



Universidad de Valladolid

Facultad de filosofía y letras

BIOÉTICA

Principios y casos:

Reflexiones sobre la aplicación de los principios

bioéticos en dos casos de estudio

Tutor: Don Alfredo Marcos Martínez

Autor: Don Juan Andrés Gálvez Godoy

Índice:

<i>1 Introducción</i>	<i>Pág.3</i>
<i>2 El adolescente, su autonomía y la beneficencia.</i>	<i>Pág. 11</i>
<i>3 El toxicómano y su auto percepción. La justicia.</i>	<i>Pág. 17</i>
<i>3.1-Las drogas en el cerebro</i>	<i>Pág. 19</i>
<i>3.2-¿Está enfermo el toxicómano?</i>	<i>Pág. 24</i>
<i>4 Conclusiones:</i>	<i>Pág. 27</i>
<i>Glosario de términos</i>	<i>Pág. 34</i>
<i>Bibliografía consultada</i>	<i>Pág. 39</i>

1. Introducción

Este trabajo tiene como objeto analizar dos casos médicos bajo el prisma de la bioética. Pero antes de comenzar voy a trazar un breve panorama histórico de la especialidad.

De cara a examinar la disciplina es interesante rastrear la etimología para ver qué secretos esconde. Este término, bioética, podemos dividirlo en dos, *bios* que significa vida y *ética* que es el estudio de lo moral. En su conjunción terminológica lo que nos ofrece es una composición entre vida y reflexión moral. Javier Sádaba en su libro “*Principios de bioética laica*” dice, con su habitual tono mordaz, “[...] *En cuanto que es reflexión moral sobre la vida, tal vez lo más ajustado sería hablar de bioeticología, como se habla de, por ejemplo, biología. [...]*” (Sádaba, 2004, 33) Pero dejando de lado purismos, es interesante preguntarse; ¿quién utilizó en primer lugar este término?

Hasta hace relativamente poco tiempo existía consenso de que fue el oncólogo Van Rensselaer Potter que publicaba en 1971 el libro “*Bioethics, a bridge to the future*” el primero en utilizar el término. Al tiempo el ginecólogo Andre Hellegers fundaba, unos meses más tarde, el instituto *Kennedy institute of ethics* en la universidad de Georgetown ese mismo año. Pero recientes investigaciones han acordado que en realidad el primero en usar el término fue el teólogo y filósofo alemán Fritz Jahr, que en 1926 lo incluyó en su artículo “*Wissenschaft vom leben und Sittenlehre*”. (Ciencias de la vida y la moral) Así que el término fue originariamente alemán, *Bio-Ethik*.

Diego Gracia, en su ensayo “*primun non nocere*” redactado para su admisión en la Real Academia de Medicina nos dice al respecto que la actual bioética es más que una mera ética aplicada; pretende ser un sistema moral completo, y por tanto una ética fundamental. Intenta solucionar el complejo problema al que ha conducido la coexistencia de los extraños morales bajo un mismo código; problema que la deontología médica actual debe enfrentar respondiendo a cómo universalizar valores en un contexto en donde conviven diferentes perspectivas morales.

Antes de comenzar también se hace necesario concretar qué es “analizar bajo el prisma de la bioética”. En otras palabras, qué es la bioética y cuál es su finalidad.

Y aunque podemos situar el nacimiento del término “bioética” con bastante precisión. Sin embargo no es posible hacerlo con la disciplina de forma adecuada. “[...] Algunos, sin embargo, sitúan el nacimiento de la bioética en Hipócrates. Es una exageración. Sería como afirmar que la filosofía comienza con los chamanes. [...]” (Sádaba, 2004, 34)

Si bien es cierto que la vinculación entre filosofía y medicina en tiempo de los griegos era evidente. Pitágoras, Empédocles, Hipócrates, Demócrito, Alcmeón de Crotona entre otros ejercieron tanto la filosofía como la medicina. De hecho Diego Gracia en su ensayo, *La deliberación de la ética clínica y moral: El método de la ética clínica*, sostiene que la clínica y la ética comparten un mismo método. Esto puede parecer extraño cuando se oye por primera vez, pero deja de serlo en cuanto se reflexiona sobre ello con cierta calma. Hay un hecho que no deja de ser sorprendente, y es que el método de la ética procede con toda probabilidad del método de la clínica, más concretamente del método de la clínica hipocrática:

“El autor de esa modificación fue Aristóteles. Hijo de médico, muy preocupado siempre por las cuestiones médicas e investigador incansable de problemas biológicos, Aristóteles llegó muy probablemente a la ética desde la medicina. Cuando en la Ética a Nicómaco describe la lógica del razonamiento práctico, no está pensando sólo en la ética y la política sino también, como él mismo se encarga de señalar, en la técnica, especialmente en aquella que en su época se había convertido en paradigmática, la téchne iatriké, la técnica médica, la medicina. Toda la teoría de la deliberación, la prudencia, el término medio, el razonamiento probable, la toma de decisiones en situación de incertidumbre, etc. se aplica por igual a la clínica y a la ética” (Gracia, 2001, 1)

La acción moral y la salud formaban parte de un mismo aspecto del ser humano y de la vida. Sin embargo desde aquel momento hasta el día de hoy los modelos de relación entre médico y paciente han cambiado de forma significativa. Sobre todo desde mitad del siglo XIX hasta el presente.

El descubrimiento de la anestesia a mitad de ese siglo abrió un sinfín de posibilidades para las intervenciones invasivas en el organismo; a la par que frenaba las lógicas resistencias de los potenciales pacientes a ser sometidos a operación alguna. Esto, como todo, tiene su lado oscuro.

Fueron muchos los abusos y excesos que por parte de la especialidad médica, que veía en “la desconexión” del paciente una oportunidad para imponer sus criterios sin que el paciente pudiese hacer nada por evitarlo. Es en el año 1847 cuando la Asociación Norteamericana de Medicina (A.M.A.) adopta su primer código ético para regular su disciplina. Su deontología. Es en ese tiempo cuando surge en EEUU el *consentimiento voluntario* fruto de diversas sentencias judiciales que interpretaban la falta de consentimiento por parte del paciente como coacción. Y por ello punible.

Posteriormente el consentimiento se constituiría como *consentimiento informado*. Esto tiene su raíz en el código Nüremberg en 1947 y en la declaración de Helsinki de 1964. Como curiosidad hay que anotar, [...] *El año 1931, el Ministerio de Sanidad del Reich alemán promulgó unas estrictas normas sobre experimentación con seres humanos y aplicación de nuevos productos terapéuticos en medicina. Estas Richtlilien no tuvieron parangón en su época, y son de algún modo el primer gran código ético sobre ensayos clínicos. De los catorce artículos con los que cuenta, cuatro están dedicados al tema del consentimiento informado. [...]*” (Gracia, 2008, 165).

Los problemas que estos códigos pretenden resolver “[...] *están en parte motivados por los descubrimientos de H. Wells y W. T. G. Morton. Mientras que Wells se servía del óxido nitroso para realizar extracciones dentales indoloras; Green Morton hacía en el Massachusetts General Hospital en Boston algo similar utilizando el éter para hacer intervenciones quirúrgicas. [...]*” (Gracia, 2008, 159) Desde ese momento la técnica ha alcanzado una velocidad de crucero apenas aprehensible por el entendimiento. Manfred Osten en su ensayo *La memoria robada* cita a Nietzsche en *Humano demasiado humano*, “*En la enorme aceleración de la vida el espíritu y el ojo se acostumbran a un medio ver y a un medio juzgar.*” (Osten, 2008, 33)

Posteriormente, en 1973, la asociación médica de hospitales aprueba su “Carta de derechos de los pacientes”.

Desde ese momento se han escrito muchas obras sobre este tema, por ejemplo el clásico de Robert Veatch de 1972 “*Modelos para una medicina ética en una época revolucionaria*”. Posteriormente Ezequiel y Linda Emanuel, conocidos como el matrimonio Emanuel, escribirían su artículo en 1992 “*Cuatro modelos de la relación médico-paciente*”. En donde examinan y proponen alternativas a la relación clásica

paternalista entre médico y paciente; de suerte que este modelo supone la abdicación moral del enfermo y eso por si mismo es inmoral.

Han sido muchos los avances técnicos que amplían nuestro saber sobre el ser de las cosas; paralelamente van socavando los cimientos del deber ser de las mismas.

Lo descriptivo, el conocimiento científico va sesgando poco a poco lo prescriptivo, el conocimiento y la acción moral. Pero no porque una disciplina desmienta a la otra sino porque se ocupan de diferentes áreas de conocimiento. “Fijarse” sólo en una de ellas genera una realidad irreal, tan sólo una cara de la moneda. Y para cualquier observador certero se hace obvio que ambos campos de acción, acción moral y acción técnica, son interdependientes en la práctica de la medicina. De hecho en este momento estamos insertos en lo que Kuhn llamaba cambio de paradigma. Ya sabemos que el paradigma nuevo o resultante depende de la adhesión de los profesionales a la nueva perspectiva, y que el cambio como tal se verá *a posteriori*; una vez que se hayan sumado adeptos suficientes. De modo que pase a ser la concepción mayoritaria. Aun así es posible ser consciente de estar insertos en los momentos de crisis que son consustanciales al cambio. En este caso es la crisis de la deontología como “ismo” para devenir en bioética como valor fundamental.

¿Cómo hemos llegado a este punto de crisis? Con el ascenso de la concepción individualista y el cosmopolitismo propio de la modernidad, el paciente no acepta *per se* el criterio del médico, sino que le insta a que ambos puedan ser coprotagonistas en las decisiones. A esto se suma que las urbes son ahora centros multiculturales en donde coexisten diferentes concepciones de la vida y diferentes religiones. Sin olvidar la influencia cultural del presente que transforma las necesidades en derechos, en este caso el derecho a la salud por encima de cualquier otra consideración y sin ningún tipo de autocrítica. A todo esto hay que añadir que la medicina actual se enfrenta a problemas de orden moral difícilmente imaginables unos siglos antes. El hombre ha conseguido descifrar el lenguaje del código genético. La nueva biología molecular ha revolucionado la concepción celular clásica. La experimentación dentro del campo genético ha llegado a niveles de ciencia ficción.

Por ejemplo, hoy en día se puede vaciar de carga genética, enuclear, el óvulo de una vaca y colocar en su lugar la carga genética de un ser humano. El resultado sería un humano que poseería algo de vaca puesto que en el citoplasma del óvulo vaciado

también existe carga genética. Aunque esto es pura especulación, lo es sobre una potencial realidad, tan sólo frenada por los principios éticos que rigen la vida humana.

Se hace por tanto exigible un patrón de valores, referencial, que guíe de forma adecuada las inmensas posibilidades que nos abren las nuevas ciencias de las que se debe ocupar la Bioética.

