

## TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. LA MADUREZ PSICOLÓGICA DEL MENOR PARA LA TOMA DE DECISIONES . TRATAMIENTO FORZADO

Ignacio Jauregui Lobera.(1)

### 1.-ASPECTOS BIOETICOS Y LEGALES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA,s).

Cuando se analizan las pautas de tratamiento en los TCA,s, especialmente en etapas críticas de la enfermedad, se observa que muchas veces el médico va a limitar la autonomía y la capacidad de decisión de los pacientes hasta extremos difícilmente aceptables para la dignidad humana, recurriendo incluso al ingreso vía judicial. Para algunos autores esto es así por la compasión, confusión y frustración que causan estos pacientes entre los profesionales implicados (1). Vamos a considerar algunos problemas que se presentan, especialmente cuando en muchos casos se trata de adolescentes menores de edad.

#### La madurez psicológica para tomar decisiones:

El tema de la madurez para la toma de decisiones tiene que ver, en los TCA,s, fundamentalmente con el hecho de que los pacientes sean menores de edad en su mayoría.

La psicología evolutiva de los últimos años se caracteriza por un abrumador predominio del paradigma cognitivista y del enfoque de los ciclos vitales. Temas como representación e imagen, lenguaje, juego, comprensión y categorización, capacidades sociales, desarrollo moral, razonamiento experimental, etc., son los que llenan los textos. Autores como Piaget, Pascual-Leone, Case, Inhelder, Kohlberg... son destacados miembros de estas corrientes psicológicas (2-5).

Sin embargo, la psicología de los "estadios de desarrollo" ha recibido fuertes críticas, lo cual no es de extrañar pues "saber", "conocer" o "entender" son las funciones más estudiadas (a veces exclusivamente) cuando se somete a los sujetos, en diferentes estadios de desarrollo, a diversas pruebas. Por ejemplo, el individuo "J" está en un estadio de desarrollo cognitivo según Piaget, se corresponde con tal o cual estadio de personalidad según Erikson y con uno u otro nivel de desarrollo moral de Kohlberg. Pero inmediatamente surge una cuestión, ¿el sujeto "J" realizó las pruebas de un determinado modo por estar en esos estadios o se dice que está en ellos por hacer las pruebas de esa forma?. Vemos una peligrosa circularidad similar a la que se suele dar en la "psicología de los rasgos". Así, ¿"H" tiene el rasgo de la extraversión porque resulta simpático, hablador, alegre..., o es simpático, hablador, alegre...porque es extravertido?

Con todo ello queremos resaltar que la madurez para la toma de decisiones no puede basarse sólo en la inteligencia y la voluntad (entender y querer). Cree-

mos que debe abarcar, además, la vida afectiva de la persona, la esfera de los sentimientos. Debemos pues hablar de madurez afectiva, pues dos sujetos en igual estadio de desarrollo cognitivo pero con diferente grado de madurez afectiva, ¿elegirán igual?. Pensamos que la MADUREZ PSICOLÓGICA, que abarca TODO el ciclo vital del ser humano (en diferente grado naturalmente), debiera contemplar muy especialmente la madurez afectiva.

Por ello, debemos ahondar más tratando de establecer "grados de madurez" o "signos de inmadurez afectiva". Especialmente en la pubertad-adolescencia, etapas cruciales del menor en el terreno que nos ocupa, se expresan ciertos rasgos típicos de inmadurez afectiva, que siguiendo a García Failde serían (6):

- \* inestabilidad emocional, es decir la tendencia a los altibajos u oscilaciones de ánimo por motivos insignificantes.

- \* dependencia afectiva, frecuentemente asociada con sobreprotección paterna.

- \* un fuerte componente egoísta mezclado con ciertas dosis de generosidad.

- \* acusada inseguridad, con dificultad para la toma de decisiones y, a la vez, sentimientos de impotencia.

- \* marcada incapacidad para hacer juicios precisos o ponderados, debido a la ansiedad y escasa tolerancia a las frustraciones.

- falta de responsabilidad y marcadas exigencias acerca de sus derechos.

En la medida en que estén presentes y con suficiente penetración estos signos de inmadurez afectiva, se verá afectada la madurez psicológica y, por ende, la capacidad para asentir/consentir un tratamiento o para asumir/cumplir un pacto terapéutico (7-9). Esto es muy frecuente (podríamos decir que "lo habitual") en los TCA,s donde el NO QUIERO (comer, engordar, dejar de vomitar, hacer reposo, dejar el ejercicio físico, tomar medicación, ingresar...) se caracteriza por ser la frase "típica", contumaz e irresponsable.

Las acciones humanas, caracterizadas por procesos de pensamiento (conocer, entender, deliberar...) y voluntad (querer), están, también, determinadas por los procesos afectivos que marcarán la motivación y sentido de los actos o conductas (obrar). Llevado al terreno clínico un sujeto puede ENTENDER que necesita un tratamiento, puede, además, QUERER el mismo...pero finalmente puede RECHAZARLO por "miedo" al mismo. En definitiva pues, para valorar la madurez en la toma de decisiones habrá que preguntarse también si determinados estados afectivos (miedo, ansiedad, pasión...) pueden incidir y en qué grado sobre la capacidad del sujeto. Sólo así, consideraremos la madurez y autenticidad en sentido ple-

no. Una gran inmadurez afectiva, por el contrario, puede obstaculizar o imposibilitar una adecuada deliberación riesgo/beneficio, dificultar o impedir el control de los propios impulsos, e incluso desestructurar la coordinación de las diferentes funciones psíquicas (10); y en los TCA,s se dan estos tres tipos de peligros.

En este terreno hay algún trabajo que relaciona el "desarrollo psicológico" con constructos como "conformidad", "complacencia" y "reactividad". Así, la "conformidad" (aceptar las decisiones, por ejemplo de los padres) alcanza su máximo en el inicio de la adolescencia y va posteriormente declinando (11). Por otro lado, la toma de decisiones en los menores está en ocasiones fuertemente comprometida por el deseo de complacer a los padres (12) y según avanza la adolescencia se incrementan las decisiones "en contra" de los mismos, aun con perjuicio claro para el adolescente.

Es interesante al respecto la diferenciación que hacen algunos autores a propósito de la madurez. Muchas veces se habla de madurez (en términos de tratamiento médico) "para otorgar consentimiento" (para una intervención quirúrgica, por ejemplo) y hay quien defiende que debe distinguirse de la madurez "para rechazar". ¿Puede rechazar una chica de 16 años un aborto provocado si eso es el deseo de sus padres en aras al "mejor interés" de la misma?. Parece que el "poder" de los padres no podría ejercitarse con ligereza. ¿Y si, por el contrario, la misma chica rechaza un tratamiento y ello puede llevarle a la muerte o a secuelas permanentes? . Si distinguimos entre "consentir" y "rechazar" pueden darse situaciones enfocadas de un modo u otro. Parece mejor hablar de "TOMA DE DECISIONES" (13).

#### Paternalismo médico:

En el presente trabajo trataremos de documentar los "criterios clínicos operacionales" para tratar, e internar si fuera preciso, a los enfermos con TCA. Es decir utilizaremos argumentos CLINICOS consistentes para que las indicaciones y los procedimientos empleados resulten apropiados, es decir médica o clínicamente correctos. Pero la "dureza" de ciertas actuaciones (nutrición involuntaria -a veces coercitiva-, reposos vigilados -a veces con contención física o química-, restricciones de contacto exterior -sin teléfono, sin visitas.-, movilidad restringida, control sobre el ocio -horarios, no leer ciertas publicaciones.-, uso de determinados fármacos, etc.) hace indispensable una justificación moral (además de legal).

