

**BULIMIA NERVIOSA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD. CUESTIONES MEDICO-LEGALES.**

**BULIMIA NERVOSA AND BORDERLINE PERSONALITY  
DISORDER. MEDICAL-LEGAL ISSUES**

**IGNACIO JAUREGUI LOBERA**

**HOSPITAL INFANTA LUISA. SEVILLA**

**Para correspondencia: Virgen del Monte 31, 41011-Sevilla  
[ignacio-ja@correo.cop.es](mailto:ignacio-ja@correo.cop.es)**

**RESUMEN:** Los estudios realizados vienen mostrando una mayor asociación entre bulimia y trastorno límite de personalidad que entre éste y los pacientes con anorexia restrictiva. Esta comorbilidad se asocia con elevada frecuencia a problemas médico-legales.

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

**SUMMARY:** Studies fairly consistently show that when assessed by clinical interview, bulimic patients are more likely than restricting anorexics to meet criteria for borderline personality disorder. That comorbidity is related to higher rates of medical-legal issues.

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

## INTRODUCCIÓN

La presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con bulimia nerviosa se ha descrito con frecuencias extraordinariamente elevadas, superiores a la mitad de las pacientes estudiadas en la mayoría de los casos y cercanos a la totalidad cuando lo que se investigan son rasgos patológicos de la personalidad de forma aislada.

Los trastornos de la personalidad más frecuentemente encontrados son el trastorno histriónico y el trastorno límite.

La DSM IV-R define el trastorno histriónico de la personalidad como un patrón de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que se pueden manifestar como sentimientos de incomodidad en las situaciones en las que el paciente no es el centro de atención; comportamientos seductores o sexualmente provocadores en las relaciones interpersonales; expresiones emocionales superficiales y rápidamente cambiantes; utilización permanente del aspecto físico para llamar la atención sobre sí; expresión verbal excesivamente subjetiva y carente de matices; muestras de autodramatización, teatralidad y expresiones emocionales exageradas; sugestionabilidad e influenciabilidad por parte de los demás o de las circunstancias, y consideración de sus relaciones interpersonales como más íntimas de lo que son en realidad.

En cuanto al trastorno límite de la personalidad se define como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que puede manifestarse como esfuerzos denodados para evitar un abandono real o imaginado; un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación; alteración de la autoimagen acusada y persistentemente inestable; impulsividad, comportamientos suicidas; inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo; sentimientos de vacío; dificultades para controlar la ira, y autorreferencialidad o síntomas disociativos transitorios relacionados con el estrés.

Respecto a la presentación comórbida de trastorno límite de la personalidad y la bulimia nerviosa cabría hacer algunas consideraciones. Por una parte, a la vista de las manifestaciones descritas se pone en evidencia la coincidencia de algunos elementos en ambos trastornos, como la impulsividad, la alteración de la autoimagen, la irritabilidad o las tendencias autolíticas. Por otro lado, hay que tener presente el hecho de que algunos de las características referidas (vivencias de abandono, inestabilidad en las relaciones interpersonales, alternancia entre la idealización y la devaluación, inestabilidad afectiva, irritabilidad) podrían no tener el mismo valor patológico si se consideran en el contexto de la adolescencia, edad frecuente de inicio de los trastornos del comportamiento alimentario. Probablemente, si se tienen en cuenta estas argumentaciones, la presencia de trastornos de la personalidad en pacientes bulímicas no sería tan elevada.

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

Está descrita en los pacientes bulímicos la asociación a numerosos trastornos cuyo núcleo psicopatológico común parece ser el deficiente control de los impulsos, tales como las tentativas autolíticas, las conductas de heteroagresividad, la cleptomanía, el abuso de alcohol, el consumo de sustancias tóxicas, la ludopatía o la promiscuidad sexual. Puede ser ilustrativo el estudio de Clinton *et al.* 1992), que comunica la

presencia comorbida de consumo de alcohol en el 22,2% de las pacientes, abuso de drogas en el 14,4%, y algún intento de suicidio en el 21,4% de los pacientes (7,1% habían realizado más de una tentativa).

