

IMPLICACIONES MÉDICO-LEGALES EN UN CASO DE BULIMIA NERVIOSA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

MEDICAL-LEGAL ISSUES IN A CASE OF BULIMIA NERVOSA AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER.

**BEATRIZ PAYÁ GONZÁLEZ¹
IGNACIO JAUREGUI LOBERA²**

**1.-HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA.
SANTANDER.**

2.-HOSPITAL INFANTA LUISA. SEVILLA

Para correspondencia:

bpaya@humv.es

ignacio-ja@correo.cop.es

RESUMEN: El objetivo del presente artículo es describir los aspectos éticos y médico-legales en un caso de bulimia nerviosa asociada a un trastorno límite de la personalidad.

PALABRAS CLAVE: bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad, ética, cuestiones médico-legales.

SUMMARY: The aim of this paper is to describe the ethics and medical-legal issues in a case of bulimia nervosa and borderline personality disorder.

KEY WORDS: bulimia nervosa, borderline personality disorder, ethics, medical-legal issues.

INTRODUCCIÓN

La presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con bulimia nerviosa resulta extraordinariamente frecuente. En general más de la mitad de las pacientes estudiadas en la mayoría de los casos y casi la totalidad cuando lo que se investigan son rasgos patológicos de la personalidad de forma aislada. Los trastornos de la

personalidad más frecuentemente encontrados son el trastorno histriónico y el trastorno límite.

Respecto a la presentación comórbida de trastorno límite de la personalidad y la bulimia nerviosa cabría hacer algunas consideraciones. Hay coincidencia de algunos elementos en ambos trastornos, como la impulsividad, la alteración de la autoimagen, la irritabilidad o las tendencias autolíticas. También hay que tener presente que algunas características del trastorno límite (vivencias de abandono, inestabilidad en las relaciones interpersonales, alternancia entre la idealización y la devaluación, inestabilidad afectiva, irritabilidad) pueden no tener el mismo valor patológico si se consideran en el contexto de la adolescencia, edad frecuente de inicio de los trastornos del comportamiento alimentario.

En todo caso, cuando ambos trastornos se presentan conjuntamente, el pronóstico es más sombrío, las posibilidades de trabajo psicoterapéutico exitoso con las pacientes son mucho menores, y, en definitiva, la tendencia a la cronicidad del cuadro bulímico es superior.

Gartner *et al.* (1989) encuentran que más de la mitad de los pacientes, con trastornos alimentarios, asociaban trastornos de personalidad siendo el trastorno límite uno de los más frecuentes. Como ya dijimos, el trastorno histriónico y límite son los más frecuentemente asociados a la bulimia nerviosa, hallazgo ya señalado, entre otros, por Wonderlich *et al.* (1990), Matsunaga *et al.* (1998, 2000).

Aunque los sesgos metodológicos son tan severos en muchos casos que los porcentajes que se señalan son muy dispares, todos los autores señalan que hay una *elevada asociación*.

Cuando de lo que se trata es de analizar la presencia de bulimia en trastornos de la personalidad, señala Wonderlich (1990) que el trastorno límite de la personalidad presenta una tasa de asociación con la bulimia que oscilaría entre el 2% y el 47%. También en este caso los problemas metodológicos y de coincidencia de algunos criterios diagnósticos dan lugar a un intervalo absurdo para llegar a conclusiones válidas. El sexo también introduce matices. La impulsividad del trastorno límite encuentra más expresión en el abuso de alcohol y drogas en el caso de los hombres y de alteraciones alimentarias en el caso de las mujeres (Zanarini *et al.*, 1998).

Otros autores (Bulik *et al.*, 1995) han constatado que más del 60% de los pacientes con bulimia asocian algún trastorno de la personalidad, especialmente el límite. Dolan *et al.* (1994) habían cifrado dicha asociación al trastorno límite en un 24-44%.

CASO CLÍNICO

Mujer de 17 años, estudiante de educación secundaria obligatoria (ESO), soltera . Vive en el domicilio familiar con sus padres y una hermana menor.

Tiene una infancia y un desarrollo adecuado con buena adaptación socio escolar, hasta los 15 años, en que, a raíz de varios acontecimientos vitales traumáticos sucesivos (asesinato de una tía, muerte del abuelo), comienza a presentar una sintomatología caracterizada por conductas alimentarias de tipo restrictivo y maniobras purgativas, vivencias de descontrol emocional, heteroagresividad, autolesiones, animo ligeramente depresivo, fobias inespecíficas (a salir a la calle, a la oscuridad), alucinaciones auditivas esporádicas y limitadas a situaciones de estrés que le incitan a hacerse daño, manifiesta y vivencias de despersonalización y de presencia física de otras personas. Esta sintomatología se acompaña de un gran deterioro de su funcionamiento social, familiar y escolar.

