

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Una perspectiva jurídico-legal

Juan Méjica



Ebook en www.colex.es

1.^a EDICIÓN



TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Una perspectiva jurídico-legal

1.ª EDICIÓN 2020

Juan Méjica

Letrado de la Administración de la Seguridad Social

Profesor de la Universidad de Oviedo

COLEX 2020

Copyright © 2020

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. del Código Penal) El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) garantiza el respeto de los citados derechos.

Editorial Colex S.L. vela por la exactitud de los textos legales publicados, no obstante, advierte que la única normativa oficial se encuentra publicada en el BOE o Boletín Oficial correspondiente, siendo esta la única legalmente válida, y declinando cualquier responsabilidad por daños que puedan causarse debido a inexactitudes e incorrecciones en los mismos.

Editorial Colex, SL, habilitará a través de la web www.colex.es un servicio online para acceder al texto con las eventuales correcciones de erratas, además, como complemento a su libro, dispondrá de un servicio de actualizaciones.

© Juan Méjica

ISBN: 978-84-1359-021-9

Dep. legal: C 501-2020

© Editorial Colex, S.L.

Polígono Pocomaco, parcela I, Edificio Diana, portal centro 2,
A Coruña, 15190, A Coruña (Galicia)

info@colex.es

www.colex.es

SUMARIO

PROPÓSITO	11
ABREVIATURAS	15
CAPÍTULO PRIMERO. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ASPECTOS GENERALES Y ESTADO ACTUAL DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA	17
I. Concepto y clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria	17
II. La anorexia nerviosa y la bulimia como paradigma de las enfermedades psicosomáticas. Precisión conceptual y datos para su estudio	18
1. Definición del cuadro clínico	18
2. Datos epidemiológicos y factores predisponentes	19
3. Criterios diagnósticos y alteraciones psicopatológicas	20
4. Complicaciones físicas y comorbilidades psiquiátricas en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario	22
5. Anorexia y bulimia, un problema de Salud Pública	25
6. Los datos estadísticos de los trastornos de la conducta alimentaria	26
6.1. Las cifras de las enfermedades mentales en España	26
6.2. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria	26
CAPÍTULO SEGUNDO. CONSTITUCIÓN Y SALUD: DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE	29
I. Relevancia constitucional de la integridad física/psíquica y la autonomía del paciente	29
II. El consentimiento informado como manifestación del derecho a la integridad física y psíquica	32
III. Significado desde el punto de vista <i>iustfundamental</i> de la propia imagen <i>versus</i> trastorno de la imagen corporal	35
IV. El derecho fundamental a conservar la vida y el principio de autonomía del paciente como manifestación de la libertad	35
CAPÍTULO TERCERO. LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SUS LÍMITES	39
I. La autonomía del paciente: cuestiones preliminares	39
1. El respeto de la autonomía del paciente	39
1.2. El régimen jurídico del consentimiento informado	40
1.3. Pautas para la información y el consentimiento en la práctica clínica con enfermos mentales	41

SUMARIO

2. Especial consideración a las excepciones al consentimiento informado	42
2.1. Riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo.	42
2.2. Las excepciones impropias al consentimiento informado	45
2.3. El consentimiento de los menores e incapaces en la actuación sanitaria	45
3. Estudio de los problemas que plantean los menores de edad	47
3.1. Criterio general	49
3.1. Supuestos específicos.	52
4. Los límites de actuación de los representantes legales	59
5. Observación final	61
II. El consentimiento informado de los enfermos anoréxicos y bulímicos. El problema de la alimentación forzada.	62

CAPÍTULO CUARTO. ASPECTOS PENALES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

