

## Aspectos éticos de la asistencia clínica en los trastornos adictivos

### *Ethical features of the clinical care in the addictive disorders*

HARO, G.\* , BOLINCHES, F.\*\* , DE VICENTE, P.\*\*\* , MARTÍNEZ-RAGA, J.\*\* , CERVERA, G.\* y PÉREZ-GÁLVEZ, B.\*\*\*\*

\*Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio Valenciano de Salud (SVS). \*\*Unid. de Conductas Adictivas (Valencia). SVS. \*\*\*Unid. de Alcoholología (Alicante). SVS. \*\*\*\*Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana.

«La drogadicción es una enfermedad marginada. La marginación explica las peculiaridades, las opiniones radicales, los errores monstruosos de enfoque, pero no olvidemos, la drogadicción es, ante todo, una *enfermedad*»  
D. Abella, *Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías* (1992).

**RESUMEN:** El terapeuta que trabaja en trastornos adictivos se encuentra con frecuencia con multitud de problemas y decisiones de gran calado en el campo de la ética. En los últimos meses se han publicado en España varios libros que abordan el tema desde el campo psiquiátrico, con la salvedad que estos principios éticos son aplicables al resto de profesionales que trabajan en los trastornos adictivos. Se analizan las teorías que sustentan a la ética, así como los cuatro principios éticos de la medicina, para terminar con una revisión de como el paradigma postmoderno influirá sobre ella.

**Material y método:** Revisión bibliográfica, en su mayor parte de libros sobre ética en medicina y psiquiatría, para realizar un análisis de los principios éticos en los trastornos por uso de sustancias en el marco de la asistencia sanitaria de la sociedad postmoderna.

**Resultados:** Los problemas éticos de la no maleficencia, entre los que destaca el diagnóstico y el tratamiento del trastorno adictivo y trastornos concomitantes (SIDA, diagnóstico dual, etc.), la justicia, la beneficencia y sobre todo la autonomía son extraordinariamente relevantes en la práctica clínica y lo serán más en la revolución de los cuidados sanitarios,

que forma parte de otra más amplia, la del pensamiento social postmoderno desconstruccionista.

**Conclusiones:** El abordaje clínico de las drogodependencias no puede obviar las normas éticas, entre las que resaltan: el deber de seleccionar intervenciones terapéuticas mínimamente restrictivas para la libertad del paciente, buscando asesoramiento en la áreas del trabajo en las que no se tuviera la experiencia necesaria; el deber de mantenerse al tanto del desarrollo científico, y que el paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio. La relación terapeuta-paciente debe basarse en la confianza y en el respeto mutuos, que es lo que permite al paciente tomar decisiones libres e informadas.

**PALABRAS CLAVE:** Ética. Conducta adictiva. Autonomía profesional.

**ABSTRACT:** The therapist working in addictions frequently faces multiple problems and decisions of great ethical relevance. Several books have been published in recent months in Spain focussing on this issue from a psychiatric perspective, with the consideration that those ethical principles can be applied to other professionals working in the field of addictions. We analyse the theories on ethics, as well as the four ethical principles in medicine and finish with a review on how the post-modern paradigm influences them.

**Methods:** A bibliographic review was conducted, focussing primarily on books on ethics in medicine and psychiatry, in order to analyse the ethical principles in substance use disorders in the context of clinical care within a the post-modern society.

