

Cuestiones bioéticas actuales en las drogodependencias

M^a Ángeles Valero López, José Manuel Bertolín Guillén y Elena Ferrer Sánchez

Servicio de Psiquiatría. Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria

Agencia Valenciana de Salud

Recibido: 08/02/2010 · Aceptado: 14/05/2010

Resumen

La ética y la medicina se hallan íntimamente ligadas. Todo acto médico posee una dimensión ética. Los principios básicos de la bioética tales como beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia han propiciado la creación de diversos códigos bioéticos y deontológicos que permiten orientar al profesional, pero será éste último quien deberá calibrar cuáles guiarán su actuación. En el ámbito de las drogodependencias las cuestiones bioéticas suscitan debates que varían a través del tiempo, de acuerdo con los avances científicos y sociales. Entre tales cuestiones se destacan en este trabajo la perspectiva bioética acerca del tratamiento involuntario, de la investigación y genética de las adicciones, la problemática de las mujeres embarazadas con trastornos por consumo de sustancias, los criterios del trasplante hepático en el sujeto alcohólico, la prescripción de medicación que sea susceptible de abuso, la existencia en un previsible futuro próximo de determinadas vacunas y la confidencialidad en la relación médico-paciente. En general, en todos los ámbitos anteriores las cuestiones principales surgen a partir de la confrontación de la bioética más paternalista con la autonomía del paciente, las posibles divergencias entre la Ley y los principios bioéticos, así como el conflicto individuo-sociedad.

Palabras Clave

Ética, bioética, adicción, drogodependencia, trastorno mental.

— Correspondencia a: _____
M^a Ángeles Valero López
Servicio de Psiquiatría
Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria
Agencia Valenciana de Salud
Generalitat Valenciana
C/ San Clemente 12. 46015-Valencia
E-mail: mageva3@hotmail.com



Abstract

Ethics and medicine are intimately related since all medical acts have an ethical dimension. The basic principles of the ethics such as beneficence, no-maleficence, autonomy and justice, have caused the creation of diverse ethical and deontologist codes that allow orienting the professional albeit they will be the last one who will have to calibrate which will guide their performance. In the addictive area the ethical questions provoke debates that vary through time, according to the scientific or social advances, emphasizing the ethical perspective about the involuntary treatment, in research and genetics of the addictions, the problematic of pregnant women that abuse certain substances, which are the criteria in the liver transplant in the alcoholic one, the susceptible medication prescription of abuse, the future existence of determined vaccines and the confidentiality in the relation doctor-patient. In general in all previous scopes the main questions arise from the confrontation of the paternalist ethics and the autonomy from the patient, the possible divergences between law and the ethical principles as well as the conflict individual-society.

Key Words

Ethics, principles, addictions, debate, mental disorder.

INTRODUCCIÓN

La ética profesional puede considerarse una conciliación comprometida entre lo que uno puede, debe y quiere hacer en el ejercicio de su profesión (Fuertes et al., 2004). Las teorías morales clásicas que inspiran los códigos éticos y deontológicos son, entre otras, las que siguen. Las utilitaristas, en las que el fin de la ética es buscar el bienestar humano; kantianas, en las que la ley moral es un imperativo categórico, recíproco y universal; la ética de la virtud, por la que determinadas virtudes como la compasión y la bondad son deseables y esperables en determinadas profesiones; y la ética del cuidado de Carol Gilligan en la que lo importante es la referencia contextual, la responsabilidad por los demás, por las interrelaciones y la concepción global y no sólo normativa de la moral.

Los principios bioéticos de la medicina son los pilares comunes a la mayor parte de los códigos deontológicos profesionales, y son los siguientes. El principio de autonomía, que es el respeto a la capacidad de autogobierno del paciente; se recomienda en cada caso valorar la capacidad de comprensión, decisión e intención de los actos del paciente. El principio de no-maleficencia, que es la evitación del daño intencional o negligente. El principio de beneficencia, que es procurar el bienestar del paciente incluso más allá de sus legítimos intereses o posibles riesgos para el profesional. Y el principio de justicia, por el que todo médico debe ejercer su profesión de acuerdo a lo que se considera equitativo, justo, debido y conveniente.



Estos principios en ocasiones pueden entrar en conflicto unos con otros, por lo que es necesario establecer cierta jerarquía. Se puede hablar de deberes *prima facie* prioritarios (los cuatro principios referidos antes) y deberes reales que pueden surgir en un determinado contexto. La responsabilidad de velar por el ajuste de los mismos corresponde a los sistemas, organismos y personas responsables de la regulación de la ética profesional. Desde el punto de vista bioético es fundamental realizar planteamientos, cuestionamientos y actualizaciones permanentes sobre asuntos prácticos que surgen con el paso del tiempo de acuerdo a los avances científicos, cambios sociales y otros. Todo acto médico que llevemos a cabo implica una dimensión bioética. Si bien existen diferentes códigos deontológicos que nos pueden orientar, debe ser el propio profesional quien decida qué principios bioéticos guiarán su actuación en múltiples situaciones ordinarias o conflictivas. Específicamente en el área de las drogodependencias los aspectos que generan mayor controversia son aquellos en los que se confronta una visión más paternalista frente a otra más autonomista del paciente, el conflicto individuo vs. sociedad, y las diferencias entre las perspectivas ética y legal.

