



Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Escuela de Derecho

**LA INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA
ALIMENTACIÓN EN LA NULIDAD DE
MATRIMONIO**

Memoria de prueba para optar al grado de
Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales

Alumno:

Marta María Hernández Roa

Profesor Guía:

Carlos Salinas Araneda

Valparaíso, Octubre 2007

Son muchas las personas que me han apoyado en este largo camino, y a todos he agradecido muchas veces, pero hoy te doy gracias a ti mi amor, mi querido Edgardo, porque me has dado el apoyo más incondicional, que nunca pensé poder encontrar en alguien distinto de mis padres, además de haber encontrado junto a ti el amor y la felicidad, por eso gracias, y este último esfuerzo es por ti y para ti...

Marta

Introducción

La introducción de este tema, más que partir con una explicación jurídica, y dado lo específico del tema que será tratado, comenzará por la descripción de un fenómeno que cada día ha tomado más fuerza en la sociedad actual, el tema de los trastornos de la alimentación.

La elección del tema, nace de un creciente y preocupante mal de nuestros tiempos, el aumento de los trastornos de la alimentación, además del interés personal que siempre he tenido en ellos.

En Chile las cifras dadas en el presente año por la Asociación Chilena contra la Anorexia y la Bulimia son alarmantes, se estima que más de 14.000 personas en Chile sufren de anorexia en cualquiera de sus estados y más de 40.000 sufren de Bulimia, enfermedad de menor gravedad que la anorexia, pero de mayor incidencia y de mucho más difícil diagnóstico, debido a la apariencia de normalidad de las personas que la sufren.

Tales cifras han provocado gran impacto en el país, a tal punto que existen ya legisladores que se han preocupado del tema, de hecho, algunos legisladores estudian en la actualidad la posibilidad de introducir al parlamento un proyecto de ley en el cual se exija que el IMC¹ de las modelos que participan en actividades de publicidad sea superior a 18, y en el caso de menores de edad su salud aparezca certificada por un Médico.

Nuestro país se ha visto conmocionado por un caso concreto de muerte, en nuestra región, de una adolescente que padecía de anorexia. Esta enfermedad, llevó a la joven a tal estado de caquexia que su corazón no pudo resistir más, lo que la condujo a la muerte por un paro cardíaco. Asimismo, han existido casos a nivel internacional que han causado revuelo, existen modelos de prestigio internacional que han muerto a causa de la anorexia y muchas famosas actrices han debido recibir tratamiento por trastornos alimenticios, es una problemática que no distingue edad, sexo ni condición.

Poco a poco el mundo comienza a reaccionar, clara muestra de ello ha sido la campaña publicitaria realizada por un fotógrafo italiano en la que se muestra la imagen desnuda de una joven anoréxica, en la cual se la ve en tal estado de demacración, que ha causado impacto a nivel mundial.

El primer capítulo de la memoria se ocupa del estudio de los trastornos de la alimentación, en qué consisten, cuales son, sus características y los efectos que producen en las personas aquejadas por ellos.

Luego de ello, en el capítulo segundo se examina el matrimonio canónico, base de esta memoria, puesto que es bajo los aleros del Derecho de la Iglesia donde se ha abierto el campo a la discusión de los efectos de patologías distintas a la tradicional demencia o privación total del uso de razón, en la capacidad de las personas para expresar un

¹ Índice de masa corporal. Se estima que el IMC de una persona normal no debe ser inferior a 20 ni superior a 25.

consentimiento matrimonial válido. Se especifica tanto lo que es el matrimonio canónico, como los requisitos necesarios para la validez del mismo en materia canónica.

En el tercer capítulo se realiza un análisis y exposición de la jurisprudencia eclesiástica en casos en los que se han presentado trastornos de la alimentación, para enmarcarlos dentro de las causales que contempla el ordenamiento canónico, concretamente el canon 1.095 del CIC, en sus numerales 2 y 3. Se analizan sentencias tanto del tribunal de la Rota Romana, de la Rota Española y algunas sentencias de tribunales locales, lamentablemente la mayoría de las sentencias son de origen europeo, sólo fue posible acceder a una sentencia latinoamericana, del Tribunal Nacional Eclesiástico Argentino.

El cuarto y último capítulo se ocupa del estudio del Derecho civil chileno, se realiza una pequeña reseña de las causales de nulidad matrimonial existentes en la antigua LMC, para posteriormente centrarse en el estudio de la Ley 19.947, especial énfasis se coloca en las causales novedosas introducidas en nuestra legislación, que reflejan las claras influencias recibidas del Derecho Canónico, de lo cual ha quedado fiel testimonio en la historia fidedigna de la institución de la ley. La segunda parte de este capítulo se ocupa de realizar un análisis a la luz de la legislación civil chilena vigente, de ciertas situaciones en las cuales se encuentran involucrados trastornos de la alimentación y que fueron objeto de pronunciamiento de la jurisprudencia de los tribunales Eclesiásticos. A lo largo de este capítulo se examinará la posibilidad real de enmarcar los efectos que provocan los trastornos de la alimentación dentro de las causales contempladas en la legislación para impetrar la nulidad matrimonial.

Abreviaturas

AADC: Anuario Argentino de Derecho Canónico

CC: Código Civil Chileno

CIC: Corpus Iuris Canonici (Código de Derecho Canónico)

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

EIC: Ephemerides Iuris Canonici

LMC: Ley 19.947 de Matrimonio Civil

ME: Monitor Ecclesiasticus

RAE: Real Academia de la lengua Española

RDUCV: Revista de Derecho de la Escuela de Derecho de la Universidad Católica de Valparaíso

REDC: Revista Española de Derecho Canónico

Capítulo 1.

Los Trastornos de la Alimentación

Para la mayoría de las personas comer es un placer, además de ser una de las conductas que realizamos como forma de sobrevivir, muchas culturas le dan un importante lugar a la comida en sus celebraciones y tradiciones, por ello podemos decir que no se come solo por comer, sino que se confiere un valor a los alimentos, que no es sólo nutricional, sino que también valores morales y hasta afectivos.

Muchas religiones prohíben algunos alimentos, otras exigen algunas formas especiales de prepararlos. Existen comidas para fechas especiales y otras que deben evitarse en ciertas fechas y en otras religiones se practica el ayuno como una forma de alcanzar mayor espiritualidad.

Comer forma parte de nuestra vida diaria, es un acto muy personal y a la vez social e involucra muchos aspectos ligados al ser, su ánimo, gustos y deseos.

Las personas van desarrollando de forma compleja una relación con los alimentos, se convierten en un medio de canalizar sus alegrías y desventuras, pero puede ocurrir que esta relación se desequilibre y se transforme en un problema.