Dejando de lado especulaciones; tras su breve existir, vemos que esta especialidad se halla dividida en la actualidad en dos grandes grupos, por un lado la bioética fundamental y por el otro la bioética clínica. Es en esta última en donde se centra el trabajo. Como nota interesante, “[...] *Clínica es palabra que procede del griego klyne, término cuyo sentido queda claro recordando algunos de los términos en que interviene, como «inclinación», «triclinio», «clima» o «climaterio». Su sentido más usual fue el de «cama». De klyne procede también «clínica». Clínica es la actividad que se realiza ante la cama del enfermo. La clínica es siempre una actividad concreta, individual. Su misión consiste en diagnosticar y tratar a un enfermo concreto, determinado. [...]* “. (Gracia, 2001, 2,3)

Como colofón a este somero resumen voy a plasmar las diferencias que hay entre la deontología clásica y la bioética. La llamada “situación clásica” es aquella que toma la medicina como ciencia natural.

Como en toda ciencia la profesión médica, trata de situarse en el plano de lo cognoscible. Del “ser” de las cosas. Es un enfoque claramente descriptivo. Sin embargo el médico debe echar mano en su relación con el paciente del “deber ser” de las cosas de manera que utiliza un enfoque indudablemente prescriptivo.

Para poder realizar este movimiento de “sugerir lo adecuado al paciente” el facultativo en la situación clásica se apoyaba en tres sistemas normativos previamente considerados como válidos: el sistema moral de tradición cristiana, el sistema moral de tradición filosófica y el sistema jurídico derivado del derecho romano. La deontología clásica por tanto se ha dedicado a juzgar los casos concretos como buenos o malos desde esta perspectiva. Sin embargo la bioética trata de ser ella misma un sistema normativo que no precise de esquemas externos valorativos. Trata de convertirse, como comenté más arriba, en una ética fundamental que universalice los valores y las relaciones. Un sistema normativo que quede al margen de contextos culturales, sociales, históricos, políticos, etc. Un sistema universal de valores para unificar, de alguna manera, el exceso actual de perspectivas fruto del relativismo antropológico y

de las que, como diría Baumann *retrotopías*, en las que parece que cualquier valor moral del pasado es siempre mejor por el mero hecho de haber sido.

Volviendo al trabajo que presento, en el primer caso, voy a examinar la mayoría de edad médica y los problemas que subyacen a una consideración meramente cronológica de esta facultad adquirida. Haré un breve *excursus* por el derecho español para plasmar que existen otras posibilidades, a parte del criterio cronológico, para establecer la mayoría de edad. Una vez expuesto esto, voy a ofrecer las diferentes alternativas en la relación médico paciente basadas en el trabajo del matrimonio Emanuel de 1992 “*Cuatro modelos de la relación médico-paciente*” y en la famosa obra de Beauchamp y Childress publicada en 1979 “*Principios de ética biomédica*”. En esta obra se fijan los cuatro principios fundamentales de la bioética. La autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia, a imagen del *informe Belmont* que fue en gran medida el origen de la disciplina.

Y aunque es una obra de referencia fundamental, se omite una jerarquización o privilegio de cada uno de ellos en función del hecho a tratar. De modo que quedan, en rigor, a discreción del facultativo o institución que debe implementar dichos valores. Esto conlleva no pocos problemas y dificultades ya que dependiendo del lugar de residencia o educación pesan más unos que otros. Por ejemplo si uno nace en la cultura anglosajona tendrá como guía la autonomía que es el ejercicio de la libertad individual práctica. Si uno es criado en el continente, de corte más social, tendrá en la justicia su valor de referencia.

Aquellos que residan en comunidades de fuerte tradición religiosa verán al médico como un padre putativo que sana y orienta sus vidas. Una suerte de sacerdote. En este caso, la asimetría de la relación es explotada por el facultativo para imponer lo que el considera adecuado sin atender a los valores del enfermo que no tienen porque ser coincidentes. Recordemos que en el modelo clásico el enfermo carece de firmeza, está “*In firmus*” y por ello sin fuerza moral.

Además hay que considerar que las sociedades de hoy son más complejas, y por tanto, hay aspectos como el religioso se han visto ampliados a diferentes confesiones que coexisten pacíficamente.

El segundo caso será el de un hombre adulto, presumiblemente maduro, que pretende el alta voluntaria en unas condiciones tales, que la hacen poco menos que

imposible. Y veremos el peso que debe tener el sentido de la justicia y la beneficencia de la institución en semejante situación.

Daré cuenta también de las paradojas del sistema judicial español para tratar a los enfermos mentales. El toxicómano recibe esa categorización en el artículo quinto del *Convenio Europeo de Derechos Humanos* para el trato de los enfermos. Esta es una de las excepciones que hace al natural derecho a la libertad y a no verse privado de esta; artículo 5 e. “*Si se trata de un internamiento, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un enajenado, de un alcohólico, de un toxicómano, de un vagabundo*”. (García, 2000, 185)

La posibilidad de internamiento, que consiste en privar de la libertad al paciente para su propio beneficio, estaba contemplada en la redacción del Real decreto 3 de julio de 1931. Más adelante, en la ley 13/1984 se derogaría con modificaciones que no han sido bienvenidas por los profesionales de la salud mental. Esto de alguna forma marca cómo el médico debe afrontar el hecho de respetar las decisiones del paciente aun sabiendo el riesgo que supone para la salud de éste el salir del hospital. Este apartado de la ley se eliminó fruto de diversos abusos y la inseguridad jurídica que creaba paralelamente. Ya que al igual que el descubrimiento de la anestesia tuvo un lado oscuro asimismo ocurrió con el Real decreto 3 del 3 de julio de 1931 que debido a un uso mal intencionado por parte de algunos facultativos dieron lugar a situaciones de inseguridad jurídica, de chantaje y de abusos varios.

En el primer capítulo voy a basar las sugerencias de relación médico-paciente utilizando las que propone el matrimonio Emmanuel en su conocido ensayo de 1992 “*Four models of the physician-patient relationship*” y evaluar cual puede ser la más acertada.

Esto nos lleva indefectiblemente a la pregunta de si es lícito consentir el uso auto lesivo en el ejercicio de la libertad individual. Para ayudarme en el desarrollo del tema haré uso de una obra de la catedrática de derecho procesal Piedad González Granda, en la que profundiza de forma muy incisiva en la protección del enfermo mental. La incapacidad por enfermedad mental, lo que ella acertadamente denomina *La cenicienta de las discapacidades*. Así como del minucioso trabajo de Isaac Ravellat Ballesté sobre la adquisición de la *facultas agendi* en el derecho español. Que nos aporta un interesante y detallado histórico de como esta facultad natural ha ido variando a lo largo del tiempo.

También tomaré como referencia las aportaciones que hace Diego Gracia tanto en sus *fundamentaciones de la bioética* como en otros ensayos y conferencias, como por ejemplo *lecciones de bioética* que fue un curso de deontología impartido en la academia de alumnos internos de la facultad de medicina en Valladolid. Y las que tanto Javier Sádaba con su texto *Principios de una bioética laica* como Francisco Mora y su *Genios, locos y perversos* aportan con su basto conocimiento de ética y neurociencias.

2. *El adolescente, su autonomía y la beneficencia*

Para empezar el trabajo en el que se va a centrar este primer apartado voy a crear una circunstancia ficticia, aunque seguramente familiar por conocimiento o proximidad, para que se puedan apreciar en toda su dimensión los problemas a los que se enfrentan el médico, el paciente y las familias de los enfermos.

“Dos jóvenes, a los que llamaremos Andrés y Eva, están celebrando el cumpleaños de Andrés. Es su dieciséis cumpleaños y tienen muchas ganas de divertirse. Tanto uno como la otra beben más alcohol del que sus prematuros cuerpos pueden soportar y se emborrachan profundamente. Andrés un rato después estará tumbado en la sala de urgencias de un hospital para ser sometido a un lavado de estomago y una serie de tratamientos dirigidos a sacarle del coma etílico en el que ha caído. Por su parte Eva no llega a emborracharse de la misma manera ya que su cuerpo termina por expulsar gran parte del alcohol ingerido. Si bien antes mantuvo relaciones íntimas con Andrés sin ninguna protección y sin apenas recuerdo de ello. Lo resuelve así al constatar ciertos hechos que en su resaca matutina acierta a entender. Por esta razón acude a la farmacia a comprar la píldora RU-486. Pastilla que le será dispensada en la farmacia, como en numerosas ocasiones anteriores, sin ninguna exigencia ya que es a los catorce años cuando se considera que la compra de este medicamento se puede dispensar con el único requisito de la voluntad de tomarla del comprador.

Por su parte Andrés que ya se ha recuperado aunque está todavía convaleciente de los excesos de la noche anterior insiste en que no llamen a su familia sabiendo que a los dieciséis años que cumplía ese día ya no pueden poner en conocimiento de sus tutores sin su consentimiento expreso el tratamiento al que ha sido sometido.

Las familias de ambos jóvenes permanecen en la ignorancia ante los dos graves problemas que están potencialmente unidos a las conductas de riesgo de sus vástagos. Andrés y Eva pueden desarrollar un problema de dependencia y Eva, además, un embarazo no deseado. Amen de otras consecuencias como enfermedades venéreas, hongos, infecciones, etc.”

Una vez planteada la situación, para nada exagerada o absurda, vamos a empezar el análisis.

En primer lugar tomamos el caso de Andrés. Recién cumplidos los dieciséis años al facultativo le resulta imposible avisar a la familia del enfermo sin el consentimiento expreso de éste.

El médico, preocupado por el desarrollo del joven, quisiera poner en conocimiento de sus tutores la circunstancia, pero se ve imposibilitado como consecuencia de una legislación que estando en principio indicada para otros casos, interfiere en el normal desarrollo de otras cuestiones de sentido común.

Esto está vinculado de forma directa con la redacción de dos leyes. En primer lugar la ley orgánica 41/2002 en la que se regula la autonomía y derechos del paciente. Y en segundo término la ley orgánica 2/2010. En ambas se consideran los dieciséis años como una mayoría de edad médica.

En principio estas leyes buscaban proteger a los menores de las posibles consecuencias familiares y sociales de un embarazo temprano, sin embargo el hecho de no incluir excepciones, posibilita que se den circunstancias a todas luces contraproducentes para el menor; que en origen iba a ser el protegido por la citada regla. Es obvio lo complejo de establecer un momento cronológico en la vida de una persona en la que se le suponga un determinado grado de madurez. Es más, parece, al menos bajo ese criterio, imposible. La madurez, la *facultas agendi*, de una persona no está vinculada a su edad, si no más bien a su experiencia existencial y a su potencial volitivo e intelectual.