En este trabajo nos proponemos mostrar las perspectivas bioéticas actuales (con algunas consideraciones legales oportunas) en el ámbito de las drogodependencias, de la investigación y genética de las mismas, la problemática de las mujeres embarazadas drogodependientes, los criterios del trasplante hepático en el sujeto alcohólico, la prescripción de medicación que sea susceptible de abuso, la existencia futura de determinadas vacunas y la confidencialidad en la relación médico-paciente.

EL TRATAMIENTO INVOLUNTARIO EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Los problemas bioéticos básicos en referencia al tratamiento involuntario en general surgen entre dos posturas. En primer lugar están los autores que se oponen al mismo en toda circunstancia, alegando que la libertad es un valor tan importante para la sociedad que se situaría por encima del resto de los valores. Los que apoyan el tratamiento involuntario pueden situarse en una visión utilitarista defendiendo que lo correcto es disminuir o quitar las barreras que la enfermedad mental impone al funcionamiento sano del paciente y que eso justifica una privación temporal de su libertad.

El debate bioético central del tratamiento involuntario en el contexto de las adicciones posee su origen en dos corrientes antropológicas filosóficas diferentes que se asimilan a dos perspectivas éticas. En primer lugar está la antropología médica, por la que se considera la adicción como una enfermedad. La adicción sería un problema individual que afecta a una persona que asume el rol de paciente y en consecuencia puede afectar a la competencia del mismo. El objetivo del tratamiento se centraría en lograr la abstinencia y si eso no fuese posible se optaría por la paliación de los síntomas derivados. En conexión con lo dicho se halla la ética del paternalismo médico cuya esencia es soslayar la autonomía de una persona con la intención de proporcionarle un beneficio.

En segundo lugar se halla la antropología legal, por la que la adicción se asimila a un vicio y es un problema social que consiste en una conducta auto-infligida. En consecuencia, si ésta



produjera un daño a terceros se merecería un reproche social. Se equipara a la denominada ética de la autonomía, entendiéndola como la primacía de la libertad frente a las coacciones externas y la existencia de una facultad mental crítica que abarca la comprensión, la intencionalidad y la capacidad de tomar decisiones voluntarias por parte del individuo. El núcleo del debate bioético se centra en la cuestión del respeto a la autonomía del paciente, siendo precisamente el concepto de autonomía en el contexto de las adicciones el que genera mayor controversia.

Algunos médicos del siglo XIX entendían que la drogodependencia consistía en un deseo irresistible de consumo, al cual no podía sustraerse el individuo y que limitaba su libertad de elegir consumir o abstenerse de una sustancia. En la perspectiva cognitiva de finales de los años 80 del pasado siglo se distinguía entre deseos o preferencias de primer orden relacionadas con la impulsividad, y de segundo orden donde se ubicaría la autonomía entendida como capacidad reflexiva crítica acerca de las preferencias anteriores.

Otros autores consideran que la autonomía tiene un carácter dinámico, que es un proceso interpersonal en el ámbito de la relación médico-paciente que puede variar en la medida que el paciente es estimulado para recuperar su propia identidad y participar en la toma de decisiones. Autores más actuales como Janssens et al. (2004), consideran que la autonomía es una capacidad positiva que permite al individuo identificarse y adaptarse a las diferentes situaciones, y argumentan que distintas medidas coercitivas tales como el ingreso involuntario no son necesariamente con-

trarias al principio de autonomía del paciente. Foddy y Savulescu (2006b) argumentan que el deseo adictivo a una sustancia es uno más de los múltiples deseos existentes en un individuo, aunque de mayor intensidad. Consideran a las personas adictas como autónomas con libertad de elección y en consecuencia no se deberían someter a tratamiento involuntario. En el campo de las investigaciones en las que se ha de obtener el consentimiento informado, comentan que no se debería considerar cuando concurren intoxicación grave o síndrome de abstinencia, situaciones en las que la toma de decisiones puede verse muy condicionada. (Foddy y Savulescu, 2006a).

Levy (2006) explica el menoscabo que sufre la autonomía de un paciente adicto basándose en un modelo temporal, en la denominada hipótesis de la *ego-depletion*. Según esta hipótesis las personas adictas serán capaces de abandonar el consumo de una sustancia en la medida que también sean capaces de controlar las señales (amistades, círculo social, determinados lugares) que pueden precipitar el consumo. Cuando el deseo de consumo es intenso (*craving*) y se da una situación prolongada en el tiempo se puede producir un agotamiento de los mecanismos de autocontrol y en consecuencia recaer en el ciclo de consumo, socavando la autonomía del paciente.

El concepto de autonomía en las drogodependencias ha suscitado múltiples opiniones diferentes a lo largo del tiempo (Spriggs, 2003). La tendencia más actual considera la autonomía como una capacidad fluctuante en el individuo, en cuya valoración se recomienda que se tengan en cuenta los múltiples factores que concurren en un momento dado, para



proceder a calibrar los otros principios éticos que se hallan en juego (no-maleficencia, beneficencia y justicia).

