

ASPECTOS BIO-JURÍDICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO.

Elena Martínez-Zaporta Aréchaga y Rafael Fernández-Delgado Momparler

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Derechos Fundamentales y Paciente. 3. Clínica de los TCA. A) Diagnóstico Diferencial. B) Causas. C) Tratamiento y UTCAs. 4. El internamiento no voluntario: juicio bioético y médico-legal. 5. ¿Es posible un delito de inducción a los TCA? A) Acercamiento. B) La inducción al suicidio. C) La Vía francesa. D) Los TCA y el CP español. 6. Conclusiones. 7. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN.

El 25 de noviembre de 1999 se publicó en el Boletín General del Senado (núm. 785) el *“Informe sobre condicionantes extrasanitarios de la anorexia y la bulimia, designada en el seno de la Comisión de Educación y Cultura (543/000018)”*. Para su redacción se propuso el estudio de tales condicionantes a distintos profesionales y asociaciones¹, que conectándose entre sí trazan el mapa

¹ Los grupos eran: 1. Profesionales de Medicina General y Psicología. 2. Asociaciones de afectados, Maniquí profesional y revistas femeninas. 3. Organizadores de Consumidores y Diseñadores. 4. Otros expertos y directores de pasarelas de moda. 5. Asociación “Andakuntza”, Gimnasia Rítmica y Anuncios Publicitarios. 6. Presentadoras de televisión, revistas femeninas, programas de radio y publicaciones especializadas en salud. 7. Empresas confeccionistas y Prensa diaria. 8. Especialistas en Salud Mental y Hospital “Niño Jesús”. 9. Gimnasia Rítmica, otros especialistas y Servicio Catalán de Salud. 10. Fabricantes de Juguetes. 11. Otros expertos, Cursos de belleza, Administración Pública y Profesores. 12.

de la envergadura social de esta cuestión. Los resultados aportados por los participantes se exponen a lo largo del documento, que finaliza con unas conclusiones comunes y una serie de recomendaciones, dirigidas a modificar cánones e ideales de belleza anómalamente transmitidos, mejorando la información nutricional -mediante actuaciones directas de Salud Pública y campañas hacia padres y educadores- y proscribiendo cierta clase de publicidad difundida por la prensa y por la industria de la moda, tendentes a presentar a la mujer exitosa asociada a la delgadez y el escaso tallaje.

Tras su lectura podemos colegir que en España se había tomado conciencia de la gravedad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Ballet Nacional, Televisiones, Asociaciones de Padres de Alumnos, Consejo de la Juventud y Especialista en Filosofía y Ética.

desde antes de esa fecha², que en esas páginas se nos muestran perfectamente las cotas de su magnitud, y que resulta posible influir sobre el comportamiento y los gustos de las personas para prevenir la enfermedad, con el cumplimiento riguroso de la legislación³ y suscribiendo “pactos de conducta”⁴ y/o Convenios con los agentes del mercado y autoridades competentes.

Sin embargo, y pese al interés inicialmente demostrado, las acciones programadas se han llevado a efecto –la mayoría- con mucho retraso⁵,

² Se indica (Sr. Salido Eisman) en la p. 7 del Informe que en 1995, que ADANER (Asociación de Defensa contra la Anorexia y la Bulimia) en colaboración con el INSALUD elaboró en ese año un “Protocolo de Tratamiento” que no tuvo la acogida esperada por las instituciones sanitarias.

³ Por ejemplo en la Recomendación 1 hay un listado de esas normas: 1) “Que las tiendas ofrezcan variedad de tallas acorde con la población a la que van dirigidas y velen por el cumplimiento de lo exigido en el RD 1468/88, de 2 de diciembre, que aprueba el Reglamento de etiqueta, presentación y publicidad de los productos industriales destinados a su venta directa a los consumidores y usuarios”. 2) “Fomentar el rigor en el autocontrol en los medios de comunicación, publicistas, anunciantes así como en los Directores de Programas y series televisivas según la Ley 22/1999, de 7 de junio, (...) sobre radiodifusión televisiva”. 3) “Se insta a la debida aplicación de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad y de la Ley 26/1984, de 19 de Junio, General para la Defensa de Consumidores y Usuarios”. 4) “Aplicación rigurosa del Real Decreto sobre publicidad engañosa y <<productos milagro>>, RD 1907/1996 de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria”.

⁴ Las comillas nos nuestras. Se refieren a propuestas como las siguientes: 1) “Que los creativos publicitarios y los creadores de moda no utilicen la imagen de la mujer con un peso claramente inferior a unos límites saludables y fomenten nuevos modelos corporales más acordes con la realidad”. 2) “Evitar que los menores de 18 años exhiban ropas de adulto”. 3) “Evitar la aparición de dietas en publicaciones y programas destinados a menores de 18 años. En el caso del resto de medios de comunicación destinados a adultos, las dietas aparecerán avaladas por su número de colegiado y en Secciones de Salud bien especificadas”. 4) “Que el peso y la talla no sirva de criterio para aceptar o despedir a alguien”, etc.

⁵ Sin perjuicio de loables actuaciones de algunos servicios autonómicos de salud y otras instituciones que comentaremos en otros apartados, véase la temporalidad y contenido de las que se han emprendido según lo acordado:

1) El 02/10/2000 se firma un Convenio entre los Ministerios del Interior, de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo, y es el servicio de ediciones del Ministerio de Sanidad quien se encarga de editar la *Guía de Nutrición saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios*, en dos volúmenes que aparece en el año 2001. Se trata de unas unidades didácticas destinadas al profesorado, que se completa con la propues-

ta de unos talleres para desarrollar en el aula sobre la correcta alimentación (puede descargarse de www.aesan.msc.es/aesa/web/AesaPageServer?idpage=56&content=1419);

2) El 18/09/2003 *Diario Médico* se hace eco de la campaña lanzada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con la modelo Nieves Álvarez (autora de un libro donde contaba su experiencia como anoréxica), el Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital “Niño Jesús” de Madrid y la AEMP (Asociación Española de Medios Publicitarios), con el lema “*La anorexia se lo lleva todo, si necesitas ayuda, pídelo. Yo lo hice*”, en la que invirtió 600.000.-€.

3) En noviembre de 2005 la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) -dependiente del actual Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales-, publica en su Boletín nº 7 la aprobación del código PAOS (Programa de Autorregulación de la Publicidad dirigida a menores) enmarcado en la “Estrategia NAOS” (Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad), por el que se obliga a los anunciantes a renunciar a estrategias de venta en pro de la comunicación de mensajes positivos relacionados con una buena nutrición.

4) El 30/05/2006, fruto del Convenio entre el Observatorio de Salud de la Mujer (del Ministerio de Salud y Consumo) y la Universidad Complutense de Madrid, se anuncia la impartición de un Programa Master de Doctorado de Formadores en Perspectiva de Género en Salud, cuyo Módulo 9 trata específicamente de *Alimentación y Nutrición* siendo su tema central estos trastornos (qué hacer para su prevención, cómo se confecciona una dieta saludable, etc);

5) A primeros de septiembre de 2006 los Organizadores de la “Pasarela Cibeles” (ejemplo que se siguió después en Barcelona para la “Pasarela Gaudí”), en colaboración con la Comunidad de Madrid y con el fin de promover la belleza fundada en “una imagen saludable”, impusieron a las modelos candidatas no tener un Índice de Masa Corporal (IMC) inferior a 18 (límite impuesto por la OMS) para ser elegidas para el desfile. Éste se calculaba por un endocrino que asistía al “casting”: un 30% fue descartado.

6) El 23/03/2007 se firma entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Asociación de creadores de Moda de España, la Agrupación Española de Género de Punto, la Federación Española de Empresas de la Confección, El Corte Inglés, Cortefiel, Inditex y Mango, un acuerdo de colaboración que recibe el sobrenombre de “Acuerdo para la Unificación de las Tallas”, con un plazo de implantación de cinco años que respete la competitividad de las empresas afectadas y que posteriormente ha sido suscrito por más fabricantes españoles. Se funda la intervención del Ministerio en “los términos del art. 51 CE y de la Ley 26/84 General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios”, porque le corresponde “ejercer las funciones de promoción y fomento de los derechos de los consumidores y usuarios, protegiendo su salud, su seguridad y sus legítimos intereses económicos, entre los que se encuentra el derecho a una información veraz sobre los bienes y servicios que se ofertan en el mercado” (Expositivo Primero). La Nota del Gabinete de Prensa del Ministerio de ese día hace un resumen de los detalles: a.- Se utiliza el cauce de la “autorregulación” porque no hay ninguna disposición legal obligatoria en este sentido: la norma UNE-EN 13402 de la Unión Europea es de carácter voluntario, así que los firmantes se

timidez y desgajadas unas de otras –como si cada una de ellas no fuera parte de una estrategia concebida con unicidad-, lo que es evidente que ha restado la efectividad pretendida.

En Marzo de 2006 el Plan de Calidad del SNS⁶ (propulsado por la Agencia de Calidad) en su Objetivo 10.2 (p. 48 y núm. 137 de p. 85) proyecta

comprometen a “adaptar la información sobre las tallas de sus prendas” a aquella (Cláusula Tercera titulada “Contenido de la Información”); b.- El fin es que se homogeneicen las tallas de ropa en el territorio nacional, lo que tiene, además, la virtualidad de informar al consumidor información “veraz, homogénea y comprensible” acerca de estas tallas; c.- Para conseguirlo se realizará un estudio antropométrico con la participación del Instituto Nacional del Consumo, que comienza en esa fecha y tardará en completarse un par de años, sobre una muestra de 8.500 mujeres, de entre 12 y 70 años, representativas de la población femenina española en 61 localidades de nuestra geografía, para conocer las medidas corporales más frecuentes (estándar biométrico de la mujer española). Este proceso se realizará mediante unas cabinas “dotadas con equipos de captura de imagen en tres dimensiones, que proporcionan medidas longitudinales y perimetrales de las mujeres”; d.- Los perfiles biométricos no sólo condicionarán el tallaje, sino también a los “soportes físicos” (maniquies) y los modelos e.- En el enlace www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=788, puede leerse esta Nota que al final incluye el texto del convenio y un dossier explicativo del citado estudio que son descargables.

7) El 02/07/2007 la AESAN abrió un apartado en su web (www.aesan.msc.es) para informar vía Internet a los consumidores de las “dietas milagro”, que era demandado desde numerosas instancias, en particular desde la SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición), la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) y la FESNAD (Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética), que además colaboran con la Agencia.

⁶ Y que se gesta a partir del “Proyecto GuiaSalud” creado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo es “la mejora en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica (MBE por sus siglas en inglés), a través de actividades de formación y de la configuración de un registro de Guías de Práctica Clínica (GPC) en el SNS”. Unido a él se edita un folleto divulgativo el público en general. El concreto Programa de elaboración de GPCs comienza el 15/06/2006, y además de los TCA también se confecciona la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, junto al documento “Convivir con la Esquizofrenia”. Hoy .las disponibles se encuentran en el siguiente enlace compartido por el Ministerio y el Instituto de Salud Carlos III: “Plataforma AETS/isciii – Todas las Guías de práctica Clínica”. Hacemos un inciso para comentar que la Medicina Basada en la Evidencia es una corriente que se está imponiendo lentamente en la actividad asistencial y que procede del campo de la investigación científica -sobre todo, a la hora de tratar pronósticos difíciles- la cual utiliza como máxima el conjunto de los datos de las experiencias obtenidas en supuestos similares. No obstante, tiene muchos detractores.

“Elaborar Guías de Práctica Clínica de interés global para el Sistema Nacional de Salud (...) entre ellas Guías de Práctica para el adecuado manejo de: (...) Problemas de salud mental: Trastornos del comportamiento alimentario, Ansiedad, Depresión, Esquizofrenia y Trastorno Bipolar”. Al fin en Febrero de 2009 se edita la “Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria⁷”. El capítulo 12 se titula “Aspectos Legales relativos a personas afectadas de TCA en España”, y aborda en tres puntos clave qué hacer con el paciente cuando éste rechaza el tratamiento (12.1) y con la expresión de su voluntad (12.2 y 12.3).

La respuesta aconsejada⁸ al primero de ellos (“12.1. ¿Cuál es el procedimiento a seguir ante la negativa de una persona de TCA a recibir un tratamiento?”), hace un guiño cómplice a la decisión tomada por la Audiencia Provincial de Barcelona en el Auto (de la Sección 18ª) núm. 62 de 14 de Marzo de 2006, (AC 2006, 274) -pionera para muchos-, que revocaba la negativa de un Juzgado de Badalona a internar forzosamente a una mujer que padecía anorexia, solicitud que fue elevada por su familia.

Unos años antes, y coetáneamente a la anterior, el 04/04/2006 se recogió en *Diario Médico* una reseña a este asunto que no es baladí –con ocasión de la entrevista al Prof. Joan SEUBA tras su ponencia⁹ en el Master de Derecho Sanitario y Bioética de la Facultad de Derecho de Albacete-, pues enfrenta la teoría con la praxis diaria, en la difícil tarea de determinar cuáles son los límites a la autonomía de un paciente, al que la ley permite des-

⁷ Por el Grupo de Trabajo de la Guía (Ministerio e Instituto de Salud Carlos III) y siendo la edición a cargo de Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya (AATRM, Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña). El enlace: www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_trastor_con_d_alim_aatrm-09.pdf.

⁸ No se olvide que la existencia de una Guía o Protocolo no quiere decir que eso sea obligatorio. De hecho, en la p. 3 se indica expresamente: “Esta guía de práctica clínica (GPC) es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario”.

⁹ SEUBA TORREBLANCA, J.C. “Negativa a tratamientos médicos y tratamientos obligatorios”. Profesor Titular de Derecho Civil de la Universidad Pompeu Fabra, III Master en Derecho Sanitario y Bioética de la Facultad de Derecho de Albacete (Abril 2006).

autorizar la asistencia médica *ad hoc* ... En opinión del entrevistado “*no disponemos de una configuración legal ni de experiencia jurisprudencial española para saber cuándo procede y cuándo no procede un rechazo*”, aunque si hay que imponer un tratamiento se valorará “*atendiendo a la capacidad natural del sujeto*”. Esto es, de ordinario dos son las limitaciones observables: el daño a terceras personas, que no plantea dudas más allá de su efectiva comprobación; y, el daño a uno mismo, para el que los profesionales habrán de indagar en aquella capacidad y en si está o no afectada por la enfermedad. En el caso de la anorexia (AN) y la bulimia (BN) -los trastornos alimentarios por antonomasia-, es el propio mal que se quiere curar el que forja la actitud obstructiva en el afectado y causa la labilidad mental bajo sospecha, y objeto de evaluación.

En realidad, y aunque sí estamos de acuerdo en que son pocos los pronunciamientos judiciales que se refieren más o menos a este tema –por lo que su utilidad va a ser algo tangencial-, legislativamente la antesala de lo que vendrá después está en el art. 9. 3 a) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, (en adelante LBAP) dedicado al “*paciente impedido circunstancialmente para tomar decisiones*”¹⁰.

Adelantamos que no es admisible una única solución porque los TCA son multifactoriales, y cada vez es más amplio el arco poblacional de edad y sexo que lo sufre. En no pocos casos se tendrá que acudir al Comité de Ética Asistencial correspondiente porque los sanitarios se verán desbordados por la complejidad del conflicto a resolver.

Aprovechando el “tirón mediático” que en el verano de 2008 provocó la noticia de que en Francia se criminalizaría la publicidad que haga apología de estas enfermedades (bajo el “Delito de Inducción a la AN o BN” -con especial atención a la que se difunde por Internet en los portales web llamados “Proanorexia” o pro-Ana y “Probulimia” o pro-mía-); nuestro cometido consiste en comunicar las herramientas, los aciertos, los fracasos y las posibilidades al alcance de profesionales, pacientes y familiares que les ayuden en esta dura lucha, y

¹⁰ Es una expresión de DOMÍNGUEZ DUELMO, A., que más tarde desarrollaremos. *Derecho sanitario y responsabilidad médica (Comentarios a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica)*. 2ª Ed., Lex Nova, 2007. p. 374 (- 378).

porque no queremos que los buenos propósitos se aletarguen, sino que se avance, se reaccione y se nos proteja.

2. DERECHOS FUNDAMENTALES Y PACIENTE.

Prima facie los Derechos Humanos son constitucionales al hombre, en su naturaleza y son anteriores a cualquier codificación, pero para poder hablar de su contenido y función es preciso que se codifiquen.

LAPORTA siguiendo a RAZ (1984) en su trabajo “Sobre el Concepto de Derechos Humanos”, disecciona la noción de “derecho”¹¹ para distinguir entre “*derechos-núcleo*” y “*derechos-derivados*”. Los primeros vienen a ser “*derechos <<constituidos>> por el sistema normativo*”, y se diferencian de los segundos porque éstos “*se pueden considerar <<implicados>> en los <<derechos núcleo>> y que, por tanto, son susceptibles de ser obtenidos deductivamente a partir de éstos*”; de tal manera que, “*Todo sistema normativo que crea un derecho iniciará así con ello una cadena de derechos derivados*”.

No obstante ser este concepto de clara índole filosófica, pueden distinguirse dos posturas, según se tienda más o menos al “positivismo”, esto es, según si se contemplan como “*<<derechos morales>> o <<derechos legales>>*”¹². Sin embargo ambas consideraciones son caras de la misma moneda y cada una le aporta caracteres propios. Así la dimensión moral señala sus rasgos formales. Sobre estos existe consenso y su explicación en esencia no varía de unos tratadistas a otros. Tales son:

a) Universales: ya hemos dicho que pertenecen al hombre en tanto que Ser Humano, localizan a

¹¹ LAPORTA SAN MIGUEL, F.J. *Doxa (Cuadernos de Filosofía del Derecho de la Universidad de Alicante)*. Vol. Nº 4. 1987. p. 31. Dice que los componentes aislados de un “derecho” que hemos de aceptar que existe *antes* de su plasmación normativa, son: “a) *La adscripción a todos y cada uno de los miembros individuales de una clase de b) una posición, situación, aspectos, estados de cosas, etc ... c)...* que se considera por el sistema normativo un bien tal que constituye una razón fuerte ... d) ... para articular una protección normativa en su favor a través de la imposición de deberes u obligaciones, la atribución de poderes e inmunidades, la puesta a disposición de técnicas declamatorias, etc”.

¹² *Ibidem*. p. 32.

éste en el epicentro de la acción, como “Agente Moral”, situado fuera de corsés institucionales, y que concreta su adscripción: determina que los titulares somos todos.

b) Absolutos (aunque podríamos decir que es más exacto hablar de una “vocación al absolutismo”): identificándose con la “fuerza” y “urgencia” de su exigibilidad. Son entonces “afirmaciones de intereses o necesidades básicas (BENN, HIERRO, 1982) pudiendo ello corresponder con “esas mínimas condiciones bajo las que los seres humanos pueden prosperar y que deben ser aseguradas para ellos, si es necesario con la fuerza (KLEINIG, 1978)¹³”; se trata entonces de un criterio superior de decisión moral.

c) Inalienables: LOCKE, GROCIO, BROWN en 1965 y RICHARDS en 1969), van a señalar que significa que “son irrenunciables incluso por sus propios titulares¹⁴ ello entendido como “inmunidad”¹⁵, esto es, que “son atribuidos a cada uno ineludiblemente”.

Pero el estudio de los Derechos Humanos contiene otras dos dimensiones, que singulariza VELASCO¹⁶, y que nos permiten avanzar conceptualmente hacia los Derechos Fundamentales como versión integradora de los tres niveles aludidos, preciso para dotarles de un “equilibrio reflexivo que articule los distintos momentos de lo práctico¹⁷”:

- La dimensión política: “porque la garantía de los derechos fundamentales de la persona humana ha llegado a convertirse en una especie de suprema instancia legitimadora del ejercicio de cualquier poder político, como su presencia en argumentaciones de tipo ideológico y su amplia utilización polémica”¹⁸; y,

- La dimensión normativa: dado que “poseen una tendencia interna a la codificación jurídica estable, superadora del carácter de re-intervención constante propio de la moralidad, pudiéndose configurar así, en cualquier momento, como derechos reconocibles socialmente”.

ALEXY¹⁹ aduce que hay tres razones para “la necesidad de transformación de los derechos humanos en derecho positivo: el argumento del cumplimiento, el argumento del conocimiento y el argumento de la organización”. Todos ellos abordan el paradigma de la coerción para disuadir a aquellos individuos que son inmorales porque no los respetan, lo que habrá que hacer proporcionalmente y de un modo organizado, y refleja la “necesidad del Derecho y del Estado”. Pero paradójicamente, esta afirmación “contrasta de manera peculiar con la experiencia, según la cual nada puede amenazar más los derechos humanos que el Estado mismo, y por tal motivo son derechos de defensa del ciudadano contra el Estado”, lo que conduce a “la necesidad del Estado Constitucional Democrático²⁰”. Un elemento de la seguridad del Estado es la división de poderes, pero ésta no señala límites por sí sola, lo que sí se obtiene vinculando al poder legislativo a los Derechos Humanos: “El recurso clásico para el logro de tal vinculación es la incorporación de los derechos humanos en la Constitución. Los derechos humanos se convierten así en derechos fundamentales. De esta manera obtienen no sólo una validez jurídica, sino también rango constitucional²¹”, y de donde se puede añadir –y como proclama el Autor– que una Constitución que se basa en derechos humanos es legítima.

por el poder (sólo en las sociedades democráticas), hecho fundante básico, se incorpora al Derecho positivo”.

