcó un aumento notable en las publicaciones científicas relacionadas con estos fármacos, tras un periodo de relativo estancamiento (21).

En cuanto al rol de la industria farmacéutica, un análisis entre 2014-2018 encontró que la industria gastó más de 20 millones de dólares en pagos a médicos relacionados con estimulantes para TDAH. Los autores concluyen que “el marketing de la industria farmacéutica puede estar contribuyendo en parte al aumento de prescripciones de estimulantes” (43).

Varias líneas convergentes de evidencia y reflexión clínica-método formaron la base para reconsiderar la definición y el alcance del TDAH entre DSM-IV y DSM-5. Por un lado, estudios clínicos y epidemiológicos apuntaron a que una proporción no despreciable de individuos mantiene síntomas clínicamente relevantes en la adolescencia y adultez. Esta acumulación de evidencia cuestionaba la idea de un trastorno exclusivamente infantil y exigía criterios diagnósticos que contemplaran el continuo del desarrollo y la persistencia de la disfunción. Por otro lado, en la literatura empezó a surgir el concepto de “trastornos del neurodesarrollo”. Esto se debió por la evidencia creciente de solapamiento fenotípico y genético entre TDAH, TEA y discapacidad intelectual (44,45).

La transición del DSM-IV al DSM-5 fue impulsada por presiones científicas, clínicas y sociales convergentes que exigían una explicación del fenómeno del déficit de atención e hiperactividad con mayor base biológica y basada en el desarrollo. Estudios clínicos longitudinales realizados durante las décadas de 1990 y 2000 documentaron que una proporción considerable de niños con TDAH diagnosticados continuaron manifestando síntomas clínicamente significativos y deterioro funcional durante la adolescencia y la edad adulta, lo que puso en tela de juicio la visión del TDAH como una condición limitada principalmente a la infancia (46,47). Simultáneamente, los avances en genética y neuroimagen produjeron evidencia sólida de heredabilidad y diferencias consistentes en los circuitos neuronales frontoestriatales y relacionados, lo que respalda una formulación neurodesarrollista del trastorno (2,44). Al mismo tiempo, las críticas sociales sobre el posible sobrediagnóstico, la medicalización de las conductas infantiles y el surgimiento del movimiento de la neurodiversidad instaron a la cautela ante una expansión acrítica

de los límites diagnósticos (48,49). En conjunto, estos avances empíricos y debates socioéticos impulsaron al DSM-5 a reconceptualizar el TDAH dentro de un marco de neurodesarrollo, buscando, al mismo tiempo, un equilibrio entre validez, utilidad clínica y protección contra la patologización excesiva (1).

Actualmente, el TDAH a partir del DSM-5 se entiende como un trastorno del neurodesarrollo. En el DSM-5 se define un trastorno del neurodesarrollo como aquel que parte en la infancia y que continúa a lo largo de la vida, ya sea cumpliendo criterios diagnósticos, o bien de forma atenuada (1). En el DSM-5, se puede hacer el diagnóstico en la adultez, siempre que los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años para considerar el diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013, pp. 31–60).

Desde una perspectiva evolutiva, los trastornos del neurodesarrollo son trastornos que dan más riesgo de presentar otras patologías de salud mental (45,50). El DSM-5 amplió aún más el alcance del diagnóstico al reconocer oficialmente el TDAH en adultos, lo que consolidó una nueva población objetivo para los tratamientos farmacológicos. Esta inclusión fue la culminación de estudios longitudinales de la continuidad sintomática de los síntomas en la adultez y de eficacia de los psicoestimulantes en esta población (2,51). La revisión de prevalencias de Polanczyk *et al.* han demostrado que estas modificaciones explican en parte el alza en prevalencia observada (1,52).

En síntesis, el DSM-5 conservó la esencia clínica del DSM-IV, pero amplió sus criterios diagnósticos, facilitando la inclusión de adolescentes y adultos (reducir umbral sintomático) y reconociendo más contextos de la vida del paciente (especificadores de severidad y ambiente) (1).

Finalmente, algunas consideraciones sobre el “*enhancement*” cognitivo. En épocas tempranas predominaban plantas con cafeína y nicotina (café, té, cacao, tabaco) usadas para aumentar vigilancia y resistencia a la fatiga, a las que luego se suman estimulantes sintéticos iniciales estudiados en modelos animales como potenciadores de aprendizaje (53–55). En los años 60–70 nace el concepto de nootrópico con piracetam y se consolidan fármacos colinérgicos y otros

procognitivos para demencia, mientras que en los 80–90 se explora el uso situacional de beta bloqueantes para rendimiento bajo estrés y se caracteriza mejor el papel procognitivo y los límites de cafeína y nicotina como mejoradores de atención y vigilancia (56–58). Entre 1990 y 2010 el protagonismo pasa a los psicoestimulantes: metilfenidato, anfetaminas, y modafinilo (este último indicado para narcolepsia), comienzan a emplearse en sujetos sanos como “smart drugs”, con mejoras pequeñas y dominio específicas (memoria de trabajo, atención, funciones ejecutivas), pero una discrepancia clara entre sensación subjetiva de mejora y cambio objetivo en pruebas cognitivas (53,59,60).

5. Discusión: la cuestión bioética

Por una parte, la introducción del uso de psicoestimulantes influyó en la transición desde un trastorno enfocado en la “hiperkinética o aumento del movimiento” a uno centrado en la “inatención”, siendo el manejo del segundo una manera de controlar secundariamente el primero. Por otro lado, se plantea la relación tratamiento-diagnóstico, lo cual queda patentado en el modelo de Douglas, donde delimita el uso de fármacos a los casos más severos.

La historia del concepto y su descripción histórico-etiológica ha fluctuado entre dos polos: de propuestas más biologicistas hasta más socioambientales para explicar el origen del TDAH; entre la hiperactividad y la inatención; entre el diagnóstico basado en lo “distinto a la media” versus “el diagnóstico al caso más severo”; entre un curso que dura hasta la infancia hasta un cuadro que persiste hasta la adultez.

Pese a la consolidación clínica del uso de psicoestimulantes, el enfoque ha sido objeto de críticas. Algunos estudios han señalado la sobreprescripción, especialmente en contextos educativos, así como la influencia de la industria farmacéutica en la expansión del diagnóstico (61). Además, existe un debate vigente sobre los efectos a largo

plazo del uso continuado de estos medicamentos y la necesidad de abordajes multimodales más integrativos (34).

En el área terapéutica, los psicoestimulantes reducen los síntomas nucleares del TDA (62). Esto se traduce en guías clínicas, donde el objetivo del tratamiento farmacológico es la reducción sintomática, en contraste con medidas no farmacológicas que mejoran la calidad de vida y funcionalidad (63). También, ayuda en la reducción de ansiedad secundaria a los síntomas nucleares (64) y favorece mejoras en el mediano plazo en rendimiento académico, reducción de riesgos y funcionamiento familiar (65). En el largo plazo, se ha visto la reducción de conductas suicidas y del desarrollo de trastorno por uso de sustancias (TUS) en personas con TDAH (66). También se ha asociado a reducción de criminalidad y accidentes de tránsito en población con TDAH (67,68).

Los psicoestimulantes no están exentos de efectos adversos. Un metaanálisis sobre riesgo cardiovascular encontró que individuos tratados con metilfenidato tuvieron una probabilidad posterior del 87% de tener mayor tasa de eventos cardiovasculares en los 6 meses posteriores al inicio del tratamiento (69). Además, los pacientes con enfermedad aterosclerótica tienen mayor riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares con psicoestimulantes (70).

El uso no médico de psicoestimulantes genera consecuencias adversas tanto individuales como a nivel de salud pública. Entre 2005 y 2010, las visitas a urgencias por este motivo en adultos en EU. aumentaron un 200% (de 5.212 a 15.585), mientras que las relacionadas específicamente con anfetaminas subieron hasta un 156%. En adolescentes, alrededor del 35% de las exposiciones por uso no médico de metilfenidato o anfetaminas se asocian a efectos clínicamente significativos, incluyendo toxicidad moderada o grave y muertes (71,72) impulsivity, or inattention. Although these disorders are typically diagnosed in childhood, symptoms may persist into adulthood. About 66% of children aged 4 to 17 diagnosed with ADHD took medication for the disorder in 2007. Stimulant medications remain the first-line treatment for these disorders in both children and

adults. ADHD stimulant medications can be misused to suppress appetite, enhance alertness, or cause feelings of euphoria. Whether ADHD stimulant medications are misused or adverse reactions occur when the medication is taken as prescribed, monitoring dangerous health effects that require immediate medical attention can help guide intervention efforts. Methods: National estimates of Emergency Department (ED).

Teniendo presente todo lo anterior, estamos en posición de plantear el dilema bioético: *¿Hasta qué punto es éticamente justificable prescribir o normalizar el uso de psicoestimulantes —como el metilfenidato o las anfetaminas— cuando estos, si bien reducen daños y mejoran la funcionalidad en pacientes con TDAH, se utilizan crecientemente por personas sin diagnóstico médico, en contextos educativos o laborales, bajo lógicas de rendimiento y competencia?*

El uso de psicoestimulantes como el metilfenidato y las anfetaminas ha sido validado clínicamente para el tratamiento del TDAH, pero varios autores advierten que esta eficacia no se traduce necesariamente en una comprensión científica suficiente de su mecanismo de acción ni de su justificación biológica. Henry Middleton señala que “la calidad de este conocimiento científico es muy pobre” (73) y que muchos psicofármacos se prescriben masivamente sin evidencia de una alteración neuroquímica subyacente (73). En el caso de los estimulantes, advierte que sin pruebas claras de que estos niños sean químicamente distintos, los efectos podrían deberse solo al aumento de la activación (73). Es decir, los psicoestimulantes mejoran la atención tanto en personas diagnosticadas como en individuos sin TDAH, lo que impide sostener una etiología específica y cuestiona el supuesto biomédico que justifica su uso.

Louis C. Charland ha criticado la validez científica de los ensayos clínicos aleatorizados (RCT) utilizados para aprobar psicofármacos. Señala que “cuando la hipótesis nula es refutada, significa que no es correcto decir que el tratamiento no tiene efecto. Esto no es lo mismo que decir que el tratamiento ‘funciona’” (74). En muchos casos, la eficacia reportada es marginal —del orden del 10 % sobre el placebo— y se apoya en una interpretación estadística equívoca

más que en una verificación causal. Por tanto, el beneficio terapéutico de los psicoestimulantes se revela como epistémicamente ambiguo: existe mejoría funcional, pero su fundamento neurobiológico es incierto. En términos bioéticos, este punto problematiza el principio de beneficencia (75), pues la intervención no siempre se basa en conocimiento sólido, y el de no maleficencia, dado el riesgo de efectos adversos y dependencia descritos por Middleton (73). El uso prolongado de estos fármacos afirma, produce “variaciones en la sensibilidad y el número de receptores, [...] modificando la manera en que las células responden tanto al medicamento como a los estímulos naturales”, generando tolerancia y abstinencia. De este modo, la evidencia terapéutica del TDAH no puede considerarse neutral: la eficacia no equivale a comprensión científica ni a justificación moral de la intervención.