A raíz de este cuadro comienza tratamiento ambulatorio en una consulta de psiquiatría infanto-juvenil desde donde se tramita un ingreso en el hospital de día de trastornos de alimentación por una importante pérdida de peso.

Dadas las graves alteraciones de su conducta social, agresividad en el medio familiar, los intentos autolíticos y la dificultad de manejo en el hospital de día se hace necesario un ingreso total en una unidad de psiquiatría de adolescentes.

Una vez dada de alta de este primer ingreso hospitalario requirió de múltiples ingresos posteriores por descompensaciones que se asociaban a pequeños cambios ambientales o a situaciones de mínima frustración, pasando periodos muy cortos de estancia fuera del hospital.

Dado que los ingresos no modificaban la evolución del cuadro y que el deterioro de su funcionamiento va empeorando con el tiempo se planteó un ingreso de larga estancia en una unidad psiquiátrica.

Durante la estancia en dicha unidad manifiesta conductas de enfrentamiento con otros compañeros, agresividad física y verbal hacia su familia en las salidas, consumo tóxicos, negativa a comer, conductas manipulativas interpersonales, prendió fuego a la cama de su habitación estando con contención mecánica tras una crisis con su pareja y intentos de seducción hacia el personal masculino de la unidad, llegando en alguna ocasión a mantener contactos.

Tras seis meses de ingreso en esta unidad se le da el alta con el diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad Emocional de Personalidad de tipo Límite (F 60.31 de la CIE-10) y es remitida de nuevo a la consulta ambulatoria de psiquiatría infanto-juvenil para continuar el tratamiento.

Su tratamiento farmacológico al alta del ingreso hospitalario, y con el que continua en la actualidad, es ácido valpróico 1500 mgr/día y venlafaxina 225 mgr/día .

Aunque, tras el tratamiento hospitalario, ha remitido la sintomatología más disfuncional de la paciente (autolesiones, sintomatología alimentaria, agresividad física) persiste una gran incapacidad de tolerancia a la frustración que le impide claramente lograr una buena adaptación social, laboral y familiar, continúa estableciendo relaciones

interpersonales marcadas por una gran inestabilidad, hay promiscuidad en sus relaciones con el sexo opuesto y una falta de planificación importante en la toma de decisiones y consecución de objetivos.

Durante los cuatro meses de seguimiento en la consulta ambulatoria posteriores al ingreso, la paciente ha cambiado 6 veces de puesto de trabajo, los que abandona ante la mínima frustración y manifiesta importantes problemas de relación con su padre ante lo cual comienza a demandar a su terapeuta que le ayude legalmente a poder irse de casa, ya que al ser menor de edad sus padres no lo van a permitir.

En la última consulta con su terapeuta le comunica que está embarazada de cuatro semanas de gestación (no aporta análisis) y manifiesta una intención clara de seguir con la gestación adelante. Refiere que su novio, con el que lleva cuatro meses, está dispuesto a hacerse cargo del bebé y sus planes son irse a vivir con él. Por otro lado le pide al terapeuta que respete la confidencialidad de lo que le está contando ante sus padres y vuelve de nuevo a interesarse de si puede hacer alguna gestión para poder irse de casa siendo menor de edad. Pregunta si sus padres le pueden obligar a interrumpir el embarazo o si le pudieran quitar al bebé una vez nacido.

En esta consulta el terapeuta le plantea varias cuestiones:

- a) La imposibilidad de guardar la confidencialidad ante esta situación. Le anima a que sea ella quien se lo plantee, bien sola o en una consulta conjunta.
- b) El posible daño potencial que supone el haber estado tomando medicación durante las cuatro semanas para el feto y la necesidad de interrumpirla si su deseo es seguir con la gestación adelante.
- c) El riesgo que supone por otro lado la interrupción brusca de la medicación por posible síndrome de discontinuación y por la posibilidad de descompensación de su sintomatología.

Se le indica que llame al día siguiente y se concierta una cita con ella y sus padres. La paciente no llama, contacta su madre telefónicamente para cambiar la cita sin tener todavía conocimiento del tema y se le indica la necesidad de la concertar la consulta con una cierta rapidez.

Acuden finalmente la paciente con su madre, la madre ya tiene conocimiento de la situación de su hija quién ha cambiado de opinión en relación a su decisión anterior de tener el bebé. Refiere que lo ha dejado con su "novio" y que ha decidido no seguir adelante con el embarazo. El terapeuta se pone en contacto con los servicios de planificación familiar para tramitar una interrupción del embarazo. A la madre se le comenta la posibilidad de que su hija continúe poniéndose en situaciones de riesgo e incluso de que cambie de opinión de nuevo en relación a esta decisión, haciéndole ver que la propia patología psiquiátrica que presenta explica estas conductas y la poca estabilidad en sus decisiones. En relación con todo ello se le plantea la posibilidad de incapacitar a la paciente.