¹⁹ ALEXY, R. “La institucionalización de los Derechos Humanos en el Estado Constitucional Democrático”, en *Revista del Instituto Bartolomé de las Casas*. Año 5º, nº 8, 2000. Traducción de Cecilia Añños Meza del original que data de 1998. p. 31. Para este catedrático, los derechos humanos se diferenciarían de otros derechos por las características de: Universalidad, Validez Moral, Fundamentalidad, Prioridad y Abstracción.

²⁰ Ibidem. p. 35.

²¹ Ibidem. p. 36. El Autor introduce también otra diferencia que no debe obviarse, una vez “transformados” los derechos humanos en fundamentales, estos se constituyen en “derechos frente al Estado”, mientras que los derechos humanos “son además derechos frente a otros seres humanos”. P. 37.

¹³ Ibidem. p. 37.

¹⁴ Ibidem. p. 43.

¹⁵ Ibidem. p. 43: “Un hombre por miedo o por ignorancia, puede aceptar o someterse a una violación, pero no puede entenderse que se ha consentido moralmente a ello” (son palabras de Brown que recoge el Autor).

¹⁶ VELASCO ARROYO, J.C., “Aproximación al concepto de los derechos humanos”, *Anuario de Derechos Humanos*. Vol. Nº 7, 1990, Madrid. p. 271.

¹⁷ Ibidem. p. 271.

¹⁸ Ibidem. p. 271, G. PECES-BARBA otorga a la dimensión política la función mediadora entre los tres nombrados, lo cual inserta el autor en este discurso: “Sólo se puede hablar de derechos fundamentales cuando esa moralidad, impulsada

Consecuentemente nuestra Carta Magna comienza y se vertebra entorno a un catálogo de Derechos Fundamentales de los que es predicable una doble instancia jurídica: la subjetiva y la objetiva²², incorporada esta última a través de los arts. 1.1, 9.2 y 10.1 CE. Lo que conlleva alterar “*la tradicional posición de los poderes públicos con relación a ellos, pues sus obligaciones no se reducirían a la prohibición de no lesionar el ámbito de la libertad que garantizan al individuo, vinculación negativa, sino que le impondrían además el deber de adoptar todas aquellas medidas que, dentro de las posibilidades fácticas y jurídicas, se orienten a lograr su efectiva vigencia, vinculación positiva*”. En síntesis, “*los derechos fundamentales no son límites al poder, sino líneas directrices que orientan su actuación*”; y de manera que, “*de ser primariamente derechos subjetivos, quedan convertidos en institutos, bienes o valores a los que se atribuye un determinado contenido o fines y a cuyo cumplimiento se subordinan la vertiente subjetiva y la acción de los poderes públicos*²³”.

Ello se completa instituyendo un Tribunal especial que interprete y declare la compatibilidad de las normas y los actos emanados en el ejercicio de cada poder público con aquellos valores objetivos y su intensidad subjetiva, lo que recae en el Tribunal Constitucional.

El Juez de la Constitución a través de diversas resoluciones ha establecido una línea paralela de interpretación de los derechos de los artículos 15, 16 y 17 CE: a la vida, a la integridad física/psíquica y a la intimidad personal, a profesar la ideología y creencias que se desee, y a la libertad. Y lo ha hecho desde un punto de vista reaccional, que ARRUEGO denomina “*negativo*” en cuanto que proscribía la agresión a los bienes protegidos

²² Que efectivamente, tienen su origen en la doctrina científica y jurisprudencial germanas las cuales reconocen junto a “*haz de facultades o posibilidades legítimas de actuación*” (dimensión subjetiva), el aspecto de “*normas de principio de carácter jurídico objetivo*”, que supone a la postre la coordinación entre “*cada uno de los derechos individualmente considerados*” y el significado del sistema de los derechos fundamentales en su conjunto, que crea un “*orden objetivo de valores que orienta e impulsa la acción de los poderes públicos como fundamento del orden político y la paz social*”. ARRUEGO, G. “Sobre el marco constitucional de la Asistencia Sanitaria no consentida en el ordenamiento jurídico español”. *Derecho y Salud*. Vol 15. Num. 1. Enero – Julio 2007. p. 135.

²³ Ibidem. todos los extractos pertenecen a la p. 135.

por la norma, pero impide la “*autodeterminación*” del individuo: que éste pueda disponer libremente del objeto protegido, que a *sensu contrario* significaría, en el supuesto más extremo, permitirle decidir sobre su propia existencia.

La técnica empleada limita los derechos fundamentales –se adjetivan de *cuasiabsolutos*– “*en virtud de un juicio de proporcionalidad construido sobre derechos y bienes cuyo titular es el propio ciudadano afectado por la restricción*”; si bien, “*resulta evidente que, por construcción, no pueden existir conflictos entre derechos fundamentales, o entre derechos y bienes, de los que es titular una misma persona*²⁴”.

En este contexto, el TC ya ha afirmado que la salud de las personas “*forma parte del objeto del derecho fundamental a la integridad física y moral e, incluso, del derecho fundamental a la vida*²⁵”. El art. 2 LBAP enumera sus principios básicos, consignando en su apartado 1 que lo son primordialmente: “*La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica*”. Recordemos que esta ley adapta para todo el territorio nacional los postulados del Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, hecho en Oviedo, en la Asamblea del Consejo de Europa de 4 de Abril de 1997²⁶. Sin embargo dicha declaración de principios lo que exalta es su “*filiación constitucional*²⁷”, más allá del fundamento pro-

²⁴ La reflexión acaba aludiendo a lo que hemos expuesto más arriba: “*Por ello, por ejemplo, el art. 10.1 de la Constitución alude al respeto <<a los derechos de los demás>> como fundamento del orden político y de la paz social*”. Ibidem. p. 135, a la que pertenecen también las otras comillas del párrafo no señalizadas.

²⁵ Ibidem. p. 133. Vid. nota 57.

²⁶ Ratificado por España el 23/07/1999, y publicado en el BOE núm. 251 el miércoles 20 de Octubre de 1999.

²⁷ JIMENA QUESADA, L., “La tutela constitucional de la salud: entre el consentimiento informado y la información consentida”. En, VARIOS, *La salud: intimidad y libertades informativas*. 1ª Edic. Tirant lo Blanc, 2006. La reflexión pertenece a la p. 50, destacando que ello es imitado en sus homónimas autonómicas. Así por ejemplo, la Ley 1/2003, de 28 de enero de Derechos e información al Paciente en la Comunidad Valenciana dice en su Exposición de Motivos: “*La CE reconoce en su art. 43 el derecho a la protección de la salud, parcialmente desarrollado por la Ley 14/86, de 25.04, General de Sanidad, que se encuentra presidida por el deseo*

gramático del art. 43 CE²⁸, que es el basamento de la organización prestacional sanitaria en España²⁹ y referente necesario de las normas que la regulen³⁰. Al margen de los trágicos sucesos históricos que dieron lugar a la preocupación sobre la investigación con seres humanos, y a que la medicina es susceptible de influir en el curso natural de la vida; planea asimismo la certeza de que las Ciencias de la Salud comportan riesgos innatos que pueden menoscaban la integridad física y psíquica, y que aunque no se trata de una ciencia exacta y su destinatario no tiene –salvo que asimismo sea médico– el conocimiento para cuestionar la actuación de sus facultativos, se le debe proporcionar un mínimo orientativo y veraz que haga hábil su participación en el proceso.

En la trabazón entre este “*anclaje iusnaturalista*”³¹ –su origen en el respeto a los Derechos Humanos³² y su posterior codificación en las Cons-

de garantizar una prestación sanitaria plenamente respetuosa con la dignidad de la persona y la libertad individual”.

²⁸ En él se recoge el derecho a la protección de la Salud, que coloca en el Capítulo III, *De los principios rectores de la política social y económica*.

²⁹ Uno de los que mejor ha aclarado en qué consiste éste, es sin duda, es ENÉRIZ: “no es un derecho de reivindicación y satisfacción inmediata <<hic et tunc>> (aquí y ahora) y cuyo supuesto incumplimiento dé derecho a su titular a tomarse la justicia por su mano cuando crea que está siendo vulnerado”. Bien al contrario, “El derecho que garantiza el art. 43.1 CE es un derecho subjetivo público, que es tanto como afirmar que es, primero, el derecho a obtener una prestación de la Administración, y, segundo, en caso de no obtenerse, (se adquiere) un derecho que faculta al titular ante la Administración a reclamar a posteriori por los cauces establecidos legalmente su obtención o reparación”. Y por tanto “No es un derecho de respuesta inmediata, como lo puede ser el derecho subjetivo privado de un cliente o de un arrendatario de servicios que ve que no obtiene el bien objeto de su contrato y en ese momento decide no cumplir con sus obligaciones ante el tercero privado.. ENÉRIZ OLAECHEA, F.J. “Administración Sanitaria y Violencia Laboral: propuestas frente al problema”. *Derecho y Salud*. Vol. 15, núm. 2, Julio – Diciembre de 2007. p. 224.

³⁰ Se insiste en esto para que no se confunda la política de sanidad con los derechos fundamentales y la autonomía del paciente: la salud estamos viendo que está protegida en el art. 15 CE, por tanto, en nuestra opinión, de momento no hace falta añadir un derecho más, ni criticar la ubicación del art. 43 que está donde debe estar.

³¹ Es una expresión de ARRUEGO. Op. cit. p. 125.

³² Enlazando con lo que hemos tratado más arriba, no hemos de olvidar su legitimación filosófica tomada en el Derecho Natural. Comentarios ad hoc encontramos en <http://serbal.pntic.mec.es/cmuno21/index.html>. *Rei. Revista de Filosofía*. MESTRE CHUST, J.V. “Legitimación filosófica

tituciones de los países democráticos- y las peculiaridades de la actividad, nace el Derecho a la Autonomía del Paciente apoyado en una postura que mayoritariamente encumbra su ejercicio como una autoafirmación “*del enfermo frente al << poder >> de los profesionales y de la técnica*”³³. Este ejercicio se desdobra en dos sentidos:

- Uno amplio que comprende respetar “*todas las decisiones en lo relativo a las actividades sanitarias que le afecten directamente*”, como por ejemplo, la elección de Centro y de médico, la petición de segunda opinión, etc);

- Otro estricto: por el que se entiende la facultad de aceptar o no “*la aplicación de determinadas terapias o técnicas biomédicas sobre él mismo, tras ser informado adecuadamente acerca de su estado y las posibles alternativas*”³⁴ “, lo que se lleva a efecto mediante el llamado *consentimiento informado*.

No quiere decir que el médico tradicional – anterior a estas leyes- guardase silencio total ante su paciente, y que no contase con su aprobación para las maniobras que se realizaba sobre él. Lo que ocurría es que solía abrazar una actitud paternalista y bien intencionada, por la que disponía los tratamientos y la terapéutica que era mejor para él, sin tener mucho en cuenta sus opiniones, creencias, o sin dar opción al rechazo de todo. Ahora el paciente es también “partícipe”, y la exigencia de recabar su asentimiento entronca con el iusnaturalismo advertido, descansando en dos cuestiones principales:

- La desigualdad en técnica con el médico –que cada vez es más patente dados los adelantos que día a día aparecen en las ciencias-; y,

de los derechos humanos”, y en BUENO, G. *El sentido de la vida*. Pentalfa. Oviedo, 1996. Cap. V. “Los derechos humanos”. p.p. 337 y ss. En su trasunto a derechos positivos, las características enunciadas se limitan, pero su esencia permanece. Quiere decir que el individuo, en la defensa, por ejemplo, de su derecho a la intimidad, no puede infringir otros bienes y derechos constitucionales que se reconocen a otros terceros que interaccionan en sociedad con él, e incluso en detrimento de los agentes sanitarios.

³³ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R. “El Paciente y su capacidad de decidir en el Ordenamiento Jurídico español”. p. 132, al citar a la Prof. MARCOS DEL CANO (nota 19). En VARIOS, *Bioética y bioderecho, Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos*. Granada, 2008. Dir. JUQUERA DE ESTÉFANI, R.

³⁴ *Ibidem*. p. 132.

- La situación de enfermedad, de especial vulnerabilidad, en cuanto que disminuye las capacidades y deseos de quien la padece, incluso hasta el punto de no poder hacerse escuchar por sí³⁵ no cediendo por esta causa este deber.

Desde otro punto de vista concretaríamos al fin las dos vertientes del contenido del consentimiento informado³⁶:

- La objetiva: representada por el estado de la Medicina en cada momento o lo que se sabe de la intervención en esa fecha, que hay que tamizar y sintetizar al sujeto decisor para transformarlo en información comprensible (“mínimo orientativo” dicho *ut supra*), veraz, desprovista en la medida de lo posible de tecnicismos, y adecuada³⁷.

- La subjetiva: representada por la capacidad natural de la persona sobre la que se va a actuar.

En presencia de incapaces o menores –no maduros– no hacen falta mayores cautelas porque el art. 9.3 LBLA en sus apartados b) y c) establece que se otorgará el consentimiento por representación y serán los tutores y padres del menor los que consentirán. Pero se prevé un supuesto más que atribuye la facultad de examinar esa capacidad al profesional responsable del tratamiento: en el párrafo a). Procede éste cuando se observa que el sujeto no se encuentra “en condiciones”, o, con otras palabras, que en ese momento al que se refiere la atención, su “estado psíquico no le permite hacerse cargo de su situación³⁸”, que puede ser

³⁵ Y no por ello se le aparta del proceso decisivo quedando sustituida su voluntad por la del médico, sino que la ley prevé esta contingencia de modo tal, que persiste la obligación de informar una vez superada la urgencia o actuación en peligro de muerte, tan pronto como pase ésta (Ej. Art. 10 *in fine* de la Ley 1/2003 de Derechos de los Pacientes e Información Clínica de la Comunidad Valenciana).

³⁶ JIMENA QUESADA, L. Op. cit. p.p. 52 y ss.

³⁷ La adecuación es una modulación informativa que se deduce teniendo en cuenta la edad y el nivel cultural del destinatario, y en el caso en que se aprecie que éste no está en condiciones de comprender, de saber, o de dar su autorización, hay que dirigirse a los familiares o convivientes del que será intervenido o explorado a fin de recabar aquella.

³⁸ DOMÍNGUEZ DUELMO, A. Op. cit. p. 375. En la página anterior se habla de “estado físico y psíquico” en consonancia con el tenor del precepto (art. 9.3 a), pero luego se acentúa la preponderancia del segundo sobre el primero, tal como hemos recogido textualmente. Nos sirve de excusa para ir apuntando hacia nuestro siguiente epígrafe, puesto que el art. 763 LEC sólo habla de “trastorno psíquico”. Tratándose de AN y BN la psique induce a un estado físico débil que

“circunstancial en el caso de pacientes con plena capacidad de obrar” o “permanente en el supuesto de presuntos incapaces”. Esto es, alguien mayor de edad “no capaz en sentido vulgar pero no jurídico³⁹”. Ante esta otra situación la previsión es la misma, esto es, se autoriza a sustituir⁴⁰ la declaración de voluntad de ese paciente por su “representante legal”⁴¹ y si no lo tiene “lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”.

No obstante, el verdadero caballo de batalla es que esta solución legal se refiere a situaciones a las que iguala por su conclusión (afectación de capacidad natural = se sustituye el consentimiento por los terceros prevenidos en la ley), pero que en la práctica pueden ser diferentes, dado que no indica (y ni siquiera se remite a otro cuerpo normativo, más allá de la remisión genérica del art. 2.4 LBAP), qué hacer cuando el paciente se opone al tratamiento. Quiere ello decir, que el problema no está con que la persona que recibe la asistencia, pese a no haber sido incapacitada (por ejemplo ancianos o minusválidos psíquicos) y por sus condiciones, no comprenda y sea inútil explicarle en qué consiste la intervención, sus riesgos, cómo deberá prepararse para ella, etc; sino con quien sí lo entiende, *a priori*, (o se le juzga con capacidad para entenderlo) pero lo rechaza.

Este rehúse puede ser o no legítimo. Lo será cuando esté fundado en objeciones constitucionalmente admitidas. Si lo es, el consentimiento no será sustituido por nadie y, por ejemplo, se podrá preguntar a los Comités de Ética Asistencial sobre

contribuye a la inestabilidad mental, por lo que en este caso, predomina en elemento psicológico.

³⁹ Ibidem. p. 375. Criticando el Autor que hubiera sido más acertado hablar de alguien “no competente”, puesto que la alusión a la capacidad admite confusiones y desde luego es obligado aclarar. Pero es que en este punto el legislador se inspiró en el art. 6.3 del Convenio de Oviedo que, a la postre, ostenta una redacción similar: “Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley”.

⁴⁰ Ibidem. p. 346: en la Proposición de Ley se aludía al “consentimiento por sustitución”.

⁴¹ Aunque no parece muy acertado referirse a ése porque ya hemos indicado que los incapacitados por sentencia firme están regulados en el apartado b) (esto también lo critica DOMÍNGUEZ en Op. cit. p. 376.)

otras alternativas terapéuticas -aunque no tengan la misma efectividad-, ante la negativa de un Testigo de Jehová a ser transfundido, y para no dañar sus convicciones morales⁴². El Prof. GONZALO ARRUEGO cita tres enclaves desde donde reconocer la legitimidad de la decisión y, por tanto, no poderse proteger la imposición del tratamiento único o más beneficioso:

- a) El derecho a la integridad física o moral.
- b) La citada libertad ideológica y religiosa.
- c) El derecho fundamental a la intimidad⁴³.

Sin embargo, esto no es automático y preventivamente lo correcto es someter esta cuestión a los Tribunales. No se accederá a los deseos del paciente cuando *“dicha negativa suponga afección alguna en bienes o derechos constitucionales ajenos a su esfera jurídica”*⁴⁴. Empero, tanto si se acuerda la intervención coactiva como si se respeta la negación, ha de haber una justificación constitucional, en tanto que la actuación forzosa constituye una restricción de ciertos derechos fundamentales.

Si bien está establecido que *“cualquier intervención sanitaria realizada sin contar con o en contra de la voluntad del paciente constituye, prima facie, su vulneración”*, si se realiza se habrá de conjugar la posible lesión a sus derechos, con los que están fuera de su alcance y pueden ser asimismo lesionados con su actitud. Es aquí donde cobra protagonismo la interpretación del TC sobre el contenido de los primeros (aquellos en los que se

funda el objeto: arts. 15, 16, 17 CE), que según hemos dicho no es positiva, ilimitada o autodeterminativa, sino que es negativa, *“consecuencia de una potestad puramente defensiva que proscribiera toda intervención no consentida en su integridad física o moral”*⁴⁵.

La única vez que el TC se ha pronunciado sobre la *“constitucionalidad de la asistencia sanitaria coactiva en sentido estricto”* ha sido con ocasión *“del progresivo agravamiento del estado de salud de una serie de reclusos que habían decidido iniciar una huelga de hambre reivindicativa contra la política penitenciaria del Gobierno”*⁴⁶. En estos casos se autorizó la asistencia forzosa, tras examinar el conflicto generado entre la libertad ideológica y el entramado de relaciones jurídicas complejas (o de especial sujeción) que se instauran entre los encarcelados y los centros penitenciarios⁴⁷: y porque su vida corría peligro. Congruentemente el TS ha condenado por dos veces al Ministerio del Interior a indemnizar a los familiares de un preso que fallece de SIDA:

- En la STS (Sala Contencioso – Administrativa, Sección 6ª) de 8 de julio de 2002 (RJ 2002, 6548), con aplicación de la concurrencia de culpas, porque la administración penitenciaria no custodió al interno para detectar que no se estaba tomando la medicación;

- En la STS (Sala Contencioso – Administrativa, Sección 6ª), de 18 de octubre de 2005 (RJ 2006, 307), y aplicando la misma doctrina compensativa, porque la autoridad responsable no le obligó a seguir su tratamiento, pese a que constaba la negación del paciente a continuar con el mismo⁴⁸.

⁴² Algo más complicado es en el caso de los hijos menores cuyos progenitores profesan esta fe. En la STC (Pleno) núm. 154/2002 de 18 de Julio se narra un curioso caso. Habiéndose negado los padres a que se transfundiera a su hijo, se sometió a autorización judicial y la respuesta fue la de aplicar forzosamente el tratamiento. El antecedente 2º cuenta, que cuando se intentó proceder a la transfusión fue imposible: el niño de trece años, sin influencia de sus padres, reaccionó con tal terror que fue imposible administrarla y los médicos tuvieron que informar al Juez, que habían decidido ulteriormente no realizarla dado que la tremenda excitación que presentaba, podría acelerar una hemorragia cerebral.