Para Charland, “ciertos aspectos del pensar, del sentir y del comportamiento, que fueron previamente descritos sin un marco conceptual médico, han sido redescritos utilizando dicho marco conceptual” (74). Este proceso tiene efectos profundos sobre la autocomprensión del individuo: “afecta el modo en que los individuos se comprenden a sí mismos” (74).

Este autor ha afirmado que el DSM ha sido un instrumento central de esta expansión, generando lo que denomina una “hiper-medicalización” (74). A medida que aumentan las categorías diagnósticas, se amplía el rango de comportamientos que pueden considerarse patológicos. En el caso del TDAH, este proceso culmina con su reconceptualización en el DSM-5 como un “trastorno del neurodesarrollo” que puede diagnosticarse incluso en adultos.

Desde un punto de vista ético, esta ampliación tiene consecuencias normativas y sociales. Sadler sostiene que el diagnóstico psiquiátrico “no es un acto meramente técnico, sino una práctica atravesada por valores morales y culturales” (76). Las clasificaciones del DSM no son descripciones neutras, sino juicios normativos sobre lo que cuenta como “desviación” o “normalidad”. Por ello, afirma que “los valores que sustentan las categorías diagnósticas no gozan del consenso moral que caracteriza a otras ramas de la medicina” (76).

El sobrediagnóstico del TDAH refleja este problema. A medida que las categorías se flexibilizan, más individuos son incorporados al sistema terapéutico, lo que conlleva riesgos de etiquetamiento y pérdida de autonomía. Sadler subraya que las etiquetas psiquiátricas generan “efectos de clasificación”, moldeando la identidad y el comportamiento de las personas (76). Desde esta perspectiva, la expansión diagnóstica del TDAH no es solo un fenómeno clínico, sino un dilema ético: ¿en qué punto deja de tratarse de una ayuda médica y se convierte en una forma de control normativo sobre la atención, la conducta y el rendimiento?

Como hemos visto, existe una vinculación directa entre el proceso de medicalización y el uso no médico (NMU) de psicoestimulantes. Como explica Middleton, estos fármacos no corrigen un déficit químico, sino que actúan promoviendo la liberación de noradrenalina, serotonina y dopamina (73), aumentando la activación general del sistema nervioso. En consecuencia, su uso fuera del ámbito terapéutico —por ejemplo, entre estudiantes universitarios o profesionales que buscan mejorar su rendimiento— no difiere fisiológicamente del uso prescrito, pero sí traslada la justificación moral desde el tratamiento hacia la optimización.

Este desplazamiento plantea un dilema ético central: el límite entre curar y mejorar. Si los psicoestimulantes permiten aumentar el rendimiento cognitivo en individuos sanos, ¿es ético normalizar su uso en contextos educativos y laborales competitivos? Según Charland, la psiquiatría contemporánea carece de autonomía suficiente para resistir las presiones del mercado, dado que se encuentra muy aliada con los intereses de la industria farmacéutica (74). Esta alianza contribuye a naturalizar el consumo no médico bajo discursos de eficiencia y productividad.

El problema se agudiza porque, como muestra Sadler, los valores incorporados en el DSM y en las prácticas psiquiátricas no siempre responden al bien del paciente, sino a intereses gremiales y sociales (76). El uso no médico se convierte así en una forma de medicalización de la normalidad, donde la atención dispersa o el cansancio se interpretan como déficits patológicos que requieren corrección química.

Desde un enfoque del cuidado (77,78), este fenómeno vulnera la relacionalidad de la persona y sustituye la comprensión empática del malestar por la búsqueda de rendimiento. De este modo, el uso no médico de estimulantes convierte la atención y la motivación en bienes de consumo, reduciendo el cuidado de sí mismo a una forma de auto optimización farmacológica.

Por otra parte, encontramos que el fenómeno de la medicalización está estrechamente vinculado a los intereses comerciales de los productores de medicamentos (las farmacéuticas). Este proceso se denomina “comercialización”. Esto puede verse en la evolución de la psiquiatría. En su etapa de madurez, la disciplina se vio dominada por intereses comerciales, dando lugar al fenómeno del *disease mongering*, es decir, la expansión de los límites de la enfermedad con fines de mercado (79). Muchos de los nuevos fármacos son “me-too drugs”, pequeñas variaciones de moléculas ya existentes que “ofrecen beneficios marginales” (79). Esto genera un escenario en el que *la innovación científica se subordina al lucro*, mientras los ensayos clínicos se centran en poblaciones reducidas y de corto plazo, limitando el conocimiento sobre efectos a largo plazo. En la misma línea, Charland denuncia la “falta de transparencia derivada del derecho de patentes” (74), que impide la revisión pública de los datos de eficacia y seguridad. De este modo, la farmacología psiquiátrica opera dentro de una estructura epistémicamente cerrada y moralmente problemática, donde la verdad científica es sustituida por la eficacia comercial.

En el contexto del desarrollo institucional de la psiquiatría, Sadler advierte que el proceso de elaboración del DSM-5 se realizó bajo “condiciones de reserva excesiva, con reuniones cerradas y confidencialidad de los debates”, lo que constituye “no solo un fallo técnico, sino un problema moral” (76). Tal oscuridad sobre el proceso de definición de las patologías psiquiátricas cuestiona la legitimidad ética de la psiquiatría, al confundir el bien interno de la práctica médica (sanar y cuidar) con bienes externos como el prestigio profesional y los beneficios económicos (80). De este modo, la convergencia entre intereses comerciales, diagnósticos expansivos y prescripción masiva configura una pérdida de autonomía moral de la ciencia médica, en

la que el TDAH aparece como un caso paradigmático. La ética del cuidado y la “*well-ordered science*” (81) ofrecen un camino alternativo: reorientar la práctica científica mediante transparencia deliberativa, pluralidad conceptual y primacía del bienestar del paciente.

Desde un punto de vista clínico, se presentan también una pluralidad de tensiones: en primer lugar, el uso no médico de psicoestimulantes perjudica al concepto de TDAH: como hemos revisado, con el aumento de casos diagnósticos, también aumentaron las críticas al concepto y la sospecha de sobrediagnóstico o sobremedicalización. Esto lleva, por consecuencia, a un aumento en la desconfianza a la hora de recetar estos medicamentos. En segundo lugar, la búsqueda de psicoestimulantes puede estar eclipsando otros cuadros psiquiátricos o no psiquiátricos que pueden manifestarse con sintomatología como problemas de concentración e inquietud, los cuales solo serían pesquisables por un profesional de salud mental. Ejemplo de esto lo constituye la literatura que aborda la búsqueda de diagnósticos diferenciales y/o comorbilidades ante la consulta de “dificultades en la concentración” (82,83). En tercer lugar, se aumenta el riesgo de exponerse a efectos adversos que van desde lo más leve a lo más severo. Entre los ya mencionados, las personas que no tienen TDAH, pueden generar tolerancia y largo plazo un abuso de sustancias. Finalmente, aun suponiendo que ese no fuese el caso, y que no tuviésemos problemas de efectos adversos ni otros diagnósticos a nivel individual, se genera no obstante un problema colectivo. *Se modifica los límites de la productividad en la sociedad.* Las personas con los recursos, contactos e información pueden tener acceso a estos fármacos y producir más. Pero a su vez, se modifican también nuestro concepto de funcionalidad, rendimiento, perjudicando a aquellas personas que no los utilizan. Por ende, los clínicos se transforman en “cómplices”, al aumentar los límites de la productividad colectiva. El uso no médico de psicoestimulantes vulnera el principio de justicia desde la ética del cuidado porque desplaza los límites de la “performance esperada” apoyándose en lógicas de mercado y competencia individual, en lugar de organizar la vida social en torno a relaciones de interdependencia y responsabilidad mutua. Para Held, la justicia liberal y los derechos

sólo pueden funcionar dentro de un entramado previo de relaciones de cuidado y de una “presunción de cuidado” en la sociedad; cuando el rendimiento se rige por normas competitivas y mercantiles, se erosionan la confianza, la solidaridad y la preocupación por las necesidades de los más vulnerables, produciendo exclusiones sistemáticas bajo una apariencia de igualdad formal. Así, la normalización del *neuroenhancement* por psicoestimulantes no médicos no sólo genera desigualdad material de acceso, sino que reconfigura las relaciones sociales de tal modo que las expectativas de éxito se tornan inalcanzables sin recursos farmacológicos, subordinando el cuidado y la equidad a la lógica de la ventaja individual y traicionando la prioridad moral que la ética del cuidado otorga a las relaciones y prácticas que sostienen a todos los miembros de la comunidad. Esta discusión ya se está dando en los *e-sports*, donde se debate en torno al uso de estos fármacos, como así también en el ámbito universitario (84). A su vez, dentro de los efectos colectivos se encuentran también los quiebres de stock consecutivos que han ocurrido desde principios de la década de 2020 (85). Aunque el uso no médico no es el desencadenante directo de la escasez, la alta demanda que genera contribuye al panorama general.

A partir de lo visto, podemos dotar de una alternativa al dilema bioético planteado al inicio del artículo: ¿cómo distinguir éticamente el tratamiento y la optimización del rendimiento en un contexto en el que la ciencia médica está atravesada por intereses comerciales, diagnósticos expansivos y expectativas sociales de productividad? ¿Cómo podemos abordar estos problemas anteriormente planteados?

En primer lugar, es necesario reconocer que el proceso de medicalización es un resultado de una interrelación entre técnica, intereses y principios sociales y éticos. En segundo lugar, la base científica del proceso de medicalización psiquiátrica es débil, y se corre el riesgo de promover una dependencia neuroquímica precisamente en el uso tanto diagnosticado como productivo de los fármacos asociados al TDAH. En tercer lugar, surge la necesidad de una ética institucional que evalúe los procesos de patologización y medicalización asociadas a las patologías descritas y definidas institucionalmente. Finalmente,

siempre es necesario ver de qué manera el mercado se interrelaciona con los procesos institucionales y cómo la comercialización de la psiquiatría, a través de la creación y promoción de nuevos fármacos, requiere de procesos científicamente validados, los que, a su vez, requieren de instituciones que limiten la influencia de los intereses comerciales en razón del bien interno de la actividad médica.

Desde un punto de vista clínico, es necesario, en primer lugar, tener conciencia de la existencia del problema. En segundo lugar, hacer énfasis en una historia del neurodesarrollo y la aparición de síntomas en la infancia. En tercer lugar, calibrar mejor el criterio de funcionalidad como, por ejemplo, con criterios de funcionamiento externo. Y, finalmente, tener definiciones y métodos de medición más estrictos de los síntomas. Por ejemplo, que la inatención en el TDAH debe presentarse incluso en condiciones ideales o el modelo de Douglas de tratar farmacológicamente a la población con sintomatología más severa.

6. Conclusión

El análisis del TDAH realizado en estas páginas y el uso de psicoestimulantes revela una compleja interrelación de avances terapéuticos, transformaciones diagnósticas, expectativas sociales y presiones comerciales. La evidencia disponible confirma que los psicoestimulantes pueden promover el bienestar en pacientes con TDAH; sin embargo, también muestra que su eficacia se sustenta en fundamentos neurobiológicos aún inciertos y en ensayos clínicos cuyos resultados requieren de una interpretación prudencial. La expansión diagnóstica, especialmente desde el DSM-5, ha incorporado a nuevas poblaciones al ámbito terapéutico, lo que ha intensificado el riesgo de sobrediagnóstico y ha reforzado procesos de medicalización que redefinen comportamientos cotidianos como patologías.