I. Consideraciones previas	67
II. Enfermedad mental e imputabilidad	68
1. Precisión conceptual	68
2. Los trastornos psicoalimentarios ante el Derecho Penal.	68
III. Comportamientos suicidas y trastornos de la conducta alimentaria	69
1. Preliminar	69
2. Mortalidad en los trastornos del comportamiento alimentario.	70
3. Causas de muerte en los trastornos del comportamiento alimentario: el papel del suicidio	71
4. Impulsividad y comportamiento suicida en los trastornos del comportamiento alimentario	72
5. Algunas propuestas para la prevención de los comportamientos suicidas en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario	72
6. Aspectos médico-legales del suicidio	74
6.1. Regulación penal del suicidio	74
6.2. Responsabilidad penal del médico	76
6.3. Posibilidad de regulación de un delito de inducción a la anorexia y la bulimia	78
6.3.1. Aclaración previa	78
6.3.2. Presupuestos penales del suicidio.	79
6.3.3. Planteamientos teóricos comparados y visión crítica sobre la eventual implantación de un delito de inducción a la anorexia.	80

CAPÍTULO QUINTO. ASPECTOS CIVILES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

I. La enfermedad mental y la capacidad civil.	87
II. Mecanismos civiles para la protección del enfermo mental	87
1. Incapaces de hecho	88
2. Incapacitados de Derecho	89
III. Situaciones habituales de ingreso involuntario en centro terapéutico.	92
1. Paciente ingresado sin su voluntad	92
2. Paciente que no tiene capacidad para consentir.	92

SUMARIO

3. Situaciones de urgencia	93
IV. El régimen jurídico del internamiento involuntario y voluntario	93
1. Precisión conceptual. Fundamento y principios básicos del internamiento	93
2. Caracteres	94
V. Especial referencia al trámite del internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico	95
VI. Juicio médico-legal del internamiento no voluntario de personas afectadas de trastornos de la conducta alimentaria	98
VII. La intervención judicial en los casos de alimentación forzosa a enfermos de anorexia en un centro asistencial.	101
1. El marco legislativo.	101
1.1. Presupuestos legales.	101
1.2. La situación actual tras la STC 132/2010, de 2 de diciembre	102
2. Características del internamiento involuntario, tipología y presupuestos del procedimiento	103
3. Garantías durante el procedimiento y durante el internamiento	105
4. Especial referencia al internamiento de los menores de edad sometidos a patria potestad o tutela	107
5. El tratamiento jurisprudencial del internamiento de pacientes anoréxicos.	108
6. Criterios clínicos del internamiento involuntario	109
CAPÍTULO SEXTO. EL REINTEGRO DE GASTOS SANITARIOS DERIVADOS DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.	111
I. Preliminar.	111
II. Consideraciones previas.	112
III. Asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos al Sistema de Seguridad Social	114
IV. Regulación legal y posición de los Tribunales.	115
V. Supuestos que permiten el reintegro	117
VI. La casuística de los reintegros médicos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria	119
CAPÍTULO SÉPTIMO. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMO CAUSA DE SITUACIONES INCAPACITANTES DE SEGURIDAD SOCIAL	123
I. Las incapacidades permanentes derivadas de trastornos mentales y del comportamiento.	123
II. Consideraciones previas.	124
III. Predominio de los informes médicos de la Sanidad Pública en el proceso judicial revisor de la actuación administrativa calificando la incapacidad permanente	127
IV. La patología alimentaria como causa de incapacidad permanente. La respuesta de los Tribunales	129
V. Doctrina jurisprudencial en torno a la patología psiquiátrica	130
VI. ¿Qué han dicho los Tribunales Superiores y los Juzgados de lo Social acerca de la repercusión laboral de los trastornos de la conducta alimentaria?	131
1. Nota previa	131
2. Valoración de la patología alimentaria a efectos de incapacidad permanente	

SUMARIO

en las sentencias del orden social	131
2.1. Criterios diagnósticos	131
2.2. Criterios judiciales	132
VII. Consideraciones conclusivas	135

CAPÍTULO OCTAVO. LAS RESPONSABILIDADES DERIVADAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA RELACIONADA CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