⁴³ Como ejemplos correlativos: a) Si no es posible seguir viviendo mucho más sin enfrentarse a medidas muy dolorosas, o algunos lo sitúan en el reconocimiento de los documentos de las voluntades anticipadas negando la reanimación en determinados supuestos, o no deseando estar mantenido por soportes mecánicos; b) Ya hemos comentado el tema de los Testigos de Jehová; c) El sujeto se niega a indagaciones o pesquisas que quieran efectuarse sobre su propio cuerpo. ARRUEGO, Op. cit. p. 128.

⁴⁴ Ibidem. p. 133.

⁴⁵ Ibidem. p. 125.

⁴⁶ Ibidem. p. 131. Se refiere a las SSTC 120 y 137/1990 y 11 y 67/1991.

⁴⁷ Se critica por el articulista que debió de darse una solución más acorde y que pudiera servir tanto a ciudadanos encarcelados como libres.

⁴⁸ Para rematar la ejemplificación, en la Jurisdicción Penal -que es la que más veces se tiene que cuestionar sobre el estado mental de una persona para ver si se le puede o no imponer una pena-, ya se viene indicando que ni el SIDA ni la drogadicción (sea por intoxicación o por el Síndrome de Abstinencia) suponen por sí la pérdida de la capacidad intelectual y volitiva. Y que ante consumidores habituales de drogas se habrá de estar a su intensidad y a si el abuso repetitivo de estas sustancias han causado trastornos en la personalidad ratificables por la Psiquiatría: STS (Sala de lo Penal) núm. 565/2005, de 29 de abril (RJ 2005, 7577), SIDA y drogadic-

Las reticencias del paciente con AN o BN no encontrarían basamento constitucional. Él o ella se hallan convencidos de estar perfectamente de salud, y de que llevan un estilo de vida saludable, que al mismo tiempo les permite ser considerados bellos y delgados. Pero en la realidad es fácil constatar que no es así, y que tanto su aspecto externo como su voluntad están enfermos, y que van a requerir mucho trabajo, dedicación y cariño del centro sanitario y de sus familias.

3. CLÍNICA DEL PACIENTE CON TCA.

El 20 de diciembre de 2001 *Diario Médico* publicaba unos datos aportados por el Servicio de Psiquiatría y Unidad de TCA del Hospital Clínico de Barcelona, el cual exponía que, de los fallecimientos registrados entre estos pacientes, un 60% se daba por “inanición y problemas de nutrición” y un 40% “son atribuidos a suicidios⁴⁹”, y tras afirmar que, “la mortalidad de la enfermedad se centra, sobre todo, en los adultos cronificados”.

La GPC del Ministerio (Feb. 2009) en la p. 191 estima que la mortalidad es de un 5%, en AN la regresión y recuperación total es de un 50%, entre un 20% y un 30% sólo es parcial, y el resto son pacientes crónicos. En la BN los porcentajes son de un 33% para la remisión total y otro 33% para las recaídas. Sin embargo un 60% tiene buen pronóstico, un 30% de recuperación parcial y un 10% de mal pronóstico. Hay una integración novedosa, cual es el del Trastorno por Atracones cuyos pacientes pueden progresar hacia la obesidad mórbida. No hay alusión a la muerte, pero los porcentajes son: un 10% se cronifica, entre un 18%-20% remiten parcialmente y un 70% tiene un buen pronóstico.

Como para casi todas las enfermedades, un diagnóstico temprano reduce complicaciones como

ción, eximente incompleta; STS (Sala de lo Penal) núm. 21/2005, de 19 de enero (RJ 2005, 1094), no hay trastorno de la personalidad por adicciones varias; y STS (Sala de lo Penal) núm. 1.217/2003, de 29 de septiembre (RJ 2003, 8383): consumo medio moderado de drogas sin alteraciones psicopatológicas que afecten de forma significativa las facultades volitivas e intelectivas del agente.

⁴⁹ Expuestos en el I Simposio Nacional sobre Nutrición y Trastornos de la Conducta alimentaria celebrado en Madrid en esa fecha. Puede leerse el texto completo en el enlace: www.psiquiatria.com/noticias/tralimentacion/anorexia/comorbilidad/_5712/.

la cronificación y sobre todo la muerte. Uno de los rasgos más peligrosos del paciente con TCA es que éste cuando llega a los estadios más avanzados suele aceptar el riesgo de morir (derivado de otras comorbilidades psiquiátricas o trastornos del estado de ánimo como la depresión, las fobias o la ansiedad), y es frecuente que éste “se porte bien” durante el internamiento –haya sido éste acordado coactivamente o sea voluntario-, para una vez fuera, volver a las andadas⁵⁰.

En la clasificación proporcionada por la CIE-10⁵¹ –de criterios para el diagnóstico de las enfer-

⁵⁰ Es por ello que SEUBA TORREBLANCA en la misma entrevista que hemos indicado en la nota 9, propone que en determinados casos, se promueva un expediente de incapacidad hasta que exista un control consciente por el propio enfermo. Sin embargo, es ello demasiado excepcional puesto que un proceso de esas características es generalmente muy inquisitivo, es probable que no comprendan la gravedad dado que no se ha admitido en el caso de personas con una seria drogadicción, y además, el ejercicio de la tutela sobre un enfermo así es especialmente estresante. Frente a este comentario hay que precisar que hasta la fecha son muy pocas las sentencias que reconocen, si quiera, una incapacidad laboral para trabajar. En estos casos son más determinantes las otras patologías que se padecen, y la AN o BN sólo serviría como “agravante” para considerar un pronóstico peor. Así en CARRASCO GÓMEZ y OTRO, en *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. 3ª Edic. 2005, La Ley. p. 1467, dice que podría acordarse una situación de “invalidez provisional, en la que se puede estar hasta cinco años, tiempo suficiente para agotar las posibilidades terapéuticas”. La STSJ de Castilla-La Mancha (Sala de lo Social) num. 1204/2001, de 13 de septiembre (JUR 2002, 36771), concede una Incapacidad Permanente Absoluta ante un cuadro de “fractura-luxación de cabeza humeral con necrosis de la misma, gran limitación movilidad articular, hepatopatía alcohólica, con astenia, anorexia y pérdida de peso, alteración de la conducta dependiente de toxicomanía alcohólica en tratamiento psiquiátrico”, a un Peón de Jardinería.

⁵¹ Se trata de la “Clasificación Internacional de Enfermedades” que va por su décima revisión (1992), por la que pasó a denominarse “Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud”. Las revisiones son publicadas por la OMS para “mejorar la información clínica entre hospitales obteniendo una clasificación homogénea de las enfermedades con fines de salud pública” a nivel internacional, sin perjuicio de las adaptaciones menores que procedan por razón de la eficiencia. El CIE-10 se utiliza para conocer las causas de mortalidad/morbilidad, mientras que para transmitir información entre unidades hospitalarias se utiliza la CIE-9 (en España funciona la CIE –9 – MC, que pronto entrará en vigor la 6ª revisión, la cual tiene creada una Unidad Técnica a la que se remiten cuestiones diagnósticas conforme a estos códigos, que depende del Ministerio de Sanidad y Consumo.) La OMS se ocupa de las “ediciones mayores” por ser la depositaria de esta facultad desde su creación en 1948. Se ha puesto en marcha ya su

medades-, los “Trastornos de la conducta alimentaria” (F50) están incluidos dentro de los denominados “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” (F50 – 59), a su vez dentro del CAPÍTULO V, referido a los “Trastornos mentales” (que agrupa las codificaciones F00 á F99). Los indicados son:

- F50.0. Anorexia Nerviosa.
- F50.1. Anorexia Nerviosa atípica (“*Para los casos en los que faltan una o más características principales del F50.0, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico*”⁵² (...)).
- F50.2. Bulimia Nerviosa.
- F50.3. Bulimia Nerviosa atípica (que gozaría de la misma excepción que en el caso anterior).
- F50.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas⁵³.
- F50.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.
- F50.8. Otros trastornos de la conducta alimentaria.
- F0.9. Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

undécima versión desde el 16 de Abril de 2007. La misma está dividida en CAPÍTULOS por familias de especialidades, dotándose de una codificación a cada patología reconocida. Es utilizada para describir los métodos diagnósticos, terapéuticos y tratamientos e incluye una serie de ANEXOS útiles a su vez para la creación de estadísticas en el que destaca el dedicado a las “Causas externas de morbilidad y mortalidad” (CAPÍTULO XX). Vid. www.who.int/es (web de la OMS en español).

⁵² En 1999 se publica también por la OMS un Documento explicativo de este CAPÍTULO V, titulado literalmente, “Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades”, disponible y accesible en su web (creador NORMAN SARTORIUS), que ofrece sucintas explicaciones de cada código, siendo el responsable de su adaptación al castellano el Dr. LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. También se puede descargar en www.psicoactiva.com/cie10/cie10_31.htm.

⁵³ Y que supone “*Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad*”. Se aclara que, “*Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una <<obesidad reactiva>>, en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso*”. Si bien no es una obesidad “*como causa de alteraciones psicológicas*” al menos no exclusivamente, sino que es necesario que en su determinación se diagnostiquen “*disfunciones fisiológicas*”.

Al mismo tiempo en el Documento adaptado por LÓPEZ-IBOR, se especifica que se excluyen:

- El Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (F98.2).
- Dificultades y malos cuidados alimentarios (R63.3).
- Anorexia o disminución del apetito sin especificar (R63.0)⁵⁴.
- Pica de la infancia (F98.3).

Otra de las codificaciones internacionales en las que esto se contempla de la misma manera es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido por sus siglas en inglés DSM (Disease Statistical Manual). Éste fue creado por la American Psychiatric Association en 1952, ante la insatisfacción y dificultades que la CIE (que entonces iba por su octava versión) les planteaba para los diagnósticos de Salud Mental, y es el más utilizado por la Psiquiatría de los EEUU. Los “*Trastornos de la conducta alimentaria*” se encuentran codificados específicamente en el punto 3.12 (aportados con el DSM-III). En la actualidad⁵⁵ si se comparan las ediciones vigentes de ambos sistemas no hay diferencias que resulten relevantes. No obstante, en la práctica asistencial los terapeutas con mayor experiencia suelen utilizar guías y manuales con correspondencias, ya que las contribuciones más novedosas de uno y otro

⁵⁴ Relacionado más bien con patologías oncológicas o gastrointestinales que producen ciertos tipos de cáncer alojados dicho tránsito, linfomas, o el Síndrome Carcinoide, siendo más correcto hablar de “*caquexia*”, término que en medicina se utiliza para aludir a una situación de desnutrición acompañado por cierta incapacidad a comer, porque por su patología el enfermo refiere una constante sensación de saciedad.

⁵⁵ Es el DSM-IV-TR, a quien se debe también la creación como categoría diagnóstica diferenciada la del TCNE, TANE o TACNE (trastornos de la conducta alimentaria no específicos). De todos modos, el manejo de una versión mayor o menor actualizada, que sí que importa en el destino (sólo respuesta clínica, o utilidad también para la investigación o formación) y recolección de los datos técnicos, no es significativo para estas páginas, pues lo relevante es que se trate como fenómeno aislado, y que se encuentre enclavado como especialidad Psiquiátrica. BAS SARMIENTO, M^oP. *Epidemiología de los episodios de hospitalización psiquiátricos en España*. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Cádiz.. Departamento de Psicología. 2005. p. 64. En <http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/pbassarmiento.pdf>. Departamento de Psicología. 2005. p. 64., donde lo explica.

revierten en una mayor garantía de atención para los pacientes.

Así, una novedad importante en la concepción y diagnóstico de las enfermedades mentales, introducidas en el DSM-III-R, es el del “*empleo del sistema multiaxial*” el cual “*asegura que se prestará mayor atención a ciertos tipos de trastornos, aspectos del ambiente y áreas de funcionamiento que pueden pasar inadvertidos si el clínico valora únicamente el problema actual*”⁵⁶. En concreto, el paciente es examinado conforme a cinco ejes:

Eje I: Síndromes clínicos y Códigos V.

Eje II: Trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad.

Eje III: Trastornos y estados somáticos.

Eje IV: Intensidad del estrés psicosocial (que evalúa el padecimiento del paciente y de sus familiares al enfrentarse a la enfermedad).

Eje V: Evaluación global del sujeto.

“*Los tres primeros ejes, constituyen la valoración diagnóstica oficial. Los ejes IV y V pueden utilizarse en protocolos especiales de estudios clínicos o en trabajos de investigación y proporcionan información suplementaria del diagnóstico oficial que pueden ser útiles para decidir el tratamiento y predecir la evolución*”⁵⁷. Lo que se traduce en la evidencia de que, “*existen un número de factores sociales y psicológicos que influyen en la enfermedad y que están recogidos en estos ejes, lo que refleja que la apreciación de la competencia y conexión social de un individuo afectan a la duración y curso de la enfermedad mental*”⁵⁸.

Se debe, sin embargo, al CIE – 10, la universalización del uso del término “trastorno” en la sistemática del Capítulo V, “*para evitar los problemas que plantea utilizar otros conceptos tales como <<enfermedad>> o <<padecimiento>>. Aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se*

acompañan de malestar o interfieren en la capacidad del individuo”⁵⁹.

Es de agradecer los esfuerzos de los servicios autonómicos en este ámbito, pues antes de la llegada de la GPC aparecieron:

1. En 2001 la Generalitat Valenciana en colaboración con AVALCAB (Asociación Valenciana para la Lucha contra la Anorexia y Bulimia), difunde un manual de 14 páginas con el título: “*Anorexia y Bulimia. Información y Prevención*”. En la portada, a modo de clave, se citan una serie de palabras: “*ansiedad, desánimo, inapetencia, voracidad, depresión, inestabilidad*”.

2. En 2004 la Junta de Andalucía a través de la Consejería de Salud, edita una “sub-guía” denominada “*Proceso asistencial integrado en TCA*” que se adscribe al proyecto de creación de las “Guías de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales”, cuyo fin es mejorar la gestión y la asistencia que reciben esos pacientes. Allí se describe que los TCA son un problema de Salud Pública, caracterizados por la “*dualidad sintomática: somática y psíquica*”. De ahí la necesidad de implementar un “*modelo de coordinación (...) que garantice la continuidad asistencial, basada en criterios uniformes de actuación, redefiniendo nuevos elementos que nos ayuden a mejorar la calidad de la atención de los TCA*”.

3. En el año 2005 la Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud crea la “*Guía Práctica Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*” –precedente más cercano a la GPC de 2009-, en la que se añade a la codificación antes vista conforme al CIE-10 de la AN y BN, el Trastorno por Atracones conforme al DSM-IV⁶⁰.

⁵⁹ LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. Op. cit. p. 10. El CIE – 10 absorbe la citada categoría del TCANE.

⁶⁰ Y que se expone detalladamente: “A.- Episodios recurrentes de atracones, caracterizado por las dos condiciones siguientes: 1) Ingesta en un corto período de tiempo (p.e. en 2 horas) de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares. 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p.e. sensación de no poder parar o controlar qué o cuánto se está comiendo). B.- Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas: 1.- Ingesta mucho más rápida de lo normal. 2.- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3.- Ingesta de grandes cantidades. 4.- Comer a solas para esconder la voracidad. 5.- Sentirse a disgusto, deprimi-

⁵⁶ BAS SARMIENTO, P. Op. cit. p.64. “*Los diagnósticos multiaxiales demuestran que la naturaleza de los desórdenes mentales es muy compleja y multifactorial*”.

⁵⁷ BAS SARMIENTO, P. Op. cit. p. 64.

⁵⁸ Ibidem, p. 64.

4. En 2006 nuevamente AVALCAB en la Comunidad Valenciana publica una “Guía de Buenas Prácticas para Medios de Comunicación” financiado por el Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia, la Universidad Católica, el Colegio de Enfermería de Valencia, PREVI y la Clínica de Trastornos Alimentarios.

5. En Febrero de 2009 la Revista *Cuadernos de Farmacia*, núm. 206, se extiende en un Especial sobre los TCA, dándose publicidad a la Guía para los Farmacéuticos, fruto del Convenio entre AVALCAB y el Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia, y cuya elaboración comenzó en febrero de 2008. Su utilidad trata de orientar la labor de estos profesionales ante la demanda insistente de laxantes, productos de adelgazamiento y controles obsesivos de peso de los clientes afectados. Se adjuntan una serie de recomendaciones sobre el modo de exponer la publicidad de determinados productos relacionados con el adelgazamiento, y se aconseja retirar las imágenes que puedan inducir a estereotipos anómalos de belleza.

Todos estos documentos exponen lo que se puede entender por AN y BN de manera similar, pero nos vamos a quedar con el folleto elaborado por el Ministerio por su claridad y mayor actualización (al que nos referíamos en nuestra nota 6):

- *¿Qué son los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)? Las personas que sufren TCA se caracterizan por adoptar conductas de alimentación anómalas como respuesta, en general, a su insatisfacción con su imagen corporal. Es frecuente que tengan pensamientos distorsionados en torno al exceso de peso (se sienten inferiores a las demás personas, piensan que no se les aprecia debido a su imagen física) y la salud (la grasa en la comida es perjudicial, estar delgado es saludable, etc). Las personas afectadas por estos trastornos sufren consecuencias nutricionales físicas, psicológicas y sociales. Además, si no se tratan, pueden poner en peligro su vida. Estos problemas alimentarios pueden afectar a todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica,*

o muy culpable después del atracón. C.- Profundo malestar al recordar los atracones. D.- Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses. E.- El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. Ej: purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa”.

ca y cultural. Son más comunes entre el sexo femenino (90-95%), pero últimamente empiezan a darse casos entre los hombres. Pueden afectar a cualquier edad, pero es en la adolescencia cuando aparecen con mayor frecuencia, debido al momento vital de cambio y búsqueda de la propia identidad. En los últimos años la edad en la que empiezan los TCA es cada vez menor. Se trata de un proceso que puede iniciarse muy sutilmente y pasar desapercibido en un primer momento.

La AN y BN se diferencian entre sí por la forma en que se comportan las personas ante la comida y las distintas consecuencias físicas que se derivan de ello. Si no se sigue un tratamiento adecuado, puede darse el caso de que una persona con uno de los trastornos acabe por desarrollar el otro.

- *¿Qué es la Anorexia Nerviosa? Se caracteriza por un miedo exagerado a engordar y por una distorsión de la imagen corporal, que hace que las personas que la padecen se vean y sientan gordas cuando no lo están. Se niegan a mantener su peso dentro de los límites de la normalidad, por lo que se imponen dietas restrictivas y adelgazan. La valoración que hacen de sí mismas viene determinada por la opinión sobre el cuerpo y su figura. El perfeccionismo y la baja autoestima son comunes. Muchas veces la depresión y los pensamientos obsesivos forman parte del trastorno. No suelen buscar ayuda y mientras pueden esconden la sintomatología.*

- *¿Qué es la Bulimia Nerviosa? En el caso de la BN, las personas afectadas presentan episodios en los que comen enormes cantidades de comida (atracción) y posteriormente realizan actividades para mantener su peso. Esta conducta puede determinar su vida diaria y dificultar las relaciones e interacciones sociales. Habitualmente ocultan este comportamiento y no suelen buscar ayuda. Pueden tener un peso normal o engordarse como consecuencia de sus conductas alimentarias inadecuadas. El temor a engordar y la falta de control sobre la alimentación determinan su estado anímico y mental, que puede acabar el procesos depresivos”.*

Lo que coincide con el texto elaborado por la OMS para profesionales y adaptado al español por LÓPEZ-IBOR⁶¹, que sobre la primera añade:

⁶¹ Ibidem. Op. cit. p. 142.

“Un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo”, y para el que además se observa:

- a) Que es más frecuente entre mujeres jóvenes y adolescentes, siendo menor su impacto en varones.
- b) Que en una proporción considerable de pacientes se cronifica.
- c) Que su producción atiende a diferentes factores.
- d) Y se acompaña “de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas – amenorrea–”, problemas cardíacos, así como otra serie de trastornos funcionales y de comportamiento (dietas restrictivas, ejercicio físico desmedido, negativa a ingesta de alimentos que “engordan”), añadiéndose en buena parte de los casos Depresión e ideas suicidas.

El DSM-IV-TR distingue dos tipos clínicos: el <<compulsivo/purgativo>> en el que la conducta desordenada incluye atracones-purgas, y el <<restrictivo>> en el que no se dan.