El aumento del uso no médico de psicoestimulantes constituye el indicador en donde estas tensiones se vuelven moralmente más visibles. Cuando sustancias diseñadas para tratar un trastorno específico

se emplean para mejorar el rendimiento en contextos competitivos, la frontera entre tratamiento y optimización se vuelve difusa, y la intervención médica puede implicarse en una lógica de autoexigencia y productividad que no es propia de su finalidad. Frente a ello, resulta necesario fortalecer una ética institucional que garantice transparencia en la elaboración diagnóstica, que limite la influencia de intereses comerciales y que reafirme el bien interno de la práctica médica. Al mismo tiempo, se requiere una reflexión social y política que reconozca que el malestar atencional no puede ser reducido exclusivamente a una disfunción neurobiológica, sino que debe ser entendido en sus dimensiones educativas, relacionales y culturales.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2024; 10(1):1-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00495-0>
3. Lieslehto J, Tiihonen J, Lähteenvuo M, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, Taipale H. Comparative Effectiveness of Pharmacotherapies for the Risk of Attempted or Completed Suicide among Persons with Borderline Personality Disorder. *JAMA Network Open*. 2023; 6(6). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.17130>
4. Li L, Coghill D, Sjolander A, Yao H, Zhang L, Kuja-Halkola R. Increased Prescribing of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Real-World Outcomes Over Time. *JAMA Psychiatry*. 2025; 82(8):830-837. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.1281>
5. Sultan RS, Saunders DC, Veenstra-Vanderweele J. Protective Effects of ADHD Medication on Real-World Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2025; 82(8):757-758. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.0918>
6. Faraone SV, Rostain AL, Montano CB, Mason O, Antshel KM, Newcorn JH. Systematic Review: Nonmedical Use of Prescription Stimulants: Risk Factors, Outcomes, and Risk Reduction Strategies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2020; 59. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.012>
7. Wilens T, Zulauf C, Martelon MK, Morrison NR, Simon A, Carrellas NW. Nonmedical stimulant use in college students: Association with attention- deficit/hyperacti-

- vity disorder and other disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2016; 77(7):940-7. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09559>
8. Novak SP, Kroutil LA, Williams RL, Van Brunt DL. The nonmedical use of prescription ADHD medications: results from a national Internet panel. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2007; 2(32). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-2-32>
 9. Cassidy TA, Varughese S, Russo L, Budman SH, Eaton TA, Butler SF. Nonmedical Use and Diversion of ADHD Stimulants Among U.S. Adults Ages 18-49: A National Internet Survey. *Journal of Attention Disorders*. 2015; 19(7):630-40.
 10. Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Q'Grady KE, Cimini MD, Geisner 1M. Do college students improve their grades by using prescription stimulants nonmedically? *Addictive Behaviors*. 2017; 65:245-9. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.07.016>
 11. Cropsey KL, Schiavon S, Hendricks PS, Froelich M, Lentowicz 1, Fargason R. Mixed-amphetamine salts expectancies among college students: 1s stimulant induced cognitive enhancement a placebo effect? *Drug and Alcohol Dependence*. 2017; 178:302-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.024>
 12. Looby A, Earleywine M. Expectation to receive methylphenidate enhances subjective arousal but not cognitive performance. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2011; 19(6):433-44. <https://doi.org/10.1037/a0025252>
 13. McCabe SE, Veliz P, Wilens TE, Schulenberg JE. Adolescents' Prescription Stimulant Use and Adult Functional Outcomes: A National Prospective Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2017; 56(3):226-34. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.008>
 14. Peterkin AL, Crone CC, Sheridan MJ, Wise TN. Cognitive performance enhancement: Misuse or self-treatment? *Journal of Attention Disorders*. 2011; 15(4):263-8. <https://doi.org/10.1177/1087054710365980>
 15. Weyandt LL, White TL, Gudmundsdottir BG, Nitenson AZ, Rathkey ES, De Leon KA. Neurocognitive, Autonomic, and Mood Effects of Adderall: A Pilot Study of Healthy College Students. *Pharmacy*. 2018; 6(3):58. <https://doi.org/10.3390/pharmacy6030058>
 16. Martínez-Badía J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry*. 2015; 5(4):379. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.379>
 17. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *Journal of Attention Disorders*. 2006; 10(2):126-36. <https://doi.org/10.1177/1087054706288114>
 18. Bradley C. The behavior of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 94(3):577-85. <https://doi.org/10.1176/AJP.94.3.577>
 19. Laufer MW, Denhoff E, Solomons G. Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Journal of Attention Disorders*. 2011; 15(8):620-5. <https://doi.org/10.1177/1087054711413043>
 20. Laufer MW, Denhoff E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. *The Journal of Pediatrics*. 1957; 50(4):463-74. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(57\)80257-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(57)80257-1)

21. Mayes R, Bagwell J, Erkulwater CL. Medicating Children: ADHD and Pediatric Mental Health [Internet]. Harvard University Press; 2009. <https://doi.org/10.2307/j.ctv228vqx9>
22. Wender PH. The minimal brain dysfunction syndrome in children. 1. The syndrome and its relevance for psychiatry. 11. A psychological and biochemical model for the syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1972; 155(1):55-71. <https://doi.org/10.1097/00005053-197207000-00007>
23. Rosenthal RH, Allen TW. An examination of attention, arousal, and learning dysfunctions of hyperkinetic children. *Psychological Bulletin*. 1978; 85(4):689-715. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.4.689>
24. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Archives of General Psychiatry*. 1976; 33(12):1453-60. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770120057005>
25. Clements SD, Peters JE. Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child: Diagnosis and Treatment. *Archives of General Psychiatry*. 1962; 6(3):185-97. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1962.01710210001001>
26. Douglas VI. Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*. 1972; 4(4):259-82. <https://doi.org/10.1037/h0082313>
27. Feingold BF. Hyperkinesis and Learning Disabilities Linked to Artificial Food Flavors and Colors. *The American Journal of Nursing* [Internet]. 1975; 75(5). Disponible en: <https://doi.org/10.2307/3423460>
28. Conrad P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*. 1975; 23(1):12-21. <https://doi.org/10.2307/799624>
29. Glow PH, Glow RA. Hyperkinetic impulse disorder: a developmental defect of motivation. *Genetic Psychology Monographs*. 1979; 100(Second Half):159-231.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM III). 3a ed. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1980. <https://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780521315289.dsm-iii>
31. Conners CK. Forty years of methylphenidate treatment in Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*. 2002; 6. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370200601S04>
32. Faraone SV, Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2010; 19(4):353-64. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0054-3>
33. Swanson JM, Mcburnett K, Wigal T, Pfiffner LJ, Lerner MA, Williams L. Effect of Stimulant Medication on Children with Attention Deficit Disorder: A Review of Reviews. *Exceptional Children*. 1993; 60(2):154-62. <https://doi.org/10.1177/001440299306000209>
34. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 4th ed. Barkley RA, editor. New York: The Guilford Press; 2015. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1073786>

35. Conners CK. History of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). En: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children. Cambridge University Press; 2015. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139035491.002>
36. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Conners CK, Arnold EL. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2001; 22(1):60-73. <https://doi.org/10.1097/00004703-200102000-00008>
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). American Psychiatric Publishing, Inc.; 1994. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420614.dsm-iv>
38. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1996; 53(7):607-16. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830070053009>
39. Friedman LA, Rapoport JL. Brain development in ADHD. *Current Opinion in Neurobiology*. 2015; 30:106-11. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2014.11.007>
40. Fulton BD, Scheffler RM, Hinshaw SP. State variation in increased ADHD prevalence: Links to NCLB school accountability and state medication laws. *Psychiatric Services*. 2015; 66(10):1074-82. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400145>
41. Schneider H, Eisenberg D. Who receives a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States elementary school population? *Pediatrics*. 2006; 117(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1308>
42. Swanson JM, Volkow ND. Psychopharmacology: concepts and opinions about the use of stimulant medications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2009; 50(1-2):180. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02062.x>
43. Hadland SE, Cerdá M, Earlywine JJ, Krieger MS, Anderson TS, Marshall BDL. Analysis of Pharmaceutical Industry Marketing of Stimulants, 2014 Through 2018. *JAMA Pediatrics*. 2020; 174(4):385. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.5526>
44. Morris-Rosendahl DJ, Crocq MA. Neurodevelopmental disorders-the history and future of a diagnostic concept. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2020; 22(1):65-72. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/macrocq>
45. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*. 2017; 4(4):339-46. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5)
46. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says. The Guilford Press; 2008. <https://doi.org/10.1177/1087054709333321>
47. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150(12):1792-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1792>
48. Conrad P, Bergery MR. The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*. 2014; 122:31-43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>

49. Hunt AD, Procyshyn TL. Changing perspectives on autism: Overlapping contributions of evolutionary psychiatry and the neurodiversity movement. *Autism Research*. 2024; 17(3):459-66. <https://doi.org/10.1002/aur.3078>
50. Thapar A, Riglin L. The importance of a developmental perspective in Psychiatry: what do recent genetic-epidemiological findings show? *Molecular Psychiatry*. 2020; 25(8):1631-9. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0648-1>
51. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*. 2006; 36(2):167-79. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006410>
52. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2):434-42. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
53. Husain M, Mehta MA. Cognitive enhancement by drugs in health and disease. *Trends Cogn Sci*. 2011; 15(1):28-36. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.11.002>
54. Malík M, Tlustos P. Nootropics as Cognitive Enhancers: Types, Dosage and Side Effects of Smart Drugs. *Nutrients*. 2022; 14(16):3367. <https://doi.org/10.3390/nu14163367>
55. McGaugh JL, Roozendaal B. Drug enhancement of memory consolidation: historical perspective and neurobiological implications. *Psychopharmacology (Berl)*. 2009; 202(1-3):3-14. <https://doi.org/10.1007/s00213-008-1285-6>
56. Cappelletti S, Daria P, Sani G, Aromatario M. Caffeine: Cognitive and Physical Performance Enhancer or Psychoactive Drug? *Curr Neuropharmacol*. 2015; 13(1):71-88. <https://doi.org/10.2174/1570159X13666141210215655>
57. Nehlig A. Is caffeine a cognitive enhancer? *J Alzheimers Dis*. 2010;20 Suppl 1:S85-94. <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-091315>
58. Valentine G, Sofuoglu M. Cognitive Effects of Nicotine: Recent Progress. *Curr Neuropharmacol*. 2018; 16(4):403-14. <https://doi.org/10.2174/1570159X15666171103152136>
59. Ilieva IP, Farah MJ. Enhancement stimulants: perceived motivational and cognitive advantages. *Front Neurosci*. 2013; 7:198. <https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00198>
60. Roberts CA, Jones A, Sumnall H, Gage SH, Montgomery C. How effective are pharmaceuticals for cognitive enhancement in healthy adults? A series of meta-analyses of cognitive performance during acute administration of modafinil, methylphenidate and D-amphetamine. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020; 38:40-62. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.07.002>
61. Hinshaw SP, Scheffler RM. *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money and Today's Push for Performance*. New York, NY: Oxford University Press; 2014. <https://doi.org/10.1215/03616878-2888627>
62. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2018; 5(9):727-38. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)