I. El fenómeno de la responsabilidad por mala praxis médica.	137
II. La responsabilidad y la nueva cultura de las negligencias médicas	138
III. Precisión conceptual. La responsabilidad civil en el ámbito sanitario	140
IV. Análisis de los presupuestos de la responsabilidad sanitaria	142
V. Criterios jurisprudenciales de la responsabilidad civil	144
VI. La responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria	146
VII. Medicina defensiva <i>versus</i> diagnóstico preciso.	147
VIII. Responsabilidades derivadas del suicidio.	148
1. Planteamiento del tema	148
2. Configuración normativa y jurisprudencial	148
3. Especial referencia a la responsabilidad de los centros sanitarios	151
4. La responsabilidad por suicidios de pacientes en la jurisprudencia	153
4.1. Sala Primera del Tribunal Supremo	153
4.2. Sala Tercera del Tribunal Supremo	156
IX. La responsabilidad por omisión en el seguimiento de los enfermos mentales . . .	159
X. Consideraciones conclusivas en torno a los criterios jurisprudenciales reseñados	161
XI. Reflexión final	164

CAPÍTULO NOVENO. HACIA UN ESTATUTO BÁSICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES Y PROPUESTA DE REGULACIÓN.

I. ¿Por qué es preciso articular un Estatuto básico de las enfermedades mentales? .	165
II. Situación actual de la cuestión: entre la lentitud legal y la urgencia social.	167
III. Propuestas para una futura regulación	170
IV. Sobre el tratamiento ambulatorio involuntario: cuestiones pendientes	171
V. Consideraciones finales	176

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO

PROPÓSITO

La anorexia y la bulimia son los trastornos alimentarios por antonomasia y afectan, respectivamente, al 1 y al 4% de los jóvenes, llegando a tener una mortalidad cercana al 10% de los afectados, siendo la población femenina la más vulnerable, en orden de un 9/10 de los enfermos. La preocupación por el peso y el exceso de autoevaluación con respecto a la imagen corporal son síntomas primarios de ambos trastornos. Hasta el 50 % de los pacientes con anorexia nerviosa presenta síntomas de bulimia, y algunos pacientes que inicialmente son bulímicos desarrollan síntomas anoréxicos.

Señaladamente, estos trastornos del comportamiento alimentario están influidos por los factores sociales dominantes, como los nuevos ideales de belleza que transmiten las “top models” y los medios de comunicación. Sin embargo, resulta más importante destacar que este tipo de enfermedades refiere a la postre un trastorno mental que produce en quien lo padece una falta de discernimiento en el juicio, o bien merma gravemente sus facultades de inteligencia y voluntad.

Resultando que si los trastornos alimentarios afectan a menores, la solución a priori se ofrece más sencilla, toda vez que el ejercicio de la patria potestad permite los tratamientos contra la voluntad del afectado. El problema surge, y resulta frecuente, cuando el paciente es menor maduro o mayor de edad y se niega a someterse al tratamiento.

Son muchos los trabajos que se han acercado a la etiología y patogenia de esta patología, de sus complicaciones físicas y comorbilidades psiquiátricas, también sobre la práctica terapéutica a adoptar; pero no es menos cierto que, acaso por su pluridisciplinaridad, los problemas médico-legales que surgen de este tipo de enfermedades, salvo algunos aspectos muy puntuales, no han sido objeto de ningún estudio amplio y pormenorizado en nuestro país, lo cual resulta llamativo en sí mismo dada la trascendencia del tema.

Por eso se hace necesario un análisis detallado sobre la materia y que dé respuestas a los aspectos que más controversias y matizaciones pueden suscitar en lo médico-legal. Desde luego, sus repercusiones, como se verá, son diversas y de gran interés para el Derecho y la Salud.

Efectivamente, los trastornos de la conducta alimentaria son un trastorno psicopatológico que provoca una distorsión de la realidad del propio paciente –en lo referente a la imagen corporal que se hacen de ellos mismos–, y, por tanto, el ejercicio de su capacidad está limitado. Si se tratara de un menor, en principio bastaría el consentimiento de los padres –de conformidad con el art. 9 de la Ley de Autonomía del Paciente, Ley 41/2002, de 14 de noviembre– para llevar a cabo su tratamiento en un hospital de día.