En nuestra legislación, en el artículo (art.) 763 de la Ley de enjuiciamiento civil no se prevén ingresos involuntarios sino solo por incapacidad del paciente para prestar el consentimiento informado. Es la única forma de atención psiquiátrica forzosa prevista explícitamente en la legislación española. Debe ser una medida excepcional, con una justificación asistencial y una duración condicionada al mantenimiento de la causa que la originó, se debe buscar el consentimiento del paciente salvo que éste sea no competente. Con respecto a los criterios de ingreso no existe unanimidad, destacando el riesgo de auto-heteroagresividad y la capacidad de autocuidado, así como las características del apoyo psicosocial del paciente.

En la legislación penal se puede proceder a un ingreso involuntario del paciente por decisión del juez en diversos supuestos: en la Ley de enjuiciamiento criminal si el juez advirtiese indicios de enajenación mental; como una medida de seguridad de internamiento (art. 96-101 del Código Penal –CP–); y si en el cumplimiento de una condena el preso manifestase indicios de un trastorno mental (art. 60 del CP).

Desde el punto de vista legal el concepto de autonomía se refiere a la capacidad de autogobierno, mientras que el término capacidad abarca el lado funcional u operativo de la autonomía personal. La valoración de la capacidad de decisión de un individuo en la práctica se realiza atendiendo a dos criterios, el cognitivo y volitivo, tratándose por tanto de un juicio de valor que adquiere gran importancia en ámbitos tales como el consentimiento informado.

3. MUJERES EMBARAZADAS Y DROGODEPENDENCIAS

En este contexto las cuestiones bioéticas abarcan no sólo la relación profesional-paciente sino que entra en juego una tercera parte, el feto. La cosa se complica con las leyes de cada país que pueden ser más o menos restrictivas en cuanto a medidas punitivas, lo que puede favorecer que las mujeres embarazadas que abusan de sustancias no acudan a recibir tratamiento por miedo, vergüenza o desconfianza.

En nuestra legislación (Código Civil), se especifica con respecto a la personalidad jurídica: "Para los efectos civiles sólo se reputará nacido el feto que tuviere figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno". En el CP se refieren las penas con las que serán castigados aquellos que causen una lesión o enfermedad al feto que repercuta en su desarrollo normal, refiriéndose especialmente a los profesionales sanitarios, especificando que "la embarazada no será penada a tenor de este precepto".

Algunos autores defienden el principio de la libertad reproductiva que estipula que las personas poseen el derecho a elegir sus opciones reproductivas y el Estado tendrá la obligación de promover las condiciones precisas para que éstas se llevaran a cabo. Para otros este principio es objetable porque garantiza el derecho de la mujer embarazada a finalizar un embarazo y, por el contrario, defienden la premisa de que el feto al igual que la embarazada es una persona cuyos intereses y derechos deberían ser respetados.

Desde otro punto de vista no se rechaza el principio de libertad reproductiva pero se aboga por ciertas restricciones legítimas al



mismo. Se considera que aunque el feto no posee los mismos derechos que una persona, una vez que se ha decidido por propia voluntad continuar un embarazo la mujer adquiere una serie de obligaciones respecto del bienestar fetal. Se sugiere, por tanto, una oposición entre los intereses de la mujer y del feto, pero se obvia el hecho que ambos se hallan inextricablemente unidos. En una posición más radical se encuentran quienes argumentan que la intervención estatal debería incluir una serie de medidas coercitivas y forzosas que abarcarían el *screening* de drogas, tratamientos involuntarios de las drogodependencias o intervenciones obstétricas obligadas. Las principales objeciones que suscitan se centran en el principio de autonomía de la embarazada y en que dichas acciones pueden no ofrecer ninguna ventaja para el feto (Flagler et al., 1997).

El problema de las drogodependencias durante el embarazo abarca la vulnerabilidad de la autonomía ética de la mujer embarazada toxicómana así como los límites del tratamiento clínico. Desde el punto de vista legal también surgen dudas acerca de la responsabilidad del profesional en este contexto. Algunos autores proponen que se realice un acercamiento desde la salud pública, implicando una política comunitaria así como tratamientos específicos y de prevención (Jos y Perlmutter, 2003). El profesional puede debatirse en cuestiones tales como la confidencialidad de su paciente, el paternalismo, la autonomía, el bienestar del embrión y códigos éticos específicos, y se recomienda valorar en un momento dado qué principios bioéticos guiarán su actuación profesional.

INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Tanto las neurociencias como la investigación genética prometen mejorar nuestro conocimiento acerca de la adicción a la nicotina, el alcohol y otras drogas, aumentando de esta manera nuestra capacidad para tratarlas y la posibilidad de su prevención. Todo esto envuelve cuestiones bioéticas y sociales que podemos considerar bajo dos aspectos. En primer lugar, las cuestiones bioéticas que surgen cuando se llevan a cabo investigaciones en el campo de las neurociencias y genética. En segundo lugar, las amplias implicaciones sociales y políticas de dichos conocimientos, su impacto en el saber popular de las adicciones (Hall y Carter, 2004).