63. ADHD Guideline Development Group. Australian Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Attention Deficit Hyperactivity. Melbourne: Australasian ADHD Professionals Association; 2022. <https://doi.org/10.1177/00048674231166329>
64. Coughlin CG, Cohen SC, Mulqueen JM, Ferracioli-Oda E, Stuckelman ZD, Bloch MH. Meta-Analysis: Reduced Risk of Anxiety with Psychostimulant Treatment in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015; 25(8):611-7. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0075>
65. Coghill DR, Banaschewski T, Soutullo C, Cottingham MG, Zuddas A. Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26(11):1283-307. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0986-y>
66. Zhang L, Zhu N, Sjolander A, Nourredine M, Li L, Garcia-Argibay M. ADHD drug treatment and risk of suicidal behaviors, substance misuse, accidental injuries, transport accidents, and criminality: emulation of target trials. *BMJ*. 2025; 390:e083658. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-083658>
67. Li L, Coghill D, Sjolander A, Yao H, Zhang L, Kuja-Halkola R. Increased Prescribing of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Real-World Outcomes Over Time. *JAMA Psychiatry*. 2025; 82(8):830-7. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.1281>
68. Vasiliadis HM, Lunghi C, Rahme E, Rochette L, Gignac M, Massamba V. ADHD medications use and risk of mortality and unintentional injuries: a population-based cohort study. *Transl Psychiatry*. 2024; 14:128. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-02825-y>
69. Liao HC, Hsu CN, Lin FJ, Gau SSF, Wang CC. Association between methylphenidate use and long-term cardiovascular risk in pediatric patients with attention deficit and hyperactivity disorder. *bmjpo* [Internet]. 2024; 8(1). Disponible en: <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/8/1/e002753>
70. Groff D, Tuan WJ, Holt K, Latronica JR, Bone C. Risk Factors for Adverse Cardiac Events in Individuals Prescribed Stimulants Across the Lifespan. *J Atten Disord*. 2025; 29(8):628-34. <https://doi.org/10.1177/10870547251313880>
71. Mattson ME. Emergency Department Visits Involving Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Stimulant Medications. En: *The CBHSQ Report* [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384678/>
72. Setlik J, Bond GR, Ho M. Adolescent prescription ADHD medication abuse is rising along with prescriptions for these medications. *Pediatrics*. 2009; 124(3):875-80. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0931>
73. Middleton H. *Psychiatry reconsidered: From medical treatment to supportive understanding*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2015. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1124911>
74. Charland LC. *Why Psychiatry Should Fear Medicalization*. Fulford KWM, Davies M, Gipps R, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* [Internet]. Oxford University Press; 2013. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0013>

75. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 2019. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
76. Sadler JZ. Ethics and Values in Diagnosing and Classifying Psychopathology. Oxford Handbook of Psychiatric Ethics, Vol 2 [Internet]. Oxford University Press; 2015. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198732372.013.20>
77. Held V. The Ethics of Care: Personal, Political, and Global. Oxford; 2007. <https://doi.org/10.1093/0195180992.001.0001>
78. McCabe MS. In defense of ethically caring physicians. Commun Med. 2008; 5(1):15-23. <https://doi.org/10.1558/cam.v5i1.15>
79. Stein DJ, van Niekerk AA. Ethics of Psychopharmacology. The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics, Vol 2 [Internet]. Oxford University Press; 2015. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198732372.013.29>
80. Pellegrino ED, Thomasma DC. Virtues in Medical Practice. New York: Oxford University Press; 1993. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195082890.001.0001>
81. Kitcher P. Science, Truth, and Democracy. Oxford: Oxford University Press; 2001. <https://doi.org/10.1093/mind/112.448.746>
82. Musullulu H. Evaluating attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD): a review of current methods and issues. Front Psychol [Internet]. 2005; 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1466088>
83. Sadek J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Misdiagnosis: Why Medical Evaluation Should Be a Part of ADHD Assessment. Brain Sciences. 2023; 13(11):1522. <https://doi.org/10.3390/brainsci13111522>
84. Palmi 1, Pichini S, Solimini R. eSports: A New Challenge for Public Health Protection? Public Health Rep. 2025; 00333549251387939. <https://doi.org/10.1177/00333549251387939>
85. Constantinou D, Aguiyi 1. Use, Perceptions and Attitudes of Cognitive and Sports Performance Enhancing Substances Among University Students. Front Sports Act Living. 2022; 4:744650. <https://doi.org/10.3389/fspor.2022.744650>

DSM-5 Conceptualization of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Prescription of Non-Medical Psychostimulants: An Exploration of a Bioethical Dilemma

Conceptualización del Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad del DSM-5 y la prescripción de psicoestimulantes de uso no médico: una exploración a un dilema bioético


Fernando Arancibia-Collao*


Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Camila Martínez-Villavicencio**

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.07>

* Assistant Professor, Institute of Applied Ethics, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Email: fnarancibia@uc.cl ORCID record: 

** Department of Psychiatry, UC School of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Adult Psychiatry Resident. Email: cpmartinez2@uc.cl <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.07> ORCID record: 

My sincere thanks to Luis J. Flores for his supervision and valuable suggestions.

Received:
12/18/2025

Sent for review:
12/18/2025

Accepted:
01/05/2026

Published:
04.02.2026

CÓMO CITAR: Arancibia-Collao, F., Martínez-Villavicencio, C. (2026). DSM-5 Conceptualization of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Prescription of Non-Medical Psychostimulants: An Exploration of a Bioethical Dilemma. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.07>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

Abstract

This article analyzes the historical evolution of ADHD and its close relationship with the use of psychostimulants, showing how diagnostic changes, clinical evidence, and social pressures have shaped their contemporary understanding. Although stimulants reduce symptoms and risks associated with ADHD, their neurobiological basis remains uncertain, and diagnostic expansion has led to overdiagnosis and medicalization. Non-medical, especially in educational and work context, highlights a central bioethical dilemma: the growing blurring between treatment and performance optimization. Epistemic critiques of clinical trials, the influence of the pharmaceutical industry, the identity effects of diagnosis, and the tensions between autonomy, justice, and care are examined. The article proposes strengthening institutional ethics that limit commercial interests, ensure transparency in diagnostic construction, and promote a broader understanding of attention disorders, integrating biological, social, and cultural dimensions.

Keywords: medicalization, psychostimulants, ADHD, bioethical dilemma.

1. Introduction

From its earliest descriptions in the 20th century to its current formulation as a neurodevelopmental disorder in the DSM-5, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has undergone multiple transformations in its conceptualization that have reshaped the medical, social, and ethical understanding of human behavior. At the same time, pharmacotherapy with psychostimulants, especially methylphenidate and amphetamine derivatives, has taken on a central role in the management of ADHD, establishing itself as the first line of treatment due to its effectiveness in reducing symptoms and functional risks. However, the use of these drugs has expanded beyond the clinical setting, particularly among adolescents and adults without a medical diagnosis who seek to improve their academic or work performance. This trend has reignited discussions about

medicalization, overdiagnosis, the influence of the pharmaceutical industry, and the boundaries between treatment and optimization.

In this context, a relevant bioethical dilemma arises: how to assess the legitimacy of the therapeutic and non-therapeutic use of psychostimulants when the scientific basis of ADHD remains controversial, diagnostic processes become more inclusive, and social pressures toward productivity shape the demand for these substances?

This article reviews the historical evolution of the concept of ADHD, analyzes the available clinical evidence, and examines the epistemic and ethical critiques that question contemporary forms of prescription and non-medical use. Based on this, a bioethical reflection is proposed that allows us to distinguish between therapeutic intervention and performance optimization in a scenario marked by the medicalization of everyday life and commercial interests that influence clinical practice.

2. State of the art

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder defined by problematic levels of inattention, disorganization, and/or hyperactivity-impulsivity, which often persists into adulthood, with consequences for social, academic, and occupational functioning (1).

The prevalence of ADHD is estimated to be close to 5.3% (2). Treatment options include pharmacological and non-pharmacological measures. Among pharmacological measures, the use of psychostimulants (mainly methylphenidate and amphetamine derivatives) is considered a first-line treatment. Psychostimulants have a protective effect in the treatment of ADHD, preventing the development of substance use disorders (addictions) (2).

In population-based registry studies (intraindividual designs such as *self-controlled* case series), the use of medication for ADHD was

consistently associated with lower rates of self-harm (IRR \approx 0.77–0.85), unintentional injuries (IRR \approx 0.87–0.93), traffic accidents (IRR \approx 0.71–0.87), and criminal behavior (IRR \approx 0.73–0.84) throughout 2006–2020 in Sweden. Complementarily, in a comparative effectiveness study in a national cohort of patients with borderline personality disorder, treatment with ADHD medications (mainly psychostimulants) was associated with a reduced risk of suicide attempt or death (HR \approx 0.82), while other drug classes showed no benefit or were linked to increased risk (3). This pooled evidence has been discussed in editorials and reviews that emphasize that, when used appropriately, psychostimulants can produce “real-world outcomes”¹ —that is, reduce serious harm and improve functional opportunities— although the extension of prescribing to less severe populations raises the need to periodically evaluate the risk/benefit ratio and to complement pharmacotherapy with psychosocial interventions (3–5).

Prescriptions for methylphenidate and amphetamine derivatives increased by 35.5% between 2008 and 2012 in the US. In 2016, the number of individuals over the age of 12 in the US who started NMU stimulants was 1.4 million, more than the number of people who started methamphetamine and cocaine combined (2).

However, the increase in prescriptions among the adult population (6) raises the controversy of possible overdiagnosis in this population and even questions ADHD as a nosological entity.

In parallel with this, the *non-medical use of prescription stimulants* (NMU) has sparked a debate about the ethical implications of prescribing them in educational contexts, questioning their use and their consequences for the physical and mental health of the population. Faraone *et al.* (2020) review the state of the art of UNM of psycho-

¹ Real-world outcomes refer to events and outcomes in everyday life that are socially and clinically relevant, such as self-harm and suicide, accidental injuries, traffic collisions, criminal convictions, substance use, and other functional consequences, and are typically recorded in administrative databases (hospital, police, or court records) or in large-scale observational studies.

stimulants. According to this review, studies to date are only descriptive, and with the available evidence, a “risk profile” and a “motivation profile” can be constructed. Among the limitations of this review are the use of self-report questionnaires and little consensus on definitions related to abuse, use, and diversion, among others.

Regarding the epidemiology of PSU, 50-90% obtained the drugs through family or friends, 4-35% had a prescription, and 20% obtained the prescription by feigning symptoms of ADHD. In the school population, its greatest use is found among 8th to 10th graders. In addition, PSU of psychostimulants is associated with the concomitant presence of substance use disorder. Of that group, 64% would have alcohol use disorder (AUD), 43% marijuana use disorder, 10% cocaine use disorder, 8.8% hypnotic/sedative use disorder, and 8.4% hallucinogen use disorder. In one of the studies, it is estimated that one-third of PSU users met the criteria for stimulant use disorder and half met the criteria for alcohol use disorder (7).