Algunos autores se refieren al hecho de que los estudios de neurotransmisores en los trastornos del comportamiento alimentario apuntan a que tanto en las pacientes anoréxicas de tipo purgativo como en las pacientes bulímicas existiría un déficit de la función serotoninérgica, que, a su vez, se observa en muchas ocasiones en los trastornos anteriormente referidos. Es decir, parece existir una alteración (primaria o secundaria) en el funcionamiento cerebral común a esas patologías, lo que explicaría la frecuencia con que se presentan de forma conjunta. Algunos autores incluso se plantean entender la bulimia como una variante de trastorno de control de impulsos que tendría su manifestación externa en la conducta alimentaria, ya que son diversas las similitudes en la estructura psicopatológica de ambos trastornos: inclinación a llevar a cabo un acto perjudicial para sí o para otros, imposibilidad de ofrecer resistencia al acto impulsivo, sentimientos de inquietud o ansiedad que aumentan progresivamente antes del acto impulsivo y que se alivian cuando éste se lleva a cabo para dejar paso a sentimientos de vergüenza o culpa.

### COMORBILIDAD

En la línea de lo que señalan Medina y Moreno (1998), podríamos decir que la asociación entre la bulimia nerviosa y los trastornos de la personalidad cabe entenderla de varias formas:

- El trastorno de personalidad predispone, en este caso, a la bulimia.
- El trastorno de la personalidad es una secuela residual de la bulimia.
- Ambos cursan de modo independiente.

Sea como sea lo cierto es que la asociación complica el pronóstico. Sigue teniendo un enorme interés la descripción de los diferentes tipos de personalidad en pacientes con anorexia y bulimia. En el caso de la bulimia hay cierto consenso en señalar que son más impulsivas, con bajo autocontrol. En los intentos por evaluar la presencia de trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos alimentarios existe un primer referente que es el trabajo de Gartner *et al.* (1989). Encuentran que más de la mitad de los pacientes asociaban trastornos de personalidad siendo el trastorno límite uno de los más frecuentes. Como ya dijimos, el trastorno histriónico y límite son los más frecuentemente asociados a la bulimia nerviosa, hallazgo ya señalado, entre otros, por Wonderlich *et al.* (1990), Matsunaga *et al.* (1998, 2000).

No entraremos en la cuestión de las cifras. Los sesgos metodológicos son tan severos en muchos casos que los porcentajes que se señalan son muy dispares. Todos los autores señalan que hay una *elevada asociación*.

Cuando no se trata de analizar la presencia de trastornos de personalidad en la bulimia sino de ver la presencia de bulimia en trastornos de la personalidad, refiere el propio Wonderlich (1990) que el trastorno límite de la personalidad presenta una tasa de asociación con la bulimia que oscilaría entre el 2% y el 47%. De nuevo los problemas metodológicos y de coincidencia de algunos criterios diagnósticos dan lugar a un intervalo absurdo para llegar a conclusiones válidas. El sexo también introduce matices. La impulsividad del trastorno límite encuentra más expresión en el abuso de alcohol y drogas en el caso de los hombres y de alteraciones alimentarias en el caso de las mujeres (Zanarini *et al.*, 1998).

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

### TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Es el trastorno de personalidad más frecuente en la clínica. Entre pacientes psiquiátricos ambulatorios aparece en un 10%; entre pacientes ingresados en unidades psiquiátricas en un 15-20%; entre afectados por trastornos de personalidad en un 30-60%; en la población general en un 2% (DSM IV-R).