Es importante distinguir entre investigación terapéutica y no terapéutica, en función de que el paciente se beneficie o no, directamente, de la intervención propuesta. Las principales cuestiones bioéticas en este contexto se centran en el principio de análisis de riesgos y beneficios, en la necesidad de obtener el consentimiento informado de los participantes y en proteger la confidencialidad de los mismos (Walker, 2008).

En la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su art. 60 se especifican las garantías de los ensayos clínicos respecto de los postulados éticos, se destaca la importancia de seguir los contenidos de la Declaración de Helsinki, la obtención del consentimiento informado de los participantes de forma libre y por escrito, así como la realización de un informe previo favorable de un Comité Ético de Investigación Clínica acreditado por el órgano competente de cada Comunidad Autónoma.



Los ensayos clínicos que crean más polémica son aquellos donde se prescriben sustancias susceptibles de abuso a personas con un diagnóstico de drogodependencia. En este contexto se ha argumentado que no es posible obtener en ninguna circunstancia el consentimiento informado al considerar a los participantes incompetentes, mientras que otros dicen que sólo cuando el *craving* es irresistible se puede comprometer la voluntariedad de su participación. Cohen (2002) señala que debido a la naturaleza y a la patología de la drogodependencia no tratada resulta imposible obtener un consentimiento informado, racional y no coercitivo, pero que una vez el individuo se somete a tratamiento sí se puede obtener. En relación a esta cuestión bioética han surgido diferentes guías clínicas que tratan de orientar al investigador. La Comisión Nacional Consultiva de Bioética (NBAC), de EEUU, concreta cuatro conceptos importantes que son relevantes en torno a la pregunta de si los individuos con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias pueden dar el consentimiento informado para participar en una investigación clínica:

a. Es importante reconocer que la capacidad de toma de decisiones puede estar limitada de diversos modos. La apreciación de dicha diversidad ayudará al diseño de protocolos de investigación éticamente sensibles, en los procedimientos de reclutamiento y procesos de consentimiento.

b. La presencia de una capacidad de decisión fluctuante sugiere que es muy importante el contexto en que se valora la misma.

c. No sólo el estado de intoxicación aguda o el síndrome de abstinencia pueden afectar al proceso de toma de decisiones.

d. Es injustificable considerar que existe una afectación de la capacidad de decisión en todos los drogodependientes y en todas las áreas.

Cabe destacar el desafío bioético que se plantea cuando son adolescentes los participantes de un determinado estudio clínico en el área de las drogodependencias. Se trata de menores cuya tutoría legal depende de sus progenitores u otras figuras y que presentan diversos matices en cuanto a sus derechos de elección en el campo sanitario en función de un concepto impreciso como es la propia madurez.

En primer lugar hay que obtener el consentimiento informado. Este incluye valorar cuál es el grado de competencia y capacidad de los adolescentes en su propio contexto, es decir, teniendo en cuenta las posibles influencias parentales u otras externas. Los investigadores deberían analizar la verdadera intención del adolescente de participar o no en un determinado estudio e intentar respetar su decisión. Parte del proceso del consentimiento consiste en reconocer los derechos del adolescente así como de sus progenitores o tutores. Los intereses tanto de éstos como de otras figuras (abogados, comunidad científica, el Estado) generalmente van dirigidos al beneficio del menor, pero en determinados ocasiones pueden apelar a diferentes valores que no les beneficien a ellos directamente. Por eso es importante proteger el derecho de los menores a negarse a participar en un estudio con el fin de evitar la coacción o cualquier estímulo que les pudiera condicionar. Hay quienes argumentan que el principio de justicia distributiva debería guiarse de forma conjunta con el principio de beneficencia y de respeto por la autonomía del adolescente.



Con relación a los criterios de reclutamiento un acercamiento bioético incluiría tener en cuenta los diferentes estratos culturales o étnicos con el fin de que se pudieran incluir diferentes grados de consumo de drogas susceptibles de abuso. En el caso de las investigaciones terapéuticas se aconseja la provisión de algún tratamiento eficaz para todo sujeto participante, incluyendo a aquéllos que recibirían placebo.

La compensación de los participantes para maximizar los objetivos del estudio sin que se afecte al diseño del mismo debe ser justa, consistente, no coaccionada y que se halle explicada en el consentimiento informado. En el caso de una recompensa económica al adolescente, el principal problema bioético consiste en que se puede contribuir al consumo de drogas susceptibles de abuso, por lo que se recomienda que se utilicen otras medidas alternativas tales como el cheque-regalo. Por otra parte, también los padres pueden ser participantes del estudio y no se considera apropiado que reciban una compensación económica por la inclusión de sus hijos, salvo en situaciones concretas como, p. ej., para desplazamientos o comidas.