Para aproximar el entendimiento de la dificultad es necesario hacer un breve *excursus* por este problema visto desde el derecho español en donde se pueden apreciar los conflictos que subyacen a este tipo de consideraciones. Baste recordar que la unificación de criterios recién llegó a mitad del siglo pasado bajo la dirección de un gobierno dictatorial. Hasta ese momento las edades de responsabilidad penal estaban directamente vinculadas a la provincia en donde se nacía o residía según estuviesen estas más próximas al derecho visigodo o al romano.

Así por ejemplo un navarro tenía a los veinte años responsabilidad penal y un barcelonés a los veinticinco.

Históricamente, en España, la constatación del *facultas agendi* ha gravitado entre las influencias del derecho germano (*Fuero juzgo*) y las del derecho romano (*Corpus iuris civilis*). En el derecho germano se establecían distintos momentos de madurez y las diferentes consecuencias que conllevaba, de manera que se apreciaba

una progresiva adaptación del individuo. Por ejemplo, a los catorce años uno era maduro para ser testigo pero no para estar al cuidado de la propia familia. A los veinte ya se le consideraba adulto y podía por ello reclamar la herencia del padre, si éste había fallecido, que hasta ese momento estaba bajo el control de la madre. Amen de otras atribuciones en diferentes momentos de la vida. Como podemos ver el derecho germano participa de un proceso cronológico y progresivo y desvincula el tema de otras apreciaciones.

Sin embargo el derecho romano entendía que existían otros denominadores de importancia a la hora de establecer cual es el momento en el que el individuo está maduro para conducir su propia vida. En esta escuela de derecho la primera distinción se hace entre si eres una persona dependiente “*Alienis iuris*” o, si por el contrario, eres independiente “*Sui iuris*”. Esto es si estás o no bajo la tutela paterna.

Una segunda apreciación radica en si ya alcanzas lo que se denomina facultad natural. Esto es si uno es capaz de desarrollar sus capacidades intelectivas y volitivas con total eficacia e independencia. Así también, los individuos se clasificaban en *mayores* y *menores*, según contasen o no con veinticinco años de edad. Éstos se subdividían, a su vez, en impúberes y púberes, los primeros eran los menores de doce o catorce años, según fuesen hembras o varones, y los segundos los que estaban por encima de esas edades. Los impúberes, por su parte, se organizaban en infantes y simplemente impúberes, según estuvieran dentro de los siete años o pasasen de esa cifra. Y, finalmente, los simplemente impúberes se dividían en próximos a la infancia y próximos a la pubertad, según alcanzaran o no los diez años y medio —varones— o los nueve años y medio —mujeres—. En esta somera anotación podemos ver lo avanzado del derecho romano frente a otras escuelas y como, al albur de la irracionalidad de nuestros días, se ha ido perdiendo complejidad y precisión con la intención de eliminar subjetividades.

Con esta breve desviación del tema principal pretendo establecer la arbitrariedad y lo absurdamente anacrónico del criterio cronológico; a la hora de establecer una mayoría de edad que implique la madurez. Este fundamento respondía a unas condiciones de contexto y culturales que en nada se asemejan al momento actual.

Bien es cierto que el derecho romano consideraba otras cuestiones aparte de la edad, a la hora de establecer la madurez de un individuo que a mi juicio resultan complementarias y más necesarias hoy que en aquel momento. Quizá las

problemáticas a las que se ve expuesto el adolescente hoy son fruto de una forma de entender la existencia sustentada en la posmodernidad y en un nihilismo mal entendido propio de nuestros días. El adolescente habitualmente vive bajo la tutela de sus progenitores, al menos hasta los dieciocho años. Y hasta esa edad, aunque no es un niño, está todavía lejos de ser un hombre adulto y autosuficiente que se responsabilice de sus propias acciones.

Volvamos en este punto al caso práctico que pretende ilustrar este primer tramo del trabajo utilizando los diferentes modelos en la relación médico paciente que propone el matrimonio Emanuel. Es interesante reflejarlos para determinar que, en este caso, sí debe existir un privilegio claro entre los valores fundamentales de la bioética, que son a la postre en los que se ha basado esta división:

En primer lugar está el modelo paternalista. “[...] Este consistiría en que yo médico sé lo que a ti te conviene no sólo desde el punto de vista de la salud sino desde todos los puntos de vista. Puesto que tu estás “in firmus”, estás moralmente limitado por tu enfermedad, yo ocupo tu posición y voy diciendo qué es lo que te conviene [...]” (Emmanuel, 1992, 110). En este modelo el médico es guardián de la salud y moral de su paciente. En el caso de Andrés debería reprender por su conducta al joven y llevarlo de la mano hacia un camino vital constructivo en donde ejercer su libertad. Por supuesto es imperativo que el médico ponga en conocimiento de la familia el hecho; para que los responsables de este, en su función de educadores puedan actuar en consecuencia.

Para el médico sacerdote el paciente está temporalmente carente de moral, sin firmeza, y es necesario reconducirlo.

Un segundo modelo es el modelo basado en la autonomía, llamado modelo técnico o informativo. “[...] en éste el médico es un dispensador de servicios para atender los deseos del cliente. El paciente es un cliente y el médico atiende solamente las demandas solventes del paciente: tú mandas, y yo soy solamente el técnico que permite que tus deseos se hagan realidad. [...]” (Emmanuel, 1992, 110). En esta ocasión el médico debería ofrecer al joven toda la información de su situación, y las diferentes posibilidades que existen añadiendo los riesgos potenciales y las alternativas, pero sin tomar partido por ninguna y sin poner en conocimiento de nadie el hecho acontecido.

Se establece así una relación clientelar, en la que el paciente compra o no las posibilidades que ofrece el facultativo dependiendo de sus capacidades económicas y preferencias. Este modelo de relación corresponde más a un sistema de salud eminentemente privada a imagen del mundo anglosajón. En tal caso el médico actúa como técnico experto que procura la información. Andrés es total y absolutamente libre de decidir siempre y cuando pueda pagar por ello. Este modelo se da en áreas en donde la atención médica especializada es de pago. Dicho de otra manera; cuando la medicina es privada. Bien es verdad que también podría acontecer dentro del modelo público con un médico que no se implique en absoluto ni con su trabajo ni con el paciente. Porque efectivamente los Emanuel nos proponen modelos ideales. Pero los médicos son personas que a veces están hartos, aburridos, desencantados o simplemente permanecen indiferentes fruto de las malas experiencias. Pacientes fallecidos por malos consejos por ejemplo. Así que el modelo llamado ingeniero puede darse también como fruto de un sistema sanitario saturado y carente de medios. En donde el facultativo explica y no se implica.

Un tercer modelo propuesto es el modelo interpretativo, “[...] *el médico proporciona, al igual que en el anterior, toda la información al paciente pero no se limita a eso y a atender sus deseos. Cumple con un papel más destacado: es un asesor que trata de ayudar al paciente a saber realmente lo que quiere. Porque, con frecuencia, nos encontramos con que al paciente se le plantean alternativas y no sabe por cual optar.[...]*” (Emmanuel, 1992, 111). En el tercer modelo propuesto, es decir el interpretativo; el médico que es un técnico experto, se somete voluntariamente al interrogatorio del paciente, dándole toda la información que solicite sin omitir nada. Al mismo tiempo debe hacer de consejero, sugiriendo posibles tratamientos y terapias que eviten caer nuevamente en la situación que se desea corregir. Andrés es absolutamente libre también en este caso tanto en decidir qué hacer como en decidir qué saber.

Un cuarto y último modelo pretende ir un poco más allá de los expuestos, a este modelo le llaman deliberativo. “[...] *irá más lejos y se atreverá a discutir las decisiones que haya podido tomar el paciente en el caso de que no sean conciliables con los valores de la salud. A partir de ahí se inicia un diálogo, [...] y una implicación personal del médico por ayudar al paciente a que tome la mejor de las decisiones, [...] que sea respetuosa con sus convicciones morales y culturales y, al mismo tiempo, sea respetuosa con los valores de la salud y la medicina.[...]*” (Emmanuel, 1992, 112).

El cuarto modelo propuesto, por Ezequiel y Linda Emanuel; es aquel en el cual el médico es amigo o maestro. En éste modelo, el facultativo acompaña al paciente sugiriendo y tomando partido por aquello que el considera; que le es más favorable al paciente, una simbiosis entre el modelo paternalista y el modelo informativo, pero dando en último término la libertad al paciente para que tome sus decisiones, ya que aunque trate de convencerlo debe dar toda la información sin ocultamientos que podrían mover la balanza a su favor. Es un médico docente que se relaciona con un paciente maduro y competente. O sea un individuo que goza tanto de la capacidad jurídica como de la capacidad de obrar.

El médico, en este caso, tiene que situarse en el universo de lo prescriptivo, del “deber ser”, ámbito este que sólo la persona formada y adulta puede juzgar con mayor imparcialidad. Esto tampoco implica que las decisiones del médico, tan sólo por el hecho de ser adulto, sean correctas *Per se*. Pero si resulta más fácil que se aproximen a la verdad y a la necesidad que el caso requiere ya que un facultativo ve en la conducta del paciente una corriente de hechos que se repiten con frecuencia y cuyo final puede presuponer con cierta seguridad, como por ejemplo, un desarrollo mental defectuoso que fácilmente puede derivar en una patología psicológica o psiquiátrica. Por esa razón le resulta más fácil evaluar los riesgos y consecuencias de una persona a la que legalmente se le presupone autónoma y adulta para la relación con su médico.

Recordemos en este punto a Eva. Esta no tuvo necesidad de acudir al hospital ya que su cuerpo expulsó el tóxico pero si mantuvo relaciones sexuales de riesgo con Andrés.

Acude por la mañana a la farmacia para comprar la píldora RU486. La joven suele hacer un uso anticonceptivo de este medicamento a resultas de un estilo de vida desordenado sin considerar los efectos secundarios que tiene para una persona en crecimiento como es ella. La familia permanece ignorante de un problema que, de desarrollarse, tendrá implicaciones para todos sus miembros.

Una hija adolescente embarazada, por mucho que se quiera a la criatura que está por venir, no deja de ser un grave problema tanto para el ulterior desarrollo físico y emocional de la joven como para la economía y planes de vida de la familia que se verá implicada de forma involuntaria.

3. La autopercepción del toxicómano. La justicia

“Una ambulancia trae a Andrés al servicio de urgencias. No es la primera vez que ocurre, es un viejo conocido del servicio. Ha sido ingresado ya en múltiples ocasiones por sobredosis, por lesiones, traído desde el penal con cortes y heridas graves fruto de peleas, y un largo etcétera. Se puede decir que su historial no cabe en una única carpeta.