Y respecto a la segunda⁶²:

“Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control de peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la comida”. Estas medidas extremas se conocen como “conducta compensatoria inapropiada” y consisten en: vómitos autoinducidos, consumo de laxantes u otros fármacos similares, ayuno autoimpuesto, siendo habitual que se

⁶² LÓPEZ-IBOR, J.J. Op. cit. p. 144. Donde continúa diciendo: “Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa (...)”. De hecho, “la distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación suele ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). Lo normal es que si la “forma maligna de comportamiento” es continuada, el enfermo consiga un peso por debajo de los mínimos aceptables, pero no es un rasgo característico en estadios incipientes del trastorno, si es que no se da un padecimiento conjunto.

combine asimismo con un ejercicio físico excesivo.

Asimismo el DSM-IV-TR vuelve a discernir otras dos clínicas: la <<purgativa>> cuando la conducta del paciente recurre regularmente a provocarse el vómito, y la <<no purgativa>> cuando predomina la utilización abusiva de laxantes, enemas, ayuno y ejercicio intenso.

En la literatura psiquiátrica, ambas patologías reciben un estudio de conjunto, dado que es observable que comparten una misma “psicopatología”⁶³: el sujeto afectado percibe respecto de sí mismo una imagen distorsionada, con arreglo a la que se ve “gordo” e inaceptable, cuando en la realidad esa persona tiene, o bien un peso normal para su sexo y edad, o está muy por debajo de ese estándar.

Para establecer si se padece un TCA y si éste tiene nombre y apellidos, se utilizan modelos con preguntas o test en los que un máximo de respuestas en un sentido o en otro, es el que orienta la decisión diagnóstica.

A) Diagnóstico Diferencial.

La GPC en su p. 74 ejemplifica cómo debe obtenerse el diagnóstico de estas enfermedades, siguiendo los criterios de la CIE-10 y el DSM – IV/DSM-IV-TR (2008). Se realizará: una anamnesis, exploración física y conductual y pruebas de laboratorio, para descartar:

- Que una delgadez extrema evidenciada durante la exploración (al retirar la ropa del paciente y comprobar el Índice de Masa Corporal), se deba a causas morfológicas (la

⁶³ Ibidem. p. 144. Es algo reconocido que los pacientes suelen fluctuar entre una y otra aunque no siempre. Sin embargo, en los casos en que así se da, la Unidad Técnica del CIE –9 (3ª edición, versión MC) del Ministerio de Sanidad y Consumo desde 1997 (respuestas a 1 de Enero de ese año, disponibles en la documentación de www.msc.es), desaconseja el vocablo “bulimarexia” y pide que se acuda a la codificación múltiple para encajar el diagnóstico. Vid. p. 9: la paciente en primer lugar causó ingreso en Psiquiatría por anorexia, y en otro momento (al que se refiere la consulta), causa ingreso por Bulimia. CARRASCO GÓMEZ, Op. cit. p. 1456 – 1461, que se basa fundamentalmente en el DSM-IV-TR, afirma que en los pacientes con AN son más frecuentes las conductas obsesivo/compulsivas, mientras que en los que tienen BN “son más intensas las manifestaciones psicopatológicas asociadas a la personalidad, al consumo de alcohol y otras sustancias, las conductas autolíticas y mayor descontrol” (p. 1460).

propia constitución física del explorado), somáticas y orgánicas, señalándose entre estas últimas: el Hipertiroidismo, Diabetes Mellitus, Tuberculosis, o neoplasias (complicaciones oncológicas) y la enfermedad de Crohn (colon irritable)⁶⁴, para la AN; y para la BN: Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de Kleine Levin, Lesiones hipotálamicas, Tumores inductores de hiperfagia.

- Que el comportamiento externo reacio a la ingesta de alimentos, no obedezca a otras enfermedades mentales⁶⁵ o a anomalías⁶⁶ psicológicas que se corrigen con terapias y medicamentos de uso común.

Especial interés –aunque no se diga explícitamente– tiene su individualización con trastornos relacionados con el aspecto corporal pero cuyo componente esencial de base, es un impulso “obsesivo compulsivo” (TOC). Los cuales son:

- **La Dismorfia**⁶⁷. Desde 1987 tiene la consideración de trastorno mental. Fue definida por Morselli en 1886 como un “*sentimiento subjetivo de fealdad o defecto físico que el paciente cree que es evidente para los demás aunque su aspecto está dentro de los límites de la normalidad*”. El Dr. DAVID VEALE⁶⁸ resalta que “*las imágenes de la actividad cerebral de estas personas aparentemente son normales, pero al momento de procesar los detalles visuales ocurre una disfunción fisiológica que los hace verse a sí mismos como feos*”, lo que conlleva principalmente: depresión, autolisis, aislamiento social. Son defectos imaginados en apa-

riencia⁶⁹, que además no se corrigen aunque acudan a la cirugía estética a diferencia de aquellos usuarios que recurren a ésta, únicamente por vanidad. Su gravedad estriba en que muchos de estos enfermos son capaces de idear “remedios caseros”, llegando a la autolesión para remediar aquello que quieren modificar⁷⁰. Una de las variantes popularmente conocida en nuestros días, la constituye la “Vigorexia” u “*obsesión patológica por un cuerpo perfecto*”⁷¹ o por obtener cada vez más masa muscular: “*El ansia por adquirir una apariencia atlética puede llevar al consumo de sustancias perjudiciales para el organismo*” (se han descrito: anabolizantes, hormonas y falsos complementos vitamínicos o de otra índole, que realmente son medicamentos para uso en animales).

- **La Ortorexia**. “*Obsesión patológica por la comida biológicamente pura y sin aditivos artificiales*”⁷². Puede provocar: anemia, hipervitaminosis

⁶⁹ El 12/03/2007 la Universidad de UCLA publicó un estudio en que se realiza una demostración visual del nivel de distorsión que los pacientes perciben, a través del seguimiento de una serie de imágenes. Disponible en: www.newsroom.ucla.edu/portal/ucla/brains-of-people-wih-boyd-image-40673.

⁷⁰ Así, entre los casos destacados por DAVID VEALE, encontramos el de un varón que se lijó la cara para eliminar unas manchas y que su tez pudiera lucir brillante; o el de una mujer, que como no tenía medios para contratar una liposucción, optó por cortarse los muslos para eliminar la grasa sobrante que a su juicio tenía. CARRASCO en Op. cit. p. 1457 dice que entre los anoréxicos “*no son infrecuentes las manifestaciones clínicas dismorfóforicas*”.

⁷¹ *Recomendaciones de la SPNS/SEP/SEN/GESEDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por VIH*. Junio de 2008. Disponible en la documentación del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es). Coordinador: FERNÁNDEZ SASTRE, J.L. p. 98: “*Comportamiento obsesivo compulsivo caracterizado por la preocupación de acudir al gimnasio y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de entrenar o de muscular el cuerpo*”.

⁷² *Ibidem*, p. 98. En *Jano.es. Revista de Medicina y Humanidades* en una publicación de 02/03/2001, el columnista CASINO, G. comentaba en “Ortorexia” una noticia del New York Times del 27/02/2001 en la que por primera vez se acuña el término por Steven Bratman, autor de “Healthfood junkies” y había registrado ya el nombre y el dominio www.orthorexia.com. Bratman era médico generalista y derivó en especialista de la medicina alternativa. En él explica que él mismo había sido seguidor de una filosofía inspirada en las “dietas curativas” que sobre todo promueven diversos grupos de vegetarianos como los veganos, los crudívoros o los “frutistas” (los primeros sólo comen vegetales hervidos, los segundos sólo ingieren comida que esté cruda y los terceros sólo fruta), que a su forma de comer añaden ciertos valores filosóficos como no matar seres vivos para comer, no

⁶⁴ LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. p. 86, 146 y 147; y p. 79 de GPC.

⁶⁵ Depresiones, Bipolaridad, Trastorno Límite de la Personalidad. p. 78 GPC.

⁶⁶ Según hemos visto en las exclusiones que se realiza por el propio CIE 10 en el sentido de no incluir, en general, la “anorexia en la infancia”, salvo que sí se aprecie que se puede añadir el calificativo de “nerviosa” (que sin embargo, ocurre en muchos casos). También está incluido aquí el *Síndrome del Atracón* de carácter leve (con frecuencia inferior a dos veces por semana, en un período que no alcance los seis meses).

⁶⁷ O “Trastorno Dismórfico corporal”, o “Trastorno somatoforme”, o “Disfobomorfia”. Algunos tratadistas se refieren a él como “*Síndrome del patito feo*”. Vid. Sergio Zimmer en www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=1314. Reportaje que data del 12/08/2006.

⁶⁸ Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Londres. En *Psychiatric Bulletin*, nº 14, Marzo 2003.

sis o hipovitaminosis, carencias de oligoelementos que pueden derivar en osteoporosis o en hipotensión crónica, y en los estados más avanzados, se suman otras enfermedades psiquiátricas como la depresión, la ansiedad y la hipocondría.

B) Causas.

En la GPC se acepta la evidencia de que las causas fundamentales de la AN y BN son inconcretas, pero es posible advertir elementos socioculturales, biológicos y psicológicos, que se agrupan como factores que interaccionan entre ellos y se denominan: predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

La Dra. ORTIZ MONCADA ya en 2006 hablaba de la tendencia a “*considerar los TCA como fenómenos heterogéneos y multifactoriales*”⁷³, aclarando que en este tema –en lo que respecta a la Medicina y de conformidad con la mayoría de la Psiquiatría– es más correcto hablar genéricamente de *predisponentes* que de *causas* propiamente dichas (aunque nosotros los emplearemos como sinónimos, en beneficio de la claridad expositiva). La tabla diseñada para agrupar cada uno de los grupos que luego serán renombrados por la GPC son:

- Factores Predisponentes (Predisposición social, Predisposición familiar, Predisposición genética y Predisposición personal)⁷⁴;
- Factores Precipitantes (Pubertad, Comentarios y presión para adelgazar, Pérdida de peso, Dietas, Situaciones estresantes como abusos físicos o psíquicos, exámenes, estudios en el extranjero, etc, Pertenencia a ambientes competitivos, Ejercicio físico excesivo o Imagen personal negativa).
- Factores Mantenimiento (Uso habitual de Dietas, Relaciones familiares desestructuradas o rigideces de la estructura familiar, Aislamiento social, Imagen corporal negativa, Conducta alimentaria anómala, Desnutrición, Ansiedad, Problemas de estado de ánimo o también Ejercicio físico excesivo⁷⁵).

Empíricamente y reinterpretando esta información, es manifiesto que hay ante todo dos conjuntos causales: uno endógeno, consustancial a las características personales del paciente, y otro exógeno, protagonizado por la Sociedad que rodea al individuo, que interactúa con el anterior y del que no es posible aislarse para no ser influido. Sea como fuere, el éxito de los seres vivos es la supervivencia, cifrándose ésta en su capacidad de adaptación al medio en que les ha tocado vivir. La lucha por la vida nunca es pasiva porque el medio no es estático. No todos somos iguales y desde luego que no reaccionamos del mismo modo frente a la adversidad. Al margen del cuidado y la protección, digamos, *natural*, esto es, que en lo físico entendemos que niños, ancianos y enfermos son más vulnerables por lo que hay una voluntad innata para complementar sus actos vitales; coexiste una protección, digamos, *normada o reglada*, por la que intentamos que los comportamientos no sean

ficos como no matar seres vivos para comer, no contribuir a la producción masiva de alimentos rechazando aquellos cuya obtención consideran más industrializados (leche, queso y huevos, por ejemplo), y evidentemente propugnado el consumo de comida obtenida únicamente mediante procesos ecológicos. El Dr. Bratman indica que el trastorno obsesivo se produce cuando se transfieren “*los principales valores de la vida al acto de comer*”. Digamos que esos sujetos “*no tienen una vida sino un menú*”. Es una conducta nociva para la salud pues acaba suponiendo la supresión de grupos de alimentos básicos de lo que resultan graves desequilibrios dietéticos y de nutrición. Todavía en el 2001 no estaba introducido en el DSM –IV ni se hablaba de él en *Medline*.

⁷³ ORTIZ MONCADA, M^a R. *Alimentación y Nutrición*. Módulo 9 del Programa de Formación de Formadores en Perspectiva de Género en Salud, fruto de un Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (Observatorio de Salud de la mujer) y la Universidad Complutense de Madrid (Grupo Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud). Dirigido al Programa Máster/Doctorado sobre Género y Salud. Impartido y expuesto el 30/05/2006. La dirección web en la que lo encontramos disponible es: www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf. p.p. 6- 8. Esto mismo con la denominación “*etiología multifactorial*” se ofrece informativamente en la web del Instituto de Trastornos Alimenticios (ITA), que es una clínica catalana muy especializada en ellos, punto de referencia para investigadores y tratadistas nacionales (www.itacat.com).

⁷⁴ La social se refiere a las presiones mediáticas sobre modelos delgadas y la estética actual; la familiar a si hay antecedentes de que sus miembros hayan tenido problemas de esta índole, o si los padres previamente han padecido algún trastorno; la genética a la herencia biológica y otros; y la personal, se refiere al propio temperamento y influenciabilidad de la persona.

⁷⁵ Véase que en el segundo y tercer grupo hay algunas repeticiones que no son por error, sino que, reflejan el importante componente psicológico que se necesita trabajar para modificar conductas que relajen al paciente, doten de cierto control sus actos y pueda obtener la tranquilidad necesaria para mejorar su TCA.

arbitrarios, que no se destruya a la colectividad y no impere la ley del más fuerte.

En esa pugna y en este caso, los factores exógenos rebosan las facultades adaptativas del paciente, quien se defiende de su hostilidad desarrollando un trastorno mental con el que se perjudica a sí mismo y por ello es patológico. Pensamos que hay un predominio de este conjunto de causas, de hasta en un 80%, frente a la genética, el temperamento o la biología, por siguientes razones:

1º.- Estamos en el Primer Mundo y el desarrollo que hemos alcanzado es espectacular. Uno de nuestros máximos logros es el de haber resuelto el problema de la obtención de una alimentación suficiente para todos los miembros, y que es un proceso mucho más complejo que el de comer, puesto que para nosotros es “nutrirse”⁷⁶, habiéndose

⁷⁶ Hemos elaborado las pirámides nutricionales, las tablas calóricas y proteicas, los “complementos alimenticios”, los hábitos de nutrición saludable, comercializado píldoras de fibra, creado productos transgénicos, etc. PEREÑA GARCÍA, F. “Cuerpo y subjetividad: acerca de la anorexia”, *Revista española de Salud Pública*, 2007, Vol. 81, nº 5 (Sep.- Oct.). El primer condicionante es la disociación entre “instinto” y “demanda”. La segunda sustituye a la primera. Ha desaparecido la necesidad primordial de comer, de manera que el hombre puede ser capaz de decidir lo que desea comer, cuánto y cómo: “la satisfacción corporal de la necesidad, está intervenida por los otros”. “El cuerpo humano, al no estar regulado por el instinto, queda a merced de los encuentros con los otros, encuentros fundadores de la vida psíquica concreta”. De donde la anorexia es por tanto, no una psicosis pues aquí la inapetencia es producto del malestar del sujeto pero no es un rechazo consciente del enfermo como sí le ocurre a ésta, y no deja de ser una manifestación, entre otras, “de una desorganización del cuerpo que no encuentra modo de regularse ni por el instinto ni por la articulación de la demanda” (p.p. 533 y 534). “A nadie se le oculta que la anorexia es un fenómeno moderno de las sociedades capitalistas, habría que matizar, de sociedades que gozan de la prosperidad capitalista. Es impensable la anorexia en Etiopía o en el Congo. Si la anorexia responde a una dificultad para inscribir la falta y el deseo en el cuerpo, no parece que se puedan dar condiciones para ello en países en los que el hambre, la carencia, la guerra y las enfermedades físicas tienen a sus habitantes postrados en la miseria. La anorexia se da en sociedades de la abundancia, de la obscena multiplicación de objetos-basura, del todo sustituibles al año siguiente, o al mes siguiente, o a la semana siguiente de su aparición” (p. 537). Para este Psicoanalista, la bulimia es la versión “adictiva” de la anorexia (p. 540), según los estudios de Hilde Bruch durante los años 60 y 70. También en ORTIZ MONTCADA, M^a R., Op. cit. p. 5: “El hecho de comer o no comer, lleva implícito consecuencias en el exceso, o en la restricción, ocasionando enfermedades como la obesidad, la anorexia y la bulimia nerviosa, ya sea por exceso o por defecto. Denominadas también patologías de

dose creado incluso una situación de excedente (tenemos mucho más de lo que es posible consumir).

2º.- Teniendo estas necesidades básicas cubiertas, los valores principales de la población se colocan en otros estadios del desarrollo humano, dirigidos más bien a poseer objetos que son símbolo de progreso y éxito social⁷⁷.

3º.- A ello se une una desaforada carrera tecnológica que es abiertamente perceptible desde la popularización de las TICs, pero que no deja de ser una extensión del que ya ha sido denominado “cuarto poder” que se predica de los medios de comunicación. Hoy en día asistimos a un bombardeo de información que es imposible absorber y procesar, que tiene su máximo exponente en la aplicación creativa de la imagen y en su reproducción, y que cuanto más atractiva sea ésta, mayores impulsos de obtener aquello que se ofrece experimenta el receptor. Hace falta, por tanto, una elección selectiva, y ésta es, en ocasiones, equivocada.

El TCA es por tanto compatible con los dictados de la convivencia consumista y el influjo de los *mass-media*⁷⁸.

la sociedad de la abundancia o del bienestar, que terminan siendo paradójicas.

⁷⁷ PEREÑA GARCÍA, F. p. 537. También en CARRASCO GÓMEZ, J. Op. cit. p. 1456 habla de enfermedad cultural desencadenada por: “La existencia de una mayor significación del cuerpo como distingo social y como medio para competir, de afirmación y reconocimiento, en una cultura como la occidental donde se exagera ese culto al cuerpo, se sobrevalora la apariencia física, incluida la delgadez, se inculca la eficacia y atractivo de modelos funcionales y estéticos, junto al enorme auge de la publicidad sobre normas alimentarias, dietas, ejercicios físicos desmesurados o no reglados, ideales de perfección manipulada, supone a la postre, que estos fenómenos socioculturales y costumbristas estén implicados en la patogénesis de estos trastornos (CHINCHILLA MORENO, A. 1994)”. “Entre los factores familiares, la dinámica familiar en la que los propios padres tienen una actitud negativa hacia el sobrepeso o hábitos alimentarios inadecuados (...)”.

⁷⁸ M.A. MARTÍNEZ-GÓNZALEZ y J. de IRALA. “Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?”. Editorial de *Gaceta Sanitaria*, 2003, vol. 17, nº 5 (347 – 350). “La exposición a los medios de comunicación precede a la aparición de los TCA; la duración total de la exposición, el tipo de revista, la clase de emisión de radio que se escucha o el tipo de programas televisivos que se ven predicen el mayor riesgo. Aunque varios estudios no encuentren asociación del riesgo del TCA con el tiempo total dedicado a ver la televisión (...), sí se halla una asociación positiva con correlatos de

Aunque desde 2006 se ha comprobado que los casos de AN y BN están evolucionando y son más heterogéneos, afectando a más estratos poblacionales, siguen encabezando las estadísticas las mujeres, -predominantemente en edad puberal⁷⁹- a las que se sigue prefiriendo delgadas y esbeltas, y no en vano la gordura es mucho más tolerada en los hombres⁸⁰. También el comportamiento generalizado a hacer prevalecer “*las obligaciones productivas frente a las reproductivas*”⁸¹, revela niveles de estrés considerables que coadyuvan a la aparición de estas patologías. Íntimamente relacionado con esto hay un porcentaje no desdeñable de pacientes, que adquieren AN o BN por haber sido víctimas de abusos sexuales a edad temprana, -siendo ésta una forma de violencia que no es exclusiva de nuestros días-, y a los que el temor a la sexualidad y a que afloren los detalles sexuales de su cuerpo (senos y caderas, en las chicas y tamaño de los genitales en los chicos), les empuja inconscientemente a controlar la ingesta de calorías para permanecer con un aspecto infantil⁸².

TCA, como autoinducirse el vómito, usar laxantes o la insatisfacción con el propio cuerpo. Tratar de parecerse a modelos o actrices que se ven en estos medios duplica el riesgo de iniciar una conducta purgativa. p. 347.

⁷⁹ PEREÑA GARCÍA, F. Op. cit. p.537: incluso la publicidad presenta al lado de productos “indecorables” azafatas uniformadas delgadas y guapas. La mujer es la mensajera del consumismo, y mantiene este mismo canon en congresos, pasarelas, y toda clase de recomendaciones publicitarias. También en MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Op. cit. p. 349: “*No debería continuar la pasividad de la administración frente a las revistas para adolescentes que en cada uno de sus números ofrecen masivamente ya desde su portada <<diets milagro>> y productos adelgazantes, dirigiendo todo el interés juvenil hacia la obsesión por lo corporal para así conquistar a alguien*”.

⁸⁰ ORTIZ MONTCADA, M^a R. Op. cit. p. 28.