Academic reasons were found to be the motivation for stimulant MUD. Based on the review conducted by Faraone *et al.* (2020), it is estimated that this group would be 50-89% of university students, with 40% reporting that they seek to be more productive (8). In another survey, between 38-57% sought to improve academic and work performance (9). Another group reported using stimulants for recreational activities or to “*get high*,” ranging from 2-31%. Another group would lose weight, and this group would have a higher prevalence of a history of concomitant eating disorders.² Other motivations for use include: compensating for the effects of alcohol, helping with socialization, self-treatment of ADHD symptoms, and increased alertness and energy without necessarily being associated with cognitive improvement.

What are the consequences of non-medical use of psychostimulants? With regard to adverse effects, similar effects to those of prescribed use are described, namely: headache, abdominal pain, increased

² The treatment of eating disorders corresponds to a group of pathologies characterized by excessive concern about body image associated with eating disorders.

irritability, increased emotional lability, decreased appetite, insomnia, tachycardia, etc.³ In terms of academic consequences, the UNM of psychostimulants would not imply improved academic performance in those who do not have a diagnosis of ADHD (10–15).

In the same review conducted by Faraone *et al.* (2020), a survey of 826 pediatricians was reviewed, where only 46-44% educated about the clinical and health risks of stimulant use during college; and 40% did not provide education to students starting college. Furthermore, the view of UNM as a breach of academic integrity has mixed perspectives on US university campuses. In this review, the authors raise the importance of implementing preventive strategies focused on the non-patient at-risk population (secondary and higher education students); eradicating myths about its use and abuse; and referring the at-risk population or those with psychiatric comorbidity.

The first-line intervention for psychostimulant UNM is psycho-education. Among the myths are: 1) challenging unrealistic expectations of improved performance and 2) overestimating the use of UNM among college peers (“everyone uses it to study”).

3. The concept of ADHD and the use of psychostimulants

The history of psychostimulant use is closely linked to the history of ADHD

The concept has existed for a long time, under various names such as Moral Control Deficit, proposed in 1902, and Brain Damage Syndrome or Organic Behavior Syndrome, proposed by various authors (16,17). However, between 1937 and 1941, the first publications on the treatment of children with hyperactivity appeared. With an anecdotal positive response to the use of amphetamines by Charles Bradley, which was later replicated in subsequent studies, a positive

³ The use of psychostimulants in the population with ADHD has been shown to have effects on symptoms associated with the condition, such as impulsivity and emotional dysregulation.

relationship between behavioral improvement and performance was described (18).

Subsequently, the concept of Hyperkinetic Disorder proposed by Laufer gained increasing acceptance among specialists. In his article, he acknowledges Bradley's achievement, not only in finding a treatment, but also in that his study allowed the "neurophysiological and clinical facets of the condition" to be characterized. Based on the pharmacological response, etiological hypotheses are proposed and the condition is characterized as a "treatable" syndrome (19,20). This syndrome inspired the development of "hyperkinetic disorder" in children in the DSM-II in 1968. In parallel, methylphenidate (Ritalin) was developed in 1955 and approved by the FDA in 1961 (21).

In the 1970s, two models parallel to the DSM-II model emerged, which were also influenced by the use of psychostimulants. These are the Minimum Brain Damage Model and the Attention Deficit Model. Wender proposed the concept of *Minimum Brain Damage* (hereinafter: "MBD"), consisting of two cardinal symptoms: attention disorders and reinforcement system disorders, from which secondary symptoms derive (22). The etiological relevance of MBD would go beyond childhood disorder. The etiological hypothesis proposed (namely, atomic injury and/or neurochemical alterations) may serve as a precursor to various forms of adult psychopathology, including what he calls a "character disorder" (namely, impulsive and immature forms), sociopathy, and even schizophrenia. Among the etiological hypotheses established by Wender in his article, MBD would be the result of an alteration in gene expression that leads to metabolic alterations in the monoaminergic system. Secondly, alteration of the monoamine system would lead to two main cardinal symptoms: altered arousal levels⁴ and decreased sensitivity of reinforcement

⁴ Arousal: the term arousal, used by Wender to refer to attention, has had different meanings. On the one hand, there is behavioral arousal, that is, a person's level of activity. On the other hand, physiological arousal refers to the level of "activation" or alertness, mediated by brain structures such as the ascending reticular activating system, which is responsible for wakefulness. For educational purposes, we will use it as a synonym for "attention threshold." For more on this debate, see (23).

systems (to reward). Although Wender argues that response to treatment should not be the appropriate way to determine etiology, the response to treatment of these patients suggests that there would be specific neurochemical alterations. Furthermore, he argues that in the case of these patients, there would be no “euphoric” effects, as hyperactivity is reduced and “conditioned avoidance behavior” is enhanced (22). Furthermore, based on the response to treatment in children, this hypothesis is extrapolated and studies are conducted in adults with similar symptoms (24). When compared to the current characterization of ADHD, this conceptualization has a number of problems. Among them, we find a large group of symptoms, with little specificity, which can currently be transferred to other conditions such as oppositional defiant disorder (hereinafter: “ODD”). Although this term fell into disuse due to its diagnostic ambiguity, it maintained the practice of treatment with stimulants as the central therapeutic axis (22,25).

At the same time, Douglas’s model of “Attention Deficit” emerged. For Douglas and his group, the inability to maintain sustained attention and difficulties in controlling impulsivity can be considered the most common deficits in the hyperactive group (26). According to his model, he argues that these patients in childhood “manage to self-regulate,” so the use of medication should be restricted to those cases where the symptoms are “extremely debilitating” (26). This was due to the apprehensions and doubts at the time about the use of stimulants (namely, their effects on children, the lack of clarity about their mechanism of action, the risk of addiction, and other adverse effects).

During the 1970s, there was a boom in the importance of environmental factors in scientific literature and popular media, where the role of upbringing and dietary factors such as preservatives as possible causal etiologies gained relevance (27). This, coupled with the rise of pharmacological therapy with psychostimulants, explains what Douglas calls in his review “the politicization of pharmacological therapy” (26), going so far as to propose “the myth of the

disorder,” for which they attributed responsibility to the current educational system (28).

In the late 1970s, Peter and Roslyn Glow proposed a model in which Impulsive Hyperkinetic Disorder is conceived as a disorder of intrinsic motivation. Intrinsic motivation is defined as interest in the environment, motivated by curiosity and an intrinsic need to interact with, understand, and control one’s environment. They describe it as a motivation inherent in information processing (29).

Based on this model, given their lack of intrinsic motivation toward the external environment, individuals would be less able to analyze the contingencies between behavior and environmental events, with a lower conception of themselves as the cause, which would lead to social and emotional immaturity. Within this model, an explanation is proposed regarding the use of psychostimulants as treatment and improvement in performance (29). The scientific-academic discussion between Douglas’ conceptualization and Wender’s conceptualization will influence the discussion of what the future DSM-III will be.

The transition from DSM-II to DSM-III involved significant changes to the structure and objectives of the text. DSM-III proposed “to have a common language through which to communicate about disorders (...) The planning of a treatment program must begin with an accurate diagnostic assessment. In addition, its development was different: previous drafts of this version were widely disseminated for critical review and use by clinicians and researchers. This is stated verbatim at the end of the introductory paragraph: Thus, the final version of DSM-III is only a snapshot in a continuing process aimed at understanding mental disorders more accurately (30).

The transition from DSM-II’s “hyperkinetic reaction of childhood” to Attention Deficit Disorder (ADD) in DSM-III is notable for the name change, as “attention difficulties are prominent and always present in children with this diagnosis, and hyperactivity persists into adolescence” (30).

In DSM-III, ADD is considered a disorder that begins in childhood and a type of “behavioral disorder.” Three subtypes are distin-

guished: 1) ADD with hyperactivity (where criteria for the *clusters* of inattention, impulsivity, and hyperactivity must be met); 2) ADD without hyperactivity (where the criteria for the inattention and impulsivity *clusters* are met); and 3) residual-type ADD (someone who met the criteria for ADD with hyperactivity in the past but no longer meets the criteria for this cluster) (30). This last type is relevant, as it is recognized as a prognostic course that persists in adolescence and/or adulthood.

The publication of DSM-III in 1980 marked a paradigm shift by adopting a descriptive and behavioral approach. In this new framework, ADHD was formalized as a specific clinical diagnosis, which facilitated its study through controlled trials, systematically demonstrated the efficacy of stimulants, and exponentially increased the use of medications such as methylphenidate and amphetamines (31–33). In Conners' words, it was this shift that allowed for “a true scientific union with genetics, neuroscience, and therapeutic trials” (31).

With the revision of the Manual in 1987 (DSM-III-R), the disorder was redefined under the term *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, and the clusters were unified into a single set of criteria, which was much more descriptive in nature. This change led to an increase in the number of people eligible for pharmacological treatment, widely legitimized the use of stimulant drugs, and opened the door to massive clinical trials on methylphenidate and amphetamines (31,34,35).

Subsequently, in 1992, the Multimodal Treatment of ADHD Study (MTA Study) was developed, funded by the US National Institute of Mental Health (NIMH) in collaboration with the Department of Education. This study showed that the group receiving combined treatment achieved better results in reducing ADHD symptoms compared to those receiving only pharmacotherapy or only behavioral therapy. In turn, the group treated exclusively with psychostimulants outperformed the group that received only behavioral treatment, especially in the dimensions of hyperactivity and impulsivity (36). Furthermore, it was shown that the structure and

quality of the pharmacological treatment administered in the study (supervised, adjusted, with rigorous clinical follow-up) was significantly more effective than the typical medication received by children treated in the community, underscoring the importance of standardized therapeutic protocols. The MTA Study was key in establishing that the use of psychostimulants such as methylphenidate was not only clinically effective but also part of the optimal treatment approach when integrated with psychosocial interventions. These findings influenced international clinical guidelines and public policies on child mental health. The empirical validation of the multimodal therapeutic model, together with the confirmation of the significant effects of psychostimulants, consolidated the role of pharmacotherapy as a central component of ADHD treatment, especially in cases of greater symptomatic severity (31,36).

The DSM-IV (1994) further refined the diagnosis by introducing subtypes: ADHD with predominantly inattentive symptoms, ADHD with predominantly hyperactive-impulsive symptoms, and combined ADHD. It describes that symptoms may be exacerbated or attenuated (or even absent). Symptoms worsen in situations that require sustained attention or mental effort, which lack intrinsic interest or novelty (situational variability). They may be attenuated when under strict control, in a new situation, in activities of interest, in a one-on-one personal relationship, or with frequent rewards. Symptoms tend to occur more frequently in group situations. However, as a categorical diagnosis in clinical practice, the DSM-IV showed limitations: relatively rigid criteria, but with poor etiological anchoring, and a persistent separation—by age of onset and course—that tended to classify ADHD as primarily childhood, even when clinically observed sequelae in adolescence and adulthood (37).

This diagnostic refinement allowed for more precise adjustment of pharmacological treatments according to the patient's clinical profile. The new system was also key to selecting more homogeneous participants in clinical trials, which allowed for more robust demonstration of the differential efficacy of psychostimulants (31,32). In

addition, the DSM-IV was accompanied by a growing body of neuroscientific evidence that indirectly validated the efficacy of stimulants by showing minimal but significant structural alterations in the brains of people with ADHD (38,39).