CUESTIONES ETICO-LEGALES

En el caso planteado hay que resolver algunas cuestiones ético-legales o, al menos, entrar en el debate de las mismas. Veamos lo más relevante:

-Se plantea la necesidad de ingresos repetidos: *requirió de múltiples ingresos posteriores por descompensaciones que se asociaban a pequeños cambios ambientales o a situaciones de mínima frustración...*

-Se indica que tras dichos ingresos y una hospitalización de larga estancia *persiste una gran incapacidad de tolerancia a la frustración que le impide claramente lograr una buena adaptación social, laboral y familiar....*

-Desde el punto de vista laboral se dice, concretamente, que *durante los cuatro meses de seguimiento en la consulta ambulatoria, la paciente ha cambiado 6 veces de puesto de trabajo, los que abandona ante la mínima frustración....*

-Se plantea el tema de la confidencialidad y sus límites: *...está embarazada de cuatro semanas de gestación..... refiere que su novio, con el que lleva cuatro meses, está dispuesto a hacerse cargo del bebé y sus planes son irse a vivir con él. Por otro lado le pide al terapeuta que respete la confidencialidad de lo que está contando ante sus padres....*

-Se plantea el consentimiento para una interrupción voluntaria de embarazo y la guarda del menor en caso de llegar a término el embarazo: *pregunta si sus padres le pueden obligar a interrumpir el embarazo o si le pudieran quitar al bebé una vez nacido....*

-Finalmente, el terapeuta plantea la posible incapacitación del paciente.

Empezando por el principio, hay que responder a la cuestión del manejo de la información. ¿Qué hace el terapeuta al conocer la situación y exigirle la paciente la confidencialidad?

Confidencialidad y sus límites

En el trabajo con menores, especialmente adolescentes, mantener la confianza precisa en la relación terapeuta-paciente exige preservar la confidencialidad. Pero si la conducta del paciente es de riesgo por entrañar un seguro o potencial daño para sí mismo o para terceras personas, existe la responsabilidad ético-legal de romper la confidencialidad. ¿Qué criterios deben seguirse para romper dicha confidencialidad? Normalmente se siguen los parámetros de intensidad, frecuencia y duración de las conductas de riesgo. Es decir, si la conducta de riesgo es intensa, repetida y prolongada se considera ético romper la confidencialidad. Si la conducta de riesgo es poco intensa, infrecuente y de breve duración debería mantenerse el secreto profesional. No obstante, y ahí está la cuestión importante, hay excepciones relevantes. Un intento de suicidio, o el conocimiento de ser VIH positivo se ponen como ejemplos en este sentido. Al contrario, el hecho de fumar, que puede ser de alta intensidad, frecuencia y duración.... no se considera relevante como para romper la confidencialidad. Por ello, junto a los parámetros citados parece que el *tipo de comportamiento* es lo que acaba siendo relevante para la toma de decisiones. La solución a este problema pasa por el consentimiento informado que, al principio, debe contener, en menores, estos límites a la confidencialidad. Dejar claro, al inicio del tratamiento, estos límites con el adolescente y sus padres parece fundamental.

En el caso que nos ocupa la situación es de alto riesgo para la paciente y para la buena marcha del embarazo. La supresión brusca de la medicación implica graves riesgos así como la continuidad de la gestación tras cuatro semanas tomando medicación teratogénica y dadas las características de la propia paciente.

Interrupción voluntaria del embarazo

La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica señala en su Artículo 9 (*Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación*), 4: *La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.*

Debemos recordar que las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en España quedan despenalizadas, a través de la Ley Orgánica 9/1985, en tres supuestos concretos:

- Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada. Sería la indicación terapéutica.
- Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado. Indicación ética.
- Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto. Indicación eugenésica.

En el caso de las menores de edad que deseen interrumpir el embarazo, en España se requiere el permiso de los padres o de sus tutores legales. No obstante la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente antes citada señala:

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Pero en este caso es la paciente la que, inicialmente no quiere abortar. ¿Son las capacidades de la paciente adecuadas para tomar tal decisión, de claro riesgo? Habría que determinar previamente la incapacidad de la menor para la toma de decisiones sobre su salud para que, en segundo lugar, fuera la familia la que adoptara la solución más conveniente a la vista de los riesgos.