En todo cuanto sigue postularemos la tesis de que en pacientes con graves TCA,s es éticamente aceptable intervenir terapéuticamente aun en contra de sus deseos. La cuestión es si eso es "paternalismo" o claramente "buena práctica clínica" en situaciones de necesidad.

El término paternalismo hace referencia a la distorsión unilateral de una relación, tratando o gobernando a otros con autoridad y dominio moral invocando la supuesta incapacidad de éstos. Dworkin lo definió como "la interferencia con la libertad de acción de una persona, justificada por razones referidas exclusivamente al bienestar, al bien, a la felicidad, a las necesidades, a los intereses o a los valores de la persona a la que se fuerza (14). Para otros autores como Childress se debe cuestionar que el paternalismo siempre deba enten-

derse como "beneficencia coercitiva" pues sería un "rechazo a aceptar o consentir los deseos, opciones y acciones de otra persona, por el propio beneficio de esa persona (15). En definitiva sería decidir por otro apelando a que quien decide puede hacerlo mejor.

Existe una fuerte polémica al respecto. Así, Gert y Culver aseguran que el paternalismo implica la violación de la norma moral que obliga a respetar la autodeterminación de las personas (16, 17, 18). Estos autores señalan que en su "catálogo" de "reglas morales" estarían "no matar", "no causar daño"...y "no privar de libertad o de oportunidad". Sin embargo señalan que "violar" una regla moral no siempre es inmoral, incluso "a veces es moralmente correcto hacerlo". Como autores enfrentados a la posición de Gert y Culver, destacan Clements y Sider que ponen en duda la "universalidad" de las reglas morales, el criterio de la "racionalidad" al elegir (que suele confundirse con "creencias"), etc. (19).

Si nos centramos en los TCA,s, siguiendo a Gert y Culver, la actuación médica podría considerarse moralmente mala por forzar la alimentación, invadir el ámbito privado (incluso íntimo) de los pacientes, obligar a un ingreso hospitalario, etc. En todo caso debería haber una JUSTIFICACION para actuar así.

En este sentido, Silber justifica un paternalismo médico con adolescentes afectados de TCA,s y con abuso de drogas y alcohol (20). Se fundamenta en dos puntos:

- a) en menores, el principio de protección de la vida tiende a poseer un mayor valor que el de autonomía.
- b) hay evidencias razonables, en esos casos, que señalan una deficiente capacidad o competencia del menor para tomar decisiones plenamente autónomas.

De este modo nos vamos acercando a la cuestión clave: ¿hasta dónde llega la autonomía del paciente y el respeto que nos merecen sus opiniones, y en qué circunstancias pueden y deben imponérsele otros criterios contrarios a su voluntad que vayan en su mayor beneficio? (21). Debemos recordar, con Shields y Johnson, que con el criterio de "mayor beneficio" se puede forzar un tratamiento no deseado o, a la inversa, denegar uno que se desea.

Los enfermos, habitualmente adolescentes, con TCA,s son tratados generalmente de forma ambulatoria aunque a veces se hace necesaria la hospitalización. Los problemas éticos aparecen cuando existe un fuerte rechazo al compromiso o contrato terapéutico o al internamiento cuando éste es preciso. En la práctica suelen darse:

- a) el paciente y sus padres aceptan el tratamiento.
- b) el paciente rechaza el tratamiento que desean y solicitan los padres.
- c) el paciente quiere un tratamiento que los padres rechazan.
- d) el paciente y los padres rechazan el tratamiento.

El primer caso no plantea conflictos y simplemente debemos disponer preceptiva y cautelarmente del consentimiento informado. En el segundo caso estamos claramente ante el problema del paternalismo Para Fost (22), se tendrían que considerar varios aspectos

para justificar éticamente la intervención médica contra los deseos del paciente con TCA,s:

- a) es inminente que ocurra daño físico (o psíquico).
- b) la intrusión probablemente protegerá al paciente contra el daño.
- c) es muy posible que la persona afectada lo agradezca posteriormente.
- d) es posible generalizar la intrusión en el sentido de que aquellos que la apoyan desearían lo mismo para sí.

Al margen de lo ético (o mejor junto a ello) en el aspecto legal deberá actuar la autoridad judicial al ir contra la voluntad del paciente.

En el tercer caso lo que impera es el principio de que la patria potestad o tutela no pueden ejercerse nunca en perjuicio del tutelado; por ello deberá mediar la autoridad judicial.

En el cuarto supuesto primará la correcta evaluación por el médico para determinar si la gravedad y progresión de la enfermedad requieren de la intervención judicial.

Dicho todo lo que antecede, parece que el paternalismo médico quedaría justificado SOLAMENTE cuando el daño (físico o psíquico) que se evita a la persona es mayor que el perjuicio causado por transgredir la norma moral (mediante ingreso forzoso, ruptura de la confidencialidad, invasión de la privacidad-intimidad...). En todo caso el paternalismo no se justifica universalmente. Siempre deberá demostrarse, EN CADA CASO CONCRETO, que deben concurrir varias premisas: excepcionalidad de la terapia elegida, urgencia del proceder médico, alternativa más idónea y todo realizado en pro del "mayor beneficio" o "mejor interés" del paciente.

Por otra parte el paternalismo, no siempre justificado, debe adoptar límites o grados. Un adolescente, según sea su grado de madurez, puede expresar sus preferencias y aceptar o rechazar los actos médicos que se le proponen (23). Cuestión distinta es que hayamos de tener en cuenta su negativa a colaborar sobre todo si ésta atenta gravemente contra su vida, su salud o su integridad psicofísica (24, 25, 26). Aquí hay que afinar mucho sobre la competencia o capacidad del menor para tomar decisiones razonables y sensatas, donde hay que valorar el papel de la familia, y donde la información suministrada al paciente acerca de su proceso y alternativas terapéuticas debe ser lo más rigurosa y amplia posible. Por ello, siguiendo a Gracia, una mejor definición del paternalismo sería: "es el rechazo a aceptar o consentir los deseos, opciones y acciones de las personas que gozan de información suficiente y capacidad o competencia adecuada, por el propio beneficio del paciente" (27).

Así las cosas, el paternalismo en el cuidado de pacientes con TCA,s sería "beneficencia". Esta beneficencia no paternalista lleva al médico, moralmente, a prestar toda ayuda posible al enfermo buscando su mayor bien cuando la validez y autenticidad del consentimiento informado resultan imposibles. En la relación médico-paciente ambos tienen una responsabilidad moral; aquí el médico deberá discernir hasta donde llega en su "beneficencia" sin caer en un paternalismo atentatorio a la autonomía del paciente (28). También para el paciente y su familia será difícil definir hasta dónde se

implican en la toma de decisiones médicas cuando los momentos de la enfermedad resulten más conflictivos (29).

### Consentimiento informado:

Lo que se viene llamando "consentimiento informado", derecho del enfermo a recibir información veraz y suficiente sobre el diagnóstico de su enfermedad y las alternativas terapéuticas, se ha ido desarrollando en este siglo en el derecho anglosajón. En España, es en 1986, cuando este derecho se positiviza en la Ley General de Sanidad (30).