**Results:** Ethical problems of lack of maleficence, such as the diagnosis and treatment of concomitant disorders (AIDS, dual diagnosis, etc.), justice, bene-

*Correspondencia:*

GONZALO HARO CORTES.  
Servicio de Psiquiatría.  
Hospital Clínico Universitario de Valencia.  
Avda. Blasco Ibañez, 17.  
46010 Valencia.  
e-mail: GHAROC@nexo.es

**ficence, and especially autonomy are extraordinary relevant in clinical practice and will become more so as a result of the revolution of health care, which is part of a wider one, that of post-modern deconstructionist social thinking.**

**Conclusions: Clinical management of drug addiction cannot ignore ethical norms, such as the need to select minimally restrictive therapeutical interventions for the benefit of the patient, as well as the need to find an expert opinion in those areas where there is a lack of experience; the need to stay up-to-date with the scientific development, and that the patient needs to be accepted as an equal by his own right in the therapeutic process. The patient-therapist relationship needs to be based in trust and mutual respect, which is what allows the patient to take free and informed decisions.**

**KEY WORDS: Ethics. Behaviors. Addictive. Professional autonomy.**

## Introducción

La ética, como parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre, se divide en *general y especial o deontológica*; recogida ésta última en los diferentes códigos profesionales. La ética general es primariamente personal y cada ser humano es quien, dentro de la situación en que se encuentra, ha de proyectar y decidir lo que va a hacer<sup>1</sup>. La diversidad de las culturas afecta a las normas éticas circunstanciales y a su fundamentación religiosa o laica, pero existen unos principios éticos universales<sup>2</sup> y, aunque podría convenir repasarlos, esta revisión se centrará en la ética especial o deontológica, principalmente en las bases éticas psiquiátricas de los trastornos adictivos.

Las tradiciones éticas de la profesión médica se remontan 2.400 años, con los escritos del culto pitagórico, que se convertiría más tarde en lo que se conoce como cuerpo hipocrático, el cual simboliza los ideales éticos de la profesión médica y sirvió de guía a los códigos éticos de otros profesionales. Debido a que se preocupa por el bien y el mal, el término ética acostumbra a emplearse como sinónimo de moralidad<sup>3</sup>. En este sentido, recordemos que a partir del siglo XVIII surge el concepto de dos tipos de locura, una que afecta a las facultades intelectuales, la *intellectual insanity*, y otra que afecta a las costumbres y pasiones, la *moral insanity*. Este último tipo de locura afecta a los hábitos de vida y encierra también la tesis de que la

degeneración de las costumbres ocasiona patología mental. Como puede apreciarse, la historia de las relaciones entre ética y psiquiatría ha sido compleja<sup>4</sup>.

La ética es una rama de la filosofía cuyo fin nada tiene que ver, *a priori*, con el sentimiento o las emociones. Se trata de un discurso formal, racional y sintético. De un examen de la rectitud o de la ilicitud de las acciones humanas y se orienta, desde su perspectiva, hacia un ideal humano y por ello puede caracterizarse su enfoque por un lado finalista y, por otro lado, de máximas.

La ética nace del conflicto y suele utilizarse como instrumento para justificar la propia posición. En el mejor de los casos, la ética (al igual que la psicoterapia) ofrece una concienciación del conflicto, de las motivaciones, de los impulsos y los valores. Además de una reflexión respecto a la mente y la cultura. La ética es un aspecto fundamental de la identidad humana y de las relaciones interpersonales, y en una época de cambios culturales, apelar a ella se convierte en un aspecto importante, tanto de la vida cívica como del autoentendimiento, y supone un intento intelectual de comprender lo que está bien y lo que está mal<sup>3</sup>.

Para una mejor comprensión del tema, se tiene que realizar una reflexión antropológica, pues tal como estableció el prof. Demetrio Barcia en la Conferencia Inaugural del IV Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) (Valencia, 1994)<sup>5</sup>, la antropología médica es uno de los saberes básicos de la medicina que permite conocer rasgos y características de la personalidad del hombre y su enfermedad, que pasan desapercibidas desde planteamientos médicos tradicionales. En esta línea cabe recordar la definición de la OMS sobre la Salud, en el sentido de no ser meramente ausencia de enfermedad, sino el desarrollo pleno del bienestar físico, psíquico y social.

