

Uso de antidepresivos y bioética

Ma. de la Luz Casas-Martínez

RESUMEN

La presente reflexión se ha realizado considerando a la bioética como una disciplina promotora del diálogo entre las ciencias bajo el marco de valores morales de la tradición occidental. Se aborda el tema del uso ético de antidepresivos en situaciones existenciales, más que en su uso terapéutico. Los objetivos son la revisión de los siguientes aspectos: **a.** Una visión antropológica. El hombre como ser carente. **b.** Los fines de la medicina y el uso de psicofármacos en situaciones límitrofes a la psicopatología. **c.** La medicalización de la vida humana. Se realiza un análisis de estos aspectos y una propuesta para el manejo de la tristeza en forma no medicamentosa, aceptando los límites humanos al acceso a la felicidad.

Palabras clave: depresión, bioética, antidepresivos, tristeza.

ANTIDEPRESSANT PRESCRIPTIONS AND BIOETHICS

ABSTRACT

The present reflection is based on the consideration of Bioethics as one promoting discipline for the dialogue among the different branches of science, within the moral value framework of the occidental culture. The core of this article is the ethical use of antidepressant substances regarding existential issues rather than a therapeutic related use. Our objective is to review the following aspects: **a.** An anthropological sight. Man as a lacking entity. **b.** The purposes of medicine and the use of psycho-tropics in various situations. **c.** The abuse of medical substances as a solution to common life problems. After completing the analysis, a proposal on how to handle sadness in a non medical way, admitting human limitations, will arise.

Key words: depression, bioethics, antidepressant, sadness.

La presente reflexión se ha realizado considerando a la bioética como una disciplina promotora del diálogo entre las ciencias bajo el marco de valores morales de la tradición occidental. En el presente trabajo se abordará el tema de depresión bajo los siguientes objetivos: **a.** Una visión antropológica. El hombre como ser carente. **b.** Los fines de la medicina y el uso de psicofármacos en situaciones límitrofes a la psicopatología. **c.** La medicalización de la vida humana.

Es innegable que bajo el avance de la biomedicina es posible en la actualidad una terapéutica más eficaz en entidades patológicas complejas, como es la depresión. La eticidad en estas condiciones del uso de psicofármacos es incuestionable.

Más bien, mi reflexión se centra, en su uso inadecuado, pues ocurre que en nuestra sociedad, se presenta un fenómeno de dependencia tecnológica cada vez más creciente en las áreas de salud, y de ello, no es excepción la salud mental.

El porqué los profesionales de la medicina se acercan a una zona gris en donde la indefinición de salud enfermedad mental está presente, tiene en parte un problema antropológico de base.

Para algunos, es muy tenue la línea que separa la normalidad de la anormalidad, y por ello cada vez se ha hecho más común el uso de psicofármacos aún en condiciones, que en momentos históricos no muy lejanos habrían estado bajo la consideración de situaciones naturales por las cuales el sujeto debería

Recibido: 5 agosto 2005. Aceptado: 15 agosto 2005.

Escuela de Medicina. Universidad Panamericana. Correspondencia: Ma. de la Luz Casas-Martínez Escuela de Medicina. Universidad Panamericana. Donatello 59. Insurgentes Mixcoac 03920 México, D.F. E-mail: mcasas@mx.up.mx

de transcurrir, enfrentar y superar en un proceso normal de desarrollo de capacidades adaptativas de su personalidad.

En un cierto sentido, la medicina ha actuado en forma paternalista con los pacientes, evitándoles todo enfrentamiento psicológico ante problemas vitales, deseando que nunca padecieran ningún grado de estrés, angustia o tristeza.

¿Existe un límite objetivo a esta problemática?.

Me parece que uno de los parámetros es la consideración de una visión antropológica

a. Una visión antropológica. El hombre como ser carente.

La medicina humanística es la medicina de la finitud humana, entendida ésta como ser de carencia real y concreta del hombre, en su uso normativo se refiere a la piedad o compasión, base moral del cuidado. La *infirmitas* describe una condición física o natural, a la postre somática, que no es una categoría nosológica o patológica y sí ontológica o antropológica (*ser humano carente*). El ser humano, en tanto *infirmitas* presenta tres dimensiones de experiencia metafísica:

1. La vulnerabilidad, el carácter de ser afectado, de padecer.
2. La *caducidad*, devenir otro desde sí mismo y no por acción exterior.
3. La *mortalidad*, la condición de saberse mortal, confrontado a la esperanza/desesperanza y el misterio.