4. The peak in diagnoses and the current situation of ADHD

One explanation for the increase in ADHD diagnoses has to do with an alignment of incentives associated with growing knowledge about ADHD and stimulants. In the early 1990s, the *Supplemental Security Income* (SSI) program was modified in the United States to allow children from low-income families with mental disorders (including ADHD) to be eligible, which led to an almost threefold increase in new ADHD diagnoses in the first half of the 1990s (21). In addition, in 1991, the U.S. Department of Education made reforms to the *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA), which classified ADHD as a disability protected by this law, expanding eligibility for school accommodations and raising awareness among parents and educators about the existence of services for diagnosed children. This increased the search for diagnoses (21).

However, some theorists suggest that school accountability and education funding systems have created incentives for teachers and administrators to promote the identification of ADHD. For example, some studies show that in states where schools receive funding tied to standardized test results, ADHD diagnosis rates increase significantly shortly after such policies are implemented. In other words, when schools are given financial incentives to improve student success, students are more likely to be diagnosed with ADHD and medicated (40,41).

A crucial moment in the expansion of stimulant use occurred with the passage of the FDA Modernization Act of 1997, which extended patent exclusivity rights for new drugs. It included key

measures that facilitated the research and marketing of new drugs in children. In particular, it introduced “pediatric exclusivity”: companies that conduct clinical trials in pediatric populations receive a six-month extension of their product’s patent. This created a direct economic incentive to research formulations in children and create new formulations of existing drugs (42).

This significantly encouraged the pharmaceutical industry to invest in new long-acting formulations of methylphenidate and amphetamines, as well as in modifications of previous compounds and the reuse of drugs that had failed in other clinical contexts (21). This legislation marked a notable increase in scientific publications related to these drugs, following a period of relative stagnation (21).

Regarding the role of the pharmaceutical industry, an analysis between 2014–2018 found that the industry spent more than \$20 million on payments to physicians related to ADHD stimulants. The authors conclude that “pharmaceutical industry marketing may be contributing in part to the increase in stimulant prescriptions” (43).

Several converging lines of evidence and clinical-methodological reflection formed the basis for reconsidering the definition and scope of ADHD between DSM-IV and DSM-5. On the one hand, clinical and epidemiological studies suggested that a significant proportion of individuals maintain clinically relevant symptoms into adolescence and adulthood. This accumulation of evidence challenged the idea of an exclusive childhood disorder and called for diagnostic criteria that considered the continuum of development and the persistence of dysfunction. On the other hand, the concept of “neurodevelopmental disorders” began to emerge in the literature. This was due to growing evidence of phenotypic and genetic overlap between ADHD, ASD, and intellectual disability (44,45).

The transition from DSM-IV to DSM-5 was driven by converging scientific, clinical, and social pressures demanding a more biologically based and developmentally grounded explanation of the phenomenon of attention deficit hyperactivity disorder. Longitudinal clinical studies conducted during the 1990s and 2000s documented

that a considerable proportion of children diagnosed with ADHD continued to exhibit clinically significant symptoms and functional impairment during adolescence and adulthood, calling into question the view of ADHD as a condition limited primarily to childhood (46,47). Simultaneously, advances in genetics and neuroimaging produced strong evidence of heritability and consistent differences in the frontostriatal neural circuits, supporting a neurodevelopmental formulation of the disorder (2,44). At the same time, social criticism of possible overdiagnosis, the medicalization of childhood behaviors, and the emergence of the neurodiversity movement urged caution against an uncritical expansion of diagnostic boundaries (48,49). Together, these empirical advances and socio-ethical debates prompted the DSM-5 to reconceptualize ADHD within a neurodevelopmental framework, while seeking a balance between validity, clinical utility, and protection against excessive pathologization (1).

Currently, ADHD is understood in the DSM-5 as a neurodevelopmental disorder. The DSM-5 defines a neurodevelopmental disorder as one that begins in childhood and continues throughout life, either meeting diagnostic criteria or in a milder form (1). In DSM-5, the diagnosis can be made in adulthood, provided that the symptoms must be present before the age of 12 to consider the diagnosis (American Psychiatric Association, 2013, pp. 31–60).

From a developmental perspective, neurodevelopmental disorders are disorders that increase the risk of other mental health conditions (45,50). The DSM-5 further expanded the scope of diagnosis by officially recognizing ADHD in adults, which established a new target population for pharmacological treatments. This inclusion was the culmination of longitudinal studies of the symptomatic continuity of symptoms into adulthood and the efficacy of psychostimulants in this population (2,51). The prevalence review by Polanczyk et al. has shown that these modifications partly explain the observed increase in prevalence (1,52).

In summary, the DSM-5 retained the clinical essence of the DSM-IV but expanded its diagnostic criteria, facilitating the inclusion of adolescents and adults (lowering the symptom threshold)

and recognizing more contexts of the patient's life (severity and environment specifiers) (1).

Finally, some considerations on cognitive *enhancement*. In earlier times, plants containing caffeine and nicotine (coffee, tea, cocoa, tobacco) were predominantly used to increase alertness and resistance to fatigue, to which were later added early synthetic stimulants studied in animal models as learning enhancers (53–55). In the 1960s and 1970s, the concept of nootropics was born with piracetam, and cholinergic and other pro-cognitive drugs for dementia became established, while in the 1980s and 1990s, the situational use of beta blockers for performance under stress was explored, and the pro-cognitive role and limits of caffeine and nicotine as enhancers of attention and alertness were better characterized (56–58). Between 1990 and 2010, the spotlight shifted to psychostimulants: methylphenidate, amphetamines, and modafinil (the latter indicated for narcolepsy) began to be used in healthy subjects as “smart drugs,” with small improvements and specific domains (working memory, attention, executive functions), but with a clear discrepancy between the subjective feeling of improvement and objective change in cognitive tests (53,59,60).

5. Discussion: the bioethical issue

On the one hand, the introduction of psychostimulants influenced the transition from a disorder focused on “hyperkinesis or increased movement” to one centered on “inattention,” with the management of the latter being a way to secondarily control the former. On the other hand, the treatment-diagnosis relationship is raised, which is evident in Douglas' model, where he limits the use of drugs to the most severe cases.

The history of the concept and its historical-etiological description has fluctuated between two poles: from more biological to more socio-environmental proposals to explain the origin of ADHD; between hyperactivity and inattention; between diagnosis based on

“different from the average” versus “diagnosis of the most severe case”; between a course that lasts until childhood and a condition that persists into adulthood.

Despite the clinical consolidation of the use of psychostimulants, the approach has been criticized. Some studies have pointed to overprescription, especially in educational settings, as well as the influence of the pharmaceutical industry in the expansion of the diagnosis (61). In addition, there is an ongoing debate about the long-term effects of continued use of these medications and the need for more integrative multimodal approaches (34).

In the therapeutic area, psychostimulants reduce the core symptoms of ADD (62). This is reflected in clinical guidelines, where the goal of pharmacological treatment is symptom reduction, in contrast to non-pharmacological measures that improve quality of life and functionality (63). It also helps reduce anxiety secondary to core symptoms (64) and promotes medium-term improvements in academic performance, risk reduction, and family functioning (65). In the long term, there has been a reduction in suicidal behavior and the development of substance use disorder (SUD) in people with ADHD (66). It has also been associated with a reduction in crime and traffic accidents in the ADHD population (67,68).

Psychostimulants are not without adverse effects. A meta-analysis on cardiovascular risk found that individuals treated with methylphenidate had an 87% higher probability of having a higher rate of cardiovascular events in the 6 months after starting treatment (69). In addition, patients with atherosclerotic disease are at greater risk of developing cardiovascular events with psychostimulants (70).

The non-medical use of psychostimulants has adverse consequences both for individuals and for public health. Between 2005 and 2010, emergency room visits for this reason among adults in the US increased by 200% (from 5,212 to 15,585), while those specifically related to amphetamines rose by 156%. In adolescents, about 35% of exposures due to non-medical use of methylphenidate or amphetamines are associated with clinically significant effects, including moderate or severe toxicity and deaths (71,72).

With all of the above in mind, we are in a position to pose the bioethical dilemma: *To what extent is it ethically justifiable to prescribe or normalize the use of psychostimulants—such as methylphenidate or amphetamines—when, although they reduce harm and improve functionality in patients with ADHD, they are increasingly used by people without a medical diagnosis, in educational or work contexts, for reasons of performance and competitiveness?*

The use of psychostimulants such as methylphenidate and amphetamines has been clinically validated for the treatment of ADHD, but several authors warn that this efficacy does not necessarily translate into a sufficient scientific understanding of their mechanism of action or biological justification. Henry Middleton points out that “the quality of this scientific knowledge is very poor” (73) and that many psychotropic drugs are prescribed on a massive scale without evidence of an underlying neurochemical alteration (73). In the case of stimulants, he warns that without clear evidence that these children are chemically different, the effects could be due solely to increased activation (73). In other words, psychostimulants improve attention in both diagnosed and non-ADHD individuals, which precludes a specific etiology and calls into question the biomedical assumption that justifies their use.

Louis C. Charland has criticized the scientific validity of randomized clinical trials (RCTs) used to approve psychotropic drugs. He points out that “when the null hypothesis is rejected, it means that it is not correct to say that the treatment has no effect. This is not the same as saying that the treatment ‘works’” (74). In many cases, the reported efficacy is marginal—on the order of 10% over placebo—and is based on a misleading statistical interpretation rather than causal verification. Therefore, the therapeutic benefit of psychostimulants is revealed to be epistemically ambiguous: there is functional improvement, but its neurobiological basis is uncertain. In bioethical terms, this point problematizes the principle of beneficence (75), since the intervention is not always based on solid knowledge, and that of non-maleficence, given the risk of adverse effects and dependence described by Middleton (73). Prolonged use of

these drugs, it is claimed, produces “changes in the sensitivity and number of receptors, [...] modifying the way cells respond to both the drug and natural stimuli,” leading to tolerance and withdrawal. Thus, the therapeutic evidence for ADHD cannot be considered neutral: efficacy does not equate to scientific understanding or moral justification for intervention.

For Charland, “certain aspects of thinking, feeling, and behavior, which were previously described without a medical conceptual framework, have been re-described using that conceptual framework” (74). This process has profound effects on the individual’s self-understanding: “it affects the way individuals understand themselves” (74).

This author has stated that the DSM has been a central instrument in this expansion, generating what he calls “hyper-medicalization” (74). As diagnostic categories increase, the range of behaviors that can be considered pathological expands. In the case of ADHD, this process culminates in its reconceptualization in the DSM-5 as a “neurodevelopmental disorder” that can be diagnosed even in adults.

From an ethical standpoint, this expansion has normative and social consequences. Sadler argues that psychiatric diagnosis “is not a purely technical act, but a practice permeated by moral and cultural values” (76). The DSM classifications are not neutral descriptions, but normative judgments about what counts as ‘deviation’ or “normality.” Therefore, he asserts that “the values underpinning diagnostic categories do not enjoy the moral consensus that characterizes other branches of medicine” (76).

The overdiagnosis of ADHD reflects this problem. As categories become more flexible, more individuals are incorporated into the therapeutic system, which carries risks of labeling and loss of autonomy. Sadler emphasizes that psychiatric labels generate “classification effects,” shaping people’s identities and behaviors (76). From this perspective, the diagnostic expansion of ADHD is not only a clinical phenomenon but also an ethical dilemma: at what point does it cease to be medical assistance and become a form of normative control over attention, behavior, and performance?