Por otra parte, la asistencia de los trastornos adictivos es una rama muy joven en la intervención clínica, tanto en su vertiente médica como psicológica, que como establece el comité científico del VIII Congreso de la SET<sup>6</sup>, ha estado plagada de concepciones poco contrastadas. Muchas de ellas marcadas por exigencias «de escuela», que pretendían explicar todos los aspectos de la conducta adictiva y su intervención terapéutica. Ante la crítica de resultados, la salida habitual fue que *la metodología de evaluación cuantitativa no podía dar cuenta de la riqueza de matices del proceso terapéutico*. Por fortuna, tal como establece la misma editorial, *las distintas concepciones teóricas están planteando sus alternativas de una forma más honesta y realista*. Sin embargo, todavía no se ha conseguido la normalización asistencial. Y hay muchos

aspectos, como los programas de agonistas, las desintoxicaciones ultrarápidas, los programas en comunidad terapéutica, el bajo uso de fármacos anticraving en el alcoholismo, el debate sobre la prescripción de heroína o las altas disciplinarias, por citar ejemplos, hacen pensar que aún existen marcadas diferencias de funcionamiento, que justifican la necesidad de este artículo. Cabe recordar nuevamente que la *ética nace del conflicto y suele utilizarse como instrumento para justificar el propio posicionamiento*.

Finalmente, no podemos olvidar que la ética de la asistencia clínica debe obligar a todos los profesionales (médicos, psicólogos, ATS/Dues, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en la asistencia a pacientes que padecen algún tipo de trastorno adictivo.

### Marco teórico de referencia

El estudio del tema pone en evidencia que hay conceptos limítrofes que conviene aclarar semánticamente. Quizá el principal sea el de la filosofía de la medicina, la cual debe contemplarse como una reflexión crítica en torno al ejercicio terapéutico que puede contribuir y clarificar enormemente la acción médica, sus luces y sus sombras. Por ello, la ética médica forma parte de esta filosofía, es decir, una cierta concepción de lo que es la medicina y de lo que debiera ser en el mundo ideal.

Se han descrito cuatro elementos básicos en la ética médica: 1) lo promulgado por la profesión; 2) la conciencia personal del médico; 3) lo dictado por la cultura o la ley, y 4) aquello que es posible concluir mediante el análisis racional de la naturaleza misma de la medicina.

La metodología de estudio y análisis de la bioética (y su derivado, la ética asistencial o ética de la relación clínica) se vale de unos principios casi universalmente aceptados (no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) y de la consideración y ponderación de las consecuencias –ciertas o previsibles– de la actividad clínica. Todo ello encaminado a la deliberación, entendida como el diálogo intersubjetivo, argumentado, razonable y abierto entre los actores o afectados de una situación o acción<sup>4</sup>.

Debido a la naturaleza particular de los trastornos psíquicos y del comportamiento, los principios de beneficencia y autonomía pueden ser interpretados de manera contradictoria, y pueden llevar a conflictos, actuales o potenciales, en cuanto a los valores y las creencias acerca del tratamiento apropiado. Incluso, si quisiéramos ir más allá, hay dudas entre algunos espe-

cialistas en ética sobre si la enfermedad mental no debería ser considerada enfermedad moral, tema que arranca de Spinoza y llega hasta Fromm, según la revisión hecha por Sabater<sup>2</sup>. Se debe a este mismo autor una serie de tesis filosóficas sobre las drogas, que aunque desde el punto de vista clínico no son aceptables, no pueden dejar de citarse en una revisión como la que nos ocupa, sobre todo las referentes a la legalización de las drogas. Ella sola podría dar lugar a varios artículos sobre ética, pero no es esta el objeto de esta revisión.

Para entender los dilemas éticos inherentes a la práctica de la psiquiatría, se debe entender primero las teorías de las que emanan la mayoría de los principios éticos, que son la teoría utilitaria y la de la autonomía.