Ahora bien, si se trata de un paciente mayor de edad –incluso, un menor maduro– que se niega a recibir tratamiento y con ello compromete su vida o integridad, al carecerse de su consentimiento, sólo por la vía de la ausencia de autonomía de voluntad para decidir sobre su situación se le podrá obligar a someterse a tratamiento por medio de la autorización judicial, tal y como ocurre en el común de los internamientos psiquiátricos involuntarios.

Normalmente, el descontrol de los impulsos hace surgir en este tipo de patologías conductas antinormativas, así pequeños hurtos en el caso de los pacientes bulímicos. Pero hay otras muchas consecuencias que se derivan de tales trastornos, cuyas implicaciones inciden a la postre en lo legal, también en la actuación médica.

Como dijimos, nuestro trabajo pretende dar respuestas concretas, precisamente, a esos interrogantes que la Ley del Paciente y otros textos legales plantean respecto a tales enfermos y las condiciones en que ejercen su voluntad. Lo cual nos remite y nos obliga a discutir cuestiones relativas a su capacidad e imputabilidad, sin olvidar los aspectos relacionados con la Seguridad Social y los reintegros de gastos por acudir a clínicas privadas y otras figuras jurídicas conexas con sus circunstancias personales o sociolaborales.

En suma, además de los aspectos psicopatológicos de unos enfermos cada vez con mayor presencia a nivel socio-sanitario, se trata de exponer las consecuencias jurídicas que se pueden generar en el ámbito médico, lo que sin duda va a servir para una mejor conciencia y comprensión de sus implicaciones y el mejor abordaje y aplicación de directrices en la práctica clínica, la cual ha de ser, en todo caso, de calidad asistencial y legalmente correcta si se quieren evitar eventuales demandas de responsabilidad civil, penal o patrimonial.

De acuerdo con los fines anteriores, se articula la presente monografía en nueve bloques, más un apartado último dedicado a las consideraciones conclusivas.

En el Capítulo introductorio se analiza el estado actual de las enfermedades psicoalimentarias, su incidencia y prevalencia y criterios diagnósticos, así como sus complicaciones.

El Capítulo Segundo se focaliza en el conflicto que subyace a nivel constitucional entre el derecho a la imagen personal, el derecho a la vida y la incolumidad corporal y el valor superior a la libertad individual y sus manifestaciones.

El Capítulo Tercero se centra en el examen de la actual legislación sobre la autonomía del paciente y su proyección al enfermo de un trastorno alimentario. Pues manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona, que refuerza y da un trato especial al derecho al consentimiento informado, la normativa vigente contempla medidas que excepcionan aquel derecho.

El Cuarto Capítulo se refiere al grado de imputabilidad del enfermo por trastorno alimentario en relación con el suicidio, sin perjuicio de las eventuales responsabilidades penales que se puedan imputar a los profesionales sanitarios e incluso a los familiares. Además, se formula si nuestro Derecho reprime o si podría tener encaje tipificado la inducción o la apología de la anorexia y la bulimia, o, más genéricamente, los trastornos de la conducta alimentaria.

En el Capítulo Quinto nos adentramos en los institutos de la legislación civil que pueden verse afectados por este tipo de enfermedades, o, dicho de otro modo, de las peculiaridades que en su caso tienen el goce o el ejercicio de los derechos y obligaciones civiles de estos pacientes especialmente vulnerables, y que incluye la incapacitación y el internamiento involuntario.

En el Capítulo Sexto se aborda la cuestión relativa a la posibilidad o no del reintegro de los gastos causados en instituciones sanitarias ajenas al Sistema Nacional de Salud. Y en el Capítulo Séptimo se trata la enfermedad psicoalimentaria como motivo discapacitante laboral y su posible encuadramiento dentro de las situaciones de incapacidad reconocidas por la Seguridad Social.