El consentimiento informado queda englobado en el "derecho a la información sanitaria", concepto mucho más amplio y del que aquí no nos ocuparemos. Tan solo debemos recordar que el médico, educado en la tradición hipocrática, ha sido poco dado a informar al paciente. Ha primado en él, el "paternalismo" al que ya nos hemos referido. Este "hábito profesional" se fue replanteando después de la segunda Guerra Mundial con los llamados derechos de tercera generación (económico-sociales). El derecho a la protección de la salud y el de autodeterminación de la persona exigirán una participación activa del enfermo en las decisiones médicas sobre su enfermedad. Podríamos decir que las decisiones médicas ya no serán "asunto exclusivo" del médico.

Según la doctrina del Tribunal Supremo, el consentimiento informado sería "informar al paciente, o en su caso a los familiares, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento debe esperarse, y de los riesgos que del mismo pueden derivarse". Existen varias sentencias al respecto. En todas ellas se establece que es una obligación exigible al profesional de la medicina y que forma parte integrante de la "lex artis", cuyo incumplimiento determina por sí mismo la obligación reparadora (Sentencias del T.S. de 22-10-93, 17-01-94 y 24-04-94).

Simón y Concheiro, citan en su trabajo (31) el Manual de Ética del Colegio de Médicos Americano, de 1984, que señala: "El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente".

Por su parte, Cerrillo (citado por Bueno) entiende por consentimiento "el acuerdo de dos voluntades". Bueno (32), citando a Ruggiero y Kessler habla del "encuentro de dos declaraciones de voluntad que, partiendo de dos sujetos diversos, se dirigen a un fin común y se unen" y "la declaración de la conformidad de la voluntad de la persona consentidora con el acto voluntario del otro".

El consentimiento de una persona o la conducta de otra, en cuanto acto que puede producir consecuencias de orden jurídico, es un "acto jurídico", y, como tal, ha de reunir unos requisitos mínimos. Teniendo en cuenta nuestro Código Civil (arts. 1261 y ss.) (33), los

requisitos esenciales del consentimiento serían:

- capacidad: aptitud de las personas para realizar actos con transcendencia jurídica.
- titularidad: quien consiente ha de ser titular del bien jurídico o derecho del que dispone con su acto, porque "nadie puede dar (o renunciar) lo que no tiene".
- libertad: el consentimiento supone la concurrencia de dos libres voluntades sobre un mismo objeto. no habrá libertad si el consentimiento se presta con vicios de la voluntad: error esencial, violencia física, intimidación y engaño.
- forma: el consentimiento debe manifestarse externamente.
- tiempo: el consentimiento debe concurrir en el momento de la realización de la acción típica.

Hay que señalar que consentimiento, objeto (cosa sobre la que recae la acción de los sujetos) y causa (fin o motivo de un acto) son las bases de los contratos. Debe recordarse ésto cuando se plantea el tema del "contrato terapéutico".

De la definición dada por el Manual de Etica precitado pueden destacarse en cuanto al contenido y alcance del consentimiento:

a) la información para el consentimiento no debe ser manipulada.

b) la información debe ser suficiente. La doctrina actual tiende a que sea "la mayor posible". Simón y Concheiro, recogiendo la teoría estadounidense señalan al respecto:

- \* descripción del procedimiento propuesto, tanto de sus objetivos como de la manera en que se llevará a cabo.

- \* riesgos, molestias y efectos secundarios posibles.

- \* beneficios del procedimiento a corto, medio y largo plazo.

- \* posibles procedimientos alternativos. Explicación de ellos y de la elección realizada.

- \* efectos previsibles de la no realización de ninguno de los procedimientos posibles.

- \* comunicación al paciente de la disposición del médico a ampliar toda la información si lo desea, y a resolver todas las dudas que tenga.

- \* comunicación al paciente de su libertad para reconsiderar en cualquier momento la decisión tomada.

En cuanto a los riesgos del procedimiento, Cobreros (34) señala que la obligación de informar no se extiende a los riesgos excepcionales, sino a los típicos o normalmente previsibles en función de la habitual experiencia y de los resultados estadísticos.

c) información comprensible para el paciente, clara y sencilla, adaptada a su nivel cultural.

d) destinatario: será el paciente. Si éste es menor de edad o incapacitado habrá de informarse convenientemente a quienes sean sus representantes legales conforme a las normas de derecho civil, pero sin que ello libre al médico o equipo sanitario del deber e facilitar al menor e edad o incapacitado toda aquella información que sea capaz de asimilar según su grado de madurez.

Desde el punto de vista legal, los apartados 4 y 5 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad, son los que se ocupan del consentimiento informado:

Apartado 4: recoge el derecho de todo ciudadano

no "a ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se apliquen, pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario".

Apartado 5: recoge el derecho del paciente "a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento".

Además de en la Ley General de Sanidad, la información para el consentimiento es tema que figura en otras normas jurídicas como legislación de trasplantes, reproducción asistida humana, etc. También, aun sin tener carácter de norma legal estricta, en el Código Deontológico Médico de 1990 (35) en sus artículos 10, 11 y 12.

Desde el punto de vista jurisprudencial destaca la sentencia ya citada de abril de 1994 (Art. 3073) de la Sala Primera del Tribunal Supremo, citada por Beltrán (36). Sobre los procedimientos curativos señala: "informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre, claro está, que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede normalmente esperarse, de los riesgos que del mismo, especialmente si éste es quirúrgico, pueden derivarse y, finalmente, y en el caso de que los medios de que se disponga en el lugar donde se aplica el tratamiento puedan resultar insuficientes, debe hacerse constar tal circunstancia, de manera que, si resulta posible, opte el paciente o sus familiares por el tratamiento del mismo en otro centro médico más adecuado". La sentencia obliga, además, a informar al paciente, en el supuesto de que opte por abandonar el tratamiento, de los riesgos que tal opción puede comportarle. En relación a procesos no curativos, se dice: "...De ahí que esta obligación que, repetimos, es todavía de medios, se intensifica, haciendo recaer sobre el facultativo, no ya solo, como en los supuestos de medicina curativa, la utilización de los medios idóneos a tal fin, así como las obligaciones de informar ya referidas, sino también y con mayor fuerza aún, las de informar al cliente -que no paciente- tanto del posible riesgo que la intervención, especialmente si ésta es quirúrgica, acarrea, como de las posibilidades de que la misma no comporte la obtención del resultado que se busca, y de los cuidados, actividades y análisis que resulten precisos para el mayor aseguramiento del éxito de la intervención".

Por otro lado, la sentencia de 23 de abril de 1992 (Art. 3223) de la Sala Primera del Tribunal Supremo, citada también por Beltrán, habla de "una información objetiva, veraz, completa y asequible".

#### Materialización de la información:

En la información individualizada al paciente o usuario de un servicio sanitario sobre acciones curativas o no curativas, consentimiento informado en definitiva, destaca el uso de formularios escritos, con el fin de proteger legalmente a los profesionales sanitarios de posibles denuncias por falta de información al paciente. El impreso escrito es el medio más idóneo para probar que se dio información. No obstante, teniendo en cuenta

ta la Ley General de Sanidad, es fácil prever que no es suficiente con "firmar un papel y basta". La información se irá pues dando a lo largo de todo el proceso terapéutico y se plasmará en el Informe de Alta Hospitalaria o en el Informe de Consulta Externa.