La teoría utilitaria se basa en la obligación de intentar ocasionar la mayor felicidad posible al mayor número de personas. No reconoce el derecho a la verdad, a la confidencialidad, y solamente se contemplan en función de si dan lugar a mayor felicidad o un menor sufrimiento. El utilitarismo ha sido la base del paternalismo médico.

Frente a esta teoría, la de la autonomía establece la relación terapéutica como deontológica e implica una obligación moral entre las dos partes. Al paciente adulto se le supone la capacidad y el derecho de tomar decisiones racionales y responsables sobre su vida. Esta teoría acepta la obligación de proporcionar felicidad y disminuir el sufrimiento. No obstante, a diferencia de la teoría utilitaria, prohíbe conseguir dichos objetivos sin su conocimiento, y sostiene que el tratamiento paternalista está solamente justificado cuando dichas personas carecen de la capacidad de ser autónomos (niños, retrasados mentales y algunos psicóticos)<sup>7</sup>.

En los trastornos adictivos, las cualidades de la relación médico-paciente o psicólogo-paciente, no son habitualmente objeto de estudio. Por esta razón cobra una gran importancia la actitud previa, o los prejuicios con los que el profesional o el paciente se enfrentan en la relación terapéutica. Actitudes rígidas u opiniones preestablecidas impiden con frecuencia entender el trastorno dentro de un contexto biográfico, e incluso pueden dificultar la búsqueda de soluciones a demandas concretas<sup>4</sup>.

### Problemas éticos en la práctica asistencial

Es lógico entender, pero conviene remarcarlo, que en todo momento haremos referencia a pacientes que acuden a tratamiento clínico, con criterios operativos de dependencia según las clasificaciones más utiliza-

das (DSM y CIE), y en ellos se aplicarán los cuatro principios ya descritos. En este sentido, conviene destacar la magnífica revisión hecha en un libro de reciente publicación, *Ética y praxis psiquiátrica*<sup>4</sup>, que nos sirve de guía en este apartado.

En primer lugar se abordarán los problemas éticos relacionados con la no maleficencia, sin entrar aquí en temas de gran importancia como la confidencialidad, la necesidad de usar técnicas terapéuticas probadas y que deben ser llevadas a cabo por profesionales acreditados y formados, aunque para los gestores resulten más caros y menos manejables. Entre los problemas de la no maleficencia destaca el diagnóstico, que debe ser muy calibrado ante el riesgo de estigmatización de estas patologías. Un segundo aspecto a resaltar es el tratamiento, frente al que hay posibilidades terapéuticas muy distantes que pueden variar, desde la abstinencia a las terapias de mantenimiento o los programas de reducción de daños. Esto se une con un tercer punto, relacionado con la buena práctica clínica, como es el de los trastornos concomitantes que van desde las enfermedades infecto-contagiosas (hepatitis, SIDA, tuberculosis, etc.) a las psiquiátricas, que dentro del llamado diagnóstico dual pueden dar lugar a una importante parte de los problemas éticos.

El segundo principio ético es el de justicia, que obliga a proporcionar a todos los sujetos las mismas oportunidades, no discriminando, ni marginando. Sin duda, la postura social de rechazo de estas patologías (desde el alcoholismo a la adicción a la heroína) agrava el fenómeno de marginación que de por sí producen estas drogas, y lleva a que la red asistencial sea de lo más heterogénea en el Estado. Solamente cuando razones de Salud Pública pusieron a la sociedad contra las cuerdas se ampliaron servicios asistenciales, programas de mantenimiento con metadona y programas de reducción de daños, que por otra parte siguen siendo motivo de controversia. Por todo ello, tal y como establecen los autores de ética y praxis psiquiátrica: *parece atinado afirmar que queda mucho por realizar para poder hacer del drogodependiente un ciudadano más que requiere de nuestra asistencia profesional*. Por otra parte hay que reconocer que en la actualidad está vigente una nueva Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 que tiene como objetivo terminar con estas discriminaciones y deja abierta la puerta a una asistencia normalizada en todo el Estado, dentro de la Red Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, como de hecho ya sucede en algunas autonomías del Estado español.