Ya hemos señalado con anterioridad las características más importantes de este trastorno que conviene repasar:

- Patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad.
- Notable impulsividad en diversos contextos.
- Intenso temor al abandono con esfuerzos denodados para evitar un abandono real o imaginado.
- Patrón de relaciones interpersonales inestables, intensas, turbulentas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- Alteración de la autoimagen acusada y persistentemente inestable.
- Comportamientos suicidas y autolesivos.
- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
- Sentimientos de vacío.
- Dificultades para controlar la ira.
- Autorreferencialidad o síntomas disociativos transitorios relacionados con el estrés. A veces síntomas psicóticos.
- Sentimiento de ser malos, tendencia a la infravaloración.

Con tratamiento, el trastorno tiene un curso variable pero destacan la inestabilidad crónica y las descompensaciones afectivo-impulsivas. Aunque con los años parece

*perder fuerza* y mejorar la estabilidad, la tasa de suicidio es muy elevada.

Se ha dicho que el papel del terapeuta en el trastorno límite oscila entre el paternalismo y el rechazo (Phillips y Gunderson, 1999). El esfuerzo principal recae en la psicoterapia dirigida a modificar la estructura caracterial básica del paciente. La relación estable y fiable con el terapeuta permite trabajar con experiencias correctoras más que con la adquisición de capacidad introspectiva. En cuanto a los psicofármacos hay que recordar cuatro áreas en las que pueden aportar algún resultado: estado de ánimo, tendencia autolesiva y suicida, impulsividad y síntomas psicóticos. En este sentido se han usado IMAO, ISRS, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, benzodiazepinas y reguladores del humor, especialmente la carbamazepina. Tal vez lo preferente es reducir la tendencia autodestructiva y las hospitalizaciones.

En relación con los RIESGOS, el potencial de violencia, autolesiones y suicidio de estos pacientes hace que el manejo de los mismos sea una cuestión de primordial importancia. Por otro lado, la inestabilidad e impulsividad entorpecen continuamente la alianza terapéutica. En relación con los riesgos hay que destacar:

#### Impulsividad y Violencia

Siempre resulta difícil prevenir su aparición y el propio terapeuta suele ser objeto de la ira del paciente. Cualquier crítica, abandono, frustración, trato que vivencie como injusto, etc. pueden resultar en reacciones de ira y agresividad

#### Suicidio

Amenzas y tentativas están omnipresentes, el suicidio consumado se cifra en un 8-10%. Puede aparecer de forma *aguda* o tratarse de algo crónico, una especie de *comportamiento suicida*. Sea como fuere siempre resulta difícil, casi imposible, predecir la gravedad de la conducta. La impulsividad impiden la previsión y la provisión de ayuda.

#### Intolerancia de límites y violación de los mismos

Llamadas, presencia en consulta a horas intempestivas, intentos por relacionarse *al margen* de la relación terapéutica, exigencias, petición de favores *especiales* y un sin fin de conductas sobre las que hay que poner límites continuamente.

### PROBLEMÁTICA MÉDICO-LEGAL

*La salud del pueblo está en la supremacía de la Ley.* Cicerón.

Vamos a repasar algunas cuestiones que merece la pena considerar a propósito de las

posibles implicaciones legales de estos trastornos. Así, haremos ciertas reflexiones sobre los siguientes aspectos:

- Imputabilidad
- Incapacitación
- Internamiento
- Nulidad, separación, divorcio. Problemática en relación con los hijos.
- Capacidad laboral

### Imputabilidad

Se trata de un concepto estrictamente jurídico (no médico) de gran interés en psiquiatría. La imputabilidad no es sino el fundamento de la culpabilidad, en definitiva la capacidad de actuar culpablemente (Rodríguez Devesa, 1970). El concepto de culpabilidad implica recordar que el delito es una acción típicamente antijurídica y culpable, a la que la Ley señala una pena. Encontramos pues en el delito:

- Acción ejecutada por el ser humano.
- Acción descrita exactamente, tipificada, en la norma penal.
- Acción contraria al ordenamiento jurídico (antijurídica).
- Replicada por la norma con una sanción o pena (punible).