As we have seen, there is a direct link between the process of medicalization and the non-medical use (NMU) of psychostimulants. As Middleton explains, these drugs do not correct a chemical deficit, but rather act by promoting the release of norepinephrine, serotonin, and dopamine (73), increasing the overall activation of the nervous system. Consequently, their use outside the therapeutic setting, for example, among college students or professionals seeking to improve their performance, does not differ physiologically from prescribed use, but it does shift the moral justification from treatment to optimization.

This shift raises a central ethical dilemma: the line between curing and enhancing. If psychostimulants can increase cognitive performance in healthy individuals, is it ethical to normalize their use in competitive educational and work contexts? According to Charland, contemporary psychiatry lacks sufficient autonomy to resist market pressures, given that it is closely allied with the interests of the pharmaceutical industry (74). This alliance contributes to normalizing non-medical consumption under the guise of efficiency and productivity.

The problem is exacerbated because, as Sadler shows, the values incorporated into DSM and psychiatric practices do not always respond to the patient's well-being, but rather to professional and social interests (76). Non-medical use thus becomes a form of medicalization of normality, where scattered attention or fatigue are interpreted as pathological deficits that require chemical correction.

From a care perspective (77,78), this phenomenon undermines the relationality of the person and replaces empathetic understanding of discomfort with the pursuit of performance. In this way, the non-medical use of stimulants turns attention and motivation into consumer goods, reducing self-care to a form of pharmacological self-optimization.

On the other hand, we find that the phenomenon of medicalization is closely linked to the commercial interests of drug manufacturers (pharmaceutical companies). This process is called "commercialization." This can be seen in the evolution of psychiatry. In its

mature stage, discipline was dominated by commercial interests, giving rise to the phenomenon of *disease mongering*, that is, the expansion of the boundaries of disease for market purposes (79). Many of the new drugs are “me-too drugs,” small variations of existing molecules that “offer marginal benefits” (79). This creates a scenario in which *scientific innovation* is subordinated to profit, while clinical trials focus on small, short-term populations, limiting knowledge about long-term effects. Along the same lines, Charland denounces the “lack of transparency derived from patent law” (74), which prevents public review of efficacy and safety data. Thus, psychiatric pharmacology operates within an epistemically closed and morally problematic structure, where scientific truth is replaced by commercial efficacy.

In the context of the institutional development of psychiatry, Sadler warns that the DSM-5 was developed under “conditions of excessive secrecy, with closed meetings and confidential discussions,” which constitutes “not only a technical failure, but a moral problem” (76). Such obscurity surrounding the process of defining psychiatric pathologies calls into question the ethical legitimacy of psychiatry, by confusing the internal good of medical practice (healing and caring) with external goods such as professional prestige and economic benefits (80). Thus, the convergence of commercial interests, expansive diagnoses, and mass prescribing constitutes a loss of moral autonomy in medical science, with ADHD appearing as a paradigmatic case. The ethics of care and “well-ordered science” (81) offer an alternative path: reorienting scientific practice through deliberative transparency, conceptual plurality, and the primacy of patient well-being.

From a clinical point of view, there are also a number of tensions: first, the non-medical use of psychostimulants undermines the concept of ADHD: as we have seen, with the increase in diagnoses, criticism of the concept and suspicion of overdiagnosis or overmedicalization have also increased. This leads, as a consequence, to increased mistrust when prescribing these drugs. Second, the search for psychostimulants may be overshadowing other psychiatric or

non-psychiatric conditions that can manifest with symptoms such as concentration problems and restlessness, which would only be detectable by a mental health professional. An example of this is the literature that addresses the search for differential diagnoses and/or comorbidities when consulting for “difficulties in concentration” (82,83). Third, there is an increased risk of exposure to adverse effects ranging from mild to severe. Among those already mentioned, people who do not have ADHD may develop tolerance and, in the long term, substance abuse. Finally, even assuming that this were not the case, and that we had no problems with adverse effects or other diagnoses at the individual level, a collective problem is nevertheless created. *The limits of productivity in society are changed.* People with resources, contacts, and information can access these drugs and produce more. But at the same time, our concept of functionality and performance is also changed, harming those who do not use them. Thus, clinicians become “accomplices” by increasing the limits of collective productivity. The non-medical use of psychostimulants violates the principle of justice from the ethics of care because it shifts the limits of “expected performance” based on market logic and individual competition, rather than organizing social life around relationships of interdependence and mutual responsibility. For Held, liberal justice and rights can only function within a pre-existing framework of care relationships and a “presumption of care” in society; when performance is governed by competitive and commercial norms, trust, solidarity, and concern for the needs of the most vulnerable are eroded, producing systematic exclusions under the guise of formal equality. Thus, the normalization of neuroenhancement through non-medical psychostimulants not only creates material inequality of access but also reconfigures social relations in such a way that expectations of success become unattainable without pharmacological resources, subordinating care and equity to the logic of individual advantage and betraying the moral priority that the ethics of care gives to the relationships and practices that sustain all members of the community. This discussion is already taking place in *e-sports*, where the use of these drugs is being debated, as well as in

the university setting (84). In turn, among the collective effects are also the consecutive stock shortages that have occurred since the early 2020s (85). Although non-medical use is not the direct cause of the shortage, the high demand it generates contributes to the overall picture.

Based on what we have seen, we can provide an alternative to the bioethical dilemma posed at the beginning of the article: how can we ethically distinguish between treatment and performance optimization in a context where medical science is influenced by commercial interests, expansive diagnoses, and social expectations of productivity? How can we address these issues?

First, we must recognize that the process of medicalization is the result of an interrelationship between technology, interests, and social and ethical principles. Second, the scientific basis for the process of psychiatric medicalization is weak, and there is a risk of promoting neurochemical dependence precisely in the diagnosed and productive use of drugs associated with ADHD. Third, there is a need for institutional ethics that evaluate the processes of pathologization and medicalization associated with institutionally described and defined pathologies. Finally, it is always necessary to see how the market interrelates with institutional processes and how the commercialization of psychiatry, through the creation and promotion of new drugs, requires scientifically validated processes, which, in turn, require institutions that limit the influence of commercial interests for the internal good of medical activity.

From a clinical point of view, it is necessary, first of all, to be aware of the existence of the problem. Second, to emphasize a history of neurodevelopment and the onset of symptoms in childhood. Third, better calibrate the criterion of functionality, for example, with external functioning criteria. And finally, have stricter definitions and methods of measuring symptoms. For example, that inattention in ADHD must be present even under ideal conditions, or Douglas' model of treating the population with the most severe symptoms pharmacologically.

6. Conclusion

The analysis of ADHD presented in these pages and the use of psychostimulants reveals a complex interrelationship between therapeutic advances, diagnostic transformations, social expectations, and commercial pressures. The available evidence confirms that psychostimulants can promote well-being in patients with ADHD; however, it also shows that their efficacy is based on neurobiological foundations that are still uncertain and on clinical trials whose results require cautious interpretation. The expansion of diagnosis, especially since the DSM-5, has brought new populations into the therapeutic sphere, intensifying the risk of overdiagnosis and reinforcing processes of medicalization that redefine everyday behaviors as pathologies.

The increase in the non-medical use of psychostimulants is the indicator where these tensions become most morally visible. When substances designed to treat a specific disorder are used to improve performance in competitive contexts, the boundary between treatment and optimization becomes blurred, and medical intervention can become involved in a logic of self-demand and productivity that is not its intended purpose. In response to this, it is necessary to strengthen institutional ethics that guarantee transparency in diagnosis, limit the influence of commercial interests, and reaffirm the internal good of medical practice. At the same time, social and political reflection is needed to recognize that attention disorders cannot be reduced exclusively to neurobiological dysfunction, but must be understood in their educational, relational, and cultural dimensions.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

2. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2024; 10(1):1-21. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00495-0>
3. Lieslehto J, Tiihonen J, Lähteenvuo M, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, Taipale H. Comparative Effectiveness of Pharmacotherapies for the Risk of Attempted or Completed Suicide among Persons with Borderline Personality Disorder. *JAMA Network Open*. 2023; 6(6). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.17130>
4. Li L, Coghill D, Sjolander A, Yao H, Zhang L, Kuja-Halkola R. Increased Prescribing of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Real-World Outcomes Over Time. *JAMA Psychiatry*. 2025; 82;(8):830-837. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.1281>
5. Sultan RS, Saunders DC, Veenstra-Vanderweele J. Protective Effects of ADHD Medication on Real-World Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2025; 82;(8):757-758. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.0918>
6. Faraone SV, Rostain AL, Montano CB, Mason O, Antshel KM, Newcorn JH. Systematic Review: Nonmedical Use of Prescription Stimulants: Risk Factors, Outcomes, and Risk Reduction Strategies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2020; 59. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.012>
7. Wilens T, Zulauf C, Martelon MK, Morrison NR, Simon A, Carrellas NW. Nonmedical stimulant use in college students: Association with attention-deficit/hyperactivity disorder and other disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2016; 77(7):940-7. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09559>
8. Novak SP, Kroutil LA, Williams RL, Van Brunt DL. The nonmedical use of prescription ADHD medications: results from a national Internet panel. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2007; 2(32). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-2-32>
9. Cassidy TA, Varughese S, Russo L, Budman SH, Eaton TA, Butler SF. Nonmedical Use and Diversion of ADHD Stimulants Among U.S. Adults Ages 18-49: A National Internet Survey. *Journal of Attention Disorders*. 2015; 19(7):630-40.
10. Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Q'Grady KE, Cimini MD, Geisner 1M. Do college students improve their grades by using prescription stimulants nonmedically? *Addictive Behaviors*. 2017; 65:245-9. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.07.016>
11. Cropsey KL, Schiavon S, Hendricks PS, Froelich M, Lentowicz 1, Fargason R. Mixed-amphetamine salts expectancies among college students: Is stimulant induced cognitive enhancement a placebo effect? *Drug and Alcohol Dependence*. 2017; 178:302-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.024>
12. Looby A, Earleywine M. Expectation to receive methylphenidate enhances subjective arousal but not cognitive performance. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2011; 19(6):433-44. <https://doi.org/10.1037/a0025252>
13. McCabe SE, Veliz P, Wilens TE, Schulenberg JE. Adolescents' Prescription Stimulant Use and Adult Functional Outcomes: A National Prospective Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2017; 56(3):226-34. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.008>