Ese día lo que motiva la atención urgente es la rotura de la meseta tibial en una caída desde una altura considerable. Es una lesión de pronóstico grave por la zona y forma en la que se ha producido. Tras las pruebas diagnósticas se observa una rotura por compresión del tipo Schatzker V. Usualmente es el resultado de una lesión de alta energía e implica una fuerza varo con carga axial en la rodilla. Hay un alto riesgo de daño a la arteria poplítea y nervio peroneo. Puede incluir lesiones de distracción al ligamento colateral lateral, dislocación/fractura del peroné, esquina posterolateral. Dentro de la escala, una de las lesiones más difíciles de recuperar. La probabilidad de lesiones permanentes es muy alta.

Cuando el médico de urgencias acude a hablar con el paciente lo nota visiblemente nervioso y agitado. Se aprecia una fuerte ansiedad, Andrés no parece ser consciente de la gravedad de sus lesiones e insiste en no ser ingresado. Afirma que con unas muletas y algo para sujetar la pierna puede irse y quiere hacerlo. El facultativo sabe de las consecuencias de no reparar adecuadamente la pierna: pérdida de movilidad, gonalgia crónica y, con total seguridad, una cirugía para colocar prótesis poco tiempo después.

Trata de hacerle comprender la situación a Andrés. Pero éste sigue en sus trece e insiste en que deben dejarlo marchar. El médico llama al servicio de psiquiatría de urgencias para que evalúen al paciente a fin de determinar si se debe incoar un expediente de incapacitación teniendo en cuenta la opinión del juez, que es el único que puede determinar el cambio de estatus. El psiquiatra ve con claridad que Andrés está nervioso aunque contenido, agitado aunque sin perder las formas. Visto el historial del paciente el psiquiatra decide no tomar cartas en el asunto. Le recomienda al médico obrar en consecuencia y no insistir más con el paciente. No posee una alteración de sus facultades que se pueda considerar suficiente para incapacitar temporalmente al enfermo.

A Andrés le inmovilizan la pierna con una férula y le instan a que siga un determinado tratamiento. Poco después marcha arrastrándose presumiblemente hacia donde está su camello con el objeto de adquirir la dosis de droga que su cuerpo exige y cuya consecución se ha convertido en el único motivo que rige su vida.

En este segundo caso planteado, basado en hechos reales, entra a debate la cuestión de si el ejercicio de la autonomía y su privilegio, frente a otras opciones, tiene sentido en los casos en los que hacerlo va en contra de los intereses del afectado y por extensión en contra de los intereses de la institución que debe sanar al enfermo. Queda expuesta la justicia con la que la institución debe medir y actuar. El sanitario que atiende al herido sabe que la atención posterior será más compleja y costosa que el abordaje en ese momento.

En este punto entra otra cuestión como es la salud mental de la persona atendida que estando “con el mono” es incapaz de evaluar la situación de manera pausada y así elegir la mejor de las opciones para su integridad. En el momento de la toma de decisión está claramente dirigido por la sustancia que forma parte de su consumo habitual. Podría decirse que el uso de su libertad es en el fondo un reflejo de su esclavitud y por ello cualquier cosa menos libre. Es interesante apreciar que existen antecedentes de estos hechos. Hasta principios del siglo XX había un convenio especial para el trato con los enfermos mentales. De hecho el toxicómano recibía esa categorización en el artículo quinto del convenio europeo para el trato de los enfermos mentales, recordemos el Real Decreto del 3 de julio de 1931 anteriormente especificado.

Esta ley tenía un sentido paternalista evidente pero al tiempo ponía sobre la mesa un problema al cual hoy todavía no se ha dado solución. El problema en cuestión es saber si es posible que alguien que es dependiente de algún tipo de sustancia, para su normal existir puede ejercer su libertad plenamente. Es difícil determinar en que grado su *facultas agendi* está mediada por el consumo y si el uso de la libertad es evidente o se debería tener una atención especial hacia este tipo de pacientes en función de su dependencia. Para concretar esto un poco mejor es necesario saber como actúan las drogas en el cuerpo.

3.1 - Las drogas en el cerebro

En el apartado presente voy a plasmar cómo interactúan las distintas sustancias con y en el cerebro, cómo funcionan durante el consumo y posteriormente las secuelas físicas que permanecen tras la ingesta continuada de las diferentes drogas. También voy a tratar de demostrar por analogía que el toxicómano es un enfermo mental y está actuando como tal cuando está bajo el efecto de la droga.

Voy a centrarme en la sustancia que está más presente en las situaciones de intervención médica, que es la cocaína, por su aparente inocuidad. Al tiempo, voy a sostener, tomando el “Diagnostic and Statitital Manual of Mental Disorders” En adelante DSM IV como eje, que el considerado “vicioso” en el fondo es un enfermo, ya que las zonas afectadas por la sustancia, el clorhidrato de cocaína o por su consumo en forma de cualquier otra variedad induce en el toxicómano los mismos efectos que causan enfermedades como la esquizofrenia, la distimia o la depresión endógena.

Está demostrado, aunque falta determinar el alcance, que el consumo continuado de drogas afecta al normal funcionamiento del cerebro en el adicto. Las drogas inciden especialmente en la motivación que sienten los consumidores por tomar la sustancia. Esta motivación se vuelve extremadamente intensa. También afectan a las áreas implicadas en la toma de decisiones y el raciocinio amen de las zonas encargadas del control de impulsos en el cerebro.

Para explicar como sucede esto es necesario en primer lugar hacer una somera descripción de cómo es y cómo creemos que funciona un cerebro humano tomando como referencia las áreas de Brodmann explicitadas en 1909. Según esta división en el cerebro hay once zonas principales y cincuenta y dos áreas menores. Antes de nada hay que aclarar que la división de Brodmann no responde a un funcionalismo en la que cada área especificada corresponda a un determinado impulso, es simplemente la división que hizo para el estudio de la masa gris. Por esa razón, áreas que parecen distantes se ocupan de los mismos aspectos, y otras próximas entre sí difieren en sus funciones. Aun así, es la división más popular y utilizada para los estudios sobre el cerebro tanto, en psiquiatría como en las neurociencias.

Dentro de la cavidad craneal el córtex es la parte más visible del cerebro, es donde residen aspectos como el raciocinio o el habla. Nuestros aspectos intelectuales. Si penetramos un poco más nos encontraremos con el área del sistema límbico, que es

en donde se gobiernan las motivaciones y las emociones. Y es en esta zona en donde las diferentes drogas centran su actuación.

El cerebro está en permanente comunicación, para esto se sirve de unos neurotransmisores químicos que se encargan de llevar la información de una neurona a otra. Entre las diferentes neuronas hay un espacio vacío llamado sinapsis que es el utilizado por los distintos mensajeros químicos para pasar la información. En estos espacios hay una frenética actividad. Sensaciones como el dolor, el placer o cualquier otra información es así trasladada por el cerebro hasta su objetivo. Las drogas, de alguna manera, lo que hacen es piratear este sistema de comunicación y aunque los estimulantes y los opiáceos tienen sus propios receptores en el cerebro, siguen distintas rutas, que convergen en el sistema límbico. En concreto en el estriado del núcleo accumbens y en las amígdalas que son las encargadas de liberar un neurotransmisor denominado dopamina. Esta, en origen, no estaba destinada a responder ante los estímulos procedentes de las drogas. Este sistema se estimula con la ingesta de alimento y las prácticas sexuales, amén de otro tipo de aprendizajes que se consideran dirigidos a la supervivencia como especie.

Sin embargo, se calcula que tras la ingesta de algunos tipos de drogas se produce una liberación de dopamina equivalente a unas seiscientas veces la liberación normal de dicho neurotransmisor sin que medie ninguna práctica intermedia, de manera que la liberación a gran escala es instantánea. Pero, ¿cómo sucede esto?

Siempre que uno se alimenta, en primer término, se producen una serie de estímulos previos en los sentidos. Uno percibe el olor, ve el color, etc. Con la práctica sexual ocurre lo mismo. Existe toda una cadena de acontecimientos que comienzan con el cortejo y terminan en la cópula. Estos preámbulos permiten al cerebro prepararse para la liberación de los neurotransmisores y *“arrancar poco a poco el motor”*.

Sin embargo nada de esto sucede en el consumo de drogas, existe un ritual previo también, pero de una duración breve y tachonada de ansiedad no de disfrute o de preparación para ello. La liberación de dopamina en la ingesta es instantánea. Esto explica en alguna medida lo adictivo de estas sustancias. La mayoría de estudios consultados coinciden en que las drogas de las que hablamos convergen en el sistema límbico.

“[...] Todas las actuaciones farmacodinámicas de la cocaína que implican aspectos reforzantes y psicomotores, parecen deberse a la acción de la cocaína sobre un circuito o un sistema específico: el circuito mesocorticolímbico dopaminérgico. El consumo crónico de la cocaína parece alterar este circuito generando: modificaciones en la actividad de poblaciones neuronales y en la regulación de receptores de neurotransmisores; adaptaciones moleculares en las vías moleculares de transducción de señales y en la regulación de la expresión génica. Estos cambios podrían estar relacionados con el deseo intenso por el consumo de la droga y su búsqueda "craving" y "drug-seeking" en inglés, respectivamente y con el desarrollo de fenómenos de tolerancia y de sensibilización, White y cols., 1995; Fitzgerald y cols., 1995). [...]” (J.A. Crespo y A. Rodríguez, C., 2007)

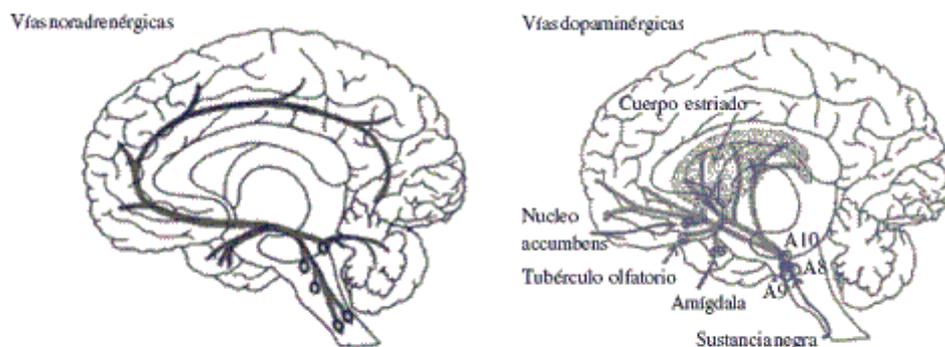


Figura 1. Vías Noradrenérgicas (izq.) y Dopaminérgicas (der.) relacionadas con las conductas adictivas y reforzantes. A1- A10: indican los grupos neuronales que sintetizan los neurotransmisores.