Vemos por lo tanto, que el diálogo continuado médico-paciente, es elemento IMPRESCINDIBLE para que se dé por cumplido el deber de información (37). En todo caso, el cumplimiento de la norma se debe traducir en la necesaria entrevista con el paciente (dejando constancia por escrito), firma del informador y el paciente y fecha en la que el paciente manifiesta su voluntad de someterse a tratamiento. Dejar constancia escrita e informar "con antelación suficiente" son elementos clave del consentimiento.

## 2.-TRATAMIENTO FORZADO EN LOS TCA,s. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Lo primero que llama la atención en este tema es la escasez de referencias bibliográficas, particularmente en textos. Algunos de Psiquiatría Legal como los de Delgado (38), Bluglass (39), García Andrade (40), Cabrera (41) o Marcó (42), no hacen referencia al tema o tan solo de pasada.

Existen citas bibliográficas diversas más o menos relacionadas con el tema. Así, Missliwetz et al. (43), a propósito de dos casos de muerte súbita con grave atrofia miocárdica señalan las posibles consecuencias legales del tratamiento de la anorexia nerviosa sin previo consentimiento informado. Allen et al. (44), han estudiado el modo de informar a la familia (dejan implícito la obligatoriedad de dicha información), verbalmente, con técnicas de vídeo o por escrito, y no encuentran diferencias en cuanto a las preferencias de enfermos y familiares. Vanesy (45), nos recuerda los pasos a seguir en la información para el consentimiento: seleccionar la información que precisa el paciente, determinar la comprensión de esa información por parte del mismo y dialogar con él para asegurarnos de que es capaz de adoptar una decisión. Deutsch (46), hace hincapié en que se informe de las consecuencias de rechazar un tratamiento en concordancia con la Declaración de Lisboa: "el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar tratamiento después de recibir adecuada información".

Sobre "tratamiento forzado" hay trabajos bastante controvertidos. Hébert y Weingarten (47), sostienen la tesis de que "la alimentación forzada en anorexia nerviosa es habitualmente apropiada si los pacientes están en riesgo de muerte inminente o inanición, pero si una vida de sufrimiento se mantiene sólo con medidas cada vez más agresivas puede ser correcto no llevarla a cabo". A estos autores replica Eike-Henner Kluge (48), cuyas argumentaciones vamos a defender al fijar unos "criterios clínicos operacionales para el tratamiento forzado". Parece que la "clave" del problema está en que el "sistema de valores" en los pacientes con TCA,s difiere de modo importante del resto de la población. Los enfermos pueden sentirse bien (y perfectamente competentes) en muchas ocasiones pero cuando se tocan algunos aspectos (alimentación, comida, imagen corporal...) llegan a convertirse en "incompetentes" al atender claramente contra su salud y su vida. Sus constantes cambios en sus cogniciones hacen variar continuamente sus criterios sobre el tratamiento (aceptación, luego rechazo, aceptación con

"condiciones", etc.). El trabajo de Hébert y Weingarten ha sido atacado por otros autores como Goldner, McKenzie y Kline (49). Señalan que el pronóstico de los TCA,s siempre resulta incierto existiendo casos de recuperación tras más de 10 años de grave enfermedad (defienden por ello la necesidad de utilizar siempre todos los instrumentos terapéuticos) siendo la respuesta al tratamiento un proceso evolutivo más que un acto puntual. Leichner (50), indica que las recaídas, los trastornos de personalidad asociados y las alteraciones familiares son frecuentes en los TCA,s así como el rechazo al tratamiento en virtud, sobre todo, de la distorsión de la imagen corporal. En función de todas estas dificultades, defiende la realización de un tratamiento especializado. Por su parte, Muckle (51) señala que los TCA,s serían un ejemplo de "trastorno emocional" que puede llevar a la muerte y sobre el que el paciente no tiene control. En este sentido se pregunta porqué sería aceptable permitir la muerte de estos pacientes (sin forzar tratamiento) y no, por ejemplo, la de un esquizofrénico con ideación suicida. Tiller et al. (52), defienden la legalidad del tratamiento forzado, particularmente la alimentación, como algo que "forma parte" del tratamiento de estos trastornos. Roberts (53), argumenta que la distorsión de la imagen corporal en los TCA,s "hace a una persona inteligente y sensible, incapaz de una elección racional en este área".

En fin, Russell recuerda que el tratamiento de los TCA,s debe asentarse siempre en los principios éticos de beneficencia, autonomía, no maleficencia, justicia y utilidad (54).

En la práctica clínica en relación con los TCA,s se nos van a plantear dos situaciones importantes:

+ necesidad de un internamiento: con la Ley 13/1983 se abandona el concepto de "peligrosidad" como algo unido a la enfermedad mental. El Decreto de 1931, hasta entonces vigente, no contemplaba la intervención de los jueces. Los internamientos podían ser por "voluntad propia", "indicación médica" u "orden gubernativa". El art. 211 (derogado) de nuestro Código Civil señalaba unos requisitos para el internamiento:

- previa autorización judicial  
SALVO
- urgencia: en este caso se dará cuenta en un máximo de 24 horas.

En la actualidad, el INTERNAMIENTO NO VOLUNTARIO POR RAZÓN DE TRASTORNO PSÍQUICO, viene regulado en el Art. 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

La Ley Orgánica 1/1996 (55), de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (BOE nº 15, de 17 de enero de 1996) así como la Ley 1/2000, señalan claramente estos aspectos. En la práctica habitual en TCA,s, el 90% de los casos de necesidad de ingreso constituyen una urgencia ante dos situaciones que hacen del ingreso "involuntario":

- el paciente dice expresamente que no quiere el ingreso.
- el paciente no está en condiciones de decidir.
-

Si se trata de menores, siguiendo la Ley 1/1996, se exige siempre:

- autorización judicial.
- establecimiento adecuado a la edad del menor.
- informe previo de los servicios de asistencia al menor.
- \* tratamiento ambulatorio: ya vimos que en la práctica pueden darse cuatro situaciones:
  - a) el paciente y sus padres aceptan el tratamiento (incluido un ingreso).
  - b) el paciente rechaza el tratamiento que desea y solicitan los padres.
  - c) el paciente quiere un tratamiento que los padres rechazan.
  - d) el paciente y los padres rechazan el tratamiento.

Recordemos que el primer caso no plantea conflictos y simplemente debemos disponer del consentimiento informado. En el segundo caso estaríamos claramente ante el problema del paternalismo y vimos los criterios de Fost para justificar éticamente la intervención médica contra los deseos del paciente con TCA,s. Legalmente debería actuar la autoridad judicial al ir contra la voluntad del paciente.

En el tercer caso lo que impera es el principio de que la patria potestad o tutela, cuando se trata de menores o incapacitados, no pueden ejercerse nunca en perjuicio del tutelado; por ello deberá mediar la autoridad judicial.

En el cuarto supuesto primará la correcta evaluación por el médico para determinar si la gravedad y progresión de la enfermedad requieren de la intervención judicial.

#### **Problemática del tratamiento de los TCA,s. Necesidad de consentimiento:**

El tratamiento de estos pacientes puede ser, básicamente, hospitalario o extrahospitalario (incluyendo ingreso domiciliario, consulta ambulatoria o unidad de día).

