



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?**

Iratxe Aguirre Orúe, Eugenia Nadolu Vélez, Carmen Bermúdez de la Puente, Juan Javier Mangué Pérez, Begoña Chacartegui Quetglas, Ana Isabel Mayorquín Segura.

[iratxe7@gmail.com](mailto:iratxe7@gmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

En el trastorno mental Anorexia Nerviosa nos encontramos los clínicos en muchas ocasiones con dilemas éticos fundamentales, se contraponen el principio de Autonomía que impele a respetar el derecho de decidir sobre la propia vida aún a riesgo de comprometer la salud física hasta incluso la muerte por inanición, con el principio de Beneficencia por el que el equipo terapéutico optaría por medidas de tratamiento coercitivo que incluyen forzar la alimentación por sonda nasogástrica u otras vías, y someter a la paciente a vigilancia estricta, en ocasiones limitando con el respeto a la privacidad y dignidad de la persona... Es en alguno de estos casos como el que presentaremos a continuación cuando los cuatro principios básicos de la bioética: Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia plantean divergencias y cuestionamientos éticos profundos sobre la realidad de nuestra práctica clínica.

### **RESUMEN DEL CASO CLÍNICO**

#### **Presentación del caso**

La paciente es una mujer de 42 años de edad que presenta un Trastorno Alimentario tipo Anorexia Nerviosa Restrictiva crónica grave, diagnosticado a los 25 años de edad, en seguimiento en una Unidad Específica para el tratamiento de los TCA desde entonces, de forma interrumpida. Ha tenido en total 12 ingresos hospitalarios desde el 2008 motivados por desnutrición moderada-grave, con mejorías parciales, nunca remisión clínica ni periodos de estabilidad ponderal. En varias ocasiones se procedió a realimentación por Sonda Nasogástrica así como a ingresos involuntarios con autorización judicial, con eficacia parcial debido a que aun siendo eficaz en sí mismo el ingreso hospitalario para mejorar el peso, éste no se mantenía al alta, volviendo al peso de ingreso tras varias semanas.

#### **Datos biográficos e historia de la enfermedad**

Es la mayor de tres hermanos, tiene una hermana con un posible trastorno alimentario nunca diagnosticado. Su madre falleció por Neoplasia en 2007. Estuvo casada durante dos años, se separó de su pareja. Actualmente vive con su padre quien presenta conductas cercanas a la vigorexia y con el que mantiene una relación conflictiva. Muy buen rendimiento académico,

## **BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?**

realizó estudios superiores y trabajó en una empresa ocupando un cargo de alta responsabilidad. Desde el año 2008 no trabaja, inicialmente le dieron bajas laborales temporales y finalmente le concedieron una Invalidez permanente.

Ella sitúa el inicio de su trastorno a los 18 años, en contexto de ansiedad y exigencia por los estudios universitarios, realizaba alimentación restrictiva cualitativa y cuantitativa, partiendo de un peso habitual de 48 kg, llegó a 38 kg a los 23 años, no obstante inicialmente presentaba cierta mejoría pero en contexto de relación de pareja conflictiva y fundamentalmente tras el fallecimiento de su madre en 2007 presenta Reacción de Duelo y sintomatología depresiva posterior con un marcado empeoramiento de la Anorexia de base. Pérdida ponderal progresiva y aparición de síntomas obsesivos con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo comórbido en periodos de desnutrición. A los 25 años acude a una unidad específica y se inicia el proceso de ingresos múltiples y tratamientos fallidos antes descritos.

### **Situación que motiva el planteamiento del caso al Comité Ético Asistencial**

Tras ingreso hospitalario en Junio de 2012 con colocación de SNG y muchas dificultades (manipulación de la sonda, esconder comida, ocultar información, actividad física compulsiva, etc.) se plantea un seguimiento en Hospital de Día durante el verano de 2012 en el que se produce una situación de empeoramiento clínico así como dificultades importantes en el manejo por parte del equipo terapéutico, "agotamiento", elevada interferencia con el resto de pacientes, ausencia de recuperación ponderal y situación de ruptura del vínculo terapéutico con elevada conflictividad, la paciente deja de acudir y no realiza seguimiento sin presentarse a varias citas que se le dan de forma ambulatoria.