En el diagrama anterior implicación de los sistemas dopaminérgico y glutamatérgico en la acción de la cocaína. El núcleo accumbens está relacionado con diversas áreas del cerebro. Algunas de sus conexiones más importantes las hace con la amígdala, el hipocampo, el área tegmental ventral, el estriado ventral y la corteza prefrontal.

Pasa a explicar las funciones de estas áreas y su relación con la catecolamina (dopamina) que queda en suspensión en el cerebro debido al bloqueo de los recaptadores que es la forma en que las drogas provocan sus efectos. Es muy interesante la analogía que se puede presentar con diferentes enfermedades mentales que afectan a las mismas áreas. Me refiero a la depresión endógena, la distimia, las diferentes psicosis y la esquizofrenia. En todas ellas son el hipocampo, la corteza pre-

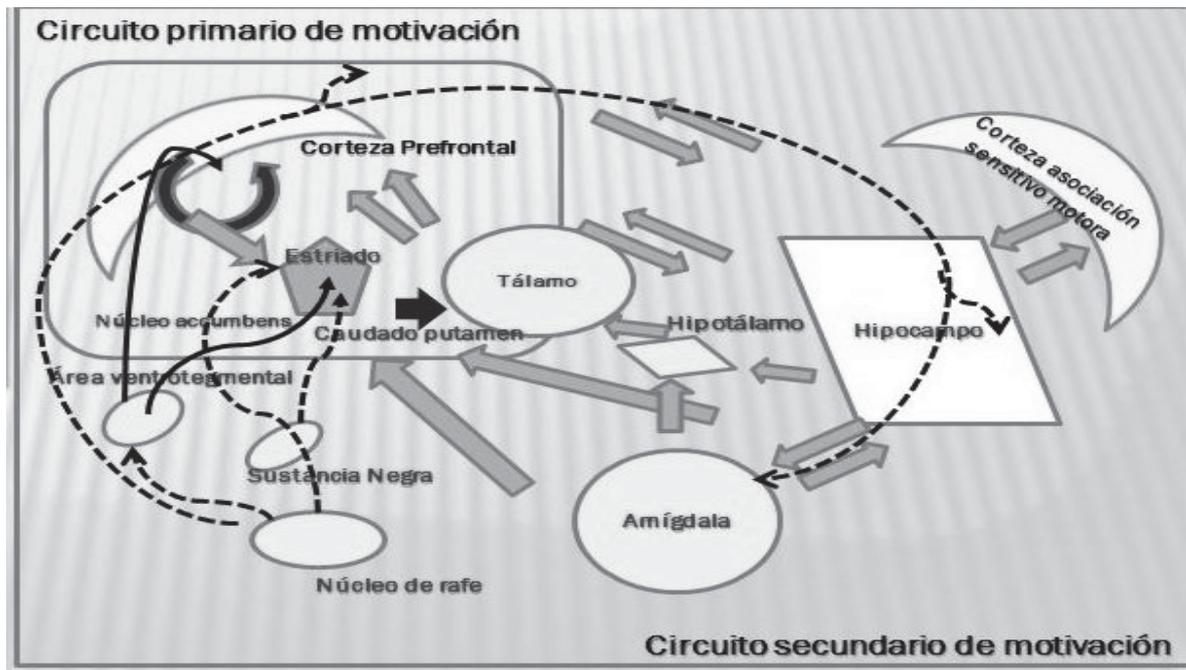
frontal, el cíngulo y las diferentes áreas tegmentales las que son afectadas. Esto requiere de un posterior desarrollo para que se pueda entender bien.

La amígdala: Está considerada como el elemento central de las estructuras implicadas en la gestión emocional. También está conectada con el *hipocampo*.

El hipocampo: Está asociado con la memoria y la capacidad regenerativa neuronal.

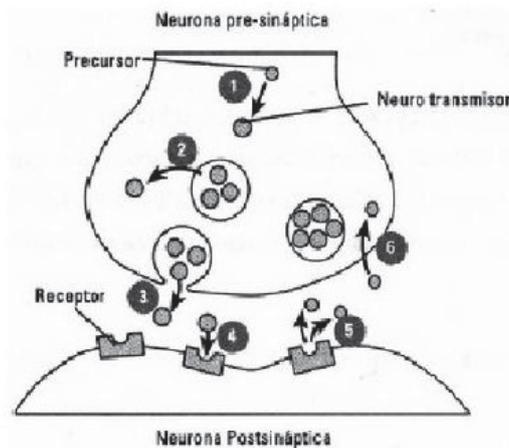
El estriado ventral: Es la interfase entre motivación y acción en el cerebro. Guarda una estrecha relación con todos los elementos expuestos hasta ahora.

Tegmentum ventral: Junto con el núcleo acumbbens son las zonas más afectadas en el consumo de drogas. En el tegmentum es en donde las células ATV producen el neurotransmisor dopaminérgico o catecolaminérgico que se libera en estos circuitos de recompensa.

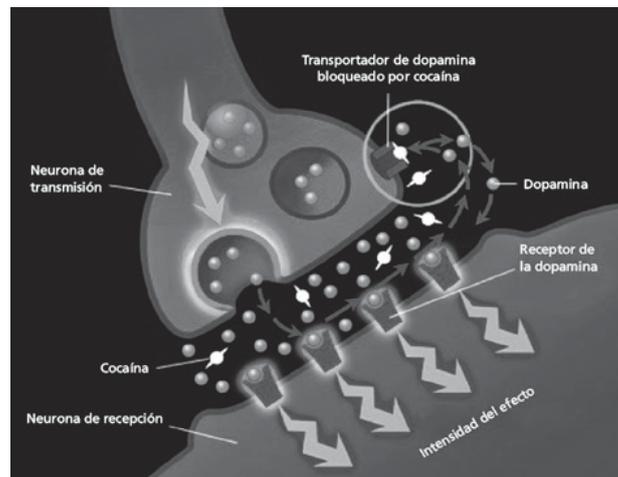


Para concretar un poco la información, las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra y las del tegmentum ventral se proyectan hacia el putamen dorsolateral y al núcleo acumbbens. Es en estas áreas en donde la *catecolamina* queda en suspensión debido a la inhibición de los recaptadores dopaminérgicos. De manera que el cerebro del adicto queda expuesto a una sobre-estimulación que afecta tanto al

sistema motor como a la memoria. En la siguiente imagen se aprecia la mecánica de transmisión ínter-sináptica.



A continuación muestro cómo las drogas afectan a la transmisión de neurotransmisores.



Se puede observar cómo las moléculas de cocaína bloquean los recaptadores de la dopamina y como consecuencia ésta queda en suspensión en la sinapsis. De manera que continúa siendo absorbida por la neurona post-sináptica. Incrementando el efecto hasta seiscientos veces.

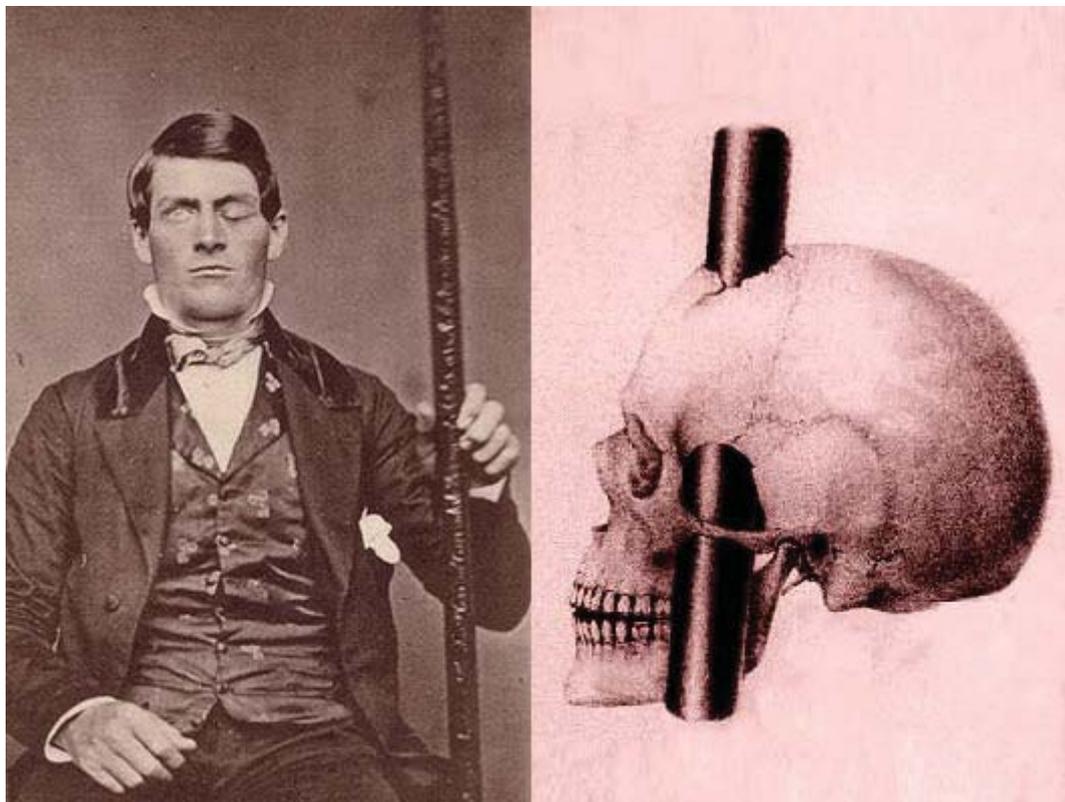
3.2 - ¿Está enfermo un toxicómano?

Hasta este punto he tratado de explicitar como actúa la cocaína en el cerebro del consumidor, a partir de ahora voy a exponer las curiosas e interesantes similitudes que acontecen en el cerebro de los esquizofrénicos que por otras vías sufren de un mal, una enfermedad, pero con un resultado tremendamente análogo en cuanto a lo que refiere a las zonas afectadas y al modo en como son afectadas. Como aduje al comienzo de este segundo capítulo está demostrado, aunque falta determinar el alcance, que el consumo continuado de la droga puede producir cambios significativos en el cerebro e incluso en la plasticidad del mismo.

Una de las consecuencias es la disminución del tamaño del hipocampo, además de las alteraciones en la corteza pre-frontal y en el sistema límbico en general. Estos tres síntomas son los paradigmáticos en los enfermos de esquizofrenia según el DSM IV. Curiosamente el adicto vive en un permanente estrés motivado por el ansia de consumo, lo cual produce niveles elevados de glucocorticoides, cuya consecuencia es la disminución del tamaño del hipocampo, como ya hemos comentado, parte fundamental en lo que a memoria emocional refiere e inhibe la neurogénesis. Esta ausencia de neuronas “nuevas” se vincula directamente con el área pre-frontal occipital. Esta es la zona en donde se supone residen los filtros morales. Para ejemplificar esto es muy pertinente contar una historia que ha sido determinante en el estudio posterior del cerebro. Phineas Gage y su accidente.