Queda clara la *estabilidad* de las decisiones de la paciente cuando en su historial clínico leemos: *Acuden finalmente la paciente con su madre, la madre ya tiene conocimiento de la situación de su hija quién ha cambiado de opinión en relación a su decisión anterior de tener el bebe. Refiere que lo ha dejado con su "novio" y que ha decidido no seguir adelante con el embarazo. El terapeuta se pone en contacto con los servicios de planificación familiar para tramitar una interrupción del embarazo.*

La guarda del menor

En cuanto al supuesto de continuidad con el estado de gestación, se podría haber planteado la capacidad de esta menor para atender a su hijo o hija y la posible situación de desamparo. En este caso debería haberse evaluado dicha situación de posible desamparo (no conocemos nada del novio que *está dispuesto a hacerse cargo del bebé*) para el hijo o hija y habría de haberse procedido a evaluar asimismo la idoneidad de los abuelos para la guarda del menor en caso de que no fuera factible la estancia con los padres. De no darse dicha idoneidad sería aplicable el Artículo 17 de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor que en su Capítulo Primero se refiere a las Actuaciones en situaciones de desprotección social del menor.

Incapacidad laboral

Los datos que tenemos indican que *durante los cuatro meses de seguimiento en la consulta ambulatoria posteriores al ingreso, la paciente ha cambiado 6 veces de puesto trabajo, los que abandona ante la mínima frustración.* Parece claro que la paciente *no puede* trabajar en la actualidad. Los criterios que se manejan a la hora de valorar la capacidad laboral implican, entre otras cosas, la idea de *trabajar con normalidad.* Y esa *normalidad* hace referencia a desempeñar las tareas laborales con unos mínimos de rendimiento y eficacia pero también con continuidad, asumiendo un horario, manteniendo una adecuada interacción con jefes y compañeros, etc. A la vista de los datos, en relación con las características de personalidad que presenta la paciente, todo ello no parece posible ni ahora ni a corto o medio plazo. Y probablemente ocurra igual para cualquier tipo de actividad académica incluso de baja demanda. De hecho podemos leer en su historial que *persiste una gran incapacidad de tolerancia a la frustración que le impide claramente lograr una buena adaptación social, laboral y familiar.* dado el caso no cabe plantear sino una invalidez en su modalidad no contributiva concepto previsto en la Ley General de la Seguridad Social (Artículo 134.2): *En la modalidad no contributiva, podrán ser constitutivas de invalidez las deficiencias, previsiblemente permanentes, de carácter físico o psíquico, congénitas o no, que anulen o modifiquen la capacidad física, psíquica o sensorial de quienes la padecen.*

Incapacitación

Finalmente, aunque resumiendo muchos aspectos anteriores, cabe la posible incapacitación de la paciente. Al respecto cabe recordar que para estar ante un supuesto de incapacitación debemos observar:

-La patología debe ser persistente y en este concepto se incluye también aquella patología que aun cursando por fases, episodios, etc. (y por tanto alternando capacidad / incapacidad) provoquen severa dificultad a la hora de valorar si tal o cual evento ocurrió en un momento de capacidad o no.

-Debe producirse un efecto, es decir, impedir el autogobierno, el cuidado de uno mismo, de su persona y sus bienes. Cualquier patología, por extraña, extravagante, llamativa, que resulte, si no provoca este efecto no tiene valor en el procedimiento de incapacitación.

Y en el caso que nos ocupa, debemos recordar que cabe también la incapacitación de un menor si se presume incapacidad por persistencia de un trastorno al llegar a la mayoría de edad (incapacitación *ad cautelam*).

Ya vimos que cuando el paciente se encuentra incapacitado legalmente cabe el consentimiento por representación lo que en este caso habría resuelto muchos de los problemas planteados. La clínica de la paciente deja clara la incapacidad de la misma para su propio gobierno.

BIBLIOGRAFÍA

Bulik *et al.* (1995). Temperament character, and, personality disorder in bulimia nervosa. *J Ner Ment Dis*, 183, 593-598.

Dolan, B., Evans, C. y Norton, K. (1994). Disordered eating behavior and attitudes in female and male patients with personality disorders. *J Pers Disord*, 8, 17-27.

Gartner *et al.* (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psichiatr*, 146, 1585-1591.

Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
<http://www.actualderechosanitario.com/Leyautonomiapaciente>.

Ley General de la Seguridad Social.
<http://www.igsap.map.es/CIA/dispo/3912.htm>

Ley Orgánica 9/1985.
<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor.
http://www.madrid.org/cservicios_sociales/immf/coleccion_leyes/ley_organica_1_1996.htm

Matsunaga *et al.* (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *Int J Eat Disord*, 23, 399-408.

Matsunaga *et al.* (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *Int J Eat Disord*, 27, 353-357.

Wonderlich *et al.* (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *Int J Eat Disord*, 9, 607-616.

Zanarini *et al.* (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psichiatr*, 155, 1733-1739.