No obstante, en octubre de 2014, tras un encuentro casual por la calle con un miembro del equipo y al valorar ésta el estado de desnutrición y deterioro grave de la paciente se le da una cita y acude nuevamente a consultas. En ese momento se detecta un estado de desnutrición grave, IMC progresivamente menor, variable entre 12,7 y 13,3. Por ese motivo, por la gravedad de su estado físico y la progresiva pérdida ponderal se le planteó repetidamente ingreso hospitalario que rechaza. Se informó de esta situación al Jefe de Servicio de Psiquiatría quien opinaba que en este caso no se debía proceder al Ingreso Involuntario, debiendo respetar la autonomía y decisión de la paciente. Por ello se planteó ingreso en el Hospital de Día donde acudía diariamente a comer desde marzo de 2015, pero sin que se produjera recuperación ponderal, por el contrario moderado empeoramiento.

Dada esta situación se convocó a la paciente y a su padre a reunirse con el Equipo Terapéutico del Hospital de Día del programa de Trastornos de Alimentación para informar de la situación y tomar decisiones sobre el plan terapéutico.

Se propuso, tras consultar con Endocrinología diversas opciones de realimentación en este caso, la colocación de sonda de gastrostomía con alimentación enteral por bomba. Esta propuesta se firmó por escrito en junio 2015, negándose la paciente posteriormente a tal técnica y se acuerda no continuar en seguimiento ambulatorio si no acepta algún tratamiento.

## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

En Septiembre de 2015 se le plantea ingreso nuevamente, que rechaza y en ese momento según queda reflejado en su historia clínica el equipo terapéutico se plantea la posibilidad de informar al juez pero finalmente no lo hacen.

En octubre de 2015 contacta nuevamente por teléfono solicitando un informe con motivo de su incapacidad y explica que se mareo, que tiene debilidad en extremidades, dolor de espalda, etc. Se le ofrece ingreso que rechaza. En diciembre 2015 refiere que ha empeorado su estado y que está dispuesta a colocación de sonda por gastrostomía, se acuerda ingreso programado, y la paciente se fuga desde la planta de Endocrinología argumentando ansiedad.

En enero de 2016 se valora a la paciente que se encuentra en el peso más bajo hasta la fecha, 29,400 kg IMC 12, se solicita una valoración por endocrinología y una analítica general completa. Se plantea que dada su situación existen riesgos de complicaciones en la colocación de sonda por gastrostomía así que nuevamente se propone que acuda al Hospital de Día.

En esta situación, en febrero de 2016 el psiquiatra responsable del caso decide plantear la situación al Comité Ético Asistencial del Hospital.

### **Datos biométricos, clínicos y analíticos en ese momento**

IMC 12,2 (peso 29,500 kg).



A nivel clínico presentaba un deterioro generalizado, desnutrición calórico-proteica grave, debilidad, mareos, dolor, fragilidad vascular, edemas en Extremidades inferiores, lesiones dermatológicas, estomatitis angular, frecuentes caídas, refiere quedarse dormida de repente (se prendió fuego su cocina motivo por ese), dolor abdominal intermitente, etc.

## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

A nivel analítico signos de inflamación hepática (AST 109 ALT 198 GGT 188) con serologías VHC VHB negativas, pancitopenia, anemia (Hb 10,4), hipoglucemia (44), hipocloremia, hiponatremia...

En densitometría ósea importante osteopenia. ECO abdominal normal.