Sin duda alguna que en nuestro mundo globalizado, donde se ha desarrollado sobremanera la cultura del consumo, la competitividad y las sobreexigencias laborales, han hecho que los espacios que son necesarios para mantener correctos hábitos alimentarios se hayan ido reduciendo cada día más y se abra el paso a una serie de trastornos relacionados con la alimentación.

a. En qué consisten los trastornos de la alimentación

El comportamiento alimenticio de una persona comprende todas las relaciones que ella crea con la comida, en lo cual se incluyen, por supuesto, los hábitos de ingesta de alimentos. Un trastorno de la alimentación se caracteriza por una relación impropia con la comida o una grave desviación de los hábitos alimentarios. Estos trastornos tienen importantes repercusiones que llegan más allá de la conducta alimenticia misma, afectan la salud física y el bienestar emocional de la persona e invaden su desempeño personal y profesional

En general, pero no exclusivamente, los trastornos de la alimentación provienen de problemas psicológicos arraigados en la persona desde su infancia y en ellos pueden tener mucha influencia los factores que rodean a la persona que lo sufre; la familia, los amigos, la propia realidad social y cultural.

Existe una fuerte cultura de consumo alrededor de la comida, y la publicidad diariamente nos invita a comprar tal o cual producto ofreciéndonos alegría, felicidad, belleza, juegan con los afectos, porque esta es la forma más fácil de vender. Así, la comida, se encuentra en casi todos los aspectos de la vida diaria, con un papel que va más allá de lo vital para la existencia de la persona.

Lo común es que una persona sana en condiciones normales haga tres comidas diarias y que ellas idealmente contengan todos los grupos alimenticios en forma equilibrada, sin embargo, muchas personas no tienen un comportamiento alimenticio normal, no comen lo suficiente, comen en exceso o cosas que no son las mejores para satisfacer sus necesidades, algunas de ellas lo hacen por gusto (por ejemplo un vegetariano, voluntariamente ha decidido abstenerse de un grupo alimenticio, pero incluye en su dieta alimentos que tengan los elementos nutritivos necesarios), pero otras personas lo hacen por padecer de una enfermedad.

Las personas que no tienen un comportamiento alimenticio anormal a causa de una enfermedad sufren de un trastorno del comportamiento alimenticio, que consiste en una

enfermedad suica compleja.² El DSM IV³ reconoce tres trastornos de la alimentaci3n, que consisten en:

1. Anorexia Nerviosa.
2. Bulimia Nerviosa.
3. Otros des3rdenes no especificados.

De ellas se puede decir, en general, que las tres se han calificado desde ya mas de un siglo como enfermedades psiquiátricas que presentan efectos en lo físico y cuya sintomatología y efectos en la persona han sido tratados ampliamente por la Psicología y la Psiquiatría.

Quien padece estas enfermedades tiene una percepci3n y valoraci3n inadecuadas sobre cuestiones que se refieren, fundamentalmente, a su aspecto corporal, su peso y por supuesto a la comida.

Las mujeres constituyen la mayoría de las personas que desarrollan estos problemas, es fácil acostumbrarse a hacer referencia a “la paciente”. No obstante, del cinco al veinte por ciento de los pacientes de trastornos de la ingesta son hombres. De acuerdo a los conocimientos actualmente disponibles, los hombres que los padecen tienden a contraerlos a edad mas temprana que las mujeres, pero con frecuencia hay una historia de trastornos de la ingesta en la familia, como se encuentra en las mujeres que sufren estas enfermedades. Quiza la diferencia mas grande es que los hombres con trastornos

² GAFARO REYES, Alejandra. *Anorexia y Bulimia, todo lo que necesita saber sobre los trastornos de la alimentaci3n*. p. 9

³ DSM IV *Manual estadístico y diagn3stico de trastornos mentales*. (Madrid, 1995), pp. 553-564.

de la ingesta tienden a proceder de familias más humildes y la clase obrera, mientras que las mujeres generalmente vienen de familias acomodadas.⁴

En otro aspecto el DSM IV también tiene un acápite dedicado a los Trastornos de la alimentación en la infancia, a los que haremos una breve referencia en su debida oportunidad y que consisten en:

1. Pica.
2. Trastorno por rumiación.
3. Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

Los trastornos de la alimentación pueden también acompañar a otros trastornos psicológicos o psiquiátricos como depresión, esquizofrenia o trastorno obsesivo compulsivo. Un cambio de peso es, de hecho, un síntoma de diagnóstico de la depresión, porque algunas pacientes llegan a estar tan deprimidas que simplemente no quieren comer. Por otra parte, tampoco es inusual encontrar pacientes que comen excesivamente debido a la depresión y aumentan de peso.

Los pacientes esquizofrénicos pueden desarrollar extraños hábitos de comida que reflejan la deformación general de la realidad que caracteriza la esquizofrenia. Por ejemplo un esquizofrénico paranoide puede llegar a sentir temor de comer si piensa que la gente quiere envenenarlo. Las personas que padecen de síndrome obsesivo compulsivo pueden negarse a comer porque están ensimismadas en repetir toda clase de rituales que sirven para mantener a raya los pensamientos penosos.

Lo que distingue a estos pacientes de quienes sufren trastornos de la alimentación es que carecen del temor exagerado a engordar, característica principal de quienes sufren de anorexia y bulimia.

⁴ TANNENHAUS, Nora, *Anorexia y Bulimia* (Madrid, 1995), pp. 36-37.

b. Causas de los trastornos de la alimentación

En principio es importante indicar que no existe una única causa que motive directamente que una persona desarrolle un trastorno alimenticio, ni tampoco que por el hecho de que exista alguno de estos factores necesariamente una persona va a enfermar, sólo se puede hablar de factores influyentes en el desarrollo de estas enfermedades. Estos factores pueden ser:

1. Culturales.
2. Influencia de los medios de comunicación.
3. Factores Familiares
4. Factores Educativos
5. Vulnerabilidad Personal
6. Factores temporales
7. Otros Factores

1. Culturales.

El mundo de la moda, que impone siempre distintas tendencias, un tipo de formas adecuadas para usarlas y que lleva a la realización de múltiples dietas para conseguir los estándares “aceptados” por la sociedad.

Las estadísticas de la OMS indican que el 90% de quienes sufren de anorexia y bulimia son mujeres entre los 12 y 25 años. En el sistema educativo entre el 15 y 20% de las escolares sufren trastornos alimentarios, esto ha llegado a transformarse en un verdadero problema de salud pública, tanto en nuestro país, así como en Argentina, España y otros países tanto americanos como europeos, las autoridades están comenzando a tomar medidas para evitar que estas enfermedades continúen transformándose en moda entre las escolares.

El Dr. A. Olkies, expresa “Desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones. Para los varones esto ocurre en menor medida”.

5

Estos ideales de la moda exigen máxima delgadez, que las jóvenes luchan por lograr sin mirar sus costos.