En principio, el modelo ambulatorio se reservaría para pacientes motivados, con buen apoyo familiar, que no pierden peso rápidamente (o que su pérdida no supera el 30%) y cuando se puede asegurar un control médico continuado. La situación ideal sería la de "el paciente y sus padres (caso de menores) aceptan el tratamiento". El "ingreso domiciliario" se indica, por ejemplo, en recaídas de sujetos previamente hospitalizados, sin riesgo importante y con familia muy colaboradora y competente. Sólo es planteable en la situación señalada anteriormente. El ingreso hospitalario se reserva para cuando criterios médicos, familiares o psicológicos así lo exigen. En todo caso nos encontraremos con todos los casos (a, b, c, d) previamente citados.

Para la información de cara al consentimiento para el tratamiento de los TCA,s debemos considerar los principales riesgos en estos pacientes:

- depresión inmunitaria (en general de poca relevancia clínica).
- anemia (bastante frecuente pero generalmente de poca gravedad).
- amenorrea: de prolongarse más de un año constituye un motivo de preocupación al correlacionar

con pérdida de masa ósea.

- pérdida de masa ósea, a veces de hasta el 60%, con riesgo de fracturas.
- vaciamiento gástrico enlentecido.
- vómitos: con frecuentes esofagitis (riesgo de sangrado) y peligro de aspiraciones.
- estreñimiento, a veces pertinaz. debe considerarse a la hora de usar ciertos fármacos.
- alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base en pacientes vomitadoras, con abuso de laxantes, diuréticos o enemas.
- bradicardia e hipotensión frecuentes, a veces severas. Se ha descrito atrofia miocárdica con grave peligro en la realimentación (por aumento de las demandas metabólicas).

Al margen de otras muchas alteraciones, quizá sean éstas las que hemos de tener en cuenta al plantear el tratamiento. La base del mismo es, en muchos casos, la realimentación y la reorganización de hábitos alimentarios. con la realimentación pueden aparecer complicaciones, especialmente en pacientes muy desnutridos y con muy bajo peso o cuando la realimentación se hace muy rápido.. pueden aparecer distensión y dolor abdominal por atonía gástrica y puede llegarse a la dilatación gástrica aguda y la perforación. También pueden aparecer edemas (de escasa relevancia), cuadros de estreñimiento/diarrea y el fallo cardíaco ya comentado.

Desde el punto de vista del consentimiento, hemos de advertir de todos estos riesgos. además, se plantea una cuestión fundamental: aun en los casos más favorables al tratamiento ("paciente y familia lo aceptan") es frecuente que en pocos días surja un rechazo a la progresiva realimentación y los pacientes se opongan aludiendo a la "exagerada cantidad de comida" (independientemente de su peso y del aporte calórico establecido). Conviene señalar esto pues los criterios de normalidad en cuanto a cantidad de alimentos están sesgados en estos pacientes y no van a coincidir con los criterios médicos de normalidad. Es preciso, pues, clarificar este punto en la información para el consentimiento. Otra cuestión es la referente al peso. En principio cualquier paciente tiene derecho en todo momento a conocer su peso (al igual que sus cifras de colesterol, el resultado de su exploración radiológica...). Pues bien, el miedo a ganar peso, a no perderlo, a unas determinadas cifras de peso, etc., son parte integrante del cuadro clínico de estos pacientes. Al respecto hay autores partidarios de informar a los pacientes del peso (trabajando incluso con ello) y otros que consideran que hacerlo resulta casi yatrogénico (por el agravamiento psicológico que supone hablar de algo que refuerza una temática de carácter obsesivo). En todo caso, sea cual sea la postura clínica al respecto, es algo que habrá que dejar claro desde el principio como parte del contrato terapéutico.

Sobre el abordaje psicoterapéutico y de la familia convendría clarificar cómo, cuando y cuanto. Aquí, cabe considerar el tema de la "yatrogenia en psicoterapia". Otro tema fundamental es el del tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en estos trastornos. Destacan por su prevalencia los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y los trastornos afectivos y de personalidad.

En relación a la comorbilidad deben considerarse algunos aspectos del abordaje psicofarmacológico:

- el uso de antidepressivos tricíclicos debe po-

nerse en relación con los posibles efectos secundarios y los problemas ya señalados anteriormente: estreñimiento, dificultad para el vaciamiento gástrico y posibles alteraciones del ritmo cardíaco entre otros. Si es necesario el tratamiento antidepresivo se deberían considerar otras alternativas (ISRS, IRSN...) en función de cada caso.

- la utilización de benzodiazepinas como ansiolítico debe valorarse en cuanto al potencial de dependencia con alto riesgo de adicción. En algunas Unidades especializadas en el tratamiento de estos trastornos, se prefiere el uso de neurolépticos de perfil sedativo a dosis bajas.

- en cuanto a los neurolépticos, el más usado ha sido la clorpromacina, por su poder ansiolítico-sedante. En todo caso hay que informar de los efectos adversos de esta sustancia: disminuye la tensión arterial, puede agravar una leucopenia, reduce el umbral convulsivo, puede provocar reacciones discinéticas y es capaz de desencadenar episodios bulímicos.

- las sales de litio son necesarias en ocasiones. Además de los estudios previos habituales obligados con su uso, deberemos informar de sus riesgos especialmente en pacientes que a veces presentan importante deterioro orgánico.

En régimen de hospitalización se van a dar problemas bastante característicos en el tratamiento de los TCA,s. Por ejemplo, la necesidad de alimentación por sonda o por vía endovenosa. Las posibles complicaciones de estas modalidades (lesiones provocadas por la sonda, flebitis...) deberán advertirse. Por otro lado, no lo olvidemos, se hará muchas veces contra la voluntad del paciente. En la hospitalización suele restringirse la actividad física (al menos algún tiempo) y a veces se hace necesario un reposo en cama obligado durante todo el día. Se considerará la posible aparición de úlceras de decúbito, posibles infecciones...y debemos recordar que muchas veces es contra los deseos del paciente. Conviene informar sobre los aspectos del "plan de vida" de los pacientes durante la hospitalización pues suelen tomarse medidas como la restricción de visitas (a veces se ha llegado al aislamiento o "parentectomía"), de salidas, etc. Además es frecuente que haya que adoptar otras normas (sobre todo frente a conductas purgativas) como tener el baño cerrado o ir al baño acompañado.

Particularizando en la bulimia nerviosa hay que hacer especial referencia a dos hechos:

- la presencia de alteraciones hidroelectrolíticas es a veces grave y las complicaciones cardíacas pueden ser frecuentes. Se deberán constatar los posibles riesgos del uso de algunos psicofármacos.

- en estos pacientes, más que realimentación (muchas veces se trata de pacientes normopeso) se hace un "puesta en orden de su alimentación". Hay que regular horarios de comidas, frecuencia, lugar, tipo de aporte, etc., la mayoría de las veces contra los deseos del paciente.

De alguna manera todo el tratamiento de estos pacientes es CONTRA la voluntad. Son los "pacientes del NO": no quiero comer, no quiero ganar peso, no quiero hacer reposo, no quiero dejar tal o cual actividad, no quiero medicación, NO....y siempre (o casi siempre) hay que "obligarles" a comer, guardar reposo, tomar su medicación....

El tratamiento "obligado", contra la voluntad o coercitivo supone en primer término una crisis en la alianza o

relación terapéutica que implica, entre otras cosas, que el médico se responsabiliza de la salud del paciente y mientras la relación persista está obligado a la mejor atención técnica y ética. La alianza terapéutica es, ante todo, una relación de confianza con dos premisas: colaborar juntos para combatir el trastorno motivo de consulta.