En la experiencia objetiva, vivida y simbólica, nos referimos a estos problemas como; el sufrimiento, vejez y muerte¹.

Ser humano carente

La hominización, tanto filogenética como ontogenética, da fundamento biológico a una tesis central de la antropología filosófica: El *ser humano carente*, el hombre como ser necesitado, carente en un doble sentido, gnoseológico y ontológico. La deficiencia o indigencia biológica del hombre, en contraste con los animales, que nunca son desvalidos por naturaleza, constituye quizá la más antigua y permanente observación en la historia de la antropología, la interpretación, finalista, mecanicista o azarosa, de ese curioso fenómeno da lugar a una polémica que se remonta a los orígenes del pensamiento clásico y su larga descendencia: Diógenes, Protágoras, Aristóteles, Anaxágoras, Galeno, Píndaro o Asclepión, atraviesa la modernidad con Herder y Kant y se prolonga hasta nuestros días en Portmann y Gehlen. Tal es precisamente el punto de partida en la antropología de A. Gehlen, quien define al hombre como "ser deficitario" o "defectuoso" (*mangelwesen*).

Morfológicamente el hombre, a diferencia de los mamíferos superiores, se caracteriza ante todo por sus defectos o carencias, los cuales equivalen a un estado biológico de inespecialización, indiferenciación, inadaptación. Carece de la protección natural que es el pelo, de órganos específicos para la defensa o la huida, de agudeza sensorial e instintos seguros; nace inmaduro y por tanto necesita de prolongado cuidado durante su infancia. La pregunta es pues de qué manera ha podido sobrevivir un ser tan minusválido o naturalmente infradotado; el hombre no es apto para la naturaleza libre y por eso está obligado, como compensación de sus carencias a construir una naturaleza artificial, justamente la cultura: el hombre es cultural por naturaleza. Para Gehlen, el ser humano requiere transformar por sí mismo los condicionamientos carenciales de su existencia en oportunidades de prolongación de su vida. En suma el hombre, desajustado naturalmente, debe justificarse mediante la acción; animal no-terminado, se hace tarea de sí mismo, un ser social²

Es así que, en el proceso de hominización se articula una "segunda naturaleza", que es la cultura.

Sin duda el desarrollo filogenético humano, es un fenómeno complejo y multidimensional, resultante de interrelaciones genéticas, ecológicas, cerebrales y socioculturales. Pero la lección antropológica de la actual biología evolucionista se resume en que el hombre no es un ángel caído ni un simio erguido: la esencial novedad de la primacía del *homo sapiens* en el reino animal no se explica por el creacionismo y su dualismo cuerpo-alma, ni por el evolucionismo simplista que sólo ve en el hombre un primate perfeccionado.

La teoría del *ser humano carente* parte de la idea del hombre como un proyecto o diseño único de la naturaleza, caracterizado por una plasticidad, contranatura y cultural "el hombre es un ser cultural por naturaleza porque es un ser natural por cultura", señala Mainetti. La característica originaria del hombre como ser viviente, la diferencia antropológica, decimos hoy, es un cuerpo inusitadamente, que implica una negación biológica de la animalidad, pues el animal está ajustado al entorno natural y por ello no modifica a éste sustancialmente. El hombre, en cambio, desadaptado a la naturaleza por su inespecialización orgánica es "creador y criatura" de cultura, artifice y producto de un mundo propio en permanente transformación, por el cual se humaniza la naturaleza y se realiza la humanidad. Tal, es en síntesis, la teoría compensatoria de la cultura, con su larga tradición histórica y renovada vigencia en la actualidad³.

El ser humano por tanto, como ser carente, se enfrenta a las preguntas límites de su existencia, y la cultura debería aproximarla a su respuesta certera, más, en la actualidad, parece que lejos de encauzarlo, trata de evadir las respuestas.

Ante las preguntas límites clásicas, sufrimiento, vejez y muerte ¿qué podemos reflexionar?

Dentro de una visión psicosomática, ante este fenómeno se revela la unidad dual de lo mental y lo físico. En el sufrimiento, el cuerpo se hace psíquis y la psíquis cuerpo, pero esta unidad, ¿unidad en la diferencia o diferencia en la unidad, es también una ruptura de la unidad entre la existencia física y la personal.