El tercer principio, el de la autonomía, abre muchos interrogantes, pues la capacidad/competencia para decidir nos lleva a diversos problemas prácticos. La vo-

luntariedad o no del tratamiento adictivo, la incapacidad legal, las complicaciones infecto-contagiosas y riesgo a terceros, el embarazo o el diagnóstico dual son ejemplos de este tipo de problemas. Desde los años sesenta, la peligrosidad (de dañarse a uno mismo o a los demás) ha sido un claro criterio de hospitalización involuntaria, pero quedan, por lo general fuera del tratamiento involuntario, tres grupos, entre los que destaca el de los trastornos adictivos que, con frecuencia por fallos del Sistema Asistencial, terminan en el Sistema Penal. Por otro lado hay un tema importante que es la sustitución de las sanciones penales por tratamiento, en el caso de drogodependientes con condenas pendientes, lo cual enlaza con el primer punto, el de la no maleficencia, en lo referente a la importancia del diagnóstico. Por ejemplo, no es lo mismo un paciente con dependencia que tiene conducta antisocial, que un trastorno antisocial con dependencia añadida. En este caso, el orden de los factores sí que altera el producto. Por otro lado, la propia definición de dependencia describe a un grupo de pacientes que han perdido su libertad y la mayor parte de sus conductas se ocupan de conseguir y consumir las sustancias de las que son dependientes. Frente a todas estas cuestiones, y a modo orientativo, parece razonable argumentar que la drogodependencia puede afectar a la competencia, que debe ser evaluada longitudinalmente. Cuando existen terceros en riesgo debe intentarse ponderar éste. La incapacidad debe plantearse como una medida de protección en cuadros graves y nunca como excusa para actuar coercitivamente.

El cuarto y último principio ético es el de beneficencia, que significa hacer el bien para el paciente. En pocos campos está tan hipertrofiado este punto que sirvió para justificar graves errores de enfoque terapéutico, que no solamente se justificaban en criterios técnicos, sino en un mayor o menor rechazo de estas patologías y, apoyándose en la beneficencia, implantaban orientaciones coercitivas que entraban en conflicto con el principio de autonomía.

### **De la modernidad a la postmodernidad: la psiquiatría frente a las psiquiatrías**

La ciencia moderna pretendía ser objetiva a partir de la valoración neutral de un observador, pero en realidad la ciencia no era objetiva ni subjetiva. La tradición científica desempeña un papel esencial en el entendimiento de la comunidad científica y ofrece el marco adecuado para el respeto de la diferentes tradiciones culturales.

No es exagerado sugerir que se está llevando a cabo una revolución en la asistencia, que es parte de la revolución del pensamiento social, que puede significar una transición de la cultura moderna a la postmoderna. Dentro de esta cultura postmoderna destaca un movimiento, llamado desconstruccionismo, que pretende demostrar un cientifismo falso e impersonal, donde la experiencia humana se convierte en objeto de un análisis separado. En nuestro campo, el desconstruccionismo habla de «psiquiatrías», para señalar la pluralidad de opinión existente dentro de una disciplina que produce limitaciones tradicionales, lo cual puede ser descorazonador o excitante, dependiendo del punto de vista<sup>3</sup>.

Como se apuntó en la introducción, la ética entendida como conflicto podría apreciarse en el contexto de tensiones culturales mayores, en las que tales conflictos son simples manifestaciones. La recuperación de la dimensión humana, perdida en la modernidad, se convierte en parte importante de la postmodernidad. A ello hay que añadir un elemento clave del postmodernismo como es la tolerancia de la ambigüedad.

En el nuevo paradigma postmoderno la enfermedad se planteará como algo crónico y basado en la comunidad, con una franca orientación preventiva y de colaboración médico-paciente, basada en la salud de la población y en la diversidad cultural<sup>3</sup>.