Por lo demás, en el Capítulo Octavo se estudia la eventual responsabilidad médica derivada de la mala praxis en el abordaje y/o tratamiento de estos pacientes, también por la omisión en su seguimiento.

Finalmente, en el Capítulo Nono se formula una propuesta de *lege ferenda* sobre las pautas que deberían adoptarse para regular el problema de la enfermedad mental en España y las situaciones de internamiento no voluntario por trastorno psíquico, y, muy en particular, se prefigura la incorporación del tratamiento ambulatorio involuntario como alternativa refrendada en otros países.

Y concluimos con unas reflexiones o consideraciones sobre la evidente dialéctica de tensión que en el orden legal y en la práctica médica generan los trastornos de la conducta alimentaria en España, en esencia, la puesta en peligro de la vida y/o integridad psicofísica asumida voluntariamente por su titular y el deber de la asistencia sanitaria no consentida o forzosa.

En último término, como manifestación de esa actitud descontrolada y normalmente nada colaboracionista del paciente y el proceder a veces defensivo o des-
acertado –por contrario a la *lex artis*– del médico, puede derivarse algún tipo de responsabilidad para el propio profesional o para la Administración Sanitaria.

ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nerviosa
AP	Audiencia Provincial
art./s	Artículo/s
BN	Bulimia Nerviosa
BOE	Boletín Oficial del Estado
CC	Código Civil
CCAA	Comunidades Autónomas
CE	Constitución Española
CEDH	Convenio Europeo de Derechos Humanos
cfr.	Confróntese
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la OMS
cit.	Citado
CGJP	Consejo General del Poder Judicial
Coord.	Coordinador
CP	Código Penal
CSM	Centro de Salud Mental
DA	Disposición Adicional
DSM-5 (APA)	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (según la <i>American Psychiatric Association</i>)
EVI	Equipo de Valoración de Incapacidades
FEAFES	Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental
GI	Gran Invalidez
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IP	Incapacidad Permanente
IPA	Incapacidad Permanente Absoluta
IPT	Incapacidad Permanente Total
IT	Incapacidad Temporal
LBAP	Ley Básica de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre)
LEC	Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000, de 7 de enero)

ABREVIATURAS

LECrim	Ley de Enjuiciamiento Criminal
LGS	Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril)
LGSS	Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre
LO	Ley Orgánica
LOGP	Ley Orgánica General Penitenciaria
LOPJ	Ley Orgánica del Poder Judicial
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, de 21 de noviembre)
LPAC	Ley del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (Ley 39/2015, de 1 de octubre)
LRJSP	Ley de Régimen Jurídico del Sector Público (Ley 40/2015, de 1 de octubre)
OMS	Organización Mundial de la Salud
op. cit.	Obra citada
pág./s	Página/s
Rec.	Recurso
RD	Real Decreto
S/Sent. (plural, SS/Sents.)	Sentencia
SAN	Sentencia de la Audiencia Nacional
SAP	Sentencia de la Audiencia Provincial
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
STEDH	Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
STSJ	Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de una Comunidad Autónoma
TAI	Tratamiento Involuntario Ambulatorio
TC	Tribunal Constitucional
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
TS	Tribunal Supremo
TMS	Trastornos Mentales Severos
TSJ	Tribunal Superior de Justicia de una Comunidad Autónoma
vid.	Véase
Vol.	Volumen
v. gr.	Verbigracia
Vs	Versus

CAPÍTULO PRIMERO

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ASPECTOS GENERALES Y ESTADO ACTUAL DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

I. Concepto y clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria

La doctrina psiquiátrica moderna suele dividir los trastornos de la alimentación en trastornos por exceso, por defecto y cualitativos. A saber:

1. Trastornos por exceso:

- a) Polidipsia, potomanía, dipsomanía, que se traducen en ingesta excesiva de líquidos en ausencia de enfermedad física que lo justifique. Se manifiesta en trastornos psicóticos, hipocondríacos y como un síntoma más dentro de la bulimia.
- b) Bulimia, o episodios de descontrol y sobreingesta alimentaria. En la hiperfagia, la ingesta es más regular y sostenida en el tiempo. Es un síntoma de la bulimia nerviosa y también puede darse en enfermedades neurológicas.
- c) Obesidad, cuando se presenta un sobrepeso en un 20% o más del peso normal, por exceso de ingesta calórica con respecto a las necesidades del individuo.