Phineas era barrendero, tenía veinticinco años y era el encargado de la voladura de las rocas de gran tamaño en la construcción de una línea férrea. Era un joven que tenía una gran consideración entre sus compañeros y jefes por su capacidad para el trabajo y su responsabilidad. Un buen día su compañero, el que se encargaba de echar la tierra en el agujero y cubrir la pólvora se olvidó. Phineas fue con la barra de hierro a prensar la mezcla y una chispa fortuita hizo que esta explosionase, lanzando la barra contra su cráneo, el cual, atravesó completamente haciéndole un agujero que abrió una cueva desde la parte inferior de su mandíbula, el área pre-frontal y salía por la parte superior del cráneo destrozando parte de la corteza orbito frontal y la parte anterior de la corteza cingulada. (F. Mora, 139). Obviamente a Phineas se le dio por muerto inmediatamente, mas no falleció. Dos días más tarde estaba de nuevo en su puesto de trabajo. Pero lo curioso y más interesante para este trabajo es que Phineas ya no era el

mismo. De ser un trabajador responsable y formal pasó a ser un personaje irreverente y faltón en el que no se podía confiar. En ocasiones una fuerte violencia se apoderaba de él y la volcaba sobre sus compañeros y patronos. Con el tiempo fue despedido y terminó su vida vagabundeando por todo el continente, solitario y con una conducta que hoy llamaríamos trastorno límite de la personalidad. ¿Qué fue lo produjo el cambio tan notable? Aparte de lo evidente, el accidente. “[...] *En el hemisferio izquierdo, la lesión destruyó la mitad más anterior de la corteza orbito frontal, que corresponden a las áreas 11 y 12 de Brodmann y también a las áreas 8, 10 y 32, y la parte más anterior de la corteza cingulada, área 24. Por su parte en el hemisferio derecho, la lesión afectó a parte del área 12 y también, como en el izquierdo, a las áreas 8, 10, 32 y 24. Parece ser que no hubo en ninguno de los dos hemisferios daño neural fuera de los lóbulos frontales. En resumen, la lesión afectó a las regiones ventromediales de ambos lóbulos frontales pero dejó intactas las dorsolaterales y también las áreas motoras. [...]*” (Mora, 142). A continuación una representación del accidente.



“[...] Si una microlesión condiciona inexorablemente una conducta aberrante; si cualquier conducta tiene un claro determinante cerebral, ¿qué queda del libre albedrío?, ¿dónde queda la acusación moral? [...] (Mora, 139).

Esta última reflexión de Francisco Mora es importante de cara a establecer que en efecto el consumo de drogas, en este caso la cocaína, y sus afectaciones en los diferentes sistemas cerebrales igual no son tan inocuas o por decirlo de una forma clara poco importantes. Y es que si la bioquímica cerebral del adicto está desestabilizada y algunos de sus sistemas fundamentales han resultado con microlesiones de alguna manera esto informa de que nos encontramos ante una enfermedad mental y no ante un adicto, en el sentido de vicioso. Parece que se puede establecer un correlato bastante sensato al respecto. Pero quizá es necesario profundizar un poco más para eliminar susceptibilidades sobre si se trata de una mera abstracción o una reflexión especulativa sin demasiado sustento empírico.

En el ejemplo propuesto, Andrés presenta algunos de los síntomas que determinan una enfermedad mental. El problema que tiene el psiquiatra de urgencias es que en el DSM IV se establecen unos plazos en los cuales estos síntomas deben estar presentes de forma continuada para poder diagnosticar una esquizofrenia u otro trastorno, por ejemplo. Si la actitud del paciente no se puede considerar como peligrosa para los demás no puede retenerlo para hacer una evaluación en condiciones. La consecuencia es que el profesional de la psiquiatría no puede hacer otra cosa que sugerir un tratamiento externo y tranquilizar al paciente mediante ansiolíticos del tipo benzodiazepinas o algún tipo de hipnótico como por ejemplo lormetazepam o escopolamina. Pero siempre bajo la voluntad del enfermo. Que obviamente tiene otros intereses en ese momento. Con lo cual la especialidad de psiquiatría en urgencias se ha transformado en una mera expendedora de calmantes. Hemos pasado del extremo del internamiento obligado a la imposibilidad de hacer nada que el paciente, haciendo uso de su autonomía, no quiera.

El problema radica en si esa autonomía, esa *facultas agendi*, que se le está suponiendo es real o no.

4. Conclusiones

Uno de los objetivos de la bioética es regular, pensar, todo aquello que las nuevas ciencias y las nuevas realidades que nos rodean han quedado fuera de las concepciones clásicas y de las legislaciones que van un poco a remolque de una sociedad que siempre va unos pasos por delante. Aunque ha pasado más de un siglo desde el accidente de Phineas Gage este se ha convertido en una suerte de paradigma del fisicismo y del determinismo. Las neurociencias basándose en los hechos descritos por uno de los médicos que lo atendió, John Martyn Harlow, han centrado sus investigaciones en si existe o no un cerebro moral y si este está situado en el área orbito frontal. Como expliqué anteriormente la actitud de Phineas cambió radicalmente tras el accidente.

Pero extraer de ese hecho una causalidad es bastante atrevido decía un buen amigo que todo hombre tiene dos vidas, una cuando nace y la otra cuando descubre que sólo tiene una. La actitud de Phineas es perfectamente explicable y con el mismo peso específico desde una perspectiva más abstracta, simplemente fue consciente de su mortalidad y quizá concluyó, con bastante sentido a mi entender, que vivir trabajando de barrendero soportando una jerarquía y una vida que quizá no le satisfacía no tenía demasiado sentido. Decidió cambiar de vida. No es el primer caso que conozco de personas que abandonan su vida y marchan mochila en mano a ver mundo.

Con esta anotación pretendo sumar a la concepción meramente materialista o fisicista que existen otros marcadores que deben ser tenidos en consideración a la hora de establecer correlatos.

Es evidente desde hace ya bastante tiempo que existen áreas especializadas en el cerebro. Como también lo es que es un órgano que es tremendamente complejo y cuyo funcionamiento al día de hoy nos resulta un completo misterio. Voy a poner un ejemplo de cosas que físicamente están, por decirlo de alguna manera, demostradas y luego resulta que no se cumplen siempre. Por ejemplo, existen marcadores de tipo genético. En las personas que padecen mutaciones en el cromosoma 21 APP (Amiloid Precursor Protein) y en los genes de las presenilinas 1 (cromosoma 14) y presenilinas 2 en el (cromosoma 1). Que son llamados los genes deterministas del Alzheimer. Si además existe una concurrencia con un alelo del gen predisponente de la

apolipoproteína (ApoE-4) sita en el (cromosoma 19), parece que la probabilidad de padecer ese terrible mal es del 100%.

Y sin embargo, partiendo de los estudios hechos con gemelos monocigóticos en donde se daban todas estas alteraciones genéticas. En un muestreo de 101 casos resultó que sólo el 23% desarrollaron la enfermedad. En estudios posteriores se ha elevado la cifra al 40% pero nunca al 100%. Porque resulta que esas “taras” genéticas son determinantes tan sólo en contextos y circunstancias ambientales que por ahora nos son desconocidas. Por eso la gran desviación entre lo esperado y el resultado. (Mora, 2008, 133).

La disciplina que rige este TFG debe permanecer vigilante ante la deriva fisicista de las neurociencias. Nadie niega que existan áreas específicas dentro del “telar embrujado” como llamaba Ramón y Cajal al cerebro, que tengan funciones concretas, así también es verdad que es un órgano tremendamente elástico. Muchos seres humanos sufren accidentes, un ataque de apoplejía por ejemplo, y las funciones mentales que quedan afectadas, en ciertas ocasiones, son tomadas por otras áreas del cerebro que en principio no estaban especializadas en las funciones deterioradas y suplen las mismas con mayor o menor eficacia. “[...] *Esta reorganización hace pensar que las mismas funciones mentales son ejercidas mediante estados mentales tipo distintos. Incluso no es muy aventurado suponer que, para ciertos tipos de estados mentales, dos ejemplificaciones del mismo estado mental tipo en el mismo sujeto en momentos de tiempo distintos se correspondan con ejemplificaciones de estados cerebrales distintos. [...]*” (Pineda, 2005, 205).

En cuanto a los modelos médicos que nos ofrecen tanto los Emanuel como Robert Veatch responden a idealizaciones en donde el modelo “ideal”, valga la redundancia, exige de un conocimiento por parte del paciente del mal que padece. En el modelo deliberativo para poder establecer un diálogo no deben existir jerarquías intelectuales. De esa manera hay uno que explica y otro que aprende. Que es maravilloso pero no es lo que busca ese modelo de relación entre iguales. Además no considera algo que creo que es fundamental, cuando uno va al médico va porque está enfermo. Eso no implica, como tradicionalmente se creía, falta de firmeza moral pero si arrastra consigo, por un lado, la necesidad de ser ayudado para curarse y por otro el otro, miedo a lo otro desconocido que está dentro tuyo causándote un mal. Sumando estos dos aspectos difícil es que exista un individuo cuya razón no esté impregnada de

una emoción paralizante en cuanto a lo racional se refiere. Vivimos en un mundo en el que el dolor, por ejemplo, es algo malo por sí mismo. Cuando curiosamente es el instrumento del que dispone el cuerpo para ponerte en guardia ante una enfermedad o lesión física.

Por otro lado las legislaciones que regulan las actuaciones de los profesionales y los protocolos que guían las mismas están obsoletas por un lado y por otro se empieza a practicar lo que podemos llamar medicina defensiva. El especialista con tal de no verse envuelto en juicios y problemas de cualquier índole se ajusta a los protocolos y no se implica más. En cuanto a la sanidad mental, tal y como comenté anteriormente, se han transformado en meros expendedores de calmantes. Ya que los males de la psique exigen de un tiempo del que no disponen, lo que hacen es sugerirte atención privada y “resolver” de urgencia el síntoma. Que no la enfermedad. Para esto disponen de una serie de medicamentos que o bien te sugestionan o bien te sumergen en un sueño hipnótico hasta el día siguiente. Estoy completamente seguro de que cuando los psiquiatras se decantaron por la especialidad no lo hicieron con ese ánimo sino que es derivado del recorte presupuestario y de una legislación que es excesivamente proteccionista.