⁸¹ Ibidem, Op. cit. p. 29: obligación de tener que asumir el papel de la “super-woman” que revela niveles de estrés considerables que empujarían a padecer estas patologías.

⁸² Audiencia Provincial de León (Sección 3^a). Sentencia núm. 9/2006 de 12 abril, [JUR\2006\169361](#) (Penal). Se condena al acusado por Delito de abuso sexual y estupro de prevalimiento continuados. En F^o J^o 2^o: *Existe una clara diferencia de edad entre la víctima (14, 15 años), y el acusado quien nació el 13-5- 1959 (33, 34 años), cuando suceden los hechos enjuiciados, que le coloca en relación de superioridad con respecto a Consuelo, pero además concurren otras circunstancias que vienen a poner de manifiesto la situación de prevalimiento. (...), por el ascendiente que le proporcionaba esa relación médico-paciente, y de la relación de confianza que los padres de la menor tenían depositada en él*. Y en el F^o J^o 4^o: “*El doctor Luis Alberto de quien Consuelo fue paciente desde abril de 1989 a enero de 2000, declara «que en*

el año 1993 Consuelo acudió en abril muy mal psicológicamente a su consulta en Barcelona, que presentaba bulimia, que en julio de ese mismo año, le relató un intento de suicidio, por lo que la deriva a la psicóloga del Centro, a quien le cuenta que estaba sometida a abusos sexuales por parte del endocrinólogo que la seguía en Ponferrada, (acudía por padecer diabetes) por lo que hablan con ella ofreciéndose para estar presentes dándole apoyo cuando se le cuente a sus padres, lo que hace unas horas después en su presencia y la de la psicóloga Diana”.

Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección 3^a). Sentencia núm. 70/1998 de 5 mayo, [ARP\1998\1633](#). Penal. Anorexia como resultado de padecer abusos sexuales por parte de un profesor del colegio. Hechos Probados: “*La situación narrada determinó en la joven un sentimiento de culpabilidad y stress con tentativas de autolisis siendo atendida en el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario en donde se le diagnosticó padecía de un trastorno adaptativo de carácter depresivo-angustioso, que precisó de tratamiento con psicofármacos y psicoterapia durante 83 días, mejorando, recuperando el apetito y las reglas, restándole como secuela un trastorno de stress postraumático por los hechos descritos del que todavía no ha sido dada de alta y sin que se pueda por ahora precisar si necesitará o no nuevos tratamientos*”. “*Son claros exponentes la anorexia, insomnio, angustia, amenorrea y demás desórdenes que sufrió y padece la menor hasta el punto que los señores médicos no consideran curado el stress postraumático que puede recaer. El Código Penal concibe como lesión el menoscabo psíquico y por ello procede estimar cometido tal delito*” (F^o J^o 5^o). Obligándose a pagar una indemnización de: “*(...) 415.000 ptas. a razón de 5.000 ptas. por día de tratamiento médico y en otras 500.000 ptas. por la secuela del stress postraumático (...)*” (F^o J^o 9^o).

En la Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid (Sección 15^a), núm. 374/2001 de 27 de septiembre, [JUR\2001\318397](#). Penal. La bulimia es consecuencia, entre otras consecuencias físicas y psíquicas, de haberse infligido malos tratos con carácter habitual, amenazas y otra serie de vejaciones que se relatan en la sentencia. Diciendo su F^o J^o 2^o: “*De la Sentencia apelada se extrae claramente de los fundamentos jurídicos en el apartado dedicado al hecho probado “D)” que concurre el elemento típico de la habitualidad por el conjunto de los hechos anteriores declarados probados: la agresión a Lorenzo V., la agresión a Olga y las amenazas a esta última. A ellos se suman otros que no fueron objeto de acusación pero fueron referidos por ellos e incluso por el acusado cuando reconoce durante el Juicio haber empujado en alguna ocasión a Olga, como cuando estaba embarazada de Karim (...). En el Juicio declaró la médica de cabecera de Olga –Emma M.– que su paciente acudió en repetidas ocasiones con problemas de alimentación, ansiedad e insomnio con anterioridad a la denuncia de los hechos y que le puso un tratamiento. A la defensa respondió que le pareció un síndrome reactivo a su situación familiar. Por su parte la forense coincidió en la anterior valoración y afirmó que Emma M. es quien realmente conoce bien la situación familiar por tratar a estas personas como médica de cabecera. Como puede observarse, no se trata de una interpretación arbitraria de la Sentencia apelada afirmar en la misma a partir de lo declarado por la denunciante y los informes médicos ratificados y ampliados durante el Juicio (...)*”.

C) Tratamiento y UTCAs.

Tras asentarse la enfermedad, estos varían en función del grado de afectación corporal, y del estadio en que ésta haya sido diagnosticada, si bien al ser en muchos casos imperceptible su instauración (que es paulatina y silenciosa) hasta que no hay, por ejemplo, una pérdida de peso considerable, la recuperación siempre se prevé lenta. Las actuaciones y especialidades médicas implicadas son⁸³:

- En Psiquiatría se valora el estado anímico (abatimiento, apatía, agresividad y/o irritabilidad), se indaga si existen otras patologías acompañantes (o trastornos comórbidos, paralelos al diagnóstico principal que pueden dificultar el tratamiento) como la Depresión o los trastornos de la personalidad para los que se prescriben medicamentos (sólo se recurre a la farmacología si se dan estos trastornos anímicos, y por ello los más recetados son los antidepresivos como la Fluoxetina y el Diazepan y ansiolíticos).
- Se establece una dieta, por un Experto en Dietética y Nutrición, distinguiéndose si hace falta ingreso y administración por vía parenteral (sonda nasogástrica), o si puede seguirse ambulatoriamente, sobre la que se mantendrán controles semanales y se irá va-

riando según de las variables nutricionales que se vayan recuperando.

- Se gira interconsulta con Endocrinología quien será la encargada de devolver la funcionalidad glandular, pues son habituales las disfunciones metabólicas.
- A fin de reordenar el comportamiento, el aprendizaje de buenos hábitos y facilitar al paciente recursos para resolver pulsiones que tengan que ver con conductas impropias, se le somete a psicoterapia que puede ser grupal e individual o sólo individual, y que corrigen actitudes de aislamiento, las relaciones interpersonales tanto en la familia como con los amigos, y se imbuyen valores positivos al acto de comer.

En estas acciones será fundamental el grado de co-responsabilidad de los familiares cercanos, con el objetivo de que supervisen lo acordado, sobre todo al inicio de la terapéutica que es el período más difícil. Las personas que viven solas o sobre las que no se ejerce esta supervisión doméstica, tienen muchas más probabilidades de recaer y de que su patología se cronifique⁸⁴.

Una importante ayuda a los profesionales para ayudarles con el diagnóstico y posterior curación y rehabilitación del paciente, lo constituyen las herramientas de la web, www.utcas.com, que también favorece a la creación de las Unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria (UTCA)⁸⁵,

⁸³ Para ver un catálogo de “complicaciones físicas asociadas”: www.itacat.com/complicaciones.htm. La AN y la BN dañan: 1) el Sistema Cardiovascular: arritmias, fibrilación ventricular, bradicardia, hipotensión arterial, atrofia ventricular, insuficiencia cardíaca, síndrome de la arteria mesentérica superior, acrocionosis. Vid. también *Jano.es. Revista de medicina y humanidades*. 21/08/2008: “Detectan cambios cerebrales y cognitivos en mujeres que sufrieron anorexia”, y *Diario Médico*, 13/05/2005, “El 21% de pacientes con anorexia nerviosa tiene atrofia cerebral, según un estudio” (realizado por el Hospital Clínico de Zaragoza). 2) El Aparato Digestivo: deterioro del esmalte dental, caries, hipertrofia parotídea, esofagitis, distensión gástrica, atonía intestinal, estreñimiento, disfunción hepática. 3) Nefroelectrolitos (Riñón): hipopotasemia, retención hídrica, edemas, hiperaldosteronismo, insuficiencia renal. 4) Endrocrino metabólicos: amenorrea, insuficiencia gonadal, infertilidad, en los varones ausencia de deseo sexual y genitales infantiles, hiperparatiroidismo, osteopenia, hipercolesterolemia e hipoglucemia. *El País.com*, Castellón, 10/01/2007, recoge que “La mitad de las bulímicas y las anóxicas tienen trastornos de personalidad”. El análisis lo realizó el Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universidad Jaume I, que analizó la personalidad de 150 de estas pacientes.

⁸⁴ Es típico de los trastornos mentales la negación o incapacidad para reconocerse enfermo por el sujeto que la padece, y recibe el nombre de Anosognosia.

⁸⁵ “*Quiénes somos: UTCAs (Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria) es una iniciativa de un grupo de psiquiatras españoles especializados en tratamiento y la investigación de este tipo de patologías*”. “*La oferta es desinteresada e incondicional*”.

⁸⁶ Vid. *Informe anual del Defensor del Paciente en Andalucía*. Respuesta a la Queja 06/668 (p. 72) de la Asociación Malagueña en Defensa de la Atención a la AN y BN (ADAMER), que denuncia la necesidad de contar en dicha provincia con dispositivos específicos (acompañado de 5.000 firmas), y contesta el Defensor que sí que se encuentra prevista ésta en la Guía sobre el Proceso Asistencial Integrado. www.defensor_and.es/informes_y_publicaciones/informes_es_tu-dios_y_resoluciones/informes_defensor_del_menor/informe_0007/TEXTO_PAGINADO/index_paginado.html?page=72. En cuanto a las prestaciones de la UTCA, las tenemos en el texto de la queja: “*Aunque la cuestión central de la queja se*

Ésta era una demanda planteada por Asociaciones de pacientes –y por los facultativos–, dado que muchos se quejaban de la insuficiencia de personal, instalaciones (*¿dónde los ubicamos?*) y sobre todo de la descoordinación entre especialidades, que contribuían al fracaso de las terapias y al abismo de la cronificación. La conclusión era la “fuga” de los Servicios Públicos a clínicas privadas en las que se estaban obteniendo mejores resultados, generando la insatisfacción de las familias porque los gastos acarreados en esos otros centros son reembolsados⁸⁷.

circumscribe a la necesidad de contar con una unidad específica para la asistencia en los Trastornos de Comportamiento Alimentario (TCA) en la provincia, esta abarca otras cuestiones como: - Elaboración de un protocolo de manejo de los Trastornos de Comportamiento Alimentarios para todas las Áreas Sanitarias. - Hospitalización conforme a los criterios fijados en unidades específicas integradas en los servicios de hospitalización general con enlace con los servicios correspondientes (Psiquiatra, Medicina Interna, Endocrinología y Nutrición y Pediatría, en su caso), unidades que habrán de disponer de comedor terapéutico. - Hospital de Día, también con un comedor terapéutico. - Programas ambulatorios específicos en Centros de Salud Mental. - Atención Primaria / Formación en este nivel. - Formación específica de profesionales. - Terapia Familiar. - Grupos de Autoayuda y apoyo”.

ADAB en Cádiz solicita al Vicepresidente 3º del Parlamento Andaluz una proposición no de ley para la creación de una UTA en la Provincia, que se presentó el 20/05/2008, para conseguir la coordinación entre las “estructuras multidisciplinares” de Psiquiatras, Endocrinos, Nutricionistas y Psicólogos. En www.sanfernando.com/news.php?extend.1709. También se pedía desde ARBADA (Asociación Aragonesa de Familiares de Enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria) el 05/05/2005. www.noticias.com/index.php?accion=ver_colaborador&id=1.

⁸⁷ Al no considerarse el riesgo vital y porque estos tratamientos sí que están previstos en la Cartera de Servicios del SNS (RD 1030/2006, de 15 de septiembre), aunque sólo referidos a la juventud y adolescencia. Se encuentra en su ANEXO III, “Cartera de Servicios comunes de atención especializada” en su punto 7, “Atención a la salud mental” centrada en “el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización”. A lo que sigue, “la atención a la salud mental que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye: (...) (punto 7.5) Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables”. CARRASCO GÓMEZ, J. Op. cit. en la p. 1.468 cita una resolución en que se reconoció el reembolso,

Al menos cerca de 90 Hospitales públicos, Privados, Clínicas Especializadas y Fundaciones es-

STJ de Murcia de 13 de Junio de 1994, “por entender que el diagnóstico y tratamiento de los servicios de la Seguridad Social no fue acertado”. Esta vía del “tratamiento inadecuado” en la actualidad se rechaza, pese a la crudeza de los supuestos y al ingente número de informes médicos que suele aportarse: A) la STSJ del País Vasco (Sala de lo Social, Sección 1ª), núm. 2.527/2003 de 4 de noviembre, AS\2003\4233 (Fº Jº 2º: “En el primero de los motivos del recurso, al amparo del art. 191 b) de la LPL (RCL 1995, 1144 y 1563) , se interesa la adición al hecho probado séptimo, en base a los documentos obrantes a los folios 45 y 127, del siguiente texto: El peso en el momento del ingreso 40,600 kg. para una altura de 1,59 cm supone un IMQ-16 equivalente a un cuadro de desnutrición”). En su Fº Jº 3º se dice que: “No puede ignorarse que en el último ingreso que tuvo en el Hospital de Gipuzkoa, momento en el que presentaba una hiperactividad y necesidad de ejercicio físico continuo, Julián hubo que ser atado, situación sumamente desagradable y que indudablemente acrecentó el dolor y el malestar de sus padres, quienes, viendo que el hijo no aumentaba de peso en términos deseables (se hizo necesaria la implantación de una sonda nasogástrica) y que, además, sufrió una agresión por parte de otro interno, optaron por pedir el alta y trasladarlo a otro centro donde estimaban iba a ser mejor atendido. Pues bien, siendo dicha reacción humanamente entendible, es evidente que la asistencia que pasó a recibir en el centro privado no vino motivada por una situación de riesgo vital que impedía el acudir a un centro público, ni tampoco, como arriba se ha razonado, porque el tratamiento y la asistencia facilitados en éste fueran inadecuados. Puede que la atención recibida en AMSA haya sido más personalizada y que la situación de Julián tras su paso por ese centro haya podido mejorar, pero estas circunstancias, de conformidad con la normativa y la jurisprudencia antes señaladas, no justifican el reintegro pretendido. En consecuencia, previa desestimación del recurso interpuesto, debemos confirmar la sentencia de instancia por ser ajustada a derecho”. B) La STSJ de Madrid (Sala de lo Social, Sección 1ª), núm. 599/2006 de 11 de septiembre, AS\2007\551. En el Antecedente de hecho 2º III: “Doña Asunción, ingresó voluntariamente en el centro “Instituto de Trastornos Alimentarios” (en adelante, ITA), situado en el municipio de Cabrils (Barcelona) en régimen de internamiento completo el día 16 de septiembre de 2004 para recibir tratamiento específico para el trastorno de la conducta alimentaria que padece, que es de larga evolución, y que ha precisado de varios ingresos con anterioridad. En el momento de su ingreso en el citado Instituto presentaba una desnutrición severa con marcada disminución de la masa muscular, un índice de masa corporal de 14.9, una amenorrea de mas de dos años, discreta cifosis dorsal (secundaria a la osteoporosis severa ya evidenciada en densitometrías óseas previas), asimismo también presentaba una anemia ferropénica moderada. El diagnóstico era de anorexia nerviosa de tipo purgativo con 1 a 3 vómitos diarios y uso frecuente de laxantes así como otras conductas compensatorias. Doña Asunción, también presentaba una severa distorsión corporal, pensamientos obsesivos, alexitimia, importante déficit en el proceso de socialización, dependencia afectiva respecto a su familia y estado de ánimo alterado”.

tán adheridos a la página⁸⁸ (y cuya información puede extraerse de la misma), que se administra desde el hospital público “La Fe” de Valencia. Incluye una aplicación en la que es posible rellenar los test diagnósticos al uso, que están colocados como enlaces activos en el margen izquierdo y enviarlos a una central en el margen izquierdo⁸⁹.

Pero también se deberá de proveer a las UT-CAs de los medios materiales y profesionales adecuados, puesto que si no, será como volver al cero⁹⁰. Ojalá que se haga.

4. EL INTERNAMIENTO NO VOLUNTARIO: JUICIO BIOÉTICO Y MÉDICO LEGAL.

El art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil regula el trámite del *Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico*. Se define “inter-

⁸⁸ Sus objetivos son: “- Posibilitar a las Unidades de Salud Mental y Profesionales de Salud Mental la evaluación psicométrica de casos con TCA. - Integración de datos entre instituciones participantes. - Obtención de datos epidemiológicos de la población diagnosticada de Trastornos de la conducta alimentaria. - Caracterización clínica de los pacientes, elaboración de perfiles pronósticos, detección precoz de los trastornos, evolución terapéutica y seguimiento.- Análisis continuo de la prevalencia e incidencia en pacientes identificados en centros de atención de TCAs. - Análisis del impacto socioeconómico en el ámbito territorial que se define. - Creación de un grupo de investigación cooperativo en TCA que permita el compendio de datos sobre patología, terapias e impacto social.- Difusión de resultados en los foros pertinentes”.

⁸⁹ “Ante la dificultad de la corrección convencional de los cuestionarios psicométricos que habitualmente se utilizan con estos pacientes”. El más utilizado es el EAT o Eating Attitudes Test para la AN, seguido del EDI (Eating Disorders Inventory) que se debe a David Garner (1983); y para la BN el BITE (Test de Bulimia de Ediburgo, desarrollado en 1987 por Henderson y Freeman). Otros accesorios que también figuran son: BSQ, SCL-90, CIMEC-26, SCANS, ENMU y POTS.

⁹⁰ *El País.com* publicó el 16/01/2007 desde su Agencia en Santiago de Compostela, que la Asociación de Bulimia y Anorexia de Galicia (Abagal) había empezado a detectar casos de mujeres que enfermaban por primera vez de anorexia con 20 y 30 años. Denunciaba asimismo que “Galicia cuenta con una sola Unidad de Desórdenes de la alimentación, ubicada en el hospital de Conxo”. Además, “este servicio está en precario, cuenta con dos psicólogos, dos psiquiatras y tres endocrinos para atender a todas las gallegas de más de 15 años que sufren estas enfermedades: a nosotros nos llegan casos todos los días, pero la atención a estos trastornos no se ha reforzado nada en cuatro años”. Otro de los datos relevantes que ofrece es que en el Hospital Clínico de Santiago se había atendido recientemente a una niña de 8 años.

namiento” como “la privación de libertad en un centro sanitario especializado autorizada y garantizada judicialmente, excepto en el caso de urgencia, donde se ratificará la autorización judicial con posterioridad, con el objeto de aplicar una terapia psiquiátrica sobre persona afectada por trastorno psíquico, cuando ésta no tenga capacidad de decidir por sí y exista un grave riesgo para su salud⁹¹”. Será involuntario el que se acuerde contra la “voluntad⁹²” del individuo. Presenta las siguientes características:

a) Su finalidad ha sido ya aclarada por la Doctrina y la Jurisprudencia, que piden al operador jurídico su utilización cautelosa, porque se trata de una *medida asistencial* en tanto en cuanto, ha de cesar cuando desaparece la *situación de peligro* conforme a la que se acordó.

b) Se seguirá independientemente de si el sujeto a internar es una persona capaz, un menor sometido a la Patria Potestad, o un incapaz sometido a tutela, y a todos se les reconocerá el derecho a formular oposición a través de Abogado y Procurador (a diferencia de lo que decía el art. 211 Cc derogado, que establecía un proceso de jurisdicción voluntaria, y no contencioso como es hoy día).

c) Inexcusablemente se deben de justificar dos *causas*⁹³:

- La médica: el afectado debe presentar una “*enfermedad incapacitante*”⁹⁴, esto es, un “*padecimiento mental psiquiátrico y que para su trata-*

⁹¹ VARIOS, *Mediuris* 2008. *Derecho para el profesional sanitario*. Marcial Pons, p. 496.

⁹² *Ibidem*. p. 498. Los Autores entrecomillan la palabra en señal de advertencia de las especiales circunstancias a tener en cuenta en el sujeto al que se le aplica. Veremos más adelante que cuando el internamiento se produce de forma voluntaria, también se deben de adoptar una serie de cautelas.

⁹³ Estas definiciones y cursivas son nuestras.

⁹⁴ VARIOS, Op, cit. *Mediuris*. p. 497. Los Autores se decantan por este término al considerar que puede incluir tanto el desencadenante más o menos consecucional (un rebrote de una enfermedad mental severa pero controlada), como aquel que es inesperado por “*trastornos temporales o padecimientos psíquicos que no derivarán nunca en causa de incapacitación*”. RUEDA DÍAZ DE RÁBAGO, M.M^a en su ponencia “Tratamientos e internamientos no voluntarios. Evolución desde el siglo XIX al XXI”, nos recuerda en la p. 8 nos recuerda que “*hay discapacitados que no incapacitables jurídicamente pero que pueden precisar un ingreso*”. XXX Jornadas Aequitas. Centro de Estudios Jurídicos del Ministerio de Justicia. Celebradas en Madrid el 9 y 10 de marzo de 2009.

miento médico sea imprescindible su ingreso en un centro sanitario especializado”⁹⁵. Es decir, que con ello se le pueda proporcionar la mejoría de su cuadro y que tras el tratamiento pueda recuperar la libertad, pues esta decisión sólo está legitimada por motivos terapéuticos.