2. Influencia de los medios de comunicación.

Estos colaboran con las propagandas de prendas de vestir que sólo calzan en cuerpos perfectos, cosméticos y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos que lleva a las mujeres a buscar conseguir esas mismas figuras a cualquier precio, incluso la propia salud.

Estamos en una sociedad de consumo, el modelo de delgadez se vende como un producto más y como sinónimo del éxito y la felicidad. Existe también el mensaje contradictorio que promueve el consumo de la comida chatarra, con altos niveles de grasa, que engorda mucho y de un bajo aporte nutricional. Todo esto hace que la joven vaya enredándose en esta trampa de la cultura reinante.

Es necesario precisar que estas presiones afectan a todo el mundo, pero no todas las personas desarrollan un trastorno alimentario. El rol que actualmente tiene la mujer en la sociedad y rasgos determinados de la personalidad hacen que una persona se encuentre en riesgo.

3. Factores familiares.

Los factores negativos en la familia, hereditarios y ambientales tienen gran importancia en la provocación y perpetuación de estos trastornos.

⁵ www.monografias.com/trabajos16/patologia-alimentaria/shtml (19 de marzo de 2007).

Las investigaciones señalan que en familias en las que abundan el estrés y el perfeccionismo existen más probabilidades del desarrollo de anorexia en alguno de sus miembros. El típico anoréxico es descrito como “el niño modelo”, antes del principio de la enfermedad, han tenido un muy buen desarrollo tanto en lo social como en lo académico. Se describen como personas muy rígidas y cuya motivación es más el miedo a fallar que la recompensa por el éxito alcanzado.⁶

Las investigaciones postulan que muchos pacientes usan su enfermedad como una forma de ganar control sobre sus vidas y expresar su individualidad.

Existen estudios que descubrieron que hasta un 40% de las niñas entre nueve y diez años de edad están tratando de perder peso por recomendación de sus madres. Otros estudios señalan que las madres de anoréxicos tienden a estar sobreinvolucradas en las vidas de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. También hay que agregar que los padres y los hermanos excesivamente críticos pueden tener una importante influencia para el desarrollo de la anorexia en las niñas.

Se ha reportado, asimismo, que las personas que sufren de trastornos del comer, tienen mayor probabilidad de tener padres con alcoholismo o abuso de estupefacientes.

Los padres de pacientes bulímicos tienen altas expectativas para sus hijos y no dan la debida valoración a su desarrollo intelectual y cultural. Existe en las familias desorganización y desconocimiento de las actividades de sus hijos.

También parece existir en este grupo de personas mayor incidencia de abuso sexual, se reportan tasas de hasta un 35% de abuso sexual en pacientes con bulimia. Los bulímicos también tienen mayores probabilidades que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener padres obesos o de haber sido obesos ellos mismos en la niñez.⁷

⁶ MENDONÇA, Augustine. *Effects of anorexia nervosa and bulimia nervosa on marital consent*, en *Monitor Ecclesiasticus* 121 (1996), pp. 546.

⁷ www.monografias.com. cit. (n. 4)

4. Factores educativos.

Importante rol tiene aquí nuevamente la familia, a veces la excesiva protección deja poca iniciativa al individuo, no se educa a los niños para saber enfrentarse a la vida, fomentando la falta de habilidades para ir tomando decisiones progresivamente más importantes, también la propia sociedad nos lleva día a día a exigencias desmedidas.

5. Vulnerabilidad personal.

La baja autoestima, falta de seguridad, el perfeccionismo, falta de aceptación personal, excesivas autoexigencias, mucha preocupación por lo que los demás piensen de uno mismo, percibir falta de control sobre su vida, poca habilidad en las relaciones sociales, constituyen un perfil psicológico adecuado para el desarrollo de estas enfermedades.

6. Factores temporales.

Experiencias de fracasos personales, conflictos interpersonales, separaciones, divorcios, los cambios corporales de la adolescencia, cambios de colegio, viajes al extranjero que hagan experimentar un cambio de cultura, aspectos que pueden desbordar a una persona con falta de madurez.

7. Otros factores.

El que exista en la familia otra persona que padezca un trastorno de la conducta alimentaria, personas obesas y la convivencia con personas que den mucha importancia a la figura.

No debe dejarse de lado que tras esta moda existe toda una “industria del adelgazamiento” movida por intereses económicos, que nos bombardea con publicidad proponiendo dietas milagrosas, productos “*light*”, etc. Se va fomentando la idea que el secreto de la felicidad se encuentra en la delgadez para las mujeres y en un cuerpo atlético y musculoso para los varones. Para la mujer la presión es mucho mayor, la sociedad exige un cuerpo delgado, más propio del cuerpo de una niña al de una mujer,

un absurdo imposible de conseguir dado que esta fuera de toda lógica y las posibilidades de la naturaleza.

a) Trastornos emocionales: La depresión o la ansiedad, juntas o separadas, suelen estar presentes en los pacientes con trastornos alimentarios, pero es aun un misterio si son causa o consecuencia de ellos.

Para algunos expertos la depresión no tiene un papel causal, ya que los trastornos alimenticios rara vez se mejoran con medicación antidepresiva como único tratamiento. Asimismo la depresión muchas veces mejora al aumentar los pacientes anoréxicos su peso corporal.

Estudios también revelan bajas cantidades de neurotransmisores⁸ en personas con bulimia y anorexia severas, (lo mismo ocurre en los pacientes con depresión y existen niveles bajos de serotonina⁹ en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo) los que permanecen bajos incluso después que ha recuperado peso.

Las diferentes estaciones a menudo afectan la depresión y los trastornos alimentarios, siendo más frecuente en los meses más oscuros o fríos.

Los trastornos de la ansiedad son comunes en la anorexia y bulimia. Las fobias y el trastorno obsesivo compulsivo son precedentes al trastorno alimenticio, asimismo las fobias sociales son igualmente frecuentes en ambos trastornos, pero las anoréxicas presentan con mayor frecuencia trastorno obsesivo compulsivo.

La mejoría del trastorno de la alimentación es generalmente paralela a la mejoría del trastorno emocional que pueda concurrir con la enfermedad.

⁸ Los neurotransmisores son una especie de mensajeros químicos del cerebro, que permiten la comunicación entre las neuronas.