La historia de la cultura occidental está transida por el sufrimiento y sus significados, revelando la vulnerabilidad humana en todas las formas del espíritu y con distintos lenguajes, filosófico, religioso, literario, médico, político, etc. Se ha afirmado que en la antigüedad clásica la sabiduría tuvo dos expresiones complementarias, la patética en la tragedia y la teórica en la filosofía; consigna de la primera fue *pathēi mathos*, por el padecimiento al conocimiento; ideal de la segunda la estoica *apatheia*, la apatía o impasibilidad como ascética del sufrimiento. La medicina hipocrática introduce la visión naturalista de la "patología", literalmente referida a la teoría del sufrimiento y la terapia analgésica, tomando de Aristóteles el concepto de *catarsis*, purificación de las pasiones.

Las cosmovisiones naturalista griega y personalista cristiana ceden lugar a la visión científica del sufrimiento en la modernidad, cuyo punto de arranque es el dualismo cartesiano y su modelo mecanicista del cuerpo. Con el conocimiento científico del sufrimiento en apariencia llegan las armas para vencerlo y la conquista de nuevos significados: se separan la naturaleza física y la naturaleza espiritual del sufrimiento⁴.

Durante el siglo XX se acelera el proceso de medicalización del sufrimiento, la reducción de éste a un problema científico y una solución técnica.

Pero junto a la algología científica existe, y no puede dejar de existir, una algología filosófica, una visión especulativa o reflexiva sobre el sufrimiento, pues éste no se reduce a la inteligencia técnica e implica un acto de aprehensión espiritual.⁵ Los modelos contraponen un esquema humanista y otro positivista en torno, cuestiona la justificación del sufrimiento a través de figuras tales como el castigo, la prueba, el azar o el reto⁶. La filosofía apunta al misterio, más allá del problema del alma y el cuerpo, a la *ontogénesis* de esa relación no objetivable, al sufrimiento como morada del hombre y poder del *logos* de unir en la diferencia.

Un paradigma ecléctico del sufrimiento, pluri-

dimensional y significativo, irreductible al viejo modelo organicista, caracteriza al sufrimiento posmoderno y su práctica clínica e institucional, así Francis Bacon lo comentaba: "Estimo que está muy claro que el oficio del médico no sólo consiste en restaurar la salud, sino también en mitigar los sufrimientos y tormentos de las enfermedades; y no sólo cuando ese alivio del sufrimiento, cual el alivio de un síntoma peligroso, conduce a la recuperación, sino también cuando, habiéndose disipado toda esperanza de recuperación, sólo sirve para que el paso a la otra vida resulte fácil y justo".

La acción médica basada en la terapéutica, palabra que originalmente significa "cuidado", reconoce al sufrimiento como parte inherente del ser humano, y bajo esta idea pueden abordarse los límites morales de la medicina:

1. La actuación entre los extremos del nihilismo y las acciones fútiles en la medicina.

2. En el reconocimiento de la necesidad de la autodisciplina moral para la supresión y asunción del sufrimiento. Para esto reconocemos actitudes negativas, como: el abatimiento, rebeldía, aislamiento y complacencia. Entre las positivas señalemos la advertencia, el refinamiento, la comunión y la purificación.

El hombre es un ser limitado, que posee conciencia de sus límites y cuya acción constituye un permanente y renovado intento por superarlos. Esta condición finita, en un ser que es aspirante del infinito, hace del hombre un eterno insatisfecho de sí mismo, un animal trágico, metafísico, sobrenatural, un *ser humano carente*. La expresión física o biológica de ese *modus deficiens* humano son las tres dimensiones: vulnerabilidad, caducidad y mortalidad, concretamente sufrir, envejecer y morir⁷.

La paradoja mortal implica el hecho de que la muerte priva y otorga a la vez sentido a la existencia humana, porque ésta es finita pero no finiquitada, para la cual el tiempo es destino, también limitación y posibilidad. La medicalización de la vida nos ha llevado a distorsionar estas contradicciones racionales de la muerte, restándole a ésta naturalidad, autenticidad y dignidad⁸.