Y como principio básico hay que resaltar que *nullum crimen sine culpa*, no hay delito si no hay culpa atribuible a su autor. La imputabilidad es el presupuesto de la culpabilidad, es, en definitiva, la capacidad de culpabilidad, la capacidad de actuar culpablemente, una forma de capacidad jurídica. El punto de partida es que todo adulto, en principio, es imputable. A partir de ahí se deben valorar las diferentes causas que pueden ir *restando* e incluso *anulando* esa imputabilidad de partida. No entraremos aquí en la valoración de la edad, punto de partida para la consideración de la imputabilidad, objeto de muchos debates y reformas. En todo caso el *mayor de edad penal*, parte con la íntegra capacidad de culpabilidad.

Desde el punto de vista psicológico, los dos pilares que sostienen la imputabilidad son:

- Capacidad para conocer y discernir los actos.
- Voluntad para actuar libremente o elegir entre diferentes comportamientos.

Se parte de la base de que ambos supuestos se dan en la persona que ha alcanzado una madurez psicológica suficiente. Podríamos volver al debate de la edad en la que podemos encontrar dicha madurez. El mayor conflicto se plantea en el llamado *menor maduro*.

Esa capacidad de *conocer y querer* puede no haberse alcanzado o bien puede haberse

visto mermada o anulada por diferentes alteraciones. Esto es lo que interesa a efectos de Código Penal: qué circunstancias modifican esas capacidades. Nuestro Código Penal recoge al respecto:

*\*Inimputabilidad*

El artículo 20 se refiere a los *exentos de responsabilidad criminal*. En el **apartado 1º** señala: *El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. Y añade: El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.* Objeto de discusión resultan los conceptos de anomalía o alteración psíquica, comprender y actuar conforme a esa comprensión. En cuanto al concepto de Trastorno Mental Transitorio (TMT), desde el punto de vista psiquiátrico hay elementos de gran interés jurisprudencial:

- Comienzo brusco, agudo, en sujeto previamente sano.
- Anulación o clara merma de las facultades que sostienen la capacidad y, por ende, la imputabilidad.
- Evolución aguda, breve duración, de minutos hasta 3-7 días.
- Debe curar sin secuelas.
- No se precisa una base patológica.
- Se excluye lo autoprovocado.

En la práctica, el TMT lo encontramos en reacciones exageradas o inadecuadas frente a concretas situaciones especiales (más aún, excepcionales) y tras el consumo de sustancias tóxicas.

En el **apartado 2º** del citado artículo se contempla: *El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la licitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.* Aquí el debate se centra en la idea de que la intoxicación sea *plena* y en la conceptualización de lo que pueda implicar la *abstinencia*.

En el caso de la intoxicación, la psiquiatría debe determinar el grado de alteración de la conciencia en el momento de los hechos o en el tiempo más cercano posible (en poco tiempo pueden desaparecer muchos síntomas). En definitiva la idea de que la intoxicación sea *plena* no puede confundirse con la idea de cantidad por cuanto una persona sin hábito alcohólico, por ejemplo, puede alcanzar una intoxicación *plena* con poca o moderada cantidad de alcohol. En cuanto a la abstinencia, no basta con su



existencia o con diagnosticar una dependencia a partir de ella (en la abstinencia alcohólica hay ansiedad, malestar físico, irritabilidad.... pero no suelen delinquir). Hace falta que provoque unos efectos psicopatológicos concretos y que haya una relación de causalidad entre el estado psicológico, derivado de la privación, y el hecho delictivo.

Y desde el punto de vista psicopatológico, el **apartado 6º** del mismo artículo se refiere al miedo insuperable, miedo que puede llegar a eximir de responsabilidad al infractor. Podemos entender este miedo como una situación incluíble en las crisis de angustia y como reacción en diferentes fobias. En personas sin patología previa lo podemos observar ante situaciones con riesgo para la vida o ante la posibilidad de sufrir grave daño. Para la jurisprudencia deben darse los siguientes elementos:

- Está provocado por estímulos reales.
- No podría ser dominado o neutralizado por la mayoría de las personas (insuperable).
- Ese miedo es el único motivo (móvil) para la acción.
- Priva a quien lo sufre de los fundamentos de la capacidad antes señalados.