⁹ La serotonina es una sustancia que actúa en todo el cuerpo y que ejerce gran influencia en el sistema psiconervioso, por lo que comúnmente se le llama “hormona del humor” u “hormona del placer”

b) Atletismo excesivo: Entre los atletas el ejercicio excesivo desempeña un importante papel en muchos casos de anorexia (en menor medida en la bulimia), el término “tríada de Atletas” se usa para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos alimenticios y osteoporosis, problema cada vez más común en las atletas y bailarinas jóvenes. La anorexia pospone la pubertad y con ello les permite retener la figura muscular de niña, sin la normal acumulación de tejidos grasos en senos y caderas que puede perjudicarlas en lo competitivo. Los entrenadores agravan este problema al recomendarles contar calorías y perder grasa, controlando en exceso la vida de los atletas.

c) Anormalidades del Hipotálamo: Existe entre los científicos mucha ambigüedad acerca de si las anomalías típicas observadas en los sistemas neurológicos y hormonales de las personas con trastornos alimenticios son resultado o causa del trastorno. La clave de estas anomalías se ubica en el Hipotálamo¹⁰, que regula la glándula pituitaria, conocida también como la “glándula maestra” por la importancia que tiene en la coordinación de los sistemas nerviosos y hormonales. Se han encontrado en los cerebros de pacientes enfermas algunas proteínas que bloquean cierto neuropéptido que es un fuerte estimulante del apetito.

Estos elementos químicos relacionados con el apetito tienen gran importancia, ya que sirven de enlace biológico entre las enfermedades estresantes en la vida de una persona joven y el posterior desarrollo de anorexia, aunque se ha descubierto que estas anomalías ocurren después de desarrollada la anorexia.¹¹

El hipotálamo también es responsable de la producción de hormonas femeninas y masculinas, de vital importancia dentro del ciclo menstrual y que con sus disfunciones llegan a inhibirlo. Asimismo se han reportado un número importante de trastornos

¹⁰ El hipotálamo es una compleja estructura del cerebro que regula muchas reacciones químicas del mismo.

¹¹ WWW.MONOGRAFIAS.COM, cit. (n. 4).

menstruales, que son anteriores a la desnutrición y que persisten después de la recuperación del peso, lo que ha llevado a concluir a los especialistas que las anomalías del hipotálamo anteceden al trastorno alimentario.

Las pacientes anoréxicas también presentan un aumento importante de las hormonas masculinas.

d) Problemas alrededor del nacimiento: se ha descubierto alta incidencia de problemas durante el embarazo de la madre y al nacer (trauma, infecciones, bajo peso al nacer) así como también madres de mayor edad.

e) Factores Genéticos: La anorexia es ocho veces más común en personas con parientes con el mismo problema, pero no se sabe cual podría ser el factor hereditario. Asimismo se ha encontrado que aproximadamente el 6,6 % de las hermanas de anoréxicas también padecen de esta enfermedad.¹²

Las investigaciones en curso han encontrado claras evidencias científicas que refuerzan la postura que la anorexia y la bulimia tienen un fuerte componente genético-familiar, pero no puede concluirse definitivamente que sea un factor determinante en todos los casos.

La anorexia también ha sido relacionada con lesiones en ciertas partes del cerebro.¹³

Otro campo que ha sido objeto de amplias investigaciones es la influencia de anomalías bioquímicas encontradas en pacientes anoréxicas, pero muchos expertos ven estas anomalías más como consecuencias de la enfermedad que como causas de la misma, en los hechos, los cambios bioquímicos juegan un rol central en la mantención de la conducta del anoréxico de privarse de los alimentos cuando ha comenzado su conducta de malnutrición.

¹² MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), p. 547.

¹³ *Ibíd*, p. 548.

c. Principales trastornos de la alimentación

Siguiendo el esquema del DSM IV pasaremos a examinar en que consisten cada uno de estos trastornos.¹⁴

1. Anorexia nerviosa

El término **anorexia** proviene del griego *a-an-* (negación) y *orégo* (tender, apetecer), podemos decir entonces que su significado es “pérdida del apetito”.

La Anorexia fue conocida (sin emplear la misma terminología) en épocas antiguas. Se describe en la Edad Media en la vida de algunas Santas como Liduina de Shiedam, una Santa del Siglo XIV, o la Santa Wilgefortis, hija del Rey de Portugal, que ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para ahuyentar la atención de los hombres. En algunos países europeos fue adoptada como patrona por aquellas mujeres que no deseaban la atención masculina.¹⁵

Fue en 1689 cuando Sir Richard Morton, un psicólogo londinense, proveyó de las primeras descripciones de mujeres ricas que fueron víctimas de una autoinducida inanición, en su descripción del desorden Morton parece hacer una clara distinción entre la condición de estas mujeres, que fue idéntica a lo que más tarde fue llamado anorexia nerviosa y la tuberculosis. A ese tiempo se refiere a la enfermedad como una “consumisión nerviosa” que era causada por tristeza, ansiedad o atrofia nerviosa.

Doscientos años después, Sir William Gull en Inglaterra y Ernest C. Lasegue en Francia, independientemente reconocieron la anorexia nerviosa como un desorden *sui generis*. En 1868, Gull por primera vez describió el desorden “apepsia histérica” y

¹⁴ Es importante señalar que existe una edición revisada del DSM IV, el DSM IV-R, el cual no me ha sido posible consultar, pero en la cual no se han realizado mayores innovaciones respecto a la materia que nos ocupa.

¹⁵ WWW.MONOGRAFIAS.COM, cit. (n. 4).

propuso el término anorexia nerviosa en 1874. El también reconoció el rol de la familia en la génesis de la enfermedad y recomendó el aislamiento del paciente de su familia como un factor necesario para el tratamiento.¹⁶

A finales del siglo XIX, en 1893, se describe un caso de anorexia que fue tratado por medio de la hipnosis, un año más tarde se la describe como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía.

Tempranamente en 1903, un caso de anorexia nerviosa, con síntomas simultáneos de bulimia fue descrito por Pierre Janet, quien observó en la anorexia nerviosa formas obsesivas e histéricas.

En la primera década del siglo XX, en 1914, la anorexia comienza a ser tratada como un desorden endocrinológico, al describir un patólogo alemán el caso de una paciente caquética en cuya autopsia se encontró una destrucción pituitaria. La insuficiencia de la glándula pituitaria es conocida como “enfermedad de Simmonds” y origina también una evidente pérdida de peso, pero es una enfermedad distinta de la anorexia.

Durante los siguientes 30 años existió una confusión entre la insuficiencia de la glándula pituitaria y la anorexia. No es sino el año 1950 cuando la enfermedad adquiere identidad propia siendo objeto de estudio distinguiéndose de otros trastornos mentales y fisiológicos.¹⁷

a) Sintomatología de la enfermedad

Sergio Peñailillo señala que la anorexia nerviosa se caracteriza por un electivo rechazo de los alimentos, alteración de la ingesta no relacionada con la pérdida del apetito, la persona que la sufre permanece delgada por una gran lucha y ayuno autoprovocado,

¹⁶ MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5) p. 546.