El problema, planteado fundamentalmente desde la medicina moderna, caracteriza en cierto modo nuestro tiempo como "cultura del sufrimiento", "sociedad de la vejez" y "civilización de la muerte". En el tratamiento sistemático de estos tres capítulos del libro de la humanidad actual, se articulan una visión: histórica, teórica y práctica o asistencial. De manera genérica, la retrospectiva histórica señala la existencia de distintos modelos culturales que prestan sentido a

estas experiencias límite de la *condición humana*, y cómo la medicalización de la vida o el imperio de la racionalidad instrumental les habría restado progresivamente significación. En la teoría actual, también es sensible un común intento por resignificar el sufrimiento, la senectud y la muerte en la vida humana, a la luz de un paradigma científico globalizador e interdisciplinario, hermenéutico y axiológico. Frente a los crecientes problemas sociales y dilemas morales, es la conjunción que integre la medicina de alta tecnología y la medicina humanística, con el objetivo de procurar los mejores intereses del individuo y de la sociedad⁹.

La ética general, y la ética biomédica, remiten a una antropología filosófica, así como ésta apunta hacia aquélla, generándose un círculo hermenéutico. Para esa antropología filosófica contribuyen las ideas-guía de nuestro ser natural, *ser humano carente y ser artificial*¹⁰.

De tal manera aparece la condición humana, como ser carente y no totalmente natural, como condición de posibilidad de la moralidad¹¹, un ser que requiere justificación de sus actos, por que, a diferencia de los animales, es libre. Este binomio, generador de angustia, también es núcleo de su dignidad. Por su parte, Warnock describe la condición humana en parados términos de recursos escasos y vulnerabilidad, el objetivo de la moralidad es perfeccionar la condición humana¹².

Por tanto, un límite para el uso no terapéutico de medicamentos antidepresivos, es precisamente el reconocimiento de la antropología humana, reconociendo al ser humano como ser carente y libre, por ello confrontado a la responsabilidad y al sufrimiento, cuya resolución dependiente de sus propias fuerzas, lo dignifica.

Los fines de la medicina y el uso de psicofármacos en situaciones límitrofes a la psicopatología.

A causa de la persistente realidad de la enfermedad y el sufrimiento, el envejecimiento y la muerte, tienen significado los intentos de prevenir o mitigar estos males en casos particulares. Podemos aspirar a un mundo sin sufrimiento, pero si lo logramos, ciertos tipos valiosos de acción dejarían de ser posibles, y si no hubiera hechos de la vida fuera de nuestro control, entonces nuestras vidas carecerían de la estructura que hace inteligible la idea de elección. Para la antropología filosófica existe una relación entre la experiencia de la realidad como resistencia, la creación de valores y el lugar de la enfermedad en la existencia humana.

¿Existe un límite a la intervención médica en el afrontar de los problemas de la vida? ¿La ética, esto

es, el uso responsable de la libertad, forma parte del proceso natural de la evolución biológica¹³? Una posición reduccionista extrema es la de Richard Dawkins en su libro *El gen egoísta*:¹⁴ Más moderada resulta la postura de Edward Wilson, que rechaza el determinismo absoluto de Dawkins y concede que cada persona es modelada por la interacción de su medio ambiente, en especial su medio ambiente cultural, con los genes que afectan la conducta social; la conducta humana está programada por la selección natural de la evolución, pero hay espacio para la cultura, esto es, la ética¹⁵ Otro representante moderado de la relación ética-biología es Waddington; además del mecanismo biológico de transmisión hereditaria, el hombre ha desarrollado otro sistema para transmitir información de una generación a la siguiente; dicho sistema consiste en el proceso de la enseñanza y el aprendizaje social, y constituye un segundo mecanismo por medio del cual opera la evolución¹⁶.

En cualquier caso, una nueva y fecunda relación entre ética y biología se abre con el nacimiento y desarrollo de la bioética. Ya Peter Singer introducía una visión "bioética" del aporte de la biología a la ética, señalando que la ética normativa tendrá más éxito en sus prescripciones si atiende a la información que la biología puede suministrar. Quizá la bioética, la moral de las nuevas técnicas y prácticas de la biología y de la medicina contemporánea, por el hecho de tener que ver con cierta naturaleza, significa una inédita exploración en materia moral¹⁷. Esto significa que la ética médica y biológica *tiene que ver con un dato natural que lleva en él cierta normatividad*: el hombre como ser vivo. *Aun si la ética consiste en preservar la dignidad de este ser y no su sobrevivencia*¹⁸.