El gran problema del enfermo mental es que él no sabe que está enfermo. Su realidad distorsionada no tiene una referencia diferente con la que compararla y si un esquizofrénico, por ejemplo, escucha a los vecinos insultándolo o planeando incluso su muerte él no puede saber que eso sólo está ocurriendo en su cabeza. Ya que todo lo que sabemos está ocurriendo en nuestra cabeza. Para el enfermo mental grave esa realidad esta distorsionada para mí que estoy fuera de él sin embargo es su mundo y su realidad. Y dependiendo de la personalidad del enfermo puede reaccionar con hostilidad ante alguien que se cruza simplemente porque ha escuchado dentro de su cabeza que el susodicho decía que iba a sacar la navaja y pincharlo. Esto lo he presenciado en el parque de los Alamillos. No es un ejemplo *ad hoc* que venga bien para dotar de sentido mi exposición. El pobre hombre se llevó una importante paliza simplemente por pasar por mal sitio en un mal momento. No es la primera ni la última escena que he presenciado de este tipo ya que uno de mis placeres confesables es coger un buen libro e ir al parque, cualquiera que esté tranquilo, y leer a la sombra de un árbol. También he presenciado episodios similares en la plaza de la universidad o en Santa Cruz.

Si observamos las analogías entre los enfermos mentales y los toxicómanos en lo que a deterioro mental se refiere podemos concluir sin demasiado riesgo que estas personas no están capacitadas para llevar una vida normalizada, de hecho según la Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) el ochenta por ciento de la población reclusa es consumidora de drogas y la gran mayoría de ellos padecen lo que hoy llamamos patologías duales. Que son aquellas que bien han sido derivadas del consumo o bien estaban latentes antes de comenzar el mismo. Como son las mencionadas a lo largo del trabajo, esquizofrenia, distimia y depresión endógena. Las prisiones hoy en día son los nuevos psiquiátricos, pero sin psiquiatras. Es el cajón de sastre en donde se esconde a todos aquellos que no queremos ver, la mayoría de ellos están presos por delitos de escasa importancia, sin gran dolo, pero muy reiterados. Pequeños hurtos, robos con violencia en las cosas o personas y tráfico a pequeña escala para mantener la propia adicción.

Lo interesante y lo que pretendo relacionar en la conclusión del trabajo es que la gran mayoría de los que se prestaron al estudio de la UNAD comenzaron su coqueteo con las sustancias psicoactivas en la adolescencia. E incluso en etapas más tempranas de la vida, pero estos son casos más extremos y de momento marginales, aunque se detecta cierta tendencia a que cada vez los jóvenes que llaman a las puertas de Proyecto Hombre, por ejemplo, sean más tempraneros en sus inicios.

En los casos que ilustran este trabajo, Andrés y su coma ético en primer lugar, vemos que la legislación vigente queda lejos de dotar de instrumentos a los facultativos para que puedan hacer su labor con eficacia. La bioética tiene una serie de principios, *prima facie*, fundamentales que deberían dar respuesta a estas problemáticas. En este caso la beneficencia en la institución sanitaria debería primar sobre otras consideraciones. Es quizá mejor una bronca y un castigo para hacer consciente al adolescente del camino que está tomando que no implicarse sustentándose en una legislación insuficiente.

La bioética como disciplina que pretende ser fundamental tiene la necesidad de transformar los dilemas y convenir terceras vías, si estas son posibles, para la resolución de estos. En este caso si se debe poner en conocimiento o no de los tutores los actos del adolescente. Hasta ahora, la atención médica tiene cierto grado de secreto. El paternalismo de la institución trata el mal derivado de la actitud auto-lesiva y una vez recuperado te deja marchar en la confianza de que aprenderás de la experiencia.

Considero que es lo adecuado, todos tenemos derecho a equivocarnos, el problema viene cuando la equivocación se convierte en lo normal. Y los acontecimientos empiezan a repetirse cíclicamente. Como solución propongo que las actitudes de este tipo sean atendidas gratuitamente la primera vez y que empiecen a pasarse los costes al paciente en las sucesivas ocasiones, siendo que si el adolescente no puede afrontar las multas, deba sustituirlas por penas de colaboración con la comunidad. Que bien podría cubrir en centros de desintoxicación, de manera que el espectáculo de ver a las personas destruidas completamente porque empezaron como ellos les haga despertar del ensueño de la inmortalidad típica de la adolescencia. Aquí se puede plantear lo injusto que puede resultar ya que vincula la economía de la familia con la actitud del joven. Bien, las familias que se puedan permitir y quieran permitir que su hijos se maten lentamente tendrán cierta ventaja a la hora de afrontar los dolos derivados de la irresponsabilidad de sus vástagos. Se puede establecer un número máximo de penas suaves, tres por ejemplo, y a partir de ese momento un internamiento obligatorio en un centro de deshabitación.

Todo esto no implica que la juventud que se “divierte” que es como se le dice ahora al beber alcohol deje de hacerlo. Pero si llama a la responsabilidad para evitar problemas. Lo propuesto desde luego requeriría de un análisis mucho más amplio. Pero es una tercera vía, una posibilidad. Asimismo se puede hacer con los adultos.

En este caso Andrés, el drogodependiente hace un uso de su autonomía que es auto-lesivo esto entra en conflicto con la beneficencia y con la justicia. En este caso me voy a centrar en ver hasta qué punto es justo que una persona que está enferma, se provoca lesiones voluntariamente que precisan curación urgente, pueda exigir un tratamiento para seguir provocándose daño. Volver al internamiento obligatorio no parece una opción ya que atenta contra el derecho a la libertad y ya se demostró que no era una solución adecuada.

De hecho se derogó por los abusos que se produjeron. Entonces ¿Cómo afrontar este hecho de una forma justa y que respete la autonomía de la persona?

Habría que comenzar por diferenciar entre los que son toxicómanos y los consumidores ocasionales. Entre los ocasionales, cosa que se puede saber perfectamente con la prueba del pelo, el consumo no debería considerarse un eximente. Algo que pueda utilizar el letrado para rebajar la pena, yo abogaría por lo contrario. Y en el caso de las atenciones hospitalarias el uso voluntario y auto lesivo debería estar

acompañado de la factura correspondiente por la atención recibida. Hoy en día la salud se considera como un derecho exento de responsabilidades. Como la bioética debe proponer nuevas vías yo abogaría por un principio de responsabilidad obligada. Todo el mundo es libre de hacer lo que quiera con su cuerpo, obvio, pero los demás no deberíamos tener la obligación de costear la irresponsabilidad. Este principio de responsabilidad establecería que si existe una conducta provocada y hecha a conciencia hacia uno mismo y de este punto uno resultase malparado, herido, el dolo debería ser cubierto por aquel que hace un mal uso de la libertad. La libertad exige de responsabilidad. Quiero que quede claro que no abogo por una sanidad privada, sino por un principio de responsabilidad que obligue a costear los gastos ocasionados por alguien que decide beberse una botella de ron y después coger el coche, estamparse contra una farola y después exigir que la sanidad pública costee su tratamiento. Si tú exigiste la libertad de beber y conducir, asume tu responsabilidad. Haz autocrítica.

Esto, al igual que lo anterior necesitaría de más justificación y de búsqueda de contraejemplos, en fin, de un análisis más profundo. Pero por problemas de espacio simplemente esbozo posibilidades.

Un problema mayor lo tenemos con los adictos. Estos sí son enfermos que tienen deteriorada la cognición, la percepción y su capacidad de relacionarse con el mundo que les rodea. Han adquirido una serie de hábitos y de formas de relación que exigen de un trabajo multidisciplinar, desde psicoterapia hasta tratamiento psiquiátrico.

Una de las primeras cosas que se hacen cuando son recibidos en las comunidades terapéuticas es enseñarles a tener rutinas. Lo que se denominan terapias cognitivo conductuales. Muchos vienen de la calle, han perdido la necesidad de tener una mínima higiene. La autoestima está por los suelos ya que muchos, por no decir todos, se han visto en la tesitura de tener que hacer cosas que atentan contra sus propios valores. Suelen llegar bastante destruidos y desorientados. La normalización en algo tan básico como lavarse los dientes tarda semanas en llegar y son personas muy desconfiadas fruto de las relaciones de interés que han llevado hasta el momento. Si les haces un favor sin pedirles nada a cambio se quedan como fuera de lugar, todo lo que sucede en su mundo es a cambio de algo. Lo que sea. No existe el desinterés altruista.

El problema es cómo abordar estas situaciones desde el hospital, por seguir con el ejemplo propuesto. En seguida se diferencia al toxicómano del ocasional,

simplemente con mirarlos. El enfermo suele tener una serie de rasgos físicos que lo hace fácilmente reconocible. Lipodistrofia por ejemplo. Lo que ellos llaman carreras en las venas de los brazos, muy similares a las que se producen en las medias de las mujeres. Caída constante de lágrimas por los conductos nasales fruto de la perforación del tabique. En fin, son bastante fáciles de identificar. Creo que como solución se podría aplicar un protocolo de desintoxicación rápida. Existen productos que anulan los efectos de algunas drogas inmediatamente. La buprenorfina-naloxona por ejemplo les anula los efectos de la droga de inmediato. Al menos así cuando sea consultado sobre el tratamiento a seguir, en este caso el internamiento y la escayola por lo menos tendrá la lucidez suficiente para pensar.

Mientras tanto la labor del psiquiatra en su internamiento sería la de recomendar tratamientos dirigidos a abandonar ese estilo de vida. Y mientras esté en el hospital está en un medio limpio y seguro en donde su organismo podrá recuperarse poco a poco hasta el alta. Una vez llegado este momento el paciente decidirá si quiere seguir esnifando o pinchándose cocaína o tratar de dejar ese ambiente y normalizar su estilo de vida.

He hecho un par de propuestas diferentes de lo que acontece normalmente en los hospitales y más concretamente en las urgencias hospitalarias. Desde luego todas estas propuestas exigen de una mayor reflexión, ver como legislar, ver si realmente respetan las libertades, en fin un gran número de temas anexos que han quedado sin contemplar. Pero mi intención en este trabajo era simplemente esbozar algunas propuestas “nuevas” y viables. Volver a pensar lo ya pensado que diría Heidegger. Al tiempo he tratado de plasmar lo obsoleto de muchas prácticas en lo que a derecho se refiere y de denunciar que la medicina se ha convertido en medicina defensiva. La libertad debe ir unida a la responsabilidad de forma inherente.

GLOSARIO DE TERMINOS

Áreas de Brodmann

Áreas 1, 2, 3,-

Corteza somatosensorial primaria. Se localiza en el lóbulo parietal y la circunvolución parietal ascendente. Se encarga de recibir todas las sensaciones táctiles, articulares y musculares del lado contralateral del cuerpo. Los daños a esta área producirán confusiones en la percepción táctil del individuo (temperatura, presión, dolor, tacto).