14. Peterkin AL, Crone CC, Sheridan MJ, Wise TN. Cognitive performance enhancement: Misuse or self-treatment? *Journal of Attention Disorders*. 2011; 15(4):263-8. <https://doi.org/10.1177/1087054710365980>
15. Weyandt LL, White TL, Gudmundsdottir BG, Nitenson AZ, Rathkey ES, De Leon KA. Neurocognitive, Autonomic, and Mood Effects of Adderall: A Pilot Study of Healthy College Students. *Pharmacy*. 2018; 6(3):58. <https://doi.org/10.3390/pharmacy6030058>
16. Martinez-Badía J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry*. 2015; 5(4):379. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.379>
17. Still GF. Some abnormal psychological conditions in children: excerpts from three lectures. *Journal of Attention Disorders*. 2006; 10(2):126-36. <https://doi.org/10.1177/1087054706288114>
18. Bradley C. The behavior of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 94(3):577-85. <https://doi.org/10.1176/AJP.94.3.577>
19. Laufer MW, Denhoff E, Solomons G. Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Journal of Attention Disorders*. 2011; 15(8):620-5. <https://doi.org/10.1177/1087054711413043>
20. Laufer MW, Denhoff E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. *The Journal of Pediatrics*. 1957; 50(4):463-74. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(57\)80257-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(57)80257-1)
21. Mayes R, Bagwell J, Erkulwater CL. *Medicating Children: ADHD and Pediatric Mental Health* [Internet]. Harvard University Press; 2009. <https://doi.org/10.2307/j.ctv228vqx9>
22. Wender PH. The minimal brain dysfunction syndrome in children. 1. The syndrome and its relevance for psychiatry. 11. A psychological and biochemical model for the syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1972; 155(1):55-71. <https://doi.org/10.1097/00005053-197207000-00007>
23. Rosenthal RH, Allen TW. An examination of attention, arousal, and learning dysfunctions of hyperkinetic children. *Psychological Bulletin*. 1978; 85(4):689-715. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.4.689>
24. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Archives of General Psychiatry*. 1976; 33(12):1453-60. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770120057005>
25. Clements SD, Peters JE. Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child: Diagnosis and Treatment. *Archives of General Psychiatry*. 1962; 6(3):185-97. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1962.01710210001001>
26. Douglas VI. Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science I Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*. 1972; 4(4):259-82. <https://doi.org/10.1037/h0082313>
27. Feingold BF. Hyperkinesis and Learning Disabilities Linked to Artificial Food Flavors and Colors. *The American Journal of Nursing* [Internet]. 1975; 75(5). Available at: <https://doi.org/10.2307/3423460>

28. Conrad P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*. 1975; 23(1):12-21. <https://doi.org/10.2307/799624>
29. Glow PH, Glow RA. Hyperkinetic impulse disorder: a developmental defect of motivation. *Genetic Psychology Monographs*. 1979; 100 (Second Half):159-231.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM III)*. 3a ed. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1980. <https://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780521315289.dsm-iii>
31. Conners CK. Forty years of methylphenidate treatment in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*. 2002; 6. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370200601S04>
32. Faraone SV, Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2010; 19(4):353-64. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0054-3>
33. Swanson JM, Mcburnett K, Wigal T, Pfiffner LJ, Lerner MA, Williams L. Effect of Stimulant Medication on Children with Attention Deficit Disorder: A Review of Reviews. *Exceptional Children*. 1993; 60(2):154-62. <https://doi.org/10.1177/001440299306000209>
34. Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 4th ed. Barkley RA, editor. New York: The Guilford Press; 2015. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1073786>
35. Conners CK. History of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). En: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children*. Cambridge University Press; 2015. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139035491.002>
36. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Conners CK, Arnold EL. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2001; 22(1):60-73. <https://doi.org/10.1097/00004703-200102000-00008>
37. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1994. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420614.dsm-iv>
38. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1996; 53(7):607-16. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830070053009>
39. Friedman LA, Rapoport JL. Brain development in ADHD. *Current Opinion in Neurobiology*. 2015; 30:106-11. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2014.11.007>
40. Fulton BD, Scheffler RM, Hinshaw SP. State variation in increased ADHD prevalence: Links to NCLB school accountability and state medication laws. *Psychiatric Services*. 2015; 66(10):1074-82. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400145>
41. Schneider H, Eisenberg D. Who receives a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States elementary school population? *Pediatrics*. 2006; 117(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1308>

42. Swanson JM, Volkow ND. Psychopharmacology: concepts and opinions about the use of stimulant medications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2009; 50(1-2):180. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02062.x>
43. Hadland SE, Cerdá M, Earlywine JJ, Krieger MS, Anderson TS, Marshall BDL. Analysis of Pharmaceutical Industry Marketing of Stimulants, 2014 Through 2018. *JAMA Pediatrics*. 2020; 174(4):385. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.5526>
44. Morris-Rosendahl DJ, Crocq MA. Neurodevelopmental disorders-the history and future of a diagnostic concept. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2020; 22(1):65-72. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/macrocq>
45. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*. 2017; 4(4):339-46. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5)
46. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says. The Guilford Press; 2008. <https://doi.org/10.1177/1087054709333321>
47. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150(12):1792-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1792>
48. Conrad P, Bergey MR. The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*. 2014; 122:31-43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>
49. Hunt AD, Procyshyn TL. Changing perspectives on autism: Overlapping contributions of evolutionary psychiatry and the neurodiversity movement. *Autism Research*. 2024; 17(3):459-66. <https://doi.org/10.1002/aur.3078>
50. Thapar A, Riglin L. The importance of a developmental perspective in Psychiatry: what do recent genetic-epidemiological findings show? *Molecular Psychiatry*. 2020; 25(8):1631-9. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0648-1>
51. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*. 2006; 36(2):167-79. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006410>
52. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2):434-42. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
53. Husain M, Mehta MA. Cognitive enhancement by drugs in health and disease. *Trends Cogn Sci*. 2011; 15(1):28-36. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.11.002>
54. Malík M, Tlustos P. Nootropics as Cognitive Enhancers: Types, Dosage and Side Effects of Smart Drugs. *Nutrients*. 2022; 14(16):3367. <https://doi.org/10.3390/nu14163367>
55. McGaugh JL, Roozendaal B. Drug enhancement of memory consolidation: historical perspective and neurobiological implications. *Psychopharmacology (Berl)*. 2009; 202(1-3):3-14. <https://doi.org/10.1007/s00213-008-1285-6>

56. Cappelletti S, Daria P, Sani G, Aromatario M. Caffeine: Cognitive and Physical Performance Enhancer or Psychoactive Drug? *Curr Neuropharmacol*. 2015; 13(1):71-88. <https://doi.org/10.2174/1570159X13666141210215655>
57. Nehlig A. Is caffeine a cognitive enhancer? *J Alzheimers Dis*. 2010;20 Suppl 1:S85-94. <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-091315>
58. Valentine G, Sofuoglu M. Cognitive Effects of Nicotine: Recent Progress. *Curr Neuropharmacol*. 2018; 16(4):403-14. <https://doi.org/10.2174/1570159X15666171103152136>
59. Ilieva IP, Farah MJ. Enhancement stimulants: perceived motivational and cognitive advantages. *Front Neurosci*. 2013; 7:198. <https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00198>
60. Roberts CA, Jones A, Sumnall H, Gage SH, Montgomery C. How effective are pharmaceuticals for cognitive enhancement in healthy adults? A series of meta-analyses of cognitive performance during acute administration of modafinil, methylphenidate and D-amphetamine. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020; 38:40-62. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.07.002>
61. Hinshaw SP, Scheffler RM. *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money and Today's Push for Performance*. New York, NY: Oxford University Press; 2014. <https://doi.org/10.1215/03616878-2888627>
62. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2018; 5(9):727-38. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
63. ADHD Guideline Development Group. *Australian Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Attention Deficit Hyperactivity*. Melbourne: Australasian ADHD Professionals Association; 2022. <https://doi.org/10.1177/00048674231166329>
64. Coughlin CG, Cohen SC, Mulqueen JM, Ferracioli-Oda E, Stuckelman ZD, Bloch MH. Meta-Analysis: Reduced Risk of Anxiety with Psychostimulant Treatment in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015; 25(8):611-7. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0075>
65. Coghill DR, Banaschewski T, Soutullo C, Cottingham MG, Zuddas A. Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26(11):1283-307. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0986-y>
66. Zhang L, Zhu N, Sjolander A, Nourredine M, Li L, Garcia-Argibay M. ADHD drug treatment and risk of suicidal behaviors, substance misuse, accidental injuries, transport accidents, and criminality: emulation of target trials. *BMJ*. 2025; 390:e083658. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-083658>
67. Li L, Coghill D, Sjolander A, Yao H, Zhang L, Kuja-Halkola R. Increased Prescribing of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Real-World Outcomes Over Time. *JAMA Psychiatry*. 2025; 82(8):830-7. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.1281>

68. Vasiliadis HM, Lunghi C, Rahme E, Rochette L, Gignac M, Massamba V. ADHD medications use and risk of mortality and unintentional injuries: a population-based cohort study. *Transl Psychiatry*. 2024; 14:128. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-02825-y>
69. Liao HC, Hsu CN, Lin FJ, Gau SSF, Wang CC. Association between methylphenidate use and long-term cardiovascular risk in pediatric patients with attention deficit and hyperactivity disorder. *bmjpo* [Internet]. 2024; 8(1). Available at: <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/8/1/e002753>
70. Groff D, Tuan WJ, Holt K, Latronica JR, Bone C. Risk Factors for Adverse Cardiac Events in Individuals Prescribed Stimulants Across the Lifespan. *J Atten Disord*. 2025; 29(8):628-34. <https://doi.org/10.1177/10870547251313880>
71. Mattson ME. Emergency Department Visits Involving Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Stimulant Medications. En: *The CBHSQ Report* [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384678/>
72. Setlik J, Bond GR, Ho M. Adolescent prescription ADHD medication abuse is rising along with prescriptions for these medications. *Pediatrics*. 2009; 124(3):875-80. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0931>
73. Middleton H. *Psychiatry reconsidered: From medical treatment to supportive understanding*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2015. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1124911>
74. Charland LC. Why Psychiatry Should Fear Medicalization. Fulford KWM, Davies M, Gipps R, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* [Internet]. Oxford University Press; 2013. Available at: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199579563.013.0013>
75. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 2019. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
76. Sadler JZ. Ethics and Values in Diagnosing and Classifying Psychopathology. *Oxford Handbook of Psychiatric Ethics, Vol 2* [Internet]. Oxford University Press; 2015. Available at: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198732372.013.20>
77. Held V. *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. Oxford; 2007. <https://doi.org/10.1093/0195180992.001.0001>
78. McCabe MS. In defense of ethically caring physicians. *Commun Med*. 2008; 5(1):15-23. <https://doi.org/10.1558/cam.v5i1.15>
79. Stein DJ, van Niekerk AA. Ethics of Psychopharmacology. *The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics, Vol 2* [Internet]. Oxford University Press; 2015. Available at: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198732372.013.29>
80. Pellegrino ED, Thomasma DC. *Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press; 1993. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195082890.001.0001>
81. Kitcher P. *Science, Truth, and Democracy*. Oxford: Oxford University Press; 2001. <https://doi.org/10.1093/mind/112.448.746>
82. Musullulu H. Evaluating attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD): a review of current methods and issues. *Front Psychol* [Internet]. 2005; 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1466088>

83. Sadek J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Misdiagnosis: Why Medical Evaluation Should Be a Part of ADHD Assessment. *Brain Sciences*. 2023; 13(11):1522. <https://doi.org/10.3390/brainsci13111522>
84. Palmi 1, Pichini S, Solimini R. eSports: A New Challenge for Public Health Protection? *Public Health Rep*. 2025; 00333549251387939. <https://doi.org/10.1177/00333549251387939>
85. Constantinou D, Aguiyi 1. Use, Perceptions and Attitudes of Cognitive and Sports Performance Enhancing Substances Among University Students. *Front Sports Act Living*. 2022; 4:744650. <https://doi.org/10.3389/fspor.2022.744650>

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 Pediatría~~)
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.

Aboud 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)