¹⁷ GAFARO REYES, Alejandra, cit. (n. 1), p. 10.

conjuntamente con el recurso al vómito autoprovocado, el uso de laxantes y diuréticos y una obsesión por el ejercicio.¹⁸

De acuerdo al DSM IV los síntomas distintivos para el diagnóstico de la anorexia son:¹⁹

1. Rechazo a mantener peso corporal en un valor mínimo normal considerando edad y talla. (inferior al 85% recomendable)
2. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
3. Alteración de la percepción del peso o la Julieta corporales, exageración de su importancia en la autovaloración o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando su menstruación sólo aparece con tratamientos hormonales.

Generalmente la pérdida de peso se debe a una disminución de la ingesta total, se excluye de la dieta todos los alimentos de alto contenido calórico, la mayoría restringe los alimentos al punto de terminar en dietas muy restringidas (existen casos de mujeres anoréxicas que han llegado a alimentarse exclusivamente de manzanas y agua). También existen casos en los cuales el bajo peso se consigue por medio de las purgas.

Es común en los anoréxicos y bulímicos la alteración de la percepción del peso y la silueta, asimismo su autoestima depende en gran medida de la forma y peso del cuerpo, la pérdida de peso se transforma en su éxito y el subir de peso es un gran fracaso de su autocontrol. Algunos son conscientes de su pérdida de peso, pero no se dan cuenta del riesgo que puede conllevar.

¹⁸ PEÑAILILLO LACASSIE, Sergio, *La Manía de Adelgazar* (Santiago, 1983), pp. 26-27.

¹⁹ DSM IV, cit. (n. 2), pp. 558-559.

Los anoréxicos rara vez buscan ayuda por su propia cuenta, si buscan asistencia médica es por los malestares que les acarrea el comer tan poco, llevan una vida de negación en lo que se refiere a su enfermedad, no son consientes de ella y suelen recurrir a diversas artimañas para explicar su poco apetito, inventar distintas dolencias estomacales, juegan con la comida y tienen siempre una excusa para evitar comer con la familia o en presencia de otras personas.

La anorexia es una enfermedad que poco a poco inunda por completo la vida del individuo que la padece, haciendo que centre su vida en torno a la comida “Son personas que viven ofuscadas por la comida, por la cantidad de calorías ingeridas, por su peso y su físico. Se pesan a diario, cuentan las calorías que consumen y siempre están a dieta”.²⁰

Las personas que sufren anorexia, al contrario de lo que muchos piensan sí sufren de hambre, la cual se manifiesta con dolor de cabeza, decaimiento o fatiga, incluso es frecuente que presenten desmayos, pero por su manía de adelgazar pierden la capacidad de interpretar estos síntomas como hambre.²¹

Otros rasgos característicos del anoréxico son su conocimiento excesivo de la comida, les encanta cocinar y disfrutan haciéndolo y viendo a los demás comer sus preparaciones, para los psiquiatras en esto existe un cierto grado de voyerismo, asimismo su autoestima es baja, tienden al aislamiento social, son personas eminentemente perfeccionistas. Es también frecuente el estreñimiento, piel reseca, amarillenta o verduzca, hipotermia, pérdida de cabello, debilidad, frecuentes fracturas.

La anorexia es una enfermedad compleja en donde confluyen muchas disfunciones de factores psicológicos, biológicos y socioculturales, por ello su tratamiento es complejo, y multidisciplinario, implica el apoyo de distintos profesionales, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas y muchos otros especialistas que ayuden al anoréxico a perder el temor a

²⁰ GAFARO REYES, Alejandra, cit. (n. 1), p. 11.

²¹ PEÑAILILLO LACASSIE, Sergio, cit. (n. 17), p. 45.

engordar y comprender la necesidad de su cuerpo de distintos tipos de alimentos, existe un período de adaptación, donde numerosas veces es necesario que el organismo de la persona “aprenda” nuevamente a digerir muchos alimentos que fueron por mucho tiempo evitados y llegue a una alimentación balanceada que incluya todos los nutrientes necesarios para una vida sana, es un completo período de reeducación, dentro del cual siempre existirán muchas recaídas y donde el porcentaje de recuperación no es muy alto, más del 50% de las anoréxicas tienen numerosas recaídas. Se dice que la persona anoréxica vive como tal el resto de sus días y por tanto siempre estará en riesgo de una recaída, consecuentemente tiene los rasgos de una enfermedad crónica.

El DSM IV clasifica la anorexia atendiendo al comportamiento que adopta el sujeto:²²

Tipo restrictivo: la pérdida de peso se consigue con dieta y ayuno, sin recurrir a atracones ni purgas.

Tipo purgativo: conjuntamente con la privación alimenticia se purgan con diuréticos, lavados intestinales, laxantes o la autoinducción del vómito, abusando de todos estos métodos.²³ La mayoría de los individuos que recurren a los atracones recurren también a las purgas, incluso aunque ingieran pequeñas cantidades de alimento. La mayoría repite estas conductas al menos semanalmente, pero no existe información para determinar una frecuencia mínima.²⁴

Otra distinción de la anorexia, que nos parece importante, es la que hacen los investigadores Pumarino y Vivanco citados por Sergio Peñailillo:²⁵

²² DSM IV, cit. (n. 2), pp. 554-555.

²³ PEÑAILILLO LACASSIE, Sergio, cit. (n. 17), p. 45.

²⁴ DSM IV, cit. (n. 2), p. 555.

²⁵ PEÑAILILLO LACASSIE, Sergio, cit. (n. 17), pp. 46-47.

1) Variedad paranoica: El deseo de enflaquecer surge de la persona misma y de la valoración familiar de la delgadez, buscan un ideal de belleza y ven la gordura como una vulgaridad, son hiperactivos y de gran responsabilidad laboral.

2) Variedad Esquizofomorfa: el deseo de enflaquecer es ajeno a la persona misma, más primario y sin un propósito claro.

b) Prevalencia

La prevalencia de la anorexia nerviosa esta relacionada con la edad, el nivel socioeconómico e incluso la nacionalidad de la población investigada. Informaciones de estudios recientes indican que entre el 0.5 al 1% de las mujeres entre los 12 y los 18 años están propensas a sufrir la enfermedad. Estudios recientes revelan que es más frecuente en las mujeres de clase media y alta. La mayoría de los casos de anorexia nerviosa provienen de naciones industrializadas, lo que hace resaltar el aspecto cultural de fenómeno.

El aspecto epidemiológico constante de la anorexia nerviosa es la distribución por sexos, entre el 90 y el 95% de los casos registrados de anorexia son de mujeres.

c) Consecuencias físicas

Las consecuencias físicas se reflejan en desórdenes en el funcionamiento del hígado y los riñones, caída del cabello, baja importante de la temperatura corporal, bajo rendimiento intelectual y físico, complicaciones cardiovasculares, descalcificación, lanugo (un vello fino que aparece en todo el cuerpo).