*\*Imputabilidad disminuída*

El artículo 21 señala las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal. En la 1ª se indica: *Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.* Para nuestro propósito basta decir que la diferencia estaría en los efectos psicológicos que sobre el sujeto y el acto que comete tenga la alteración psíquica en cuestión. En qué grado merma (sin anular) las capacidades cognitivo-volitivas. En el caso de las intoxicaciones no se cumpliría el criterio de *plena* (con la salvedad comentada) sino que habría efectos limitados que debemos valorar. Igual ocurre con los efectos de la abstinencia. En cuanto al miedo será el grado de *superabilidad* lo que determine si la eximente es completa o no.

*\*Atenuación de la imputabilidad por leve afectación*

Es el caso de quien siendo reconocido como plenamente imputable presenta una atenuación de la responsabilidad criminal con posible reducción de la gravedad de la pena que le pudiera corresponder. Situaciones al respecto son las señaladas en el artículo 21, a partir de la 2ª:

- Adicción a sustancias.
- Arrebato, obcecación o estados pasionales semejantes.
- Circunstancias análogas.

Sobre las adicciones, hay que recordar:

-No basta con padecer una drogodependencia para que se modifique la responsabilidad criminal.

-Las alteraciones psíquicas deben quedar acreditadas por el hecho mismo.

-Una leve alteración de las facultades cognitivo-volitivas produce una simple atenuación de la responsabilidad.

Conviene delimitar conceptualmente los términos *arrebato* y *obcecación*. El arrebato es un estado emocional súbito y de corta duración mientras que la obcecación sería un estado emocional de aparición más lenta que origina una ofuscación tenaz y persistente. En el arrebato la merma fundamental está en la capacidad volitiva; en la obcecación la influencia tiene que ver más con la capacidad cognitiva, intelectual. Desde el punto de vista psicopatológico estamos ante reacciones vivenciales, respuestas afectivas a determinados estímulos. La desproporción en intensidad o relación temporal con la situación determinarán en qué medida son patológicas. Desde el punto de vista médico-legal los elementos para el análisis serían:

-Estímulo externo intenso y con capacidad para suscitar un estado emocional fuera de lo normal.

-Debe perturbar la capacidad, de forma súbita y momentánea en el arrebato y de modo persistente en la obcecación.

-El estímulo procede del comportamiento anterior de la víctima (por ejemplo provocación) o de algún elemento externo objetivo.

-Se requiere relación de causalidad estímulo/estado pasional.

-Se requiere conexión temporal, inmediatez o, al menos, proximidad.

En cuanto a las *circunstancias análogas*, pueden darse múltiples situaciones patológicas que conlleven un significado *atenuante*, se trata de un auténtico cajón de sastre. En todo caso habrá de valorarse cada caso particular de cara a esa posible atenuación comentada.

### Incapacitación

En primer lugar hay que recordar unos cuantos conceptos básicos en este punto:

-Capacidad jurídica: aptitud del ser humano para ser titular de derechos y deberes.

-Capacidad de obrar: aptitud para regirse a uno mismo, ejercer los derechos y deberes de los que se es titular. Capacidad para autogobernarse y administrar los bienes propios.

La capacidad jurídica está unida al concepto de personalidad jurídica. Todo ser humano dispone de ella, surge con el nacimiento (artículo 29, Código Civil) acaba con la muerte (artículo 32, Código Civil). En Derecho ser persona es ser titular de derechos. Se acepta el criterio cronológico como el que marca el inicio del ejercicio de los derechos. Es decir, con la mayoría de edad se estima que se dan los mínimos requisitos intelectual-volitivos para el ejercicio de los derechos. Los menores carecen de esa capacidad de obrar y los adultos pueden perderla total o parcialmente. Otras veces, aun llegando a la

mayoría de edad no se alcanza esa capacidad, por ejemplo en los retrasos mentales. Tenemos pues tres situaciones en relación con la capacidad de obrar:

- No se tiene por la edad y se alcanza (mayoría de edad).
- No se tiene por la edad y no se alcanza (retrasos mentales o del desarrollo).
- No se tiene, se alcanza y se pierde, parcial o totalmente (otras patologías).