Hay que valorar la confidencialidad e intimidad del adolescente frente a sus progenitores o investigadores. La principal barrera en los estudios de drogodependencias en los adolescentes surge a partir de su reticencia a participar cuando sus padres desconocen el consumo de una determinada sustancia, o bien que de forma involuntaria otros ámbitos (como el escolar) accedan a la información acerca de la investigación que les afecta (Moolchan y Mermelstein, 2002). Por eso es de suma

importancia comunicar desde el principio en cualquier estudio o tratamiento las funciones y responsabilidades de las partes implicadas, así como especificar en qué situaciones podría ser revelada determinada información.

GENÉTICA EN EL ÁREA DE LAS ADICCIONES

Hay quienes se oponen de forma radical a cualquier investigación que implique a las bases genéticas del comportamiento normal o anormal. Se basan en la cuestión de para qué se utilizaría, así como en la creencia de que la investigación genética fomenta la noción del determinismo biológico y la negación del libre albedrío, apoyando la idea de que un trastorno heredado es algo fijo, inmutable y que carece de tratamiento eficaz. Las principales cuestiones bioéticas se centran en que la naturaleza predictiva de la información genética puede producir efectos adversos en la vida de las personas (estigmatizar o victimizar). No sólo posee implicaciones en lo individual sino que abarca a familias enteras y se puede modificar la percepción de la familia acerca de la enfermedad que posee uno o más de sus miembros. Respecto al consentimiento informado es necesario que los sujetos de la investigación comprendan cualquier posible beneficio de su participación, los riesgos previsibles y las alternativas existentes.

Otro supuesto en debate actualmente se centra en el denominado "test genético predictivo". Se trata de un método de *screening* que algunos abogan por su realización en los individuos que posean desde el punto de vista genético un alto riesgo de desarrollar una dependencia a sustancias. Sin embargo, posee



limitaciones tales como la eficacia del mismo (al estar implicados varios genes es menos efectivo y costoso por el gran número de individuos que se deberían someter al mismo), la inexistencia de un tratamiento eficaz (por tanto no tendría sentido una prueba predictiva) o los posibles efectos adversos que pueden surgir durante su realización (Hall et al., 2004).

En el CP español se tipifican los delitos relativos a la manipulación genética, destacando aquellos referidos a la manipulación del genotipo sin que exista finalidad de disminución de taras o enfermedades graves.

PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE SUSTANCIAS SUSCEPTIBLES DE ABUSO

En la bioética del tratamiento aplicado, que tiene su origen en los años noventa del pasado siglo, el papel mediador del médico se ha ampliado hasta incluir no sólo al paciente sino también a otras partes significativas de los ámbitos profesional, legal, comercial y político. Los avances farmacológicos no se han visto acompañados del esclarecimiento de sus mecanismos de acción, lo que ha conducido a la denominada "terapia panacea". Esta consiste en el empleo de fármacos con propósito diferente al inicial, combinaciones farmacológicas aún no probadas, la polifarmacia y megadosis, con el consiguiente riesgo para el paciente.

Los derechos de los pacientes en referencia al tratamiento farmacológico incluyen el acceso al mismo, la obtención de la información necesaria, la libertad para aceptar o rechazar el tratamiento, así como un papel activo en

la selección de fármacos específicos y de las condiciones bajo las cuales se administren. En este contexto adquiere una importancia relevante que el médico explique los riesgos y beneficios del tratamiento así como las alternativas existentes. El principal debate bioético surge entre los derechos personales y legales de los pacientes, su autonomía frente a las necesidades médicas y los intereses de la comunidad. Por otra parte, en la prescripción de sustancias susceptibles de abuso en la práctica clínica se recomienda tener en cuenta un elemento básico que es la confianza mutua en la relación médico-paciente así como una serie de virtudes tales como compasión, discernimiento, integridad y escrupulosidad (Miller, 2007).

Respecto a los programas de tratamiento en dependientes a opiáceos, en nuestra legislación en el ámbito estatal existen tres reales decretos; en el último (Real Decreto 5/1996) se modifican algunos aspectos tales como los criterios de admisión al tratamiento, la necesidad de la figura del farmacéutico hasta en la fase de tratamiento o la inclusión de un nuevo producto LAAM (levo-alfa-acetilmétadol).

En el ámbito autonómico, el Decreto 59/1990 del Consell de la Generalitat Valenciana establece normas reguladoras para los tratamientos con opiáceos en personas dependientes de los mismos.

Otra discusión bioética que hallamos en la actualidad se centra en la utilización de determinados psicoestimulantes con el fin de potenciar ciertas funciones, como la cognitiva, en los individuos sanos. A este respecto cabe destacar un estudio llevado a cabo por Forlini y Racini (2009) en el que se investiga el uso



no médico del metilfenidato en la población universitaria de EEUU y Canadá con el fin de mejorar algunas funciones cognitivas como la memoria, capacidad de concentración y rendimiento académico; los autores hallan tasas de prevalencia de uso en un rango de 6,9-35,5%, analizan la influencia de los medios de comunicación así como la responsabilidad del médico en la prescripción y en la información al paciente. Según diferentes expertos en los próximos años observaremos cómo individuos sanos utilizan cada vez más determinados potenciadores cognitivos, ya sea medicación u otras tecnologías psiconeurológicas, y se plantean desde el punto de vista bioético cómo se afectará la sociedad y, sobre todo, qué valores esenciales podrían cambiar de un modo drástico.