2. Trastornos por defecto:

- a) Adipsia, que supone una disminución de la sensación de sed y de la ingesta de líquidos. Raro y generalmente de causa orgánica.
- b) Anorexia, que se manifiesta en disminución del deseo de ingerir alimentos, a veces acompañada de asco y repugnancia. Es un síntoma de muchos trastornos orgánicos y psiquiátricos (anorexia nerviosa, trastornos depresivos, trastornos psicóticos).

3. Trastornos cualitativos:

- a) Pica o alitrofagia, o, lo que es lo mismo, ingesta de sustancias no nutritivas (tierra, papel...). Es normal hasta los 2 años. Se da en el autismo, trastornos psicóticos, retrasos mentales y demencias, bulimia, trastorno obsesivo-compulsivo y embarazo.

- b) Rumiación o mericismo, que suele manifestarse en el primer año de vida salvo retraso mental grave. Regurgitación repetida o voluntaria de la comida ingerida, que es masticada y tragada de nuevo o escupida, en cuyo caso puede producir pérdida de peso. Se relaciona con problemas del desarrollo y de la relación materno-filial.

En la práctica utilizaremos para su diagnóstico los dos sistemas clasificatorios más manejados en la actualidad. Según la CIE-10-M, de la Organización Mundial de la Salud, los trastornos de la conducta alimentaria se codifican dentro del Capítulo V, referido a los “Trastornos mentales”, como “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” (F50-59). Por su parte, el DSM-5, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), los configura como alteraciones graves de la conducta alimentaria acompañadas o causadas por una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal, distinguiendo entre anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) y trastorno por atracón¹.

Sobre esta base es conveniente señalar ya que quedarán al margen del presente trabajo las conductas anormales en relación con la alimentación no especificadas, centrándonos por su mayor prevalencia en la anorexia y la bulimia. De hecho, en la literatura psiquiátrica ambas patologías reciben un estudio de conjunto, dado que es observable que comparten una misma “psicopatología”: el sujeto afectado percibe respecto de sí mismo una imagen distorsionada, con arreglo a la cual se ve “gordo” e inaceptable.

II. La anorexia nerviosa y la bulimia como paradigma de las enfermedades psicosomáticas. Precisión conceptual y datos para su estudio

1. Definición del cuadro clínico

Como dijimos, nuestro análisis aborda los trastornos de la alimentación que tienen una mayor presencia en la sociedad con diferentes grados de intensidad y gravedad, también con un alto coste, tanto a nivel de recursos socio-sanitarios como a nivel de participación de profesionales implicados en el tratamiento, internamiento o demás medidas que puedan adoptarse.

En particular, la anorexia (F50.0 de la CIE-10) refiere un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o sostenida por el propio enfermo, manteniéndolo por debajo de unos valores mínimos que se consi-

¹ Véase Maite RAMÍREZ: “Clasificación actual de los trastornos mentales”, Capítulo III de la obra *Salud mental comunitaria* (Coord. Ana M.ª MARCOS DEL CANO y Gabriela TOPA CANTISANO), UNED, 2012, págs. 59 y ss. Para un estudio más completo, *vid.* también la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

En este orden de cosas conviene recordar que la nueva versión que sustituyó en mayo de 2013 a la DSM-IV, conocida como DSM-5, además de mejorar los criterios para identificar la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y destacar que también se pueden desarrollar en las personas mayores, incluyó el trastorno por atracón, sin la conducta purgativa característica de la anorexia y la bulimia.

deran normales para determinada edad, peso y talla, con miedo desproporcionado e irracional a engordar, y con distorsión de la propia imagen corporal².