Pero tener capacidad y perderla implica un procedimiento de incapacitación civil y el sometimiento del incapacitado a tutela o curatela. Se precisa pues declaración judicial y sentencia firme.

El artículo 200 del Código Civil señala que *son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma.*

Aunque siempre debe valorarse cada caso, las patologías que más claramente son causa de incapacitación, desde el punto de vista psíquico, suelen ser los retrasos mentales profundos, las demencias bien consolidadas y esquizofrenia u otras psicosis residuales. El resto de las patologías suele implicar más dudas. La patología debe ser persistente y en este concepto se incluye también aquella patología que aun cursando por fases, episodios, etc. (y por tanto alternando capacidad / incapacitación) provoquen severa dificultad a la hora de valorar si tal o cual evento ocurrió en un momento de capacidad o no. Vemos por lo tanto que debe haber una patología y que sea persistente. Sin embargo no basta con ello. Debe producirse un efecto, es decir, impedir el autogobierno, el cuidado de uno mismo, de su persona y sus bienes. Cualquier patología, por extraña, extravagante, llamativa, que resulte, si no provoca este efecto no tiene valor en el procedimiento de incapacitación. Para terminar decir que cabe también la incapacitación de un menor si se presume incapacidad por persistencia de un trastorno al llegar a la mayoría de edad (incapacitación *ad cautelam*).

La incapacitación es reversible, es decir, se puede reintegrar la capacidad una vez sobrevenidas nuevas circunstancias. Por otro lado, cabe la Curatela, la restricción parcial de la capacidad civil, generalmente referida a temas patrimoniales y con efecto limitado para determinados actos. Un ejemplo típico en el caso de la curatela es el de la llamada *prodigalidad* que puede darse, entre otras patologías, en algunos trastornos de la personalidad.

### Internamiento

El internamiento psiquiátrico puede ser voluntario o involuntario. En el primer caso hay consentimiento del internado, expreso y libre, con supuesta capacidad para consentir. En psiquiatría no es infrecuente que esta situación inicial deba convertirse en internamiento no voluntario.

### Internamiento no voluntario

Actualmente viene regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil, en su artículo 763. En el se exponen los criterios necesarios para su proceder:

- Existencia de trastorno psíquico.
- Quien lo sufre no tiene capacidad para otorgar consentimiento (válido).
- En el caso de menores de edad no es suficiente la autorización del padre o la madre para el ingreso. Hace falta la autorización judicial previa.
- En situación de urgencia puede procederse al internamiento dando cuenta al Juez en un máximo de 24 horas.

¿Y ante el rechazo del internamiento? ¿Qué ocurre en un internamiento inicialmente voluntario y en el que solicita un alta existiendo grave riesgo? Ya dijimos que cabe transformar el internamiento en no voluntario aplicando a la situación el criterio de urgencia, comunicándolo al Juez en un máximo de 24 horas. De no darse esta situación debe procederse al alta voluntaria firmando el paciente el correspondiente documento.

### Nulidad, separación, divorcio. Problemática en relación con los hijos

No entraremos en las cuestiones relacionadas con el hecho en sí de una nulidad, separación o divorcio sino en la problemática en relación con los hijos. Cuando los dos miembros de la pareja pueden ostentar la guarda y custodia de los hijos menores, la decisión de designar a aquel con el que van a permanecer no depende de edad ni sexo sino de las garantías que ofrezca cada cónyuge: madurez psíquica, presencia de alteraciones psicopatológicas, condición psicosocial.... En el caso de un miembro de la pareja enfermo mental habrá de hacerse una valoración pronóstica y de la incidencia del hecho de la separación en el curso del trastorno.