Los principales principios bioéticos que se hallan implicados son los de igualdad y justicia. Algunos autores se cuestionan que sólo podrían acceder a este nuevo grado de normalidad los individuos con recursos económicos, mientras que otros sostienen que eso no es excluyente ya que en la actualidad también la educación tiene una distribución desigual en la sociedad. Por otra parte, ¿quién los podría prescribir? Los hay que defienden que debería de ser el médico porque se afecta de una forma directa a la salud del individuo y otros dicen que si se demuestra que realmente son seguros y eficaces deberían poder obtenerse de una forma totalmente libre (Butcher, 2003).

En el ámbito nacional la legislación comprende la Orden de 25 de abril de 1994, por la que se regulan las recetas y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano, así como la

Ley 29/2006 en su art. 49. En el ámbito internacional destaca la Convención única de 1961 sobre estupefacientes y el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de Viena de 1971, en donde se especifican las listas de sustancias psicoactivas así como medidas de lucha contra el tráfico ilícito de las mismas.

LA VACUNA DE LA COCAÍNA

La vacuna de la cocaína promete ser un avance científico importante. Entre sus principales ventajas destaca el hecho de que los anticuerpos impiden que la cocaína acceda al sistema nervioso central, posee menos efectos secundarios, y puede mejorar la adherencia y el resultado del tratamiento de la drogodependencia. Las principales preocupaciones acerca de su seguridad incluyen que en la administración por vía intravenosa o fumada no se consigue un bloqueo receptorial completo, o bien que determinados individuos pueden intentar evitar los efectos de la vacuna aumentando la dosis de cocaína o combinarlo otras drogas, con lo que aumentaría el riesgo de efectos secundarios graves.

En los individuos con diagnóstico de dependencia a la cocaína que voluntariamente accedan a la vacuna de forma libre y sin ningún tipo de coacción legal, surgen principalmente las preocupaciones bioéticas que se verán seguidamente (Katsnelson, 2004).

Hay que asegurarse que los pacientes dan su consentimiento de forma libre y con pleno conocimiento acerca de sus efectos o de cualquier riesgo que su utilización pueden conllevar. Esta información se debería obtener a partir de ensayos clínicos sobre la eficacia y seguridad de la vacuna.



Los anticuerpos se pueden detectar en la sangre de los pacientes, lo que plantea cuestiones bioéticas sobre la intimidad y posible discriminación. En general sabemos que la sociedad posee su visión particular de las drogodependencias; la pérdida de esta intimidad podría acarrear la estigmatización social pudiéndose afectar las perspectivas de empleo y de recuperación del paciente. Otro asunto surge de la posibilidad de comercialización de medidas para detectar los anticuerpos y su posible repercusión en el mundo laboral, p. ej., utilizarlas como método de *screening*.

Si fuese aprobada la vacuna para su empleo terapéutico se plantearía la duda de quién tendría acceso a la misma, cuánto costaría y quién la pagaría; aquí entran en juego los principios de igualdad y justicia. Si la vacuna resultara ser un tratamiento costoso los sectores de la población menos favorecidos como los indigentes se verían privados de las ventajas de la misma; por ello se ha propuesto que exista un subsidio público con el fin de que la vacuna tuviera realmente un impacto en la salud pública de la población.

En el CP español se establece la posibilidad de sustituir las penas privativas de libertad, en determinados supuestos, por medidas alternativas que favorezcan la rehabilitación del drogodependiente. Estas medidas de seguridad podrían abarcar en un futuro la vacuna de la cocaína. Según la Organización Mundial de la Salud un tratamiento obligatorio sólo sería legal y éticamente justificable si los derechos de los individuos se respetaran y se proporcionara un tratamiento eficaz y humano.

Las principales cuestiones bioéticas abarcan aquí la eficacia y seguridad de la vacuna ya que

en estos pacientes es probable que se intente evadir sus efectos incrementando la dosis de cocaína con el consiguiente riesgo para su salud. En estos casos su empleo sería bioético si realmente los pacientes pudieran elegir entre aceptar o no el tratamiento, así como cuál elegir. En cualquier caso se debería llevar a cabo de forma cautelosa y rigurosa.

Otra cuestión debatida en la actualidad es la hipotética utilización de la vacuna como método de prevención de la dependencia si se administra a individuos que nunca han consumido pero que poseen un alto riesgo de consumo como, p. ej., familias con problemas bien establecidos con la cocaína y de fácil acceso a la misma. Si la vacuna mostrara seguridad y eficacia algunos progenitores podrían querer administrarla a sus hijos. Dicho empleo sería discutible desde el punto de vista bioético si éstos fuesen coaccionados. Se argumenta que los progenitores realizan elecciones que afectan a la vida de sus hijos y repercuten en su futuro como la educación que reciben o la dieta que siguen y por tanto la vacuna en este contexto sería otra opción más a tener en cuenta. Si se permitiera que los padres tuvieran tales derechos, existen una serie de preocupaciones bioéticas como la creencia equivocada de que la vacuna es para toda la vida: se sabe que la administración de la misma será con periodicidad regular. Respecto a la seguridad, los adolescentes que fueran coaccionados a la administración de la vacuna podrían intentar bloquear sus efectos mediante el consumo de dosis más elevadas o de otras sustancias (Hall y Carter, 2004).