Área.- 4

Área motora primaria. Se localiza en la circunvolución precentral en el lóbulo central.- Funciona en la iniciación del movimiento voluntario, siendo muy destacada la acción y control que ejerce sobre los músculos distales de las extremidades contrarias. La lesión de la corteza motora primaria produce flacidez, reflejos exagerados y signo de Babinski positivo.

Área 5,7

Área sensitiva secundaria.- Es un área de asociación ubicada detrás del giro postcentral.- Su función corresponde a los movimientos voluntarios dirigidos hacia un destino, en relación con la integración de los estímulos visuales. Lesiones o daños irreversibles: Ataxia Óptica, que es la incapacidad de dirigir los movimientos hacia un objeto que se ve con claridad.

Área 6

Se localiza en el lóbulo central y ocupa parte anterior de la circunvolución precentral. Su función: Organizar los movimientos que se originarán o aquellos donde intervendrán los estímulos visual, táctil o auditivo. La lesión: Apraxia, que es la dificultad para ejecutar movimientos diestros, secuenciales y complejos.

Área prefrontal 9, 10, 11 y 12

Se encuentra en el lóbulo y la circunvolución frontal. La lesión bilateral de esta corteza produce cambios permanentes en la personalidad del individuo. Este se vuelve menos excitable y menos creativo, desaparecen las inhibiciones

Área insular 13, 14, 15 y 16

Área de la corteza situada en el surco lateral. Planificar o coordinar los movimientos articulatorios para el lenguaje. Área de Brodmann 16 es una subdivisión de la corteza cerebral, del cercopiteco definido sobre la base de la citoarquitectura.

Área 17

Corteza visual primaria. Corresponde al surco calcarino en el lóbulo occipital. La función principal de estas áreas es fusionar la información que viene de ambos ojos (visión binocular) y analizar la información. La lesión del área 17 produce ceguera completa.

Área 18 y 19

Corteza Visual Secundaria o Área Psicovisual. Se localiza en el lóbulo occipital. Su función es evocar alucinaciones visuales realistas. La lesión del giro angular del hemisferio dominante produce en el individuo la incapacidad para comprender los símbolos y expresarse a través de ellos.

Área 20,21 y 37

Circunvolución temporal inferior. Constituye la tercera circunvolución temporal. Conectan las áreas visuales y el circuito límbico. Reconocimiento de rostros o caras.

Área 22, 39 y 40

Área de Wernicke. Región de la corteza asociativa, auditiva, en el lóbulo temporal. Es importante para la comprensión de palabras y la producción de discursos significativos. Las lesiones en esta área provocan Sordera Verbal y Ceguera Verbal.

Área 23, 24, 28, 29, 30 y 35,

Área Límbica.- Ubicación: Giro del Cíngulo, El istmo del Giro del Cíngulo y el Giro Parahipocampal. Comportamiento relacionado con los instintos y las emociones, rodean al cuerpo calloso

Área 25

Localizado en la región cingulada como una banda estrecha en la porción caudal de la superficie subcallosa adyacente a la circunvolución para terminal. Hipotálamo y Tallo Cerebral: Cambios en el apetito y el sueño. La amígdala y la ínsula: estado de ánimo y ansiedad. Hipocampo: formación de la memoria. La corteza frontal: responsable de la autoestima.

Área 26

Área del Cíngulo. Situada en el istmo (parte inferior y media del encéfalo, en la que se unen el cerebro y el cerebelo) de la circunvolución singular adyacente a la circunvolución fasciolar internamente.

Área 27

Área definida cortical que es una parte rostral de la circunvolución del Hipocampo.

Área 28

Subdivisión de la corteza cerebral, Se encuentra en la cara media del lóbulo temporal

Área 29

Conocida como la Zona Granular Retrolímbica, El área 29 trabaja en conjunto con las áreas, 23, 24, 29, 30, 35, 28, relacionadas con los instintos y las emociones.

Área 31

Conocida como la Zona Dorsal Cingular Posterior, Es una subdivisión de la región definida en la surco cingular. En el ser humano ocupa porciones de las circunvolución Cingular Posterior y la cara media del Lóbulo Parietal.

Área 33

También conocida como la zona pregenual 33, es una subdivisión de la región definida Cingular de la corteza cerebral. Se trata de una estrecha banda situada en la circunvolución cingular anterior adyacente a la circunvolución supracallosa en la profundidad del cuerpo calloso, cerca de la rodilla del cuerpo calloso.

Área 34

Se encuentra en el lóbulo temporal medio y funciona como un centro de operaciones en una amplia red para la memoria y la navegación.

Área 35

Conocida como zona de perirrinal. Es una subdivisión de la región del hipocampo de la corteza cerebral. En el ser humano se encuentra a lo largo del surco rinal. Está limitado medialmente por el área entorrinal 28 y lateralmente por el área 36. Funciona en la iniciación del movimiento voluntario, siendo muy destacada la acción y control que ejerce sobre los músculos.

Área 36

En la circunvolución del hipocampo.

Área 37

En la circunvolución fusiforme

Área 39

Circunvolución angular o área de Wernicke. Se ubica en la región de la corteza asociativa, auditiva, en el lóbulo temporal izquierdo de los humanos. Su función está relacionada con la interpretación de sonidos.

Área 40

Sensitiva, Terciaria. Situada en los giros angular y supramarginal respectivamente, que rodea la parte más posterior de la Cisura de Silvio en la circunvolución parietal inferior. Su función es integrar e interrelacionar la información sensitiva, auditiva y visual. Las Lesiones del área 40, (giro supramarginal) producen Agnosia Táctil, en esa área hacen que el enfermo no reconozca parte de su cuerpo como propia.

Área 41 y 42

Corteza auditiva primaria. Se localizan en la circunvolución transversales (Heschl) del lóbulo temporal. La función de esta área es detectar los cambios de frecuencia y de localización de la fuente sonora y dirigir la información al área auditiva secundaria. Las lesiones pueden producir dificultad en la ubicación del sonido en el espacio y la pérdida de audición.

Área 43

Área del gusto. En la porción posterior en la Ínsula o Isla de Reil

Área 44,45

Áreas del lenguaje. Es una zona de coordinación de movimientos de la zona de la cara, laringe, faringe y respiratorios. Se encuentra en el lóbulo frontal. Su lesión produce la imposibilidad de decir palabras que se desean. Sus funciones: Comprender y articular el lenguaje hablado y escrito. Los daños en esta área pueden producir varios tipos de afasias.

Área 46,47

Forman la porción dorso lateral, que recibe y proyecta conexiones con las regiones de asociación sensoriales de los lóbulos parietal, temporal y occipital, conectando finalmente con la región prefrontal.

Área 48

Retrosubicular que es una subdivisión de la región del hipocampo citoarquitectura definido de la corteza cerebral. En el ser humano se encuentra en la superficie media

del lóbulo temporal. Está limitado por el área Rostral Perirrinal 35 y medio por la presubiculum.

Área 49

Esta área puede desempeñar un papel integral en la navegación espacial y la integración de la cabeza-direccional de información.

Área 52

Parainsular. Situada en la orilla del surco lateral en la superficie dorsal del lóbulo temporal. Su límite medio corresponde aproximadamente a la unión entre el lóbulo temporal y la ínsula. Limitado lateralmente por la anterior área transversal temporal 41.

Tegmentum ventral

Área tegmental ventral de Tsai (ATV) es un grupo de neuronas localizadas cerca de la línea media del piso del mesencéfalo. El ATV es el punto de origen donde se encuentran los cuerpos de las células dopaminérgicas del sistema dopaminérgico mesocorticolímbico. Se encuentra altamente implicado en los circuitos de recompensa.

La amígdala:

Está considerada como el elemento central de las estructuras implicadas en la gestión emocional. También está conectada con el *hipocampo*.

El hipocampo:

Está asociado con la memoria y la capacidad regenerativa neuronal.

El estriado ventral:

Es la interfase entre motivación y acción en el cerebro. Guarda una estrecha relación con todos los elementos expuestos hasta ahora.

Bibliografía consultada

- Ayllón Vega J.R. 2005, *Bioética y conciencia moral*, (www.scielo.org)
- Avellí P. 1983, *Trastornos de ansiedad en medicina*, Hoechst Ibérica Barcelona.
- Crespo Fernández J.A. Y Rodríguez A. 2007, *Bases neuroatómicas neurobiológicas y del aprendizaje de la conducta de la adicción a la cocaína*. (www.scielo.org)
- Cortina A. 2014, *La indeclinable libertad de los ciudadanos. Neuroética y neuropolítica*. Ediciones Universidad Pontificia Comillas. Madrid.
- Engelhardt T. 1995, *Los fundamentos de la bioética*, Paidós Ibérica. Barcelona.
- Declaración universal de bioética y derechos humanos. Unesco.
- Ferrando I. Ramón J. 2000, *Ética y gestión sanitaria*. Ediciones Universidad Pontificia Comillas. Madrid.
- Feyto L. 2011, *Bioética, el estado de la cuestión*. Triacastela, Madrid.
- García E. 2014, *neuropsicología del comportamiento moral. Neuronas espejo. Funciones ejecutivas y ética universal*. Ediciones Universidad Pontificia Comillas. Madrid.
- García L. 2000, *Marco jurídico de la enfermedad mental*. Ediciones revista general de derecho.
- García L. 1993, *Enfermedad mental en el anciano*. Ediciones diez de Santos. Madrid.
- González P. 2009, *Régimen jurídico de protección por enfermedad mental*. Editorial Reus. Madrid.
- Gracia D. 2007, *Fundamentos de bioética*. Triacastela. Madrid.
- Gracia D. Lain P. 1990. *Primum non nocere*, Editorial Anzos. Madrid.
- Gracia D. 2013, *Valor y precio*. Triacastela. Madrid.
- Gracia D. 2010, *Voluntad de comprensión, la aventura intelectual de Pedro Lain*. Triacastela. Madrid.
- Jarne A, 2010. *Manual de psicopatología clínica*. Editorial Herder. Barcelona.
- Mora F, 2009. *Genios, locos y perversos*. Alianza editorial. Madrid.
- Osten M. 2008. *La memoria robada*. Editorial Siruela. Madrid.
- Florencia L. Selles A. 2008. *Bioética: nuevas reflexiones sobre debate clásicos*. Fondo de cultura económica de Buenos Aires.

Pineda D. 2012, *La mente humana, introducción a la filosofía de la psicología. El funcionalismo y la teoría causal de la identidad*. Cátedra. Madrid.

Sádaba J. 2004. *Principios de bioética laica*. Gedisa. Barcelona

López de la Vieja T. 2009. *Ensayo sobre ética*. Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca.

Triviño M. 1992. *Mecanismos cerebrales en los juicios y decisiones*. Ediciones en neurociencias. Barcelona.

Torre de la J. 2009, *Dignidad humana y bioética*. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.