Esta reflexión nos acerca a preguntarnos sobre los nuevos fines de la medicina, tema de actualidad, en el que lejos del consenso se han entablado numerosos diálogos, puesto que gracias al avance de la medicina y la tecnología, los fines tradicionales de la medicina persisten, en modo sustancial bajo el principio de beneficencia, pero, que han cambiado en parte sus medios y por tanto sus objetivos. Precisamente, porque hoy la ciencia médica es más poderosa y efectiva, se ha planteado seriamente la pregunta de si debe hacer todo lo que técnicamente puede hacer.

Puesto que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el sufrimiento y, por fin, la muerte. La medicina ha de empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella. Por el beneficio del paciente tiene que procurar ser fiel a sí misma y mantenerse como algo viable y sostenible, no dejarse arrastrar por un desarrollo tecnológico imparable.

A medida de que la capacidad de curación de enfermedades antes incurables se hace mayor, es importante que nos convenzamos de que el poder de la medicina no es absoluto. Su ámbito propio, "es el bien del cuerpo y de la mente, y no el bien completo de la persona, al que sólo puede contribuir como un factor más, e incluso en ese caso, únicamente en determinados aspectos de la vida", ya que la tendencia, evidente en las sociedades desarrolladas, a medicalizar todos los problemas debe ser corregida.

Con este tema el prestigioso Hasting Center¹⁹ después de un debate internacional señala que para la nueva medicina los objetivos son:

- La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
- El alivio del sufrimiento y el sufrimiento causados por males.
- La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

La medicalización de la vida humana

Bajo la luz de lo antes expuestos aprecio que la tecnología y en este caso la intervención farmacológica, adquiere un carácter humanista si favorece el crecimiento humano. El crecimiento humano abarca el potencial del sujeto, en sus capacidades físicas, emocionales e intelectuales. Cuando la capacidad del sujeto está bloqueada por limitaciones de procesos psíquicos-físicos, y por lo tanto disminuye su rango de libertad; la intervención técnica, entiéndase en el caso de los psicofármacos, es éticamente defendible. No se trata sino de una nueva versión del principio hipocrático. En cambio, sustituir la necesaria lucha humana ante las realidades naturales por evasión, no potencia las características propias de la especie. De aquí surge el problema de la medicalización de la vida humana, aplicada en este caso a la tristeza, no a la depresión.

Este problema ya ha sido planteado en la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el uso y abuso de drogas psicotrópicas²⁰ la cual señala que el uso de estas drogas constituye un fenómeno social complejo que no es simplemente un problema médico, requiere de alternativas prácticas para su uso.

En la actualidad crece el grupo de personas con estados de angustia y de ansiedad cuyo origen se encuentra relacionado con la vida cotidiana y la acción interpersonal, aunada a otra categoría, que reclama el medicamento para lograr un aumento de su potenciabilidad.

La sociedad epicúrea fomenta, cultural y económico, la utilización del medicamento, esto es el uso no terapéutico, que nace del deseo de enfrentar el estrés y las dificultades por medio de medicamentos, busca un paraíso artificial, y parece fácil alcanzarlo en una sociedad extremadamente tolerante, en la que muchos valores ya han desaparecido.

El problema es que, el psiquiatra no tiene que enfrentarse solamente con las exigencias del enfermo, sino también con las de la sociedad.

En Estados Unidos de Norteamérica y otros países, el diagnóstico psiquiátrico de depresión ha crecido en los últimos años al punto de que incluso la OMS estima que "el 10% de la población experimentará depresión en algún momento de su vida". Sin embargo, autores como David Healy²¹ advierten que "este crecimiento puede ser atribuido al éxito de las prácticas de mercado que promocionan el diagnóstico de depresión con el fin de incrementar la prescripción de antidepresivos", en especial si se justifica el uso de antidepresivos como tratamiento para un estrés socialmente inducido. Este tipo de campañas se apreció en América Latina para promover el uso de fluoexetina, explica el comentarista Lakoff: "Le pregunté al gerente de Gador cómo se le había ocurrido la campaña y contestó: "La globalización en tanto concepto cultural es demasiado fuerte como para no usarlo". Me contó sobre la próxima fase de la campaña: se referirá a la vulnerabilidad. Otro gerente de producción reparó en lo apropiado de la elección de esta palabra señalando su aproximación a una popular serie de televisión llamada vulnerables".