La cultura postmoderna parece llevar un consenso ético que da un rango superior al principio de autonomía sobre los otros tres. La preferencia de los valores de libertad, en el contexto de la democracia, va contra la relación médico-enfermo paternalista, la de un médico sabio y poderoso y un paciente ignorante e indefenso. Como manifestaba el Profesor Laín Entralgo, el paciente postmoderno se rebela frente a una visión médico-científica muy tecnologizada que lo reduce a mero sujeto pasivo. Esto no deja de ser aplicable a pacientes que *a priori* tienen limitada su capacidad/competencia aunque como establece el profesor Gracia, refiriéndose a los pacientes psiquiátricos en general, no suelen ser siempre *conscientes, adultos y equilibrados*<sup>4</sup>.

En cualquier caso se está iniciando una revolución de los cuidados sanitarios, que forma parte de otra más amplia dentro del pensamiento social<sup>9</sup>. A modo de resumen se describen en la tabla 1 las diferencias, en cuanto a las funciones de la ética, entre las posiciones denominadas moderna y postmoderna<sup>3</sup>.

Todo esto lleva a un planteamiento de tipo práctico, que sería la necesidad de profundizar en la enseñanza de la ética, pues no a todos los profesionales la ética se les enseña durante su formación. Esta problemática (enseñar ética y cómo hacerlo) ya se la planteó Sócrates y no supo dar respuesta clara pues, como dice Aranguren<sup>1</sup>, la

**Tabla 1.** Funciones de la ética

Marco actual	Marco postmoderno
Universal .....	Contextual,
Impersonal .....	Personal,
Intemporal .....	Histórica,
Acultural .....	Cultural,
Basada en la obligación .....	Basada en la integridad.
Impuesta: por control, .....	Impuesta por aprobación
persuasión o sanción .....	voluntaria, por confianza
	en un orden de conciencia
	o en comunidad.

ética no es, en rigor, ni una ciencia especulativa pura, ni una ciencia práctica pura: es una ciencia especulativamente práctica. El hombre es, en primer término práctico, y en segundo término teórico. A nivel médico, Pellegrino<sup>10</sup> considera que puede enseñarse, pero cree que debe impartirse de un modo realista y pedagógico. Aunque desde una toma de postura realista y pragmática, cree que es necesario evitar falsas pretensiones en la enseñanza de la ética y arraigar el discurso teórico en los casos prácticos, es decir, en la problemática real. Así, los fines de la enseñanza de la ética médica serían: primero mostrar la necesidad del análisis ético, pues es fundamental para el profesional sanitario poder discernir prudentemente lo que tiene que hacer en cada caso; segundo, aumentar la sensibilidad de la comunidad médica en torno a la práctica clínica cotidiana<sup>10</sup>, pues se ve una creciente insensibilidad y un olvido del humanismo. En tercer lugar, acrecentar la reflexión crítica sobre los propios valores personales y sobre las obligaciones propias de la profesión médica. Y, por último, identificar los principios éticos que están en los cimientos de una decisión clínica. Todo ello tiene como finalidad una mejor comprensión del paciente como sujeto moral y, en último término, una mejor relación médico-paciente<sup>9</sup>.

Hay un tema importante para la ética que no puede ser obviado por estar en primera página de los diarios con frecuencia, que es el de la globalización. Sin duda, en Europa estamos viviendo una imparable incorporación de personas, con otras razas y culturas que son la antesala de la globalización. La cultura y la ética están mutuamente implicadas. De hecho, todo discurso ético es, al fin y al cabo, un discurso cultural y por ello hay en él un discurso moral, es decir, un discurso normativo en torno a lo bueno y a lo malo, a lo correcto y a lo incorrecto. El reto va a ser la articulación de una ética médica de carácter metacultural, es decir, que trascienda los universos concretos de las distintas culturas y sirva para todos, no sólo para los miembros participantes de un determinado universo cultural.