- La legal: “la conducta del enfermo resulta o puede resultar peligrosa para sí mismo o para terceros”⁹⁶ (...), que hace necesaria la medida de internamiento del paciente o enfermo para poder así controlar su enfermedad”. En esta situación de amenaza para la integridad física del paciente o de los terceros con los que conviva (familia, cuidadores, vecinos, etc), no sólo hay que pensar en ataques agresivos, sino también en autolisis (suicidio) y autolesión (pues ante todo será preponderante el beneficio que se obtendrá para el internado).

d) La duración del internamiento depende del tiempo en que se tarde de alcanzar la curación (estabilización mental), confiando en el médico responsable de la terapia, la decisión de cursar el Alta (apartado 4 del art. 763 LEC).

El régimen establecido se completa con el *internamiento urgente* por riesgo para la vida del sujeto, que es homologado por la Autoridad Judicial *a posteriori*, pero que sin ella sería inválido.

Por el contrario, el internamiento voluntario es “aquel donde el usuario o paciente con enfermedad psiquiátrica, pero que le permite gobernarse por sí mismo, acude a un centro sanitario psiquiátrico para su internamiento voluntario”⁹⁷. Para ello, se firma un consentimiento por escrito y por el que quede constancia si quedan incluidos: “todos, algunos o ningún tratamiento, es decir, sólo presta su consentimiento para el internamiento sin autorizar aplicación de tratamiento”. Esto es, que podrá acudir también al juez cuando aun no

⁹⁵ Ibidem. p. 497.

⁹⁶ No hace falta que se haya evidenciado ya el peligro. Con los informes médicos se tendrá que acreditar la certeza de que aquel va a ocurrir si a la persona no se le interna. Las palabras textuales pertenecen a *Mediuris*. p. 497. Es esta peligrosidad lo que se considera “manifestación directa de la enfermedad psiquiátrica”. Ahora bien, CALAZA LÓPEZ, S. en “El proceso de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico” *Revista de derecho UNED*. Núm. 2, 2007, resalta los caracteres que en virtud no ya de la seguridad jurídica sino desde la ética se deben de predicar: “transitoriedad, provisionalidad, proporcionalidad, imperiosa necesidad, rehabilitador y excepcional”. P.p. 4-5.

⁹⁷ *Mediuris* 2008. p. 497.

habiendo finalizado el tratamiento instaurado, esta persona decide pedir el Alta voluntaria. Entonces se le solicitará autorización para hacer que continúe. Si lo que se rechaza son los tratamientos más convenientes una vez se ha aceptado ingresar, estaremos a lo que indicamos sobre la base constitucional de esa oposición, y si no cabe apreciarla, se aplicará el art. 9.3 a) LBAP.

Hemos de aludir a un matiz importante al que nos invita el Dr. ORTEGA-MONASTERIO Y GASTÓN⁹⁸: que el Juez autoriza el internamiento, significa que declara la conformidad de la decisión de los clínicos, por lo que si éstos cambian de opinión después de una hora porque ha cesado la crisis que comprometía su vida y dejan ir al recluso, será igual de conforme. Ello en contraposición al concepto de “orden” de ingreso (en prisión o en un psiquiátrico si el delincuente es un enajenado), dictada en el ámbito penal, que es acordada de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal.

El fondo de la cuestión se ha de centrar en el análisis de los valores que entran en conflicto durante el procedimiento médico-judicial: derecho a la vida, a la salud, a la integridad física y a la libertad. En esta discrepancia la solución se tiene que apoyar del lado del que social y constitucionalmente tiene un rango superior: lógicamente en el primero, el cual nos plantea no ya si podemos intervenir o no, sino que además tenemos la obligación de hacerlo.

ORTEGA-MONASTERIO nos pide identificar -dado que la razón de este cauce es el trastorno psíquico-, la integridad física con la integridad corporal: “un paciente que se quiera tirar por una ventana, que se quiera cortar, que se quiera mutilar (...), pues eso afectaría a su integridad física o bien a la de otra persona que él vaya a agredir”. Y el “derecho a la salud” como “un proceso psicotizante de un sujeto, que si no se trata se va a agravar”⁹⁹ y por el que el sujeto “no es dueño de regir por sí mismo”: surgiendo de ahí el deber del

⁹⁸ ORTEGA-MONASTERIO Y GASTÓN, L. “Criterios forenses para el internamiento voluntario e involuntario (Civil) en España”. *Revista de Psicopatología Clínica, legal y forense*. Vol. 4. 2004.

⁹⁹ Explica el autor que no es que desconozca que la afectación a la integridad física sea una afectación a la salud, “pero me ha parecido oportuno diferenciar la salud en tanto a la salud mental del sujeto y la integridad física en cuanto a que la violencia contra el propio sujeto o contra los otros individuos puede estar presente en algún momento de un trastorno mental”. p. 3.

facultativo que al conectarse con el valor supremo apuntado, es más deontológico que legal.

En los TCA, el supuesto nos brinda a un sujeto agotado, con su capacidad volitiva mermada que o bien no quiere o no puede acatar las prescripciones médicas: que va a fallar en su obligación de autocuidado.

PEREÑA GARCÍA¹⁰⁰, nos cuenta que la doctora (psicoanalista) Henrietta Broderick (entorno a 1885) tuvo una paciente llamada Simone Weil que se negaba a comer, y sobre la que un Juez de Instrucción abrió una investigación para colegir las causas de la muerte, finalizada la cual, determinó: “La difunta se ha matado destruyéndose ella misma al negarse a comer durante un período en el que el equilibrio de su mente estaba perturbado”.

Según ya se ha dicho, el paciente con TCA y principalmente con AN o BN¹⁰¹, pueden recibir un tratamiento ambulatorio (si hay suficiente motivación por parte del enfermo para seguirlo, reconoce la enfermedad y no presenta un deterioro serio), o en régimen de internamiento. Éste suele acordarse en situaciones graves de desnutrición, o si, no alcanzando un estadio de peligro para la vida, se observa que es recomendable y porque el paciente está poco convencido, o al tener su estado de ánimo igualmente trastornado no se encuentra con fuerzas para asumir los patrones que le son dictados por su médico. Dado el carácter excepcional de estos internamientos el requisito esencial éste “sea la única alternativa terapéutica válida”, de la que además “haya que esperar una mejoría razonable” (CARRASCO y OTRO, p. 1466).

El Auto de la Audiencia de Barcelona que colocábamos al inicio de estas páginas acoge la conveniencia de la medida por su cualidad protectora “no sancionadora ni punitiva, que responde a la existencia de una situación de urgencia”. Glosa a continuación toda la Jurisprudencia del TC (entre ellas la STC 129/1999, de 1 de Julio) y del TEDH favorable a la misma, para adentrarse en los Fº Jº 2º y 3º los pormenores que refrendan el fallo:

¹⁰⁰ Op. cit. p. 530.

¹⁰¹ Aunque la GPC de Febrero de 2009 parece indicar que debe también incluirse el “Trastorno por Atracón” y que estaría en los TCNA (Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados), el DSM IV-TR aún lo tiene a estudio para ver si al fin lo desvincula de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. P. 1461. CARRASCO GÓMEZ, J.J. Op. cit.

“Sentado lo que antecede, y en aplicación de los meritados artículos y doctrina del Tribunal Constitucional, entendemos debe proceder revocar la resolución recurrida, atendiendo las alegaciones de la parte actora, considerando que puede apreciarse un error en la apreciación de la prueba por la Juez de la instancia, en cuanto sólo valora el informe médico forense sin atender a los demás informes obrantes en las actuaciones, y en cuanto a dicho informe del médico forense de la instancia, aparece contradictorio con los emitidos por los Hospitales que han tratado y reconocido a E. En este sentido, en la documental aportada en la instancia del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau se diagnostica una anorexia nerviosa, haciendo referencia a un gesto autolítico, y demás que resulta de la documentación aportada. Y, en informe de urgencias del Hospital de Bellvitge, de fecha posterior, es de observar que como tratamiento recomendado se dice «agilizar el ingreso involuntario vía judicial» para adelantar en lo posible el tratamiento. Y, en prueba practicada en esta alzada, en nuevo reconocimiento médico forense, se indica en el informe que E. de 20 años de edad realizó durante la post-adolescencia un proceso de anorexia, que precisó de tratamiento psiquiátrico; ha consumido tóxicos, fundamentalmente cocaína; varios intentos de autolisis; inestabilidad emocional; no se tiene por enferma. Y, en conjunto apunta un trastorno de personalidad de cierta severidad: anorexia mental, intentos de autolisis, desadaptación, anosognosia [incapacidad de un sujeto para reconocer una enfermedad o defecto (orgánico o funcional) que padece él mismo], concluyendo el médico forense que «precisa de tutelaje en cuanto a necesidad de tratamiento psiquiátrico ya que no tiene conciencia de problema en este campo, y existe riesgo en este sentido, existiendo también puntuales consumos de tóxicos severos y episodios depresivos» (folio 22 del Rollo de apelación). En definitiva, entendemos que de los informes de sendos Hospitales, y del concluyente informe médico forense practicado en esta alzada, concurren los requisitos previstos y señalados en el fundamento de derecho anterior, en la existencia de una enfermedad psíquica real, sin conciencia de la enfermedad por parte de E. que impide su tratamiento, precisando el internamiento no voluntario; medida adoptada por este Tribunal en el interés y beneficio de E., que si bien puede ahora no comprender, tras el

necesario tratamiento y rehabilitación, en su mejora, podrá entender, apreciar y valorar la correcta lucha de su familia para su curación y bienestar” (Fº Jº 3º).

Dejando a un lado los argumentos procesales entorno a la prueba (no haberse atendido por el J.1ªI. a los informes clínicos previos), nos interesa un repaso breve por los detalles fáticos acogidos que -pese a que los expertos declaman que no se puede implantar un “manual de instrucciones”, baremo o un (reduccionista) cuestionario¹⁰²-, pretenden orientar a los tres agentes implicados en esta causa (el médico, el perito y el jurista):

1) Que existan antecedentes previos de otros internamientos, o de haber recibido tratamiento psiquiátrico, o se hayan producido otros episodios graves por los que estimar que es una patología de larga duración.

2) Que el dictaminado posea un aspecto físico precario¹⁰³.

3) Gestos autolíticos¹⁰⁴.

¹⁰² ORTEGA-MONASTERIO Y GASTÓN. Op. cit. p. 3.

¹⁰³ Una STSJ de Canarias de 30 de abril de 1998, se refiere indirectamente a este tema. En el asunto se anulaba una sanción que el Colegio de Médicos de Las Palmas había impuesto a uno de sus colegiados, el cual, según la afectada, había emitido un informe clínico sin haberla explorado, a fin de facilitar a los familiares el internamiento que al final no se acordó. El Tribunal decidió que, pese a la ausencia de exploración, resultaba evidente por su delgadez -40 kg de peso “considerablemente bajo para su altura”-, y que por ser compañeros de trabajo era suficiente para conocer que comía y se provocaba el vómito, y que existía “un consumo crónico de alcohol que actualmente está en unas 10-15 cervezas diarias”. La dictaminada era una compañera médico del que hizo el informe, y emprendió la vía judicial, porque el certificado por el que se expresaba la necesidad de “efectuar un tratamiento hospitalario, incluso en contra de la voluntad de la enferma” no obtuvo ese ingreso forzoso.

¹⁰⁴ Lo cual no es desconocido para los estudiosos: en VARIOS, “Suicidio en la adolescencia”, *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*. Nº 15, agosto 2007, se señala a los TCA como claros desencadenantes de la idea de morir. Vid. p. 39: “Por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre el uno y el dos por ciento de las jóvenes adolescentes, sufren anorexia o bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general. Hallazgos recientes muestran que también los varones pueden sufrir trastornos en la conducta alimentaria”. Y ya nos hemos referido a la estadística nacional en estas mismas páginas.

4) Anosognosia (viene definido en el pronunciamiento).

5) Otros desórdenes concurrentes con el alimentario: generalmente adicciones.

6) Presencia de otras patologías añadidas (comorbilidades, como los trastornos de la personalidad, del estado de ánimo –depresiones-, obsesivo compulsivos, etc), que CARRASCO GÓMEZ sitúa más en la BN que en la AN.

Sucintamente la *Guía de Práctica Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Murcia – 2005), propone unos “criterios de ingreso hospitalario” (p. 20), que unos citaremos textualmente y otros ampliaremos en las siguientes enumeraciones:

a) En AN:

- IMC inferior al 16,5.
- Enfermedades físicas secundarias o no a la AN que requieran hospitalización.
- Trastornos psiquiátricos graves (ansiedad, depresión, suicidio, psicosis ...).
- Grave conflicto familiar generado por el trastorno alimentario.
- Fracaso continuado y reiterado del tratamiento ambulatorio.

b) En BN:

- Trastornos psiquiátricos graves (ansiedad, depresión, suicidio, psicosis ...).
- Ciclos incoercibles de atracón/vómito con alteraciones electrolíticas graves.
- Ambiente familiar muy deteriorado.
- Fracaso de otras alternativas terapéuticas.

Además debe recurrirse al ingreso hospitalario forzoso:

- Cuando el paciente tenga una IMC menor de 14,5.
- Cuando se presenten los trastornos psiquiátricos antedichos.
- Cuando por los conflictos familiares sea adecuado separarle de la familia.
- Cuando han fracasado los tratamientos ambulatorios y las otras alternativas planteadas, constantemente.

El tratamiento que se instaure procurará:

- Recuperación del estado nutricional y del IMC.
- Motivar para la adherencia a las prescripciones médicas y al cambio.
- Normalización de los hábitos alimenticios.
- Modificar conductas, creencias y sentimientos hacia la comida, y hacia el propio cuerpo (rehabilitación de la imagen física, tanto de la percibida como de la real).

Se pensará que todo es poco para preservar la vida humana (principio de beneficencia), o que los Tribunales son retrógrados pues se debería dar un giro hacia la autodeterminación, la libertad y la vertiente positiva de los derechos fundamentales (principio de autonomía) que ahora mismo está descartada. A fin de servir a la disparidad de opiniones, cerramos este capítulo con las palabras recordadas por JOAN SEUBA en la ponencia de la nota 9, la afirmación del Juez Scalia en el caso *Cruzan v. Director, Missouri Department Health 497, U.S., 261 (1990)*:

“Los nueve magistrados del Tribunal Supremo no están en mejores condiciones que nueve personas escogidas al azar en el listín telefónico de Kansas City para decidir cuándo una vida ha de tener valor y cuando no tiene sentido aplicar más medios médicos”.

5. ¿ES POSIBLE UN DELITO DE INDUCCIÓN A LOS TCA?

A) Acercamiento.

No queremos concluir este trabajo sin aproximarnos al desafío que suscita al Derecho Penal, la proposición de ley de la Asamblea Nacional francesa de fecha 15 de abril de 2008, que para las instituciones públicas supuso la excusa para retomar el interés a las instituciones públicas, para la opinión pública reabrir el debate del alcance de estas enfermedades, y que encarna el futuro más inmediato para introducir cambios en nuestro ordenamiento, de la mano de Asociaciones y Foros temáticos que piden se haga el estudio.

Dado que, como se ha insistido, la AN y BN, en lo que compete a esta rama jurídica, son puestas en peligro de la vida y/o integridad física asumidas voluntariamente por su titular (autopuestas)¹⁰⁵, la tipificación penal únicamente puede venir referida, como en el caso del suicidio, a los terceros que colaboran con el titular del bien jurídico protegido. Este hecho particular, consistente en que la conducta principal (el suicidio) no sea punible, y sí que lo sean ciertas conductas que tienden a favorecerlo (inducción, cooperación, ejecución del suicidio y algunas modalidades de eutanasia) hace que la cuestión desde este plano penal sea técnicamente complicada.

En nuestro Derecho no existe un tipo que contemple la inducción a la anorexia o la bulimia; ni siquiera existe un mecanismo directo de castigar la inducción a conductas que pongan en peligro la salud y la integridad física de las personas, excepción hecha de los casos de autoría mediata, en los que nos detendremos más adelante.

Por ello creemos esencial estudiar con cierta profundidad, junto con la *vía francesa*, la figura existente en nuestro derecho positivo más afín a la propuesta gala, que es sin lugar a dudas la Inducción al Suicidio (IS). Con ello pretendemos ofrecer una visión general que nos permita acercarnos a las posibilidades que se presentan ante el legislador con una parte del camino recorrido. Sobre todo teniendo en cuenta, como descubriremos, que muchos de los problemas que surgen al referirnos a este delito se reproducirán cuando tratemos con la *nueva figura*.

B) La inducción al suicidio.

Se remató el Título I del Libro II del Código penal de 1995, intitulado “Del homicidio y sus formas” con el artículo 143, que establece:

“1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

¹⁰⁵ Siguiendo la terminología de GARCÍA ÁLVAREZ, P.: “La puesta en peligro de la vida y/o integridad física asumida voluntariamente por su titular”, Tirant On Line, 1999.

4. *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”.*

El epígrafe 1 del art. 143 del CP, que, si interpretamos literalmente la sistemática del Código, es considerado por el legislador como una forma de homicidio, es el punto de partida sobre el que trataremos de exponer nuestro enfoque.

La primera controversia que existe se plantea entorno a la *ratio* de protección: directamente con respecto al **bien jurídico protegido** en este art. 143.1, que la mayoría de la doctrina identifica con el derecho a la vida (art. 15 CE). Sin embargo, CARBONELL¹⁰⁶ afirma que dicha concepción resulta de contemplar ésta como un derecho absoluto, ignorando la doctrina constitucional integradora de los derechos a la vida y la libertad¹⁰⁷. Señala este autor que, dado que no existe la *obligación* de vivir, el bien que protege la regulación de este delito es “*el interés del Estado en la continuidad de la vida no deseada por su titular*”¹⁰⁸.

En nuestra opinión, esto no sería asumido por el éste apartado 1 (art. 143 CP). Posiblemente hay una confusión entre los conceptos de bien jurídico protegido y *ratio legis*, que según la Sala Segunda del Tribunal Supremo es “*la desaprobación objetiva del suicidio por parte del ordenamiento jurídico, por lo que la conducta de favorecimiento o provocación dolosa por terceros se hace merecedora de pena*”¹⁰⁹.

Esa discusión demuestra los problemas técnicos que produce la peculiaridad de este tipo penal: la curiosidad reside en que se trata de una conducta accesoria típica que lo es de una principal atípi-

ca¹¹⁰. Es decir, podría resultar paradójico castigar al partícipe mientras el suicida queda impune si no tuviéramos en cuenta esa desaprobación objetiva del suicidio en la interpretación de los Tribunales. Pero este hecho no debe hacernos descartar la vida como eje central e inspirador del este elemento con el que abordamos el precepto apuntado.

Algunos autores, de *lege ferenda*, advierten la falta de eficacia y la dificultad probatoria de las formas de IS en relación con una persona sana¹¹¹. Sin embargo, hay que tener en cuenta, como señala BAJO FERNÁNDEZ¹¹², que el gesto autolítico se produce como aprendizaje “defectuoso” en una situación psicológica “defectuosa”, en cuyo caso es evidente que el auxilio o la inducción profundizan el riesgo de consumación de la tendencia suicida, o dicho de otro modo, son comportamientos cuyo riesgo se realiza o concreta en el resultado suicida.

De este modo, frente a los tipos contenidos en el resto del artículo 143, en los que sí que podría entrar en juego el bien jurídico genérico mantenido por CARBONELL, el punto 1 refleja una situación en la que el sujeto activo *hace* que el sujeto pasivo *se quite la vida*; es decir, que una persona que no desea morir en un primer momento, acabe suicidándose tras la intervención del agente.

De ello se desprende que, aun de un modo mediato, el objeto al que se ataca y, por lo tanto, lo que se salvaguarda en este supuesto, es propia existencia del sujeto pasivo. Por ello, en los casos en los que la voluntad del suicida no sea consecuencia de la actuación del sujeto activo, a pesar de la existencia de actos ejecutivos de éste (art. 143.2) la pena es sensiblemente inferior¹¹³. El *homicidio-suicidio*, figura contemplada en el tercer párrafo, y la eutanasia, en el cuarto, sí que podrían

¹¹⁰ LUZÓN CUESTA, J.M., *Compendio de derecho penal. Parte especial*, Dykinson, Madrid, 2000, p. 27.

¹¹¹ En concreto, TORÍO LÓPEZ, A.: “La noción jurídica de suicidio”, *Homenaje a I. Serrano Serrano. Estudios de Derecho Público y Privado*. Vol. II, Universidad de Valladolid, 1965.