Al entrar en crisis la relación terapéutica se plantea el tema de cuándo termina la obligación ética del médico. La respuesta no parece difícil: la obligación ética de asistencia cesa cuando el paciente (competente) rechaza el tratamiento propuesto. Si el paciente, en virtud de edad o de patología, no es competente persistirá la obligación de asistencia. Si lo que se plantea es una necesidad de internamiento estaremos a lo fijado en el ya referido art. 763.

Gisbert (56), señala que el principio de la necesidad del consentimiento para todo acto médico, tiene algunas excepciones: cuando el paciente deja al médico como juez absoluto de la situación, cuando el paciente consiente para una intervención y en el transcurso de la misma surge la necesidad de otra con riesgo vital y siempre que haya imperiosa necesidad de actuar. El mismo autor indica que el consentimiento adquiere especiales connotaciones en "menores y enfermos mentales", entre otros.

Ya dijimos que muchos paciente con TCA,s son menores. Al respecto dice Gisbert:

- si el menor es capaz de discernir, no deberá pasarse sin su consentimiento. Volvemos al tema de la madurez.

- si no lo es, nos atenderemos a lo relativo a la patria potestad.

- si es huérfano, el consentimiento lo dará el tutor.

- si hay controversia, decidirá la autoridad judicial.

En el tratamiento de los TCA,s no solo se hace una alimentación más o menos forzada, se dan más o menos psicofármacos o se pone una sonda cuando ello es necesario. Ya dijimos que en la hospitalización (y en menor medida en régimen ambulatorio) se establece un estricto "plan de vida". Al programar esto debemos recordar algo sobre los derechos de la personalidad. En ellos se distinguen los derechos relativos a la esfera corporal o físicos de la persona y los derechos sobre la esfera espiritual o moral de la persona (57). Entre los primeros estarían el derecho a la vida, a la integridad física y el derecho, sobre las partes separadas o separables del propio cuerpo. En el segundo grupo el derecho a la libertad, el derecho al honor, a la propia imagen, derecho al nombre y derecho moral de autor. Desde el punto de vista legal merece la pena recordar la Ley Orgánica de 5 de mayo de 1982 de "Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen". Se habla en ella de la intromisión en el ámbito protegido y del consentimiento para tal intromisión. Cuando se trate de menores o incapaces deben prestar ellos mismos el consentimiento "si sus condiciones de madurez lo permiten". Es decir si tienen una capacidad de discernimiento y un control de su voluntad que permita suponer que conocen la trascendencia de su decisión, saben lo que quieren y quieren lo que saben. ¿Es capaz una paciente bulímica de entrar sola en la cocina o en el baño y elegir li-

brememente tener o no tener un atracón, vomitar o no hacerlo?. En la pérdida de control que supone un atracón ¿está íntegra la capacidad volitiva del paciente?. ¿Es libre una paciente que elige "no comer más" cuando hay un miedo fóbico (y por ende irracional) a la comida?. En todo caso ante posibles controversias deberá mediar la autoridad judicial.

### 3.-CRITERIOS CLINICOS OPERACIONALES PARA EL TRATAMIENTO FORZADO EN LOS TCA,s.

Vamos a ir viendo las cuestiones de mayor interés de cara a un posible tratamiento "forzado".

- **DESNUTRICION:** bien sea por ayunos y conductas alimentarias muy restrictivas o bien por el "desorden" alimentario de estos pacientes, no es infrecuente encontrarnos con diferentes grados de desnutrición. Es bien conocido todo el cortejo sintomático que conlleva la realización de dietas y/o las nutriciones hipocalóricas desde el conocido estudio de Keys y cols. en 1950 (58):

- cambios cognitivos: alteraciones de la capacidad de atención-concentración.
- en relación con la alimentación: ideación de matiz obsesivo respecto a la comida, conductas de sobreingesta y mezclas extrañas de alimentos. También mayor uso de condimentos e ingesta de bebidas estimulantes.
- estado de ánimo: ánimo depresivo, irritabilidad y ansiedad.
- área social: tendencia al aislamiento y desinterés sexual.
- cambios somáticos: alteraciones del sueño, trastornos intestinales, escalofríos y picor en extremidades.
- cambios metabólicos: disminución general del gasto energético con reducción de temperatura, ritmo respiratorio y cardíaco.

Es fácil comprender que sin corregir las alteraciones conductuales frente a la comida no es posible hablar de tratamiento de los TCA,s. ¿Qué tratamiento sería el que no abordara expresamente los ayunos, restricciones, rechazos selectivos de alimentos, prevención conductual de los atracones...?. La reorganización alimentaria de estos pacientes es elemento obligado del proceso terapéutico. Naturalmente en muchos casos será "contra la voluntad del paciente": ingerir un determinado aporte, no entrar en la cocina, aumentar en X kilos la cifra de peso....., serán habitualmente aspectos rechazados del tratamiento. Una relación adecuada médico-paciente, el correspondiente contrato terapéutico y el consentimiento informado serán elementos imprescindibles.

**MEDICACION:** nadie duda hoy de que, a diferencia de en la anorexia, el tratamiento farmacológico ocupa un lugar destacado en el abordaje de la bulimia. Parece que el tratamiento correcto consiste en asociar la psicoterapia y la farmacoterapia en un programa formal de modificación de conducta (59). Por otra parte la comorbilidad psiquiátrica en bulimia nerviosa es muy importante en este punto. La existencia de trastornos depresivos, graves trastornos de personalidad (tipo límite por ejem-

plo), descontrol de impulsos, etc. hacen que la valoración de abordaje farmacológico sea de sumo interés en bulimia. En todo caso ya quedó comentada la necesidad de una adecuada información al respecto. Son muchas las pacientes bulímicas que rechazan la medicación o son poco responsables en su toma. El seguimiento riguroso del tema es pues algo obligado. En anorexia la comorbilidad (trastornos de ansiedad, depresión....) exige en muchas ocasiones el uso de psicofármacos.

**COMPLICACIONES MEDICAS:** al margen de mayores o menores grados de desnutrición encontramos:

- alteraciones hidroelectrolíticas: fruto de las diferentes conductas purgativas y de mayor o menor gravedad según características e intensidad de ellas. Es frecuente encontrarnos cierto grado de deshidratación, deplecciones de cloro y sodio en pacientes vomitadoras, deficiencias de potasio en pacientes que abusan de laxantes y deficiencias de cloro, sodio y potasio en pacientes que utilizan diuréticos, con deplecciones diferentes según la sustancia utilizada.

La presencia de todos los síntomas que se citan a continuación indicaría aproximadamente una pérdida de agua superior al 25% y justificaría un tratamiento "forzado": oliguria, ojos hundidos, sequedad de mucosas, signo del pliegue cutáneo, persistencia del rodete muscular y fiebre. Junto a ello, en la analítica, un aumento del valor hematocrito, de la cifra total de proteínas, densidad aumentada en la orina y concentración uréica aumentada asimismo en orina.

Sobre las hipocloremias, sería moderada una cifra entre 90-95 mEq/l, algo más grave entre 80-90 y requeriría tratamiento urgente una cifra de cloro en sangre por debajo de 80. Los signos clave en la hipocloremia son la hipotensión arterial y la paresia intestinal que puede llegar al íleo.