### Capacidad laboral

En los trastornos mentales se va a plantear la capacidad del paciente para trabajar pudiendo existir una situación de incapacidad temporal o permanente. A su vez debemos valorar si esta última es parcial para la profesión habitual (puede hacer las tareas fundamentales de la misma), total para la profesión habitual, absoluta para todo trabajo o se trata de una gran invalidez. En los trastornos mentales suele darse una situación, que por la edad de los pacientes, resulta más frecuente. Se trata de la invalidez en su modalidad no contributiva.

La Ley de Prestaciones no Contributivas señala los requisitos para el acceso a las prestaciones:

- Ser mayor de 18 años y menor de 65, en la fecha de la solicitud.
- Residir legalmente en territorio español y haberlo hecho durante 5 años, de los cuales 2 serán inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.
- Estar afectado por una minusvalía o enfermedad crónica, en un grado igual o superior al 65%.
- Carecer de rentas o ingresos suficientes. Se considerará que existen rentas o ingresos insuficientes cuando la suma, en cómputo anual, de los mismos sea inferior al importe, también en cómputo anual, de la prestación a que se refiere el apartado 1 del artículo 145.

Finalmente puede darse otra posible ayuda, las Prestaciones Familiares por Hijo a Cargo, también en modalidad contributiva y no contributiva.

El el Trastorno Límite de la Personalidad debemos recordara algo general en este tipo de alteraciones. Un trastorno de la personalidad no es equiparable a responsabilidad disminuida o ausencia de responsabilidad. Si decimos que tienen cierto control sobre sus actos, que no presentan déficits cognitivos severos y que no tienen alterado el juicio de la realidad.... parece que estamos hablando de absoluta responsabilidad y, en su caso, imputabilidad. Pero esto no siempre es así. Pueden darse severas alteraciones puntuales que rompan con lo dicho. Debemos valorar dichas alteraciones y analizar la relación de las mismas con los hechos que se imputen, cronológica y motivacionalmente.

En cuanto a la incapacitación ya vimos que puede graduarse y no es infrecuente que deba procederse a ello en este tipo de trastornos. Los pacientes no siempre son capaces de regir su vida (y su salud) y sus bienes.

Los intentos de suicidio, autolesiones, episodios de violencia y, puntualmente, presencia de síntomas psicóticos pueden (y suelen) requerir de internamientos no voluntarios. Igual ocurre con determinadas conductas de riesgo en relación con la medicación y consumo de tóxicos, por ejemplo.

En relación con el cuidado de los hijos no pocas veces faltan las mínimas garantías para ello pensando en el mayor interés del menor.

Finalmente la necesidad de proceder a una incapacidad permanente desde el punto de vista laboral es frecuente. Los criterios de normalidad en el desempeño laboral, en nuestro mercado laboral actual, no siempre pueden ser puestos en práctica por estos pacientes: continuidad, horario, responsabilidad, rendimiento, interacción con jefes y compañeros.... no siempre están al alcance de estos pacientes. En muchas ocasiones, la ayuda acabará siendo en modalidad no contributiva pues es frecuente que jamás hayan accedido al mercado laboral o lo hayan hecho por poco tiempo.

En cuanto al posible internamiento, la American Psychiatric Association nos recuerda algunas situaciones susceptibles de hospitalización y que no siempre podrán llevarse a

cabo de forma voluntaria:

-Hospitalización parcial: conductas impulsivas no controlables ambulatoriamente, deterioro progresivo por falta de cumplimiento terapéutico, comorbilidad compleja y síntomas refractarios al tratamiento ambulatorio.

-Hospitalización breve: peligro para terceras personas, tentativa suicida grave o pérdida de control de la impulsividad suicida, episodios psicóticos transitorios y síntomas que no responden a tratamiento ambulatorio ni a hospitalización parcial.