¹¹² BAJO FERNÁNDEZ, M., *Compendio de Derecho penal (parte especial)*. C.E. Ramón Areces, Madrid, 2003, p. 251. VARIOS, *Eurojuris*, Madrid, 1996, pág 88

¹¹³ A diferencia de la regulación del art. 409 del CP de 1973: “*El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor; si se prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor*”.

¹⁰⁶ VIVES ANTÓN, T.S. Y OTROS: *Derecho penal. Parte especial*. Tirant lo Blanch. Valencia, 1995, pp. 78 y ss. Y en el mismo sentido QUERALT JIMÉNEZ, J. “*Derecho Penal. Parte Especial*. Edición 2008”. p. 253.

¹⁰⁷ SSTC 11 de abril de 1985 y 27 de junio de 1990

¹⁰⁸ VIVES ANTÓN, T.S. Y OTROS, *Op. cit.*, p. 77.

¹⁰⁹ STS 23 de noviembre de 1994 (refiriéndose, evidentemente, al artículo 409 del CP de 1973).

responder, en cierto modo, a una interpretación de este derecho esencial un tanto confuso (errado al compararlo con las interpretaciones jurisprudenciales), como sostiene CARBONELL, a la luz de lo expuesto por el TC.

En lo que respecta a la **acción típica**, la inducción consiste en convencer a alguien que no había pensado en suicidarse de que lo haga: que tome la resolución de matarse que no habría adoptado sin tal influencia exterior.

Asimismo, debe tratarse de una persuasión hábil: con capacidad de convencer a quien no habría tomado esa medida por sí y contra sí. Podemos repetir aquí lo dicho anteriormente: es complicado concebir un tipo de inducción suficientemente eficaz en relación con una persona sana. Sin embargo, hemos de concluir, con BAJO FERNÁNDEZ¹¹⁴, que la decisión suicida es siempre producto de un aprendizaje, y que las instigaciones para que se perpetre el acto fatal pueden constituir un factor que acentúe el proceso, y, por último, además, deben dirigirse a una persona o personas determinadas¹¹⁵.

El segundo foco discursivo se produce acerca de la necesidad de que el suicida encuentre efectivamente la muerte para aplicar el tipo del art. 143.1, encontrándose la doctrina dividida entre quienes consideran ésta como condición objetiva de punibilidad (TORÍO, RODRÍGUEZ DEVESA), y quienes hablan de la inducción al suicidio como delito de mera actividad (CARBONELL)¹¹⁶.

Por lo demás, el resultado mortal debe ser voluntario, querido por el sujeto pasivo (puesto que de lo contrario estaríamos ante un homicidio simple), de lo que deriva considerar capaz al posteriormente fallecido: que procedió libremente¹¹⁷. En caso contrario, víctima menor de edad, enfermo mental o consentimiento viciado, ello actúa como causa de exclusión del suicidio, y por lo tanto de la calificación de IS. SILVA SÁNCHEZ¹¹⁸ va más

allá y señala también la *semi-imputabilidad* entre las causas excluyentes: a su juicio debe poder confirmarse la plena responsabilidad del sujeto protegido.

Estaríamos en estos casos ante una autoría mediata de homicidio, en la que el agente utiliza al propio suicida como instrumento ciego.

Sobre la base de este esquema, analizaremos la posibilidad de calificar la inducción a la AN y la BN como delito de lesiones o, en su caso, de homicidio.

C) La Vía Francesa.

C.1. El Código Penal Francés vigente.

El Código penal francés (en adelante, CPF) regula la IS en su Libro II (delitos contra las personas), Título II (atentados contra la persona), Capítulo III (puesta en peligro de la persona), Sección 6 (la inducción al suicidio). En concreto, el artículo 223-13 dispone¹¹⁹ que:

“Incitar a otra persona al suicidio está castigado con pena de 3 años de prisión y 45.000 euros de multa, siempre que la incitación haya llevado al suicidio o a una tentativa de suicidio.

Las penas serán de cinco años de prisión y 75.000 euros de multa si la víctima de la infracción precedente es menor de quince años”.

El artículo 223-14 añade el siguiente tipo, desconocido en nuestro CP:

“La propaganda o publicidad, por cualquier medio, a favor de productos, objetos o métodos destinados a quitarse la vida está castigado con penas de 3 años de prisión y 45.000 euros de multa”.

De este modo, nos encontramos con algunas diferencias claras con respecto a nuestra regulación:

- La duda a la que da pie el CP español sobre la exigibilidad de la muerte para llenar el tipo del art. 143.1 es subsanada aquí con la mención explícita a

¹¹⁴ BAJO FERNÁNDEZ, M., Op. cit., pág. 88.

¹¹⁵ VIVES ANTÓN, T.S., Op. cit. p. 84.

¹¹⁶ *Ibidem*. p. 82. Hay que especificar que Carbonell se manifiesta, a pesar de lo dicho, a favor de la necesidad de la muerte con respecto al 143.2, puesto que lo contrario nos podría llevar a la parificación entre el homicidio simple del art. 138 y el homicidio suicidio.

¹¹⁷ *Ibidem*. pp. 82 y 83.

¹¹⁸ SILVA SÁNCHEZ, J.M.: “Causación de la propia muerte y responsabilidad penal de terceros”, ADPCP, 1987, pp. 451 y ss.

¹¹⁹ Art. 223-13: “*Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45.000 euros d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.*

Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75.000 euros d'amende lorsque la victime de l'infraction définie à l'alinéa précédent est un mineur de quinze ans”.

la tentativa como requisito de suficiencia para sancionar.

- Existe un subtipo agravado (art. 223-13) que castiga el hecho en los casos en que la víctima sea menor de 15 años, con lo que también decae la exigencia doctrinal española de la necesaria imputabilidad del sujeto pasivo: inducir a la autolisis a un menor en España podría castigarse como homicidio mediato.

-Por último, el art. 223-14, que condena la publicidad a favor de medios o mecanismos para el suicidio, no tiene parangón en nuestro ordenamiento jurídico-penal. A pesar de que no hemos entrado a fondo en la Doctrina y la Jurisprudencia de la cuestión, consideramos que la mera naturaleza penal de la norma (y su consiguiente acogimiento al principio de intervención mínima) y la siempre complicada relación de las restricciones de la libertad de expresión con los derechos fundamentales de las personas, reducirán bastante el ámbito de aplicación de este artículo.

Es obligado referirse a la IS en el CPF porque la Proposición de Ley que tratamos a continuación, se incluye en esa sección del Código y los artículos introducidos tienen una estructura calcada a los que acabamos de transcribir.

C.2. La Proposición de Ley (PL) de 15 de abril de 2008.

La proposición para reformar el Código Penal francés aprobada por la Asamblea Nacional francesa el 15 de abril de 2008¹²⁰ está fundamentada,

¹²⁰ La proposición de ley puede encontrarse íntegra en <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r0791.asp>. Ofrecemos a continuación, en su lengua original, la propuesta de redacción de la nueva norma:

"Article unique

I. – L'intitulé de la section 6 du chapitre III du titre II du livre II du code pénal est ainsi rédigé: « De la provocation au suicide et à la maigreur excessive ».

II. – Après l'article 223-14 du même code, il est inséré deux articles 223-14-1 et 223-14-2 ainsi rédigés :

« Art. 223-14-1. – Le fait de provoquer une personne à rechercher une maigreur excessive en encourageant des restrictions alimentaires prolongées ayant pour effet de l'exposer à un danger de mort ou de compromettre directement sa santé est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.

« Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende lorsque cette recherche de maigreur excessive a provoqué la mort de la personne. »

según el texto presentado por la diputada Valérie Boyer, en la convicción de que *“la lucha contra la delgadez excesiva debe convertirse en una prioridad de la salud pública”*.

El texto modifica el título de la mencionada Sección 6, “De la incitación al suicidio”, que pasa a llamarse: “De la incitación al suicidio y a la delgadez excesiva”, y pasa a tener dos nuevos epígrafes en el art. 223-14.

El primero:

“El que provoque a una persona a tratar de conseguir una delgadez excesiva animándola a restricciones alimentarias prolongadas que tengan como consecuencia peligro de muerte para su persona o puesta en peligro directa de su salud será castigado con pena de prisión de dos años y 30.000 euros de multa.

Las penas serán de tres años de prisión y 45.000 euros si esa búsqueda de una delgadez excesiva provoca la muerte de la persona”.

Y el segundo:

“La propaganda o la publicidad, por cualquier medio, de productos, objetos o métodos adecuados para conseguir una delgadez excesiva y que tengan como efecto comprometer directamente la salud será castigado con penas de dos años de prisión y 30.000 euros de multa”.

El texto, aprobado por la Comisión legislativa pertinente (en este caso la de Asuntos Culturales, Sociales y Familiares) y enviado al Senado¹²¹ por el pleno de la Asamblea Nacional, cumpliendo con la reglamentación constitucional para la iniciativa legislativa; va acompañado del Informe¹²² de la propia Comisión en el que se recomienda modifi-

« Art. 223-14-2. – La propagande ou la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de parvenir à une maigreur excessive ayant pour effet de compromettre directement la santé, est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. »

III. – Dans l'article 223-15 du même code, le mot et la référence : « et 223-14 » sont remplacés par la référence : « à 223-14-2 ».

¹²¹ Trabajos completos del Senado en www.senat.fr/dossierleg/pp107-286.html.

¹²² Al que se puede acceder mediante enlace que encontramos en la dirección web de la nota anterior, puede consultarse directamente en www.senat.fr/rap/107-439/107-439_mono.html.

car la redacción del apartado introductorio, para eliminar la expresión “provocación a la delgadez excesiva” (porque confunde que ésta sea visible por causas orgánicas que no se sustentan en un TCA); y, se dote de nueva redacción al segundo, por la que se instaure la represión de la apología de los TCA, así como de la automutilación o de cualquier comportamiento que pueda poner grave y directamente en peligro la salud de las personas, cuando sea hecha pública por cualquier medio¹²³. Además, el informe del Senado sugiere la posibilidad de despenalizar estos hechos y propone que la prohibición de apología se integre en el Código de Sanidad Pública y no en el Código Penal.

Puesto que los motivos expuestos por la Comisión del Senado para realizar esta versión alternativa a la resolución del problema, coinciden en gran parte con nuestra crítica al texto de la Asamblea, trataremos este aspecto ulteriormente.

Con respecto a lo que se encuentra aprobado desde el pasado 15 de abril del 2008 destacamos lo siguiente:

a) La tipificación de la *inducción a la delgadez excesiva* sigue el esquema del de la IS: un tipo básico, un subtipo agravado (en el caso del art. 223-13, por razón de la edad; en el caso del 223-14-1, por la muerte del sujeto pasivo) y el castigo de la comisión del delito por medio de la propaganda o la publicidad.

b) Llama la atención que, a pesar de que la exposición de motivos de la PL se refiere continuamente a la AN, no se incluya en el texto propuesto más que la referencia a la citada “delgadez excesiva”.

c) Sí que es cierto, por otro lado, que únicamente se integran dentro del tipo aquellas conductas en las que esta “delgadez excesiva” se dé en un contexto en el que se induzca a ella mediante restricciones alimentarias prolongadas que tengan como consecuencia una situación de peligro de muerte o de riesgo directo para la salud.

d) Nos cuestionamos la necesidad de castigar la IS por un lado y la inducción a conductas alimentarias que conduzcan a la muerte por otro. De

esta reiteración es consciente incluso el legislador, que equipara las penas en uno y otro caso.

El proceso legislativo en Francia es largo (sobre todo en las circunstancias generadas por el que nos ocupa, de disparidad de opiniones entre la Asamblea Nacional y el Senado –sin contar con la probable intervención del Consejo Constitucional, con competencias similares a nuestro TC, pero que actúa con carácter previo a la aprobación definitiva de las normas–, ante la virtualidad de estos planteamientos para lesionar la libertad de expresión), y la publicación del Informe de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales del Senado, de fecha 2 de julio, es el último trabajo disponible del aparato legislativo francés con respecto a esta materia. Por lo que es difícil calcular cuando verá definitivamente la luz esta iniciativa.

C.3. Crítica.

Las deficiencias del texto de la PLF fueron ya expuestas, insistimos, en el Informe de la Comisión permanente de Asuntos Sociales del Senado, con ponencia de Patricia Schillinger, del grupo socialista, y coinciden básicamente con los reparos que hemos comentado, y que podemos resumir en los presentes puntos:

a) La terminología utilizada: tratándose de una iniciativa cuya *ratio legis* –según se puede leer en el propio texto original PL–, es la lucha contra la inducción a la AN¹²⁴, resulta difícil de explicar la renuencia del legislador para utilizar el término. Podríamos buscar la excusa en que hacer referencia únicamente a esa enfermedad podría dejar fuera del tipo a quienes induzcan al otro gran TCA, que es la Bn. Sin embargo, de ser éste el óbice, habría bastado completar el tipo con este otro término.

b) Dicho esto, habría que ver cuáles serían los supuestos en los que un hecho podría integrar el tipo delictivo del 223-14-1. Como señalábamos, con respecto al IS es difícil imaginar una situación –salvo que venga acompañada de violencia doméstica o sectaria, o que se produzca con respecto a un

¹²³ En http://ameli.senat.fr/amendements/2007-2008/289/jeu_classe.html puede encontrarse la redacción de las enmiendas propuestas por la Comisión de Asuntos Sociales del Senado.

¹²⁴ La propuesta inicial de la Comisión de Asuntos culturales, sociales y familiares de la Asamblea nacional llevaba precisamente ese título: “Proposición de ley para combatir la incitación a la anorexia”; el texto que aprobó el pleno de la Asamblea acoge la enmienda de la propia ponente de la Comisión cuyo título habla ya de “incitación a la delgadez extrema y la anorexia”.

sujeto pasivo carente de voluntad o con capacidad de discernimiento reducida con anterioridad a la acción-, en la que una persona pueda inducir a otra a dejar de alimentarse poniendo con ello en peligro su vida y su salud. A lo que hay que añadir la no menos importante circunstancia de la dificultad probatoria de tales hechos.

c) Hay un desequilibrio semántico claro en la nueva redacción de la Sección 6 (posiblemente es un problema de la sistemática del CPF), que salta a la vista con una simple lectura: “De la inducción al suicidio y la delgadez excesiva”. Resulta chocante, sin duda, ver en una relación tan estrecha un concepto tan serio como el suicidio y una tan aparentemente trivial como la delgadez excesiva¹²⁵.

d) Las reformas del CP, especialmente aquellas que introducen un nuevo delito, suelen venir precedidas de uno o varios hechos de importante relevancia social. En este caso, el fenómeno que aprovecha la PL es la proliferación en Internet de las denominadas páginas web pro-Ana y pro-Mia. Partiendo de este punto y teniendo también en cuenta las consideraciones anteriormente expuestas sobre el art. 223-14-1, es necesario centrarse con mayor atención –y también mayor rigor- en el acto punible del art. 223-14-2. La PL criminaliza la publicidad o propaganda de productos, objetos o métodos *adecuados* para adquirir una *delgadez excesiva*. Vemos, por lo tanto, que trata de darse una respuesta concreta por medio de la legislación penal al aspecto de la cuestión que más llama la atención (el fin al que tienden o que posibilitan) y que, de hecho, podríamos identificar como el desencadenante de la actividad legislativa, pero que probablemente se limita a arañar el problema sin profundizar en sus orígenes y sin vocación de actuar sobre el contexto en el que se da. Se pone de manifiesto así uno de los inconvenientes de la regulación penal como respuesta a la alarma social: la urgencia de la norma puede llevar a promulgar sanciones de escasa utilidad (nunca es conveniente legislar *ad hoc*).

Así, no podemos sino mostrarnos de acuerdo con las conclusiones de la Comisión del Senado al

informar sobre el Proyecto. En concreto, las enmiendas expuestas son las siguientes:

- Eliminar el artículo 223-14-1 (la ya nombrada, *inducción a la delgadez excesiva*): debido a las dudas (que hemos hecho nuestras) y la dificultad de imaginar un supuesto de hecho no embebido en otras conductas, a lo que se une lo complicado de probar las conductas típicas, en su caso.

- Dar nueva redacción al art. 223-14-2, sustituyéndose por el texto siguiente¹²⁶:

“La apología de los trastornos de la conducta alimentaria, de la automutilación o de comportamientos que puedan poner directa y gravemente en peligro la vida de las personas, publicada por cualquier medio, queda prohibida”.

Sin embargo, no se aplica pena a la apología, sino que únicamente se prohíbe, y no se concibe específicamente como un artículo del CPF, sino que se limita a sugerir el texto para su aprobación (¿quiere ser una norma penal en blanco?). Si formará parte del CPF o de otra norma (Ley de libertad de prensa, Código de sanidad pública...) es una cuestión que se deja en el aire, aparentemente a la espera de un avance dialéctico que permita elegir la opción más aconsejable.

Un interesante argumento desarrollado por Informe de la Comisión a la hora de despenalizar esta apología deriva del aparente carácter inocuo de la repercusión de estos actos de cara a las personas que no sufren la enfermedad. En concreto, en el punto 2.a) (“*Autojustificación de los sitios pro-anorexia*”), afirma que:

“...el movimiento pro-Ana no busca suscitar adhesiones difundiendo la anorexia, sino que se limita a permitir a los afectados encontrarse para intercambiar sus experiencias y ofrecer la comprensión que familiares y médicos no pueden dar”.

Es decir, que, volviendo al debate sobre el bien jurídico protegido en el caso de la IS, aquí es más clara la certeza de la opinión de BAJO FERNÁN-

¹²⁵ No es nuestra intención restar importancia al término “delgadez excesiva” en lo que representa en el serio padecimiento de un TCA, sino significar el gran salto semántico existente entre los dos términos que ponen título a la Sección 6 del CPF.

¹²⁶ En el original: “*L’apologie de troubles du comportement alimentaire, de l’automutilation ou de comportements mettant gravement et directement en danger la santé des personnes, faite auprès du public par tout moyen, est interdite*”.

DEZ¹²⁷ que contempla la inducción no como elemento apriorístico que desencadena en una persona completamente sana su compromiso a la muerte, sino como una profundización en el riesgo de realización de estas conductas por parte de personas no del todo sanas.

Es éste un punto imprescindible a tener en cuenta, puesto que detecta el problema real y ayuda a fijar cuál debe ser el objetivo que la norma debe perseguir sea ésta o no penal.

En cualquier caso, habrá que esperar la culminación del proceso legislativo para ver cuál es la decisión que finalmente adopta el legislador francés –aún no hay nada decidido, no como parecía exponer nuestra prensa-, tras lo que promete ser un interesante debate que, antes o después, tendrá que enfrentar nuestro propio poder legislativo.

D) Los TCA y el CP Español.

D.1. El delito de lesiones del artículo 149.

Hemos visto antes que no existe en el CP un tipo en el que pueda subsumirse la acción consistente en inducir a otra persona a la anorexia. Ni siquiera el art. 18 CP cubre la apología de un hecho atípico, como es la autolesión.

Sin embargo, teniendo en cuenta la exigencia doctrinal de imputabilidad del suicida para la aplicación del art. 143, podría perfectamente ser aplicable el artículo 149 CP a los menores de edad:

“El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica”.

Así, el que indujera a un inimputable a la AN o BN, estaría de hecho *“causándole, por cualquier medio o procedimiento una grave enfermedad somática o psíquica”*. Nuevamente asoman los obstáculos técnicos.

Uno de ellos estriba en el verbo utilizado para describir la acción: ¿puede identificarse la inducción con la *“causación por cualquier medio”*? Creemos que la respuesta debe ser afirmativa for-

zosamente en el caso de inimputables, puesto que estaríamos ante una autoría mediata de lesiones. Respecto de personas imputables, volvemos otra vez al inconveniente recurrente en la materia: ¿es imaginable un tipo de inducción tan eficaz que arrastre a un sujeto sano a la AN o BN? Los casos en que esto parece más probable (como hemos dicho antes, situaciones contextualizadas en un ámbito de violencia doméstica o sectaria) también se caracterizan por un estado disminuido de la capacidad volitiva de la víctima: estaríamos otra vez ante una cuestionable inimputabilidad, o, al menos, de *semi-imputabilidad*, siguiendo terminología de SILVA SÁNCHEZ.

El otro es señalado por LUZÓN CUESTA¹²⁸: la conceptualización en un momento dado de una enfermedad somática o psíquica como grave. La introducción de un elemento normativo cultural pone en peligro la seguridad jurídica y deja la calificación del delito en manos de un juicio de valor que puede variar de una fracción temporal a la siguiente. Afortunadamente, estamos en un momento en que la preocupación social y la aceptación general del carácter grave de los trastornos alimentarios va en aumento, pero la decisión final sigue estando en poder del aplicador del derecho.

En cualquier caso, estas diatribas técnicas, añadidas al pequeño rodeo que hay que recorrer para enfocar el problema -según estamos defendiendo-, hacen que nos preguntemos sobre la necesidad de recurrir a un nuevo tipo específico.