La hiponatremia es moderada con cifras de sodio entre 130 y 138 mEq/l, grave entre 125 y 130 y muy grave por debajo de 125. También estas situaciones de gravedad serán motivo de inmediato abordaje. Los signos característicos son: fibrilaciones musculares y contracturas, mialgias y a veces convulsiones. También suele haber hipotensión (menos frecuente que en las hipocloremias). En cuanto a la hipopotasemia, es moderada entre 3-3.5 mEq/l, severa entre 2.5 y 3 y muy grave por debajo de 2.5. Clínicamente hay una hipotonía de fibra lisa y estriada que da lugar a severa astenia, pérdida de fuerza muscular y a veces parálisis. Suele haber hipo o arreflexia, paresia intestinal...pero tal vez lo más grave sea la afectación del músculo cardíaco. Se observan alteraciones de la repolarización (prolongación y depresión del espacio QT y disminución de la altura de la onda T). No hay estrecha correlación entre potasemia y signos en el ECG. En todo caso la parada cardíaca o de los músculos respiratorios son las causas más frecuentes de muerte. No es difícil señalar que la intervención médica debe ser obligada.

- complicaciones digestivas: esofagitis, rotura esofágica (en esfuerzos de vómito), dilataciones gástricas, reflujo gastroesofágico, estreñimiento o diarrea crónica, pancreatitis, etc., son patologías que con muy diferente prevalencia hallamos en los pacientes con



bulimia. Dependiendo de la gravedad de cada caso estará indicada una intervención médica "forzada".

- alteraciones neurológicas: los desequilibrios hidroelectrolíticos hemos visto que pueden dar lugar a cuadros convulsivos y síndromes epilépticos bien controlados pueden reactivarse por las alteraciones metabólicas de estos pacientes. También en estos casos debemos intervenir obligadamente.

- conducta sexual de riesgo: entre las pacientes bulímicas, existe un amplio número de casos con severas alteraciones en el control de impulsos que se manifiesta, entre otras áreas, en prácticas sexuales de riesgo. Cuesta mucho la prevención por sus "permanentes olvidos y descuidos" en la toma de anticonceptivos o en el uso del preservativo. Por ello hay autores que recomiendan el uso de anticonceptivos de depósito. Ya se comentó este punto a propósito del consentimiento informado en psiquiatría.

En fin hay otras complicaciones médicas como la hipertrofia parotídea o las alteraciones dentales de menor entidad de cara al tema que nos ocupa.

Hemos visto cómo los diferentes grados de desnutrición y la necesaria normalización de los hábitos alimentarios de estos pacientes hacen necesario un tratamiento que a veces deberá ser forzado. Por otro lado el uso de psicofármacos puede resultar imprescindible en muchos casos, por la propia frecuencia de los episodios bulímicos como por la comorbilidad presente. En cuanto a las complicaciones médicas queda claro que el tratamiento se hace no solo necesario sino muchas veces urgente.

Conviene también decidir en qué casos se hace OBLIGADA la hospitalización (por lo que nos atendremos a lo señalado en estos casos para los ingresos "no voluntarios"):

- patología alimentaria grave, por ejemplo atracones/vómitos de frecuencia diaria o importante desnutrición (pérdida de peso del 25% o el 30%).

- descompensación de un trastorno de personalidad que impida la realización del tratamiento, con evidente riesgo de agravamiento.

- comorbilidad psiquiátrica que tenga indicación, "per se", de ingreso (por ejemplo riesgo de suicidio) o haga difícil o imposible en ese momento el abordaje ambulatorio (por ejemplo un episodio depresivo grave).

- las graves alteraciones hidroelectrolíticas ya comentadas.

- alteraciones en los "signos vitales": hipotensión, bradicardia, hipotermia.

- infecciones.

- fracaso repetido en régimen ambulatorio.

- nulo soporte sociofamiliar o grave crisis familiar.

- presencia de abusos o dependencias de sustancias tóxicas. Psicosis tóxica.

- situación de "caos" cognitivo-emocional.

El tratamiento de los TCA,s asienta sobre tres pilares fundamentales:

- abordaje médico-psiquiátrico: reorganización de la alimentación y "plan de vida" conducente a normalizar los hábitos alimentarios son la clave en este contexto. Asimismo habría que considerar el abordaje farmacológico y la corrección de las diferentes complicaciones médicas.

- abordaje psicoterapéutico: la orientación cognitivo-conductual y la terapia interpersonal son, hoy en día, las de mayor aceptación.

- orientación familiar: absolutamente necesaria para el tratamiento con éxito de los TCA,s. Dentro del plan de vida, se llevan a cabo técnicas de control estímular, exposición con prevención de respuesta...y los familiares como "coterapeutas" son absolutamente necesarios. Por otra parte, pensamos que la alianza terapéutica no abarca sólo la relación médico-paciente, sino que debe ser un compromiso, médico-paciente-familia. Convencer a un paciente de la necesidad de SU tratamiento "por exigente que sea" es mucho más fácil con la ayuda de la familia. Esto queda mucho más patente en menores y adolescentes. En muchas ocasiones, la familia "presta" al paciente la conciencia de enfermedad que éste no tiene. Cuando hay colaboración y PARTICIPACION de la familia, los abandonos de tratamiento son escasos y muchos tratamientos que pudieran intuirse que acabarían siendo forzados se convierten en algo "duro pero aceptado".

El segundo pilar del tratamiento, la psicoterapia, merece alguna reflexión pues se trata de una actividad fundamental en el abordaje de los TCA,s. También aquí nos hacemos una pregunta: ¿es preciso el consentimiento informado en la psicoterapia?. Una de las principales cuestiones que llaman la atención es que en general no se han desarrollado protocolos de consentimiento informado en psicoterapia. Puede que la razón sea que no suelen presentarse en los tribunales demandas por uso negligente de la psicoterapia. Quienes trabajamos en equipo sabemos que quien indica una determinada dieta, obliga a guardar un reposo no deseado, pone medicación, indica un ingreso...es "el malo" sobre el que puede recaer el rechazo y la demanda. La persona que enseña técnicas de relajación, "escucha" al paciente o comenta con él su diario...es "el bueno" y generalmente todo es agradecimiento. Por otra parte, el consentimiento informado se ha limitado al ejercicio médico (es difícil objetivar la existencia de "daños" consecuentes a una psicoterapia). Incluso el término "psicoterapia" resulta poco claro: ¿qué es y qué no es psicoterapia?, ¿qué significa abordaje psicoterapéutico?, la relación médico-paciente o psicólogo-paciente ¿implica, per se, una psicoterapia?, ¿qué es y qué no es una técnica de psicoterapia?, etc. Estas y otras cuestiones están lejos de resultar claras.

Para abordar la necesidad del consentimiento para psicoterapia hay que partir de la idea de que en cualquier "acción psicoterapéutica", deben conjugarse un par de principios: la beneficencia y la autonomía. Este último debe adquirir un peso progresivamente relevante a medida que avance la acción terapéutica.

De cara al contrato terapéutico y consentimiento informado podemos distinguir dos situaciones:

- psicoterapia "en general": el paciente debe conocer:

\* objetivos.

\* técnicas a utilizar.

\* tipo de terapia.

\* alternativas.

\* duración estimada.

\* pronóstico "habitual".

- intervenciones específicas: en caso de someter al paciente a situaciones aversivas, exposiciones, prevención de respuesta, inundación...o bien cuando puede verse alterado el estado de conciencia (hipnosis), debe existir un protocolo específico al respecto.