En cuanto a la bulimia nerviosa (F50.2 de la CIE-10), se identifica con episodios repetidos de ingesta compulsiva de alimentos, es decir, grandes cantidades en poco tiempo, con sentimiento de pérdida de control durante la ingesta, provocación voluntaria de vómitos y preocupación exagerada por el control del peso corporal³.

2. Datos epidemiológicos y factores predisponentes

Los TCA tienen una prevalencia en España que oscila entre el 4,1% al 6,41%. La anorexia nerviosa es un cuadro que aparece preferentemente en mujeres en el 90-95% de los casos y en los varones en el 5-10%. Su mayor frecuencia se presenta en jóvenes y adolescentes, aunque hay casos prepuberales y otros en que debuta durante la tercera edad. La prevalencia de la enfermedad entre el colectivo femenino en la franja de 12 a 21 años es del 0,14% al 0,9%.

En cuanto a la bulimia, suele comenzar en la adolescencia o al principio de la edad adulta. En el grupo de 12 a 21 años entre el 0,41% y el 2,9% de las mujeres tiene una historia de bulimia; muchos casos permanecen subclínicos⁴.

Favorecen la aparición de anorexia nerviosa los acontecimientos vitales estresantes; son frecuentes las depresiones y los trastornos bipolares entre los familiares de primer grado de los pacientes anorécticos.

La obesidad en la adolescencia predispone al desarrollo de bulimia en la edad adulta, y es frecuente que los padres de estos pacientes sean obesos; también se ha encontrado una mayor proporción de depresiones entre los familiares de primer grado de los bulímicos.

Respecto a los factores desencadenantes, nos encontramos con que la anorexia nerviosa (AN) se considera el paradigma de la enfermedad psicosomática de “etiología multifuncional”, a saber:

- Factores orgánicos: primariamente algún fallo endocrinológico precipitaría la enfermedad.

² Concretamente, la CIE-10 de la OMS la define como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo paciente, que es distinta a la Anorexia Nerviosa Atípica, concepto que debe usarse para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como la amenorrea o pérdida significativa de peso. Ver *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000, págs. 140 y 141.

Por su parte, el DSM-5 distingue dos tipos clínicos: el “compulsivo/purgativo” (F50.02), en el que la conducta desordenada incluye atracones-purgas; y el “restrictivo” (F50.01), en el que no se dan.

³ La CIE-10 caracteriza la bulimia por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso y la figura corporal, lo que conduce al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la comida. Como en el caso de la anorexia, también se debe emplear el término Bulimia Nerviosa Atípica para los pacientes en los que faltan una o más características principales de la BN. *Ibidem*, págs. 141 y 142.

El DSM-5 ha eliminado los anteriores subtipos de purgativa/no purgativa, debido a que la categoría no purgativa recibía muy poca atención; comúnmente resultaba ser un trastorno por atracones, y el concepto de conductas compensatorias no purgativas –por ej., ayuno o ejercicio excesivo– se hacía un tanto difícil de definir.

⁴ Véase VV.AA.: *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, 2018-2020*, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, 2018, págs. 38-39.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Resultan numerosos los títulos bibliográficos que han abordado la etiología y patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), sus complicaciones físicas y comorbilidades, también sobre la práctica clínica a seguir.

Sin embargo, las cuestiones médico-legales que surgen en tal quehacer o se derivan de este tipo de patología, salvo aspectos muy puntuales, han sido escasamente tratadas.

Con esta Monografía se pretende, precisamente, dar respuestas concretas a esos interrogantes que la Ley de Autonomía del Paciente y otros textos legales plantean respecto a dichos enfermos y otros con clínicas asimiladas.

Así, entre otros temas interesantes, se analizan los relativos a su capacidad e imputabilidad, al igual que los relacionados con los internamientos, las reclamaciones de incapacidad permanente y los reintegros de gastos médicos, y, en último término, el siempre dinámico ámbito de la responsabilidad sanitaria.

En fin, una Monografía de gran interés para los investigadores y juristas en general, también para los profesionales sanitarios.

ISBN: 978-84-1359-021-9



9 788413 590219