En contradicción con el marco postmoderno, que radica en el principio de la autonomía, la ética médica metacultural radica en el principio de beneficencia. Incluso se está planteando si la ética médica podría ser el paradigma de las éticas aplicadas y del desarrollo del diálogo intercultural, que inevitablemente debemos desarrollar, con el fin de buscar elementos comunes que trasciendan las particularidades culturales<sup>9</sup>.

Aunque los problemas difieren en función del tipo de psiquiatría que se practique, algunos de ellos son una constante. Éstos incluyen la forma de evaluar los costes y beneficios morales de sus acciones; el modo de mantener la confidencialidad en situaciones de conflicto de resultados; cómo conseguir el consentimiento del paciente para los procedimientos terapéuticos; la definición de los límites de la labor profesional sin caer en la arrogancia ni en la cicatería; cómo encontrar un equilibrio entre el carácter igualitario del contrato y el paternalismo benevolente; cómo satisfacer los intereses de los pacientes, de sus familias y de la comunidad en su más amplio sentido, sobre todo cuando colisionan entre sí; cómo evitar la discriminación y el abuso de los pacientes; y cómo defenderlos cuando a menudo carecen de poder y de derechos<sup>10</sup>.

Para terminar este artículo, resaltar que los principios éticos en el abordaje de las drogodependencias

no pueden obviar la Declaración de Madrid, hecha por la Asociación Mundial de Psiquiatría el 26 de agosto de 1996 de la que resaltamos tres puntos:

1. «... *el deber de seleccionar intervenciones terapéuticas mínimamente restrictivas para la libertad del paciente, buscando asesoramiento en las áreas del trabajo en las que no se tuviera la experiencia necesaria...*».

2. «... *el deber de mantenerse al tanto del desarrollo científico...*».

3. El paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio. La relación terapeuta-paciente debe basarse en la confianza y en el respeto mutuos, que es lo que permite al paciente tomar decisiones libres e informadas.

Quizá hay que recordar que estos tres principios de la declaración ya fueron planteados en el Quijote, como se recoge en una revisión sobre la ética de las desintoxicaciones ultracortas en dependientes de opiáceos<sup>11</sup>, cuando Sancho Panza, tras intentar tomarle el pelo al médico Pedro Recio, le insulta y amenaza con un garrote, y le reprocha su mala conducta médica en comparación con la apropiada que Sancho ensalza con estas palabras: «... *que a los médicos sabios, prudentes y discretos los pondré sobre mi cabeza y los honraré como a personas divinas.*»

## Bibliografía

1. Aranguren JLL. Ética de la felicidad y otros lenguajes. Madrid: Tecnos, 1989.
2. Savater F. Ética como amor propio. Barcelona: Grijalbo, 1988.
3. Hales RE, Yudofsky SC, Talbot JA. DSM-IV. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Masson, 2000.
4. Santander F. Ética y praxis psiquiátrica. Madrid: AEN Estudios, 2000.
5. Barcia D. Comunicación psiquiátrica 93/4. Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría. Vol XVIII. Curso académico 1993-1994. Zaragoza: Facultad Medicina. Universidad de Zaragoza.
6. VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías: el diagnóstico y tratamiento de las conductas adictivas basados en la evidencia editorial. *Trast Adict* 2001;3:235-6.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 8 ed. Madrid: Panamericana, 1999.
8. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional 2000-2008. Madrid: Ministerio del Interior.
9. Torralba i Roselló F. Filosofía de la medicina. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 2001.
10. Bloch S, Chodoff P, Green SA. La ética en psiquiatría. Madrid: Triacastela, 2001.
11. Rubio G, Jiménez-Arriero MA, Ponce G. Consideraciones éticas en las desintoxicaciones ultracortas. *Trast adict* 2001;3(Mon 1):73-7.