En general, el riesgo principal que puede entrañar la vacuna es que pueda ser considerada



un tratamiento rápido que tal vez produzca desatención de otras necesidades del adicto, sobre todo en el ámbito social (Ashcroft y Franey, 2004).

TRASPLANTE DE HÍGADO Y ALCOHOLISMO

Se sabe que la enfermedad hepática terminal que necesita trasplante de hígado en adictos al alcohol constituye una cifra significativa. Por ello las principales cuestiones bioéticas que se plantean en este contexto se relacionan con los principios de justicia, igualdad, responsabilidad y autonomía (Thomas et al., 1999). Hace décadas se argumentaba que era justo dar una baja prioridad a aquellos individuos que desarrollaban una enfermedad hepática por consumo de alcohol respecto a la debida a otros factores diferentes como, p. ej., los genéticos (Martens 2001). Glanon (2009) también aboga por otorgarles una baja prioridad a la hora de decidir los trasplantes hepáticos, justificándolo a partir de su responsabilidad causal y moral. La enfermedad hepática causada por alcohol la considera evitable y por ello es justo dar una mayor prioridad a aquellos cuya enfermedad sobreviene por otros factores: p. ej., primarios como la atresia biliar. La responsabilidad moral se aplicaría en aquellos casos en que existe una conexión causal establecida entre un comportamiento y una consecuencia del mismo, pues hay conocimiento acerca de las repercusiones de una conducta y hay una escasez del bien en cuestión, en este caso el número de donantes de hígado.

Glanon distingue cinco fases: a) Si una persona A es moral y causalmente responsable de su enfermedad hepática tendría una baja

prioridad a la hora de un trasplante hepático respecto a otra persona B cuya enfermedad se debiera a otros factores. b) El paciente A sería causalmente responsable si existe una conexión entre beber alcohol de forma crónica y el desarrollo de la enfermedad, si es suficiente la elección voluntaria y si posee la capacidad de entender las consecuencias de su comportamiento. c) A es moralmente responsable cuando es causalmente responsable y negligente por fallar en el acto de conocer que beber alcohol de forma crónica puede conducir a un fallo hepático y por aumentar la competición de bienes: de los escasos hígados disponibles para los trasplantes. d) Por tanto, el paciente A es tanto causal como moralmente responsable de su enfermedad. Y e) A debería tener una prioridad inferior.

Respecto a las drogodependencias podemos separar dos estadios: cómo se desarrolla y cómo es el comportamiento una vez que la persona se convierte en dependiente. En la misma línea otros autores argumentan que aunque los alcohólicos no son responsables de su enfermedad, una vez se ha establecido el diagnóstico son responsables de la búsqueda de tratamiento y de prevenir las complicaciones; si en ello fallan no sería justo que tuvieran una baja prioridad respecto del resto. Algunos autores (Bramstedt y Jabbour, 2006) refieren que lo importante es considerar al paciente de forma individual, valorando todos aquellos factores psicosociales que inciden y condicionan una determinada enfermedad con el fin de adoptar la decisión más equitativa y justa.

Existe consenso acerca de las indicaciones de trasplante hepático entre los diferentes centros acreditados de España (Prieto et al.,



2003). Se considera que en nuestro país las indicaciones más frecuentes incluyen las cirrosis secundarias a infección crónica por el virus de la hepatitis C y el alcohol. Respecto de los sujetos receptores alcohólicos se recomienda un periodo de abstinencia pretransplante de al menos seis meses, así como un informe psiquiátrico favorable y apoyo socio-familiar.

En la legislación hallamos diferentes decretos referidos al proceso de donación y las normas y seguridad que se deben seguir en todo transplante, pero no se especifican las características concretas del receptor (siendo un criterio clínico en función de la urgencia médica).

LA CONFIDENCIALIDAD EN LAS ADICCIONES

Los países tienen legislaciones diferentes en cuanto a la confidencialidad y existe una íntima relación entre la regulación de la confidencialidad exigida por el sistema legal y por la ética profesional. Los aspectos bioéticos se pueden clarificar en función de los conceptos de privacidad y privilegio. Privacidad es la libertad del individuo de escoger y elegir por sí mismo el momento, circunstancias y especialmente el alcance de la exclusión de otros en lo que concierne a sus actitudes, creencias, conductas y aspiraciones. Privilegio es un concepto legal que supone el derecho de un individuo a controlar qué información transmitida en un contexto confidencial puede revelarse en un procedimiento judicial o administrativo (Bloch et al., 2004).

En el caso, p. ej., de un paciente con diagnóstico de cualquier drogodependencia es importante asumir que el material de su historia personal pertenece al paciente. Si éste no desea que se revelen sus datos a otro

facultativo (que se considera importante para el tratamiento) se puede dirigir una breve intervención psicoterapéutica con el objetivo de explorar dicho rechazo. Desde una perspectiva bioética ante el rechazo persistente la decisión final respecto a lo que se transmite pertenece al paciente.