-Hospitalización prolongada: autodestructividad grave persistente, incumplimiento terapéutico reiterado en los demás contextos, trastornos comórbidos resistentes (por ejemplo bulimia nerviosa), comorbilidad grave con abuso o dependencia de sustancias, riesgo persistente de agresiones a terceros o interferencia grave en la vida laboral o familiar y que no responde a otros tratamientos.

### EL DEBATE SOBRE EL TRATAMIENTO AMBULATORIO NO VOLUNTARIO

En octubre de 2004 el Pleno del Congreso de los Diputados asume, para estudio, una propuesta de un grupo parlamentario consistente en añadir al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil un 5º apartado que posibilite al Juez autorizar el tratamiento no voluntario así como la observación para diagnóstico. Ante esto, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal emitió su posición. Señalaremos aquí algunas consideraciones realizadas por dicha Sociedad científica:

-La propuesta debe venir de un facultativo, el psiquiatra.

-Deben establecerse indicaciones con el siguiente carácter:

\*Psicopatológico

a) Ausencia de conciencia de enfermedad. Da lugar a incumplimiento terapéutico.

b) Conductas gravemente distorsionadoras de la convivencia sociofamiliar (con riesgo para el paciente y/o otros).

c) Incompetencia para decidir sobre la propia salud a causa de la psicopatología.

\*Evolutivo

a) Correlación entre ausencia de tratamiento y agravamientos en los 2 últimos años o desde que se inició el trastorno.

\*Terapéutico: debe haber un programa de tratamiento de eficacia contrastada subjetiva (bienestar) y objetivamente (mejor convivencia, menos crisis....).

-Medidas terapéuticas: al ser trastornos graves el uso de psicofármacos será obligado. Sin ello ni siquiera pueden aplicarse otras medidas terapéuticas, también necesarias.

-Protocolo de actuación: deberá estar clara la propuesta del psiquiatra, la información al interesado. En este caso deben figurar las alternativas posibles como podría ser un ingreso no voluntario.

-Valoración de medios: dado que el sistema requiere un proximidad máxima y continuada, se requieren medios adecuados. En dispositivos saturados como los de ahora esto es inviable.

-Duración de la medida: en la propuesta se habla de 18 meses pero no está claro si seguidos o incluso como suma de diferentes periodos.

-Criterios de exclusión: se requiere un diagnóstico, de certeza o de presunción, de un trastorno grave... pero es preciso que el paciente sea incompetente para decidir sobre su salud a causa de su psicopatología. Cualquier otra circunstancia excluye esta modalidad de tratamiento (por ejemplo la desmotivación para seguir un tratamiento ambulatorio convencional)

-Técnica legislativa: el artículo 763 de la Ley citada se refiere al internamiento. Si esto se aprueba habría que cambiar el título del citado artículo o añadir uno nuevo.

Para finalizar, sólo queda decir que muchos trastornos alimentarios de extrema gravedad, entre ellos los asociados a trastornos de la personalidad como el expuesto, podrían beneficiarse de estas medidas.

## BIBLIOGRAFÍA

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

Clinton, D.N. y Glant, R. (1992). The eating disorders spectrum of DSM-III-R. Clinical features and psychosocial concomitants of 86 consecutive cases from a Swedish urban catchment area. *J Nerv Ment Dis* 180(4): 244-250.

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

DSM IV-R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2002). Barcelona: Masson.

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

Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

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

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

Medina, A. y Moreno, M.J. (1998). *Los trastornos de la personalidad. Un estudio médico-filosófico*. Córdoba: Nanuk.

Phillips, K.A. y Gunderson, J.G. (1999). Personality disorders. En R.E. Hales, S.C. Yudofsky y J.A. Talbott. (Eds.). *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry* (3ª Ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Posición de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal sobre el *Tratamiento Ambulatorio y la Observación para Diagnóstico no Voluntarios*. [www.psiquiatrlegal.org](http://www.psiquiatrlegal.org).

Rodríguez Devesa, J.M. (1970). *Derecho penal español. Parte general*. Madrid: Castilla.

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

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