A nivel psicopatológico, distorsión de la imagen corporal, temor fóbico al aumento de peso, conciencia de enfermedad parcial, distorsiones cognitivas casi de rango delirante en relación a la comida, el peso y su imagen corporal que contrastan con un aparente discurso lógico fluido y un tono casi hipomaniaco con creencias irracionales en cuanto a su capacidad de supervivencia. Rituales de limpieza y conductas obsesivas rígidas y ritualizadas en relación a su alimentación. Además, recibimos información de forma confidencial de que la paciente acudía regularmente a un gimnasio y realizaba actividades de elevada exigencia física sin que nadie le pusiera impedimento. Ella lo niega reiteradamente, argumenta que sólo realiza estiramientos...



### **Conflicto ético planteado al Comité en febrero 2016**

Debido al deterioro progresivo y a lo que sabemos sobre la evolución de este trastorno sin tratamiento es alta la probabilidad de mortalidad en este caso y de morbilidad asociada.

Por otro lado se han realizado previamente y en varias ocasiones ingresos involuntarios con autorización judicial con una mejoría ponderal durante el ingreso pero un resultado nefasto al Alta (pérdida ponderal de todo el peso adquirido y regreso a situación nutricional pre ingreso).

Parece ser que la paciente aceptaría la alimentación enteral por gastrostomía, pero está sujeta a posibles complicaciones importantes.

La paciente muestra abierta y claramente voluntad de vivir.

En resumen solicitamos la valoración y opinión del comité en cuanto a:

## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

¿Dejamos a su libre evolución sin forzar alimentación? ¿Hasta cuándo? ¿Es esto ético en este caso?

¿Forzamos alimentación? ¿A partir de cuándo? ¿Por qué vía o vías? ¿Es esto ético?

¿Se puede o debe denunciar que se le permita realizar según qué actividades en el gimnasio?

¿Quién debe hacerlo? ¿Por qué vía? ¿De quién es la responsabilidad en tal caso?

### **Resumen de las conclusiones tras dos reuniones del Comité Ético Asistencial**

El Comité de Ética Asistencial es un órgano consultivo e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios de los centros sanitarios, constituido para analizar y asesorar en la resolución de conflictos éticos que puedan surgir como consecuencia de la labor asistencial y que tiene por objetivo final mejorar la dimensión ética de la práctica clínica y la calidad de la asistencia sanitaria.

Se solicita una consulta a dicho comité y se presenta el caso, en una primera reunión se debaten posturas contrapuestas, por una parte algunos de los miembros abogan por que prevalezca el principio de Beneficencia y de este modo se propondría un nuevo ingreso con medidas de realimentación, pero la mayor parte de los miembros opinan que dada la historia clínica, la situación actual y el fracaso de medidas previas debería prevalecer el principio de Autonomía y las decisiones de la paciente, se discute si existe un deseo de vivir de la paciente que sí resulta obvio para el terapeuta referente debido a las constantes demandas de ayuda por su parte y fundamentalmente el núcleo del debate se centra en si la paciente es o no competente para decidir sobre su alimentación o si bien está limitada su competencia en este área debido al trastorno mental grave que presenta y eso pondría en entredicho la autonomía y capacidad de decisión sobre su alimentación, se discute sobre si se puede considerar en relación a la alimentación como un paciente con un trastorno psicótico que haya perdido el juicio de realidad; tras una segunda reunión a puerta cerrada emiten como conclusión que: No se debe abandonar en ningún caso el seguimiento de la paciente, aunque ésta rechace los tratamientos ofrecidos, recomiendan no utilizar medidas coercitivas a priori e insisten en la creación de un equipo terapéutico para tomar las decisiones, que en este caso debe consistir en tres facultativos, al menos uno de ellos del área endocrinología y que dada la implicación y vinculación afectiva del psiquiatra referente del caso después de tan largo y arduo proceso, éste no debe tomar las decisiones por sí solo. No se descarta el abordaje en términos de "tratamiento paliativo" acompañando en su proceso a la paciente y tratando de mejorar su calidad de vida en lo posible sin tener como objetivo la realimentación por fuerza. Respecto a la prohibición de su entrada en el gimnasio se considera que no es competencia del equipo terapéutico tomar medidas legales y que debe basarse en recomendaciones a la paciente para fomentar el cuidado de la propia salud y la prevención de complicaciones, se descarta de este modo la actitud paternalista y se opta por un modelo de potenciación de la autonomía.