Volviendo a nuestro tema, el problema mayor, no se centra en la real necesidad de tratamiento antidepresivo, sino en el enfoque actual de la medicalización de la vida. Responder a los problemas de la vida en un tono existencial adecuado es atender las potencialidades de nuestro ser, como es la necesaria tolerancia a la frustración como un mecanismo que espera retomar la vida identificando los incidentes críticos, genera nuevas respuestas, cada vez más maduras y con mayor congruencia de realidad. Realidad compuesta de espacio y tiempo. Afrontar los problemas ante el compromiso de ser seres humanos, con límites, pero, con posibilidades, más allá de la medicalización de la vida como evasión y no como la necesaria toma de responsabilidad ante la libertad.

Retomar una vida integral, no centrada solamente en la productividad, el poder, la excelencia compulsiva, sino en el disfrute, en especial en la relación interhumana, el reencuentro con la familia, los amigos, los grupos de interés en actividades propias

del ser humano, arte, deporte, cultura, juego.

Falta en este mundo opresivo una dosis diaria de ludoterapia, la contemplación de la naturaleza, más que un ansiolítico que nos permita seguir en el circuito de la compulsión.

Volver los ojos al cultivo de la esperanza. El mundo moderno ha creado falsas expectativas de lo que el éxito significa, expectativas que rebasan con mucho los límites de lo humano, expectativas que suelen pertenecer a los dioses... Volver a la concepción el hombre como ser necesitado, carente, pero capaz de dar, la combinación perfecta, pues si encontramos a otro congénere que piense lo mismo, nos subsanará en nuestras carencias, y nosotros subsanaremos las suyas, este es el fundamento del amor de benevolencia, de la amistad comprometida, no en el marco de la codependencia, sino del respeto al ejercicio de los límites propios.

Quizás un poco más de visión filosófica en la vida pueda ayudar a afrontar los problemas inherentes a la existencia... me refiero a la necesidad de que el hombre se reconozca así mismo y con ello valore su propia naturaleza, un ser de carencias y a la vez de recursos, en fin, un ser libre.

REFERENCIAS

1. Mainetti J. Embodiment, Pathology, and Diagnosis, En: J. L. Peset y D. Gracia, eds. *The ethics of diagnosis*. Philosophy & Medicine 40, Kluwer Academic Publishers. Dordrecht 1992.
2. Gehlen A. *El Hombre*. trad. esp. Salamanca, Ediciones Sigueme, 1980.
3. Mainetti JA. Fenomenología de la intercorporeidad, antropobioética, Ed. Quirón. La Plata 1995.
4. Cf. Zubiri X, *Sobre el hombre*, Madrid, Alianza Editorial, 1986.
5. Cf. Norman R. Interfering with nature, *J Applied Philosophy*, 1996; 13; 1:1-11.
6. Ibid.
7. Cf. Ravossi, E., "Acerca de la fundamentación de la ética", *Revista Latinoamericana de Filosofía*, Vol. IX, N° 3, 1983.
8. Ibid.
9. Cf. Warnock, G., *The Object of Morality*. London, Methuen & Co., 1971 (Cap. II).
10. Cfr. Zubiri X. *Sobre el hombre. Op cit. p. 134.*
11. Cf. Ravossi E. Acerca de la fundamentación de la ética. *Revista Latinoamericana de Filosofía*, Vol. IX, N° 3, 1983.
12. Cf. Warnock G. *The object of morality*. London, Methuen & Co., 1971.
13. Cfr. Farrell M, ¿Puede la ética ignorar la biología?.
14. Cfr. Dawkins R. *El gen egoísta*, Barcelona, Labor, 1979.
15. Cfr. Wilson, E.O. *Sobre la naturaleza humana*. México, Fondo de Cultura Económica, 1980.
16. Cfr. Waddington CH. *El animal ético*, Buenos Aires, EUDEBA, 1963.
17. Cfr. Fagot-Largeault, A. *Normativité biologique et normativité sociale*. En: Changeux JP. *Fondements naturels de l'éthique*, Paris, Odile Jacob, 1993.
18. Rameix S. op. cit, p. 108-14.
19. The Hasting Center. The new medical values. <http://www.thehastingscenter.org/default.asp>
20. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Uso y Abuso de Drogas Psicotrópicas. Adoptada por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre 1975 y enmendada por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983
21. Cfr. David Healy The Antidepressant Era) o Borch-Jakobsen "Prozac Notion", en London review of books.