En la perspectiva legal, según el art. 18 de la Constitución Española, se considera la intimidad de los sujetos como un derecho fundamental de los individuos. La Ley Orgánica 15/1999 establece la existencia de datos especialmente protegidos, aquellos referentes a la salud, sexualidad u otros como el origen racial, ideología o creencias. También establece como excepción el tratamiento de los mismos con fines sanitarios (prevención, diagnóstico o tratamiento), siempre que se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otras personas sometidas asimismo a una obligación equivalente.

La Ley 41/2002 define la historia clínica como un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

En el CP se tipifican los delitos referidos al descubrimiento y revelación de secretos, así como la infidelidad en la custodia de documentos y la violación de secretos. Se establecen dos excepciones en cuanto al secreto: cuando concurra un estado de necesidad o en el cumplimiento de un deber.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ashcroft, R.E. y Franey, C. (2004). Further ethical and social issues in using a cocaine vaccine: response to Hall and Carter. *Journal of Medical Ethics*, 30, 341-343.
- Bloch, S., Chodoff, P. y Green, S. (2001). *La ética en Psiquiatría*. Madrid, Triacastela.
- Bramstedt, K.A. y Jabbour, N. (2006). When alcohol abstinence criteria create ethical dilemmas for the liver transplant team. *Journal of Medical Ethics*, 32, 263-265.
- Butcher, J. (2003). Cognitive enhancement raises ethical concerns. *Lancet*, 362, 132-133.
- Cohen, P. (2002). Untreated addiction imposes an ethical bar to recruiting addicts for non-therapeutic studies of addictive drugs. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 73-81.
- Flagler, E., Baylis, F. y Rodgers, S. (1997). Ethical dilemmas that arise in the care of pregnant women: rethinking "maternal-fetal conflicts". *Canadian Medical Association Journal*, 156, 1729-1732.
- Foddy, B. y Savulescu, J. (2006a). Addiction and autonomy: can addicted people consent to the prescription of their drug of addiction? *Bioethics*, 20, 1-15.
- Foddy, B. y Savulescu, J. (2006b). Autonomy, addiction and the drive to pleasure: designing drugs and our biology: a reply to Neil Levy. *Bioethics*, 20, 21-23.
- Forlini, C. y Racini, E. (2009). Disagreements with implications: diverging discourses on the ethics of non-medical use of methylphenidate for performance enhancement. *BMC Medical Ethics*, 10, 9.
- Fuertes, J.C., Cabrera, J. y Gándara, J.J. (2004). *La salud mental en los tribunales*. Madrid, Arán.
- Glanon, W. (2009). Responsibility and priority in liver transplantation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 18, 23-35.
- Hall, W., Carter, L. y Morley, K. (2004). Neuroscience research on the addictions: a prospectus for future ethical and policy analysis. *Addictive Behaviors*, 29, 1481-1495.
- Hall, W. y Carter, L. (2004). Ethical issues in using a cocaine vaccine to treat and prevent cocaine abuse and dependence. *Journal of Medical Ethics*, 30, 337-340.
- Janssens, M.J.P.A., van Rooij, M.F.A.M., ten Have, H.A.M.J., Kortmann, F.A.M. y van Wijmen, F.C.B. (2004). Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. *Journal of Medical Ethics*, 30, 453-458.
- Jos, H. y Perlmutter, M. (2003). Substance abuse during pregnancy: clinical and public health approaches. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 31, 340-350.
- Katsnelson, A. (2004). Ethical quagmire awaits vaccine for cocaine addiction. *Nature Medicine*, 10, 1007.
- Levy, N. (2006). Addiction, autonomy and ego-depletion: a response to Benett Foddy y Julian Savulescu (2006). *Bioethics*, 20, 16-20.
- Martens, W. (2001). Do alcoholic liver transplantation candidates merit lower medical priority than non-alcoholic candidates? *Transplant International*, 14, 170-175.
- Miller, J. (2007). The other side of trust in health care: prescribing with the potential for abuse. *Bioethics*, 21, 51-60.



Moolchan, E.T. y Mermelstein, R. (2002). Research on tobacco use among teenagers: ethical challenges. *The Journal of Adolescent Health*, 30, 409-417.

Prieto, M., Clemente, G., Casafont, F., Cuenca, N., Cuervas-Mons, V., Figueras, J., Grande, L., Herrero, J.I., Jara, P., Mas, A., De la Mata, M., y Navasa, M. (2003). Documento de consenso de indicaciones de trasplante hepático. *Gastroenterología y Hepatología*, 26, 355-375.

Spriggs, M. (2003). Can we help addicts become more autonomous? Inside the mind of an addict. *Bioethics*, 17, 5-6.

Thomasma, D.C., Micetich, K.C., Brems, J. y van Thiel, D. (1999). The ethics of competition in liver transplantation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 8, 321-329.

Walker, T. (2008). Giving addicts their drug of choice: the problem of consent. *Bioethics*, 22, 314-320.