La persona anoréxica puede desarrollar conjuntamente otras enfermedades psicológicas, como trastornos de la ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivo o trastornos afectivos (depresión), los que deben ser diagnosticados conjuntamente con el trastorno principal en su caso²⁶. En muchos pacientes se observa un lavado compulsivo y continuo de las

²⁶ MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), pp. 550-551.

manos, obsesión con la limpieza, existen evidencias de compulsión con el trabajo, obsesión con la limpieza del hogar y el desarrollo de otros rituales no relacionados con la comida.

Otro de los aspectos de la personalidad que se ve afectado por este desorden es la sexualidad. En muchas adolescentes existe desarrollo retardado de la sexualidad y en las mujeres adultas cada vez existe menor interés en el sexo. En algunas pacientes pueden existir historiales de promiscuidad sexual, lo que indica que no en todos los pacientes decrece el deseo sexual durante la anorexia.²⁷

Consecuencias mucho más graves en lo físico se traducen en corazones pequeños en las mujeres. El estado de desnutrición provoca alteraciones en el tamaño y funcionamiento del corazón. En España, en el Hospital Niño Jesús de Madrid, en su sección de cardiología el Doctor Antonio Bayo ha dirigido un estudio sobre un grupo de 130 niñas anoréxicas²⁸ y afirma “Nos hemos encontrado con una alta incidencia de anomalías: la mitad de los casos debido a un prolapso en la válvula mitral (mal funcionamiento de dicha válvula); otras sufrían derrame pericárdico (agua fuera del corazón). También se encontraron trastornos del ritmo cardíaco.”

Se desconoce si la recuperación del peso devolverá la normalidad al funcionamiento cardíaco.

Otro efecto grave de la anorexia es la amenorrea (pérdida de la menstruación), constituye uno de los síntomas para su diagnóstico. Esta pérdida es asociada,

²⁷ MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), p. 551.

²⁸ WWW.MONOGRAFIAS.COM, cit. (n. 4).

conjuntamente con el aumento de ciertas hormonas, como el cortisol, con la aparición de la Osteoporosis.²⁹

En el estudio citado precedentemente la Doctora. María Teresa Muñoz Calvo, de la sección de endocrinología del Hospital Niño Jesús afirma “No sabemos si más años de administración de estrógenos servirán para recuperar masa ósea. Sin embargo, hemos comprobado que las que recuperan la menstruación de forma natural sí aumentan la fortaleza de sus huesos”.³⁰

En este ámbito dos tercios de los adolescentes con problemas de anorexia no desarrolla huesos fuertes en este período crítico del crecimiento, enfermedad potencialmente irreversible. En las mujeres sólo la rápida restauración de la menstruación regular puede proteger contra la pérdida ósea permanente, el sólo aumento de peso no es suficiente.

Puede existir también en los anoréxicos crecimiento retardado, daño nervioso y experimentar convulsiones, cosquilleos, pérdida de sensación u otros problemas nerviosos cuyas consecuencias pueden ser permanentes.

La anorexia causa niveles reducidos de hormonas reproductivas, cambios en la hormona de la tiroides y aumenta el nivel de otras hormonas, como la del estrés (cortisol). La amenorrea a largo plazo es bastante común, lo que puede llevar con el tiempo a causar esterilidad. Con el aumento de peso generalmente la menstruación regresa, pero en un 25% de las pacientes no regresa nunca más en casos de anorexia severa. La mujer que queda encinta antes de recuperar su peso normal enfrenta serios riesgos, abortos espontáneos frecuentes, bajo peso al nacimiento y problemas congénitos.

²⁹ La osteoporosis es una disminución de la masa ósea y de su resistencia mecánica que ocasiona susceptibilidad para las fracturas. Es la principal causa de fracturas óseas en mujeres después de la menopausia y ancianos en general.

³⁰ WWW.MONOGRAFIAS.COM, cit. (n. 4).

d) Relaciones interpersonales

Las adolescentes y las mujeres que se han vuelto anoréxicas son percibidas desde fuera como personas con energía. Sin embargo debido a todos los factores que ya se han descrito anteriormente, ellas piensan que la pérdida de peso las puede hacer acreedoras de más reconocimiento, más amigos (especialmente del sexo opuesto) u otras recompensas. Inicialmente ellas tienen éxito y ello las alienta a seguir perdiendo peso y así van comenzando los efectos de la desnutrición.³¹

Los cambios de humor y la irritabilidad debido a los malos hábitos alimenticios conducen a un creciente aislamiento. La anoréxica continúa concentrando sus energías en sus estudios, pero reducen su círculo social y especialmente cortan las relaciones con sus amigos del sexo opuesto.³²

Los cambios hormonales se reflejan en un completo desinterés en las relaciones sexuales. Los encuentros sexuales están desprovistos de placer y a menudo se vuelven dolorosos.

La inhabilidad de comprender sus propios sentimientos y los sentimientos de los demás inhiben la formación de relaciones interpersonales. Eventualmente el paciente anoréxico puede estar a menudo completamente aislado socialmente.³³

e) Perspectivas a largo plazo

Respecto al curso de la anorexia, su comienzo generalmente se encuentra en la adolescencia (existen evidencias que indican que la que comienza a esta edad tiene un mejor pronóstico) o en los primeros años de la adultez. Es raro que comience después de

³¹ MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), p. 552.

³² *Ibíd*, p. 552.

³³ *Ibíd*, p. 553.

la pubertad, pero han existido casos de mujeres mayores de 40 años que han sido diagnosticadas con anorexia nerviosa.

El desenlace de esta enfermedad es muy variable, va desde la completa recuperación después de un episodio único, pasando por personas que muestran ciclos de recuperación seguidos de recaídas y el caso más extremo es el de los pacientes que se deterioran progresivamente con el paso de los años, hasta llegar a la muerte.

Para lograr la recuperación del peso normal es necesaria generalmente la hospitalización en un centro especializado y la atención de un completo equipo médico.

Es importante destacar que hasta el momento ningún programa de tratamiento de la anorexia nerviosa es completamente eficaz, existen estudios realizados a largo plazo (10 a 15 años) que han reportado entre 76% hasta 90% de recuperación³⁴, pero muchas pacientes anoréxicas comen menos de lo normal por el resto de sus vidas. De las demás entre el 15 al 20% vuelven a enfermar seriamente y una pequeña porción, entre el 2 y el 5% se vuelven obesas. La mortalidad varía entre el 5 y el 24%, producidas principalmente por las complicaciones de la desnutrición y los severos desequilibrios de electrolitos derivados del vómito o suicidio.³⁵ El riesgo de muerte es considerablemente mayor si el peso del paciente es menos del 60% de lo normal. El riesgo de muerte prematura es dos veces más alto en anoréxicos bulímicos que en los restrictivos. Los hombres con anorexia tienen mayor riesgo de problemas potencialmente mortales, lo más probable es porque su diagnóstico es siempre en períodos más tardíos de la enfermedad.³⁶

Cuando la persona ha logrado su objetivo de bajar tanto de peso, la sensación de logro y poder pueden ser los principales motivos de perpetuación de la anorexia, la pérdida de

³⁴ WWW.MONOGRAFIAS.COM, cit. (n. 4).