## **BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?**

### **Evolución del caso y situación actual**

Tras el planteamiento y conclusiones del Comité Ético así como por el propio desarrollo y evolución del equipo terapéutico, éste cambia de enfoque en relación al caso. Se realiza una entrevista con la paciente y se le ofrece un ingreso hospitalario "diferente" partiendo del principio de Aceptación Radical, acompañando en el proceso y sin recurrir a medidas coercitivas, se permite a la paciente una realimentación "a su manera" haciendo importantes concesiones en cuanto al tipo de comida y permitiendo alimentación oral, se le plantea únicamente que debe cumplir los horarios de la planta y los reposos establecidos, se trabaja con el equipo de enfermería para reducir exigencia y criticismo, adoptando un enfoque desde el modelo de "cuidados paliativos", ella firma el ingreso voluntario, se permiten salidas y visitas, se refuerza su actitud y colaboración, en todo momento se focaliza en que la decisión de alimentarse es suya y se respeta su ritmo y formas. Se produce una mejoría ponderal progresiva, con un peso al ingreso de 30 kg y un peso al alta de 36 kg tras seis semanas de ingreso, mejoran notablemente los parámetros analíticos y se observa una marcada mejoría en el estado de ánimo y el resto de variables clínicas. Al Alta se propone seguimiento en Hospital de Día donde acude diariamente a comer desde entonces. Ha presentado leves fluctuaciones ponderales, episodios de aumento de restricción relacionados con cuestiones emocionales e interpersonales, pero recuperación posterior facilitada por el seguimiento, asistencia y apoyo desde el Hospital de Día. Se mantiene en un peso alrededor de 35 kg IMC 15 observando la propia paciente una marcada mejoría en su calidad de vida, ha reiniciado actividades y relaciones sociales y se siente motivada y con proyectos para el futuro.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Desde la medicina de Hipócrates ha prevalecido el principio de Beneficencia por encima de cualquier otro, es decir, en este caso salvar la vida aún a riesgo de contradecir los deseos de la paciente anoréxica, no obstante tras el nacimiento de la bioética se considera que prevalece el principio de Autonomía sobre cualquier otro. De este modo, a toda adulta le es inherente poseer capacidades psicológicas que la hacen competente para tomar decisiones y resolver su propia condición según sus convicciones íntimas cuando se le proporciona información comprensible, sustancial y veraz, convicciones que son intransferibles e irrenunciables. La paciente con Anorexia tiene el privilegio de rechazar cualquier tratamiento aunque parezca insensato o contrario a sus intereses, evaluados según criterios del clínico o su familia. El consentimiento informado evalúa de manera objetiva su capacidad de autonomía radical -facultad para decidir voluntariamente sin coerción ni manipulación- para vivir de acuerdo a su concepción de existencia digna y, por ello también, para optar por la calidad de vida que le parezca más suya como persona.

No obstante la Anorexia Nerviosa crónica severa es la enfermedad mental con mayor índice de mortalidad y con la menor esperanza de vida asociada; además suelen ser personas que no

## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

trabajan, consumidoras de servicios sociales, gastos sanitarios por complicaciones asociadas, con gran afectación del clima familiar y frecuente agotamiento de cuidadores y terapeutas, tal como hemos visto en el caso presentado. Se ha considerado que la calidad de vida en estos casos es comparable a la de pacientes con Esquizofrenia.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de las últimas guías de práctica clínica y tras la reflexión desde los principios de la bioética sobre el caso clínico presentado podemos establecer como conclusiones respecto al tratamiento de los pacientes con Anorexia Nerviosa Crónica Severa:

- Mantener expectativas realistas y hablar con claridad y transparencia de la situación con pacientes y familiares.
- Optar por un modelo de tratamiento no coercitivo, evitar forzar la alimentación y no recurrir a ingreso hospitalario salvo en casos de urgencia médica (intervención en crisis), centrándose en un modelo de reducción del daño y mejora de calidad de vida.
- Facilitar la mejora de otras áreas, fomentar un abordaje psicosocial, relaciones sociales, actividades de interés.
- Reunirse con los familiares y establecer comunicación y acuerdos con el equipo terapéutico.
- Fortalecer el vínculo terapéutico desde la posición de la aceptación, escucha activa y acompañamiento, tomando en consideración principal en todo momento los deseos y motivaciones de la paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3<sup>rd</sup> edition. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 7 Supplement.
2. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders, 2014.
3. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, GUIASALUD, 2009.
4. Fairburn CG. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 526-30.
5. Griffiths R, Russell J. Compulsory treatment of anorexia nervosa patients. En: Vandereyckhen W, Beumont P, eds. *Treating Eating Disorders: Ethical, Legal, and Personal Issues*. London: The Athlone Press, 1998; p. 83-101.
6. Mac Donald C. Treatment Resistance in Anorexia Nervosa and the Pervasiveness of Ethics in Clinical Decision Making. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 267-70.
7. Figueroa G. Responsabilidad profesional: máximos, mínimos, excelencia y veracidad. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 251-7.

## BIOÉTICA Y ANOREXIA ¿UNA CUESTIÓN DE AUTONOMÍA?

8. Figueroa G. Bioética y psicoterapia. ¿Cuáles supuestos morales actúan cuando ejecutamos un acto psicoterapéutico? *Rev Méd Chile* 2004; 132: 243-52.
9. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE, 2004.
10. Clinical Practice Guidelines for the BC Eating Disorders Continuum of Services. British Columbia, 2010.

### ENLACES DE INTERÉS

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders 2014

<https://www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Clinician/Eating-Disorders-CPG.aspx>

APA PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Eating Disorders Third Edition (2006) American Psychiatric Association.

[http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf)

GUIDELINE WATCH (AUGUST 2012): PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH EATING DISORDERS, 3RD EDITION

[http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf)

TREATING EATING DISORDERS A Quick Reference Guide

[http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdisorders-guide.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-guide.pdf)

Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders NICE 2004

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg9>

<https://www.rcpsych.ac.uk/PDF/NICE%20Eating%20Disorders.pdf>

Clinical Practice Guidelines for the BC Eating Disorders Continuum of Services British Columbia 2010

[http://www.google.es/url?url=http://www.bcmhsus.ca/includes/download.php%3Ffile%3D../content/223/BCED\\_Sept21.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0CFQQFjAJahUKEwjKsMmkIz7HAhUF6RQKHw\\_wDgg&usq=AFQjCNG6dvra-rPFDn2kqtINc4xbrLXIBA](http://www.google.es/url?url=http://www.bcmhsus.ca/includes/download.php%3Ffile%3D../content/223/BCED_Sept21.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0CFQQFjAJahUKEwjKsMmkIz7HAhUF6RQKHw_wDgg&usq=AFQjCNG6dvra-rPFDn2kqtINc4xbrLXIBA)

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria GUIASALUD 2009

[http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc?p\\_p\\_id=EXT\\_7\\_INSTANCE\\_OJR1&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&EXT\\_7\\_INSTANCE\\_OJR1\\_struts\\_action=%2Fext%2Fespecifico%2Fvista\\_Previa&EXT\\_7\\_INSTANCE\\_OJR1\\_contenidoId=13586&EXT\\_7\\_INSTANCE\\_OJR1\\_version=1.8](http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc?p_p_id=EXT_7_INSTANCE_OJR1&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&EXT_7_INSTANCE_OJR1_struts_action=%2Fext%2Fespecifico%2Fvista_Previa&EXT_7_INSTANCE_OJR1_contenidoId=13586&EXT_7_INSTANCE_OJR1_version=1.8)