Donde sí que no llega de ningún modo el catálogo de delitos recogidos en nuestro CP es a la creciente apología de la AN y la BN en las ya referidas páginas pro-Ana y pro-Mia, y es ahí a donde quiere apuntar la nueva regulación y, en su caso, tomar una decisión acerca de los caracteres de ésta.

D.2. Las posibilidades de regulación.

Básicamente son tres las preguntas que nos surgen:

- 1º.- Su necesidad y oportunidad.
- 2º.- ¿Cuál es el ámbito de la represión?
- 3ª.- ¿Cuáles podrían ser los elementos del tipo?.

¹²⁷ Vid supra, “La inducción al suicidio”

¹²⁸ Op. cit. p. 52.

- Necesidad y oportunidad.

Al margen de la aplicabilidad del art. 149, asunto sobre la que ya hemos hecho las manifestaciones pertinentes, no parece suficiente el vigente ordenamiento jurídico penal para combatir el problema. Es continuo el goteo de noticias en medios de comunicación en relación con la clausura o las investigaciones de páginas web pro-Ana y pro-Mía¹²⁹. Hay que destacar que las clausuras se han llevado a cabo por constituir las referidas páginas web “contenidos nocivos” para la infancia o la juventud en aplicación del art. 12.bis).3 de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y Correo electrónico.

Por lo tanto, resulta evidente que tanto la sociedad como los organismos encargados de aplicar y ejecutar las normas han mostrado la inclinación a contrarrestar estos acontecimientos. Por otra parte, es poco recomendable, en atención a la interpretación integradora del derecho a la vida y la integridad física de un lado, y la libertad de expresión e información de otro, que medidas cautelares como las que se han señalado (clausura de páginas web) no puedan ser amparadas desde la Jurisdicción Penal, y puedan ser adoptadas por órganos no jurisdiccionales. De modo que nos encontramos con hechos que tienen un desvalor reconocido no sólo en la sociedad sino en el seno de los aplicadores profesionales jurídicos y por otro lado con una falta de los medios indicados en un estado de derecho para enfrentarse a esa conducta probable.

La tipificación de la Inducción a la AN y/o BN como delito permitiría una mayor capacidad de intervención –sobre todo, reglada- de los poderes públicos en las secuencias fácticas de un fenómeno cultural, social, psicológico, que está comprobado que afecta a muchos menores y que, en la mayoría de los casos, suele pasar desapercibido para la familia y gente cercana a los mismos; y una mayor coerción y garantía en lo que se refiere a la adopción con plenas garantías y al mantenimiento de

esas censuras que hoy están aisladas, virtualmente afectantes al derecho a la libertad de expresión, al estar refrendadas por la autoridad judicial.

- Ámbito de aplicación.

En los segmentos sociales en que la posible inducción a trastornos de la conducta alimentaria constituyen una cuestión candente (publicidad, moda, internet), se han programado una serie de remedios –que pueden tildarse de más o menos efectivas-, que van desde Convenios, Recomendaciones y Circulares con códigos de conducta, petición de la trasposición de Directivas europeas, a la legislación extrapenal, que, sin embargo, no han logrado reducir la proliferación de páginas web pro-Ana y pro-Mía¹³⁰.

Un inconveniente significativo que aparece al meditar la tipificación, surge al considerar cuáles son las acciones que podrían amanecer el tipo, y que han de consumarse por los autores de estos sitios web y, a reglón seguido, si éstos no podrían ser tenidos como inimputables. La inimputabilidad puede presentarse por partida doble: por minoría de edad, y por referencia al trastorno mental del art. 20.1 CP¹³¹. Los instrumentos de que goza nuestra legislación para responder a esta circunstancia (Ley de responsabilidad penal del menor y las medidas de seguridad del art. 105 CP) *a priori*

¹³⁰ En estas páginas web, fácilmente localizables en cualquier buscador de internet, son *blogs* con soporte en servidores gratuitos en los que, entre otros contenidos, se aconseja la autolesión para combatir el hambre, se convocan “carreras” de pérdida de peso en un tiempo determinado, se recomienda ayuno o se proponen dietas peligrosas para la salud... Muchas de ellas, confirmando la tesis de que este tipo de páginas sirven más para la reafirmación de los propios enfermos que para la captación de nuevos adeptos a lo que consideran un estilo de vida, suelen empezar con un *disclaimer* en el que invitan a abandonar la página a quien se sienta ofendido por sus contenidos. Es muy frecuente ver en ellas el lema “Quod me nutrit, me destruit” (“Lo que me alimenta me destruye”), divisa vital de sus autoras, que también se caracterizan por autodenominarse “princesas”.

¹³¹ El estudio llevado a cabo por la Asociación Protégeles, fundada en 2002, y que puede encontrarse en www.protegeles.com/docs/estudio_anorexia.pdf, llevado a cabo entre junio de 2004 y mayo de 2005 basado en los requerimientos de apoyo de más de 200 personas concluye que el 75% de las personas atendidas por el servicio que ofrece la asociación son mujeres de entre 14 y 18 años; asimismo, el 77 % sufren un TCA (bulimia y/o anorexia). Un 16 % de las adolescentes atendidas se ha autolesionado o autoagredido y un 15% ha protagonizado un intento de suicidio real.

¹²⁹ Sirva de ejemplo la noticia aparecida en el diario digital *20 minutos* en fecha 22 de octubre de 2008, en la que se informa de que la policía ha fichado 150 webs pro-anorexia por incitar al suicidio y la autolesión. También advierte la noticia que han sido remitidas a la Fiscalía General del Estado para que estudie si constituyen algún tipo de delito. Lo cierto es que no existe en la documentación pública que la Fiscalía pone a disposición del público ni en la memoria de la Fiscalía General del Estado de 2008 mención al problema.

podrían ser suficientes para salir airosos de este brete, pero por ello emerge con más fuerza si realmente es necesario un nuevo delito, sobre todo si restringimos el ámbito de aplicación de la futura norma al problema de las páginas web, que no deja de ser importante.

Tenemos que hacernos, además, la reflexión de la ponente Patricia Schillinger en el informe de la Comisión del Senado francés: ¿por qué castigar una forma de expresión que, aun resultando legítimamente reprobable, no es percibida por los anoréxicos y sus familias como causa de su enfermedad?¹³² Incluso tratándose de una pregunta que responde muchas otras, sí que encontramos razones por las que es aconsejable dar una respuesta penal a esta circunstancia: a) Como se ha dicho, para facilitar el control legítimo de los poderes públicos para mitigar un daño socialmente relevante; b) para resguardar la salud de los afectados mediante la adopción de medidas de seguridad o, en su caso, de las medidas sancionadoras-educativas de la LO 5/2000, reguladora de la responsabilidad del menor; y c) para prevenir un hecho (que la apología pueda inducir realmente a la AN y/o BN a una persona sana) que, aun siendo difícil de imaginar, puede llegar a darse.

Y por último, sería interesante responder a una cuestión que sobrevuela toda nuestra exposición en este epígrafe: no existe en nuestro derecho una figura genérica que reprima la apología de conductas que, por un lado, sean atípicas y, por otro, sean intolerables por atacar, aun de manera mediata, un bien jurídico digno de protección.

- Tipo penal:

Por todo lo expuesto, creemos que sería aconsejable se encuentre se revistiera de las siguientes características:

a) Que el bien jurídico protegido aparezca correctamente identificado y resulte lo menos indeterminado posible: se trataría sin duda de la integridad física y moral prevista en el artículo 15 CE, aun de manera mediata.

b) Que la acción típica se limite a la apología, dejando de lado la inducción -la cual ya nos hemos

mostrado partidarios de sancionar al amparo del art. 149 CP¹³³-. Ello además permitiría controlar a sectores concomitantes -con influencia demostrada- al mundo pro-Ana y pro-Mía, como son la publicidad y la moda.

c) Que no se restrinja el medio de comisión ni se caracterice a los sujetos activos y pasivos. El único requisito, evidentemente, a ese respecto sería que la apología estuviera destinada a la autolesión: que sea el sujeto pasivo quien lleve a cabo la agresión inmediata.

d) Se daría respuesta a la crítica suscitada en el apartado anterior: condenar el enaltecimiento de otras acciones o medios que menoscaben la integridad física de las personas, de manera similar a los TCA.

e) La sistemática de nuestro CP nos llevaría a incluir (en caso en que surja esta posibilidad penal), este delito en el Título III del Libro II (“De las lesiones”), tal vez a continuación del art. 155, que se ocupa precisamente de las lesiones consentidas; alternatively, podría encajarse, por su clara relación con el art. 20 CE, dentro del Cap. IV del Título XXI (“De los delitos relativos al ejercicio de los derechos fundamentales y libertades públicas”)¹³⁴.

Así pues, podría formularse un tipo, similar al de la enmienda al Senado francés (salvo en el relevante carácter penal del nuestro), que castigara la “apología de la anorexia y/o la bulimia”, o, más genéricamente “los trastornos de la conducta alimentaria”, pudiendo incluirse además “la autolesión” y “cualquier otro comportamiento que convenza a provocar un menoscabo grave en la integridad física o psíquica de la persona que lo lleva a cabo”.

¹³² Informe de la Comisión, Antecedentes, III.B.1. Esta cuestión enlaza con lo que decimos más arriba acerca de la autojustificación de los sitios pro-anorexia.

¹³³ Basándonos en el mismo razonamiento que el expuesto para el art. 149, pero dejando de lado la consideración de la anorexia y/o bulimia como enfermedades de carácter grave, sería aplicable el tipo básico de lesiones del art. 147; en su caso, teniendo en cuenta lo dicho con respecto a los contextos en que puede presentarse la acción, y con especial referencia a la violencia doméstica, podría entrar en juego el art. 173 CP

¹³⁴ Nos parece más acertada, en todo caso, la primera de las opciones, por incardinar el artículo en el Título dedicado a la protección del bien jurídico objeto del tipo. Es el mecanismo que, aun entrando en juego también el artículo 20 CE, ha utilizado el legislador con respecto a la apología del genocidio en el art. 608 CP.

6. CONCLUSIONES.

Las resoluciones del TC al interpretar lo que considera los derechos fundamentales principales de las personas, pone en la cúspide a la vida derivando de ella a la integridad física y psíquica (moral), la intimidad y la salud y por último a la libertad. Ello es asumido en la práctica asistencial para obrar siempre procurando el mayor bien al asistido.

Aunque en el ordenamiento sanitario sí se ha regulado al paciente circunstancialmente impedido para tomar decisiones por causas psicológicas o físicas, ésta es incompleta al no referirse a los supuestos en los que es la Autoridad Judicial quien permite el consentimiento por representación. Por lo que de *lege ferenda* se debería de ampliar este ámbito, al menos con una aclaración remisiva, aunque siguiera existiendo la genérica del art. 2.4 LBLA.

El rechazo a tratamientos médicos es un derecho reconocido expresamente configurándose como la manifestación más paradigmática de la Autonomía del paciente. Pero ésta tiene límites siendo el propio individuo el que les da sentido. Es por tanto que si la voluntad a través de la que se expresa está viciada, por un trastorno psíquico, surge la obligación de los profesionales de someter su decisión a la autoridad judicial, que homologue si se le puede internar al para que reciba el tratamiento, perdiendo su libertad.

En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa –cuyas primeras apariciones bibliográficas se remontan al siglo XIX-, se acepta que son candidatos a sufrir estas mermas de capacidad por la etiología de la propia enfermedad, y en las Guías publicadas se recomienda recurrir a esa medida forzosa en función de si aparecen los criterios de fragilidad física, mental y peligro para la vida, y siempre que sea éste el único remedio para devolver la cordura y la salud al paciente. Ya la Jurisprudencia nos demuestra que está conforme con su adopción si la casuística médico-forense es de una entidad tal, que permite concluir que el sujeto desprecia su vida, esto es que no le asiste una justa causa constitucionalmente admitida para rechazar unas prescripciones médicas que permitirán salvarle.

El riesgo mayor para la recuperación del paciente con TCA es la cronificación. La Salud Pú-

blica se ha tomado esto últimamente más en serio como lo demuestra la creación de las UTCA's con las que obtener un tratamiento integral, coordinado, mantenido, que evite, al final, la muerte; y con la edición de las GPC que adelantan acontecimientos fatales y difunden el conocimiento y el manejo del enfermo de acuerdo a los estándares de calidad y seguridad que deben ser alcanzables por los servicios públicos (sobre todo, pues su fracaso era continuamente denunciado por los afectados y sus familias) y también por los servicios privados.

En nuestros días este tema arroja tintes de “epidemia social”, “estilo de vida (neo) cultural”, un problema dinámico, que se traduce en un alarmante aumento de casos de AN y/o BN y en la aparición de una creciente comunidad entre los usuarios de Internet en la que se hace apología de estas enfermedades. Lo que adquiere trascendencia suficiente como para cuestionar si se pone en marcha o no la maquinaria penal (pedido por las Asociaciones). La respuesta ha sido favorable a ello en Francia, a tenor de la labor desplegada por la Asamblea nacional materializada en la PL que hemos comentado.

Pero las alarmas detectadas se han de condensar y filtrar, para poder definirse y localizarse correctamente cuál es el supuesto digno de favor, antes de satisfacer intereses sensibles (representados por los movimientos asociativos y los pacientes) a su máxima coerción, o se correrá el riesgo de elaborar una norma *ad hoc* que ataque la cuestión por el flanco incorrecto. En este caso, hemos considerado que la actuación del legislador no debe dirigirse a la inducción a la AN y/o BN, puesto que técnicamente puede resolverse –si se llegase a plantear- con el texto del vigente CP. Analizando esta situación conforme al principio de intervención mínima, que comporta apartar el Derecho penal de regiones de la realidad social, al que pueden acceder otras ramas menos invasivas de nuestro ordenamiento jurídico; se puede razonar la conveniencia de la intervención como un *continuum* de la protección ya dispensada al derecho fundamental de la integridad física y psíquica (poniendo el acento en el peligro que corren especialmente los menores), y garantizar al tiempo las prerrogativas del artículo 20 CE (garantía de que esas injerencias vendrán sopesadas por un órgano judicial).

Colmado, a nuestro parecer, el motivo por el que estar a favor de la regulación penal, conside-

ramos que debe tenerse en cuenta, a la hora de dar forma al tipo delictivo, la actividad desarrollada por Francia, con sus fallos y sus aciertos, puesto que ha dado lugar a un notable estudio, muy aprovechable para nuestro legislador. Apreciando, por ejemplo, la inutilidad del castigo de la inducción directa a los TCA y revisando la posibilidad de aprovechar la oportunidad para llenar un espacio vacío en nuestro CP, como es la apología causante de lesión a la propia persona. Y, por supuesto, excluyendo errores como el que, en nuestra opinión, comete la ponente de la Asamblea nacional al emplear la expresión “delgadez excesiva”.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1) MANUALES GENERALES, MONOGRAFÍAS Y OBRAS COLECTIVAS.

VARIOS, *Mediuris 2008. Derecho para el profesional sanitario*. Marcial Pons.

VARIOS, *Bioética y bioderecho, Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos*. Granada, 2008. Dir. JUQUERA DE ESTÉFANI, R.

QUERALT JIMÉNEZ, J. “Derecho Penal. Parte Especial. Edición 2008”.

DOMÍNGUEZ DUELMO, A., *Derecho sanitario y responsabilidad médica (Comentarios a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica)*. 2ª Ed., Lex Nova, 2007.

JIMENA QUESADA, L., “La tutela constitucional de la salud: entre el consentimiento informado y la información consentida”. En, VARIOS, *La salud: intimidad y libertades informativas*. 1ª Edic. Tirant lo Blanc, 2006.

CARRASCO GÓMEZ, J.J. y MAZA MARTÍN, J.M., *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. 3ª Edic. 2005, La Ley.

BAJO FERNÁNDEZ, M., *Compendio de Derecho penal (parte especial)*. C.E. Ramón Areces, Madrid, 2003.

LUZÓN CUESTA, J.M., *Compendio de derecho penal. Parte especial*, Dykinson, Madrid, 2000.

GARCÍA ÁLVAREZ, P.: “La puesta en peligro de la vida y/o integridad física asumida voluntariamente por su titular”, Tirant On Line, 1999.

BUENO, G. *El sentido de la vida*. Pentalfa. Oviedo, 1996. Cap. V.

VARIOS, *Eurojuris*, Madrid, 1996.

VIVES ANTÓN, T.S. Y OTROS: *Derecho penal. Parte especial*. Tirant lo Blanch. Valencia, 1995.

SILVA SÁNCHEZ, J.M.: “Causación de la propia muerte y responsabilidad penal de terceros”, ADPCP, 1987.

TORÍO LÓPEZ, A.: “La noción jurídica de suicidio”, *Homenaje a I. Serrano Serrano. Estudios de Derecho Público y Privado*. Vol. II, Universidad de Valladolid, 1965.

2) ARTÍCULOS EN REVISTAS.

ENÉRIZ OLAECHEA, F.J. “Administración Sanitaria y Violencia Laboral: propuestas frente al problema”. *Derecho y Salud*. Vol. 15, núm. 2, Julio – Diciembre de 2007.

PEREÑA GARCÍA, F. “Cuerpo y subjetividad: acerca de la anorexia”, *Revista española de Salud Pública*, 2007, Vol. 81, nº 5 (Sep.- Oct.).

VARIOS, “Suicidio en la adolescencia”, *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*. Nº 15, agosto 2007.

ARRUEGO, G. “Sobre el marco constitucional de la Asistencia Sanitaria no consentida en el ordenamiento jurídico español”. *Derecho y Salud*. Vol 15. Num. 1. Enero – Julio 2007.

CALAZA LÓPEZ, S. en “El proceso de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico” *Revista de derecho UNED*. Núm. 2, 2007.

ORTEGA-MONASTERIO Y GASTÓN, L. “Criterios forenses para el internamiento voluntario e involuntario (Civil) en España”. *Revista de Psicopatología Clínica, legal y forense*. Vol. 4. 2004.

M.A. MARTÍNEZ-GÓNZALEZ y J. de IRALA. “Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública”. Editorial de *Gaceta Sanitaria*, 2003, vol. 17, nº 5.

ALEXY, R. “La institucionalización de los Derechos Humanos en el Estado Constitucional Democrático”, en *Revista del Instituto Bartolomé de las casas*. Año 5º, nº 8, 2000.

VELASCO ARROYO, J.C., “Aproximación al concepto de los derechos humanos”, *Anuario de Derechos Humanos*. Vol. Nº 7, 1990, Madrid.

LAPORTA SAN MIGUEL, F.J. *Doxa (Cuadernos de Filosofía del Derecho de la Universidad de Alicante)*. Vol. Nº 4. 1987.

3) INFORMES Y DOCUMENTOS OFICIALES.

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo y AATRM, Feb. 2009.

Recomendaciones de la SPNS/SEP/SENP/GESIDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por VIH". Junio de 2008. Disponible en la documentación del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es). Coordinador: FERNÁNDEZ SASTRE.

* Descarga de los Informes, Proposición de Ley y mociones de la Comisión Legislativa franceses:

www.senat.fr/rap/107-439/107-439_mono.html.

http://ameli.senat.fr/amendements/2007-2008/289/jeu_classe.html

www.senat.fr/dossierleg/pp107-286.html

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r0791.asp>

Guía Práctica Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. 2005.

Guía de Nutrición saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios, Ministerio de Sanidad y Consumo (año 2001).

Informe sobre condicionantes extrasanitarios de la anorexia y la bulimia, designada en el seno de la Comisión de Educación y Cultura (543/000018)". Boletín General del Senado (núm. 785). 25/11/1999.

Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades,

www.psicoinformacion.com/cie10/cie10_31.htm. NORMAN SARTORIUS, (traducción por LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J.). 1999.

4) OTROS.

RUEDA DÍAZ DE RÁBAGO, M.M^a en su ponencia "Tratamientos e internamientos no voluntarios. Evolución desde el siglo XIX al XXI".XXX Jornadas Aequitas. Centro de Estudios Jurídicos del Ministerio de Justicia. Celebradas en Madrid el 9 y 10 de marzo de 2009.

SEUBA TORREBLANCA, J.C. "Negativa a tratamientos médicos y tratamientos obligatorios". Profesor Titular de Derecho Civil de la Universidad Pompeu Fabra, III Master en Derecho Sanitario y Bioética de la Facultad de Derecho de Albacete (Marzo 2006).

BAS SARMIENTO, M^aP. *Epidemiología de los episodios de hospitalización psiquiátricos en España.* Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Cádiz.. Departamento de Psicología. 2005.

<http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/pbassarmiento.pdf>. Departamento de Psicología. 2005.

ORTIZ MONTCADA, M^a R. *Alimentación y Nutrición.* Módulo 9 del Programa de Formación de Formadores en Perspectiva de Género en Salud. www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf. 2005.