³⁵ MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), p. 557.

³⁶ WWW.MONOGRAFIAS.COM, cit. (n. 4).

peso trae consigo una sensación de triunfo. En lugares donde la obesidad es epidémica, las jóvenes que logran adelgazar creen que han alcanzado una victoria cultural y personal importante, ha superado las tentaciones y ha autocreado una imagen corporal idealizada por los medios de comunicación. Esta sensación de logro falsa a menudo es reforzada por la envidia de sus amigos más gordos, que pueden llegar a percibir a los pacientes anoréxicos como emocionalmente más fuertes y más atractivos sexualmente que ellos.

Existen también efectos a largo plazo de la inanición, el hambre a menudo intensifica la depresión, lo que puede reducir aún más la autoestima y la confianza, aumentando la necesidad de vigilancia sobre el control del peso, lo que perpetúa el trastorno de la anorexia.

Existen también posiciones, algo más aisladas, que indican que ciertas personas anoréxicas heredan una cantidad inusual de narcóticos naturales que se secretan en el cerebro durante los estados de inanición y que pueden volver al cuerpo “adicto” al estado de hambre.³⁷

f) Historias Reales

1. La historia de Jane³⁸

Esto comenzó cuando yo tenía más o menos quince años, justo cuando comenzaba el Instituto – recuerda Jane, que ahora tiene veinte-. Nos habíamos trasladado a otra ciudad durante el verano, dejando atrás algunas amigas realmente íntimas que había conocido durante toda mi vida. Después de trasladarnos, mis padres pasaron la mayor parte del tiempo en lograr instalarse y adaptarse, mi padre al nuevo trabajo que lo había llevado a esa ciudad y mi madre a la nueva casa y el nuevo entorno. Ella también había dejado atrás buenas amigas y una vida social bastante activa, de modo que dedicó mucho

³⁷ WWW.MONOGRAFIAS.COM, cit. (n. 4).

³⁸ Testimonio recogido por NORA TANNENHAUS, en *Anorexia y Bulimia*. pp. 23 – 25.

tiempo a unirse a las organizaciones y ofrecerse voluntaria para tonterías que le permitieran volver a entrar en un torbellino social.

Yo nunca he tenido muchas amigas, pero las pocas que tenían eran muy buenas y hacíamos un montón de cosas que echaba de menos. El instituto de la ciudad a que nos trasladamos tenía un equipo de fútbol verdaderamente bueno, y ser miembro del equipo de animadoras era realmente lo mejor, una actividad realmente social para las chicas. Pensé que si me una al equipo podría hacer nuevas amigas y quizá incluso ayudar a mi madre. Quizá ella pudiera conocer a las madres de otras chicas y llegar a entablar amistad con ella. – Jane, que tiene tez pálida, grandes ojos color marrón oscuro y largo pelo castaño, ríe al recordarlo –. Ahora me doy cuenta de que estaba comportándome como una ingenua, pero en ese momento pensé que, puesto que ser animadora era lo mejor que podían hacer las chicas, entablar amistad con los padres de las chicas era lo mejor que podía hacer mi madre. De todos modos, traté de formar parte del grupo de animadoras.

Así pues me encuentro en un nuevo instituto donde no conozco a nadie, viviendo en una ciudad nueva con mis padres fuera haciendo sus cosas. Me presenté a las pruebas para animadoras, imaginándome que aceptarían a cualquiera que pesara menos de noventa kilos y pudiera seguir los ejercicios. No estaba preparada en absoluto para lo que realmente era. Hacerse animadora era realmente competitivo; casi todas las chicas interesadas pasaban el verano entero preparándose, sometidas a intensas dietas, poniéndose en forma, a veces tiñéndose el pelo o incluso haciéndose arreglar la nariz ¡Por Dios! Los futbolistas iban detrás de las chicas flirteaban con ellas, tomándoles el pelo, silbándoles cuando realizaban las pruebas y todo eso.

Me sentía realmente incómoda. Siempre me había sentido cohibida entre los chicos y odiaba tener a todos esos chicos populares y presumidos alrededor mirándome con mi equipo de gimnasia que me convertía en una tonta. Además, al lado de esas chicas, algunas de las cuales eran realmente hermosas, me sentía gorda, fea y estúpida. Y francamente pensé que estaban haciendo el ridículo exhibiéndose para esos chicos. La verdad es que quería correr y alejarme de allí, pero no tenía el valor para hacerlo. Pensé

que si lo hacía llamaría más la atención. Me dije: “Levántate, haz lo que tengas que hacer, vete a casa y nunca más te dejes ver en un campo de fútbol” – Jane ríe al recordarlo, luego se pone seria. Baja la mirada mientras recuerda lo que sucedió a continuación.

Me puse de pié cuando me llamaron y fui hasta el centro del campo, donde el mundo estaba de pie. La profesora de gimnasia que dirigía a las animadoras comenzó a hacerme preguntas, pero cuando le estaba respondiendo (¿puede imaginárselo?, lo oí incluso mientras hablaba con la profesora) un chico gritó “¡Vaya unos muslos!” – En ese momento, Jane hace una pausa, esforzándose por contener las lágrimas. Luego, repuesta, continúa su historia.

Si he de decirle la verdad, no recuerdo que sucedió después de eso. De alguna manera logre acabar la prueba y por fin pude abandonar el campo. Desde luego, no pase a formar parte del equipo. Todo lo que recuerdo es que me sentí sola, infeliz, incapaz, humillada y la chica más gorda del mundo. Recuerdo que me dije “Tienes que estar realmente descomunal si tus muslos llamaron tanto la atención de alguien” Decidí que era el momento de comenzar una dieta seria y volverme realmente delgada. – Fija sus enormes ojos en su compañera y con un suspiro dice –: Así es como comenzó.

Con esta frase Jane se refiere a una dieta que duró tres años y acabó solo cuando el médico le dijo (en ese momento pesaba 32 kilos – mide 1,66 m – y temblaba de frío incluso a una temperatura de 32°) que si no ingresaba en un hospital por su propia voluntad, tendría que ponerla bajo custodia, incluso contra su voluntad, para salvar su vida.

Jane llegó a sentirse tan cansada y débil que dejó de participar en cualquier actividad que no tuviera relación con el instituto o con perder peso.