Por último, cabe destacar que durante TODO el proce-

so terapéutico, el paciente debe estar permanentemente informado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Neinstein LS. Anorexia nervosa and Bulimia. In: Neinstein LS (ed.). *Adolescent Health Care, a practical guide*. Urban & Schwarzenberg, Baltimore-Munich, 1991; p. 485-502.
2. Piaget J. *El criterio moral en el niño*. Ed. Fontanella S.A. (1ª ed.). Barcelona, 1971.
3. Inhelder B, Piaget J. *Growth of logical thinking from childhood to adolescence*. Basic Books, New York, 1958.
4. Gardner W, Scherer D, Tester M. Assessing scientific authority, cognitive development and adolescent legal rights. *Am Psychol* 1989; 44: 895-902.
5. Kohlberg L. *Psicología del desarrollo moral*. Desclée de Brouwer (ed.). Bilbao, 1992.
6. García Failde JJ. *Manual de Psiquiatría Forense Canónica*. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca (2ª ed.). Salamanca, 1991.
7. Sigman GS, O'Connor C. Exploration for physicians of the mature minor doctrine. *J Pediatr* 1991; 119: 520-525.
8. King NMP, Cross AW. Children as decision makers: Guidelines for pediatricians. *J Pediatr* 1989; 115: 10-16.
9. Bender med consent in children. *Acta Paediatr, suppl.* 1994; 395: 58-61.
10. Holder A. *Legal Issues in Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2nd ed. Yale University Press. New Haven, 1985.
11. Shields JM, Johnson A. Collision between law and ethics: Consent for treatment with adolescents. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1992; 20 (3): 309-323.
12. Brehm SS. The effect of adult influence on children's preferences: compliance versus opposition. *J Abnorm Child Psychol* 1977; 5: 31-41.
13. Roberts E. Medicine and the law. Consent, refusal, and minors. *The Lancet* 1992; 340: 169-170.
14. Dworkin G. *Paternalism*. In: Wasserstrom (ed.). *Morality and Law*. Wadsworth Publishing Co. Belmont, California, 1971; p. 107-126.
15. Childress JF. *Who should decide? Paternalism in health care*. Oxford University Press, New York, 1982.
16. Gert B, Culver CM. Paternalistic behavior. *Philos Publ Affairs* 1976; 6: 45-57.
17. Culver CM, Gert B. The justification of paternalistic behavior. In: *Philosophy and Medicine. Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*. Oxford University Press, New York, 1982.
18. Culver CM, Gert B. Medical ethics. *JAMA* 1984; 252 (3): 345.
19. Clements CD, Sider RC. Medical ethics. *JAMA* 1984; 252 (3): 345-346.
20. Silber TJ. Justified paternalism in adolescent health care. *J Adolescent Health Care* 1989; 10: 449-453.
21. Plotkin R. When rights collide: parents, children, and consent to treatment. *J Pediatric Psychol* 1981; 6: 121-130.
22. Fost N. Food for thought: Dresser on anorexia. *Wisconsin Law Rev* 1984; 2: 375-384.
23. Ginsburg KR, Slap GB, Cnaan A, et al. Adolescent's perceptions of factors affecting their decisions to seek health care. *JAMA* 1995; 273: 1913-1918.
24. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding Forgo Life Sustaining Treatment*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1983.
25. Leikin S. A proposal concerning decisions to forgo life-sustaining treatment for young people. *J Pediatrics* 19
26. Lantos JD, Miles SH. Autonomy in adolescent medicine: a framework for decisions about life-sustaining treatment. *J Adolescent Health* 1989; 10: 460-466.
27. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Eudema Universidad. Madrid, 1989; p. 102.
28. Gracia D. *Procedimientos de decisión en Ética clínica*. Eudema Universidad (Textos de apoyo). Madrid, 1991; p. 140.
29. McCabe MA, Rushton CH, Glover J, Murray MG, Leikin S. Implications of the patient self-determination act: Guidelines for involving adolescents in medical decision making. *J Adolescent Health* 1996; 19: 319-324.
30. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
31. Simón P, Concheiro L. El consentimiento informado: Teoría y práctica (1). *Med Clin* 1993; 100: 659-663.
32. Bueno F. El consentimiento del paciente. En: Martínez-Calcerrada L. *Derecho Médico*. Ed. Tecnos S.A., Madrid, 1986.
33. *Código Civil*. Textos Legales Universitarios. 3ª ed. Madrid, 2001.
34. Cobreros E. Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud. *HAEE/IVAP* 1988; p. 275.
35. *Código Deontológico Médico*. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 1990.
36. Beltrán JL. La información en la Ley General de Sanidad y en la Jurisprudencia. *Derecho y Salud* 1995; 3 (2): 157-174.
37. Simón P. El consentimiento informado: Teoría y práctica (2). *Med Clin* 1993; 101: 174.
38. Delgado S (dir.). *Psiquiatría Legal y Forense*. Ed. Colex, Madrid, 1994.
39. Bluglass R, Bowden P. *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Churchill Livingstone (ed.). London, 1990.
40. García Andrade JA. *Psiquiatría Criminal y Forense*. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1993.
41. Cabrera J, Fuertes JC. *La enfermedad mental ante la ley*. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1994.
42. Marcó J, Martí JL, Pons R. *Psiquiatría Forense*. Salvat Editores S. A., Barcelona, 1990.
43. Missliwitz J, et al. Sudden death caused by anorexia nervosa. *Beitr Gerichl Med* 1991; 49: 343-352.
44. Allen KD, et al. Comparing four methods to inform parents about child behavior management: How to inform for consent. *Pediatr Dent* 1995; 17 (3): 180-186.
45. Vanesly BA. A clinician's guide to decision making capacity and ethically sound medical decisions. *Am J Phys Med Rehabil* 1994; 73 (3): 219-226.
46. Deutsch E. The right not to be treated or to refuse treatment. *Med Law* 1989; 7 (5): 433-438.
47. Hébert PC, Weingarten MA. The ethics of forced feeding in anorexia nervosa. *Can Med Assoc J* 1991; 144 (2): 141-144.
48. Kluge EH. The ethics of forced feeding in anorexia nervosa: a response to Hébert and Weingarten. *Can Med Assoc J* 1991; 144 (9): 1121-1124.
49. Goldner EM, McKenzie JM, Kline SA. The ethics of forced feeding in anorexia nervosa. *Can Med Assoc J* 1991; 144 (10): 1205.
50. Leichner P. The ethics of forced feeding in anorexia nervosa. *Can Med Assoc J* 1991; 144 (10): 1206.
51. Muckle TJ. The ethics of forced feeding in anorexia nervosa. *Can Med Assoc J* 1991; 144 (10): 1206.
52. Tiller J, Schmidt U, Treasure J. Compulsory treatment for anorexia nervosa: compassion or coercion. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 679-680.
53. Roberts E. Medicine and the law. Refusal of treatment by 16-year-old. *The Lancet* 1992; 340: 108-109.
54. Russel J. Treating anorexia nervosa. *BMJ* 1995; 311: 584-585.
55. Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE nº 15 de 17 de enero de 1996; p. 1225-1238. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil; p. 378-380.
56. Gisbert JA. *Responsabilidad profesional*. En: Gisbert JA. *Medicina Legal y Toxicología*. Salvat Editores S.A. (4ª ed.), Barcelona, 1991.
57. Lacruz JL. *Parte General del Derecho Civil*. José María Bosch editor S.A., Barcelona, 1990.
58. Keys A, Brozek J, Mickelsen O, Taylor HL. *The biology of human starvation*. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1950.
59. Fernández F, Turón V. *Trastornos de la alimentación*. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Masson, Barcelona, 1998.