En este testimonio podemos claramente distinguir todos los elementos que se unieron para crear una especie de bomba en la vida de esta chica, el cambio de ciudad, donde debió adaptarse a un nuevo hogar y debió de tratar de formar nuevos amigos, el interés por sentirse acogida, su baja autoestima (al ver a las demás jovencitas como más lindas

que ella), padres preocupados de otras cosas y lo más importante una chispa que desató la explosión en su vida que desembocó en un gravísimo caso de anorexia.

2. La Historia de Helena³⁹

Helena tiene 33 años, es periodista y trabaja en la redacción de un periódico. La vida de Helena transcurre alrededor de su trabajo. Siempre está muy ocupada y no tiene tiempo para sí misma. Su carrera exige mucho de sí. Sobra decir que maneja un alto índice que estrés y ansiedad.

Los Hábitos alimenticios de Helena no son muy saludables, siempre acomoda sus comidas de acuerdo a lo que su vida laboral le permite. Así, a veces se salta las comidas o simplemente come lo que encuentra. Pese al desorden para comer el peso de Helena es normal.

A pesar de que Helena lleva muchos años moviéndose en ese patrón, últimamente ha comenzado a bajar de peso rápidamente. Arguye que no tiene apetito, que se ve gorda y que tiene que hacer dieta para no dejarse engordar más. Pone como excusa su falta de tiempo y el mucho trabajo que tiene y come lo mínimo. Sus compañeros están extrañados porque recientemente Helena ha comenzado a darle mucho énfasis a su figura, cosa que antes no le importaba. No obstante, ahora pasa horas pensando y comentando con los demás como se ve. Además su aspecto es enfermizo y constantemente está cansada.

Este testimonio es particularmente interesante porque nos muestra un caso de anorexia que comenzó a edad tardía, en una mujer profesional y solitaria, carente de mayores afectos y preocupaciones fuera de su trabajo.

³⁹ Este caso fue recogido por Alejandra Gáfaró en su libro Anorexia y bulimia. p. 7.

g) Los efectos de la inanición: El experimento de Minnesota

Al término de la Segunda Guerra Mundial un grupo de científicos realizó un experimento conocido como “Experimento de Minnesota”, a fin de observar las consecuencias de la inanición en las personas, ya que al llegar a Estados Unidos las noticias de los horrores de la guerra comprendieron que pronto tendrían que enfrentarse al desafío de tratar a muchas personas que habían sufrido de desnutrición.

Un grupo de Investigadores de la Universidad de Minnesota, bajo la dirección de Ancel Keys, decidió estudiar en detalle los procesos de inanición y rehabilitación. Este estudio, que duró desde noviembre de 1944 hasta octubre de 1945⁴⁰.

Se reclutaron a 32 hombres voluntarios de entre 26 y 26 años, como sujetos del estudio, que consistió en doce semanas de estudio preliminar, seis meses de semi-inanición y doce semanas de rehabilitación. A estos jóvenes que acostumbraban una dieta de aproximadamente 3.500 calorías diarias, se les proporcionó una dieta de entre 1.500 y 1.600 calorías diarias. Las personas en los campos de concentración recibían un máximo de 1.000 calorías diarias. La pérdida de peso promedio de los hombres al finalizar el experimento fue de 16 kilos. Con los resultados de esta investigación se escribió un libro llamado “*The Biology of Human Starvation*” (La biología de la inanición humana) que relata detalladamente los cambios que tuvieron lugar en el cuerpo y la mente como consecuencia de la lenta y prolongada desnutrición.

Los efectos en la personalidad fueron importantes. Los investigadores escribieron “Durante el segundo mes de semi-inanición fue evidente que en los sujetos se estaban desarrollando cambios emocionales y de personalidad que podían, si progresaban lo suficiente, requerir tratamiento psiquiátrico experto”. Los hombres se quejaban de debilidad, hambre, músculos doloridos y fatiga; también se volvieron melancólicos, apáticos y deprimidos a medida que el experimento continuaba. Sus hábitos de comida también cambiaron; los hombres comían silenciosa y pausadamente y dedicaban total atención a la comida y su consumo. A medida que avanzaba la inanición aumento la

⁴⁰ TANNENHAUS, Nora. cit. (n. 3), p. 58.

cantidad de hombres que jugaban con la comida. Algunos sujetos llegaron a tardar dos horas en acabar una comida que normalmente habrían consumido en pocos minutos; los experimentadores recordaron casos de prisioneros de guerra famélicos que, a pesar de ello, acumulaban sus raciones de comida para comerlas más tarde. Los sujetos también comenzaron a preocuparse por la comida, los menús y las recetas y, una vez acabado el experimento, algunos incluso se dedicaron a trabajos relacionados con la comida. Poco después los investigadores se dieron cuenta que los hombres se volvían reacios a planear actividades, tomar decisiones y participar en actividades de grupo. Pasar el tiempo con otros se volvió demasiado fatigoso y problemático.⁴¹

El experimento de Minnesota y algunos posteriores demostraron que muchos cambios psicológicos son característicos de la inanición. La mayoría de ellos desaparece cuando se retorna a la dieta normal, pero algunos permanecen – más moderadamente – durante años, quizá por toda la vida. Muchos rasgos vistos en la anorexia, como la hostilidad, el recelo, irritabilidad, aislamiento, pensamiento rígido, rituales de comida, preocupación por la comida y la cocina, son resultado de los cambios biológicos que acompañan a la inanición.

Por todo lo anterior, los tratamientos de la anorexia antes que nada deben estar destinados a restablecer el equilibrio nutricional de la paciente, porque de lo contrario los cambios psicológicos que produce la inanición serán un importante obstáculo para el triunfo de la terapia.

2. Bulimia Nerviosa

Galeno (130 a 200 d. de C.), médico de origen griego y afincado en Roma, fue quien acuñó el término de patología bulímica o "gran hambre". A su juicio, la bulimia era causada por un humor ácido alojado en el estómago que producía falsas señales de hambre. La bulimia continuó mencionándose esporádicamente en varios textos sin

⁴¹ TANNENHAUS, Nora, cit. (n. 3), p. 59.

despertar gran atención hasta tiempos recientes, las descripciones de síntomas bulímicos en la literatura médica moderna datan de 1873.

En la década de 1940 la literatura clínica se refería a los síntomas de la bulimia sólo asociada a la anorexia nerviosa, la diabetes y la malaria. El caso de Ellen West, publicado en 1944 es el primer caso bien documentado de un desorden bulímico. Luego, en la década de 1950, los investigadores comienzan a hacer una distinción clara entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.⁴² En 1979, el psiquiatra estadounidense G.F. Rusell acuña el término de "bulimia nerviosa" y fija su concepto actual.

De todas maneras, aunque anorexia y bulimia son enfermedades que tienen su específico grupo de síntomas, en este punto, los estudios indican que la bulimia nerviosa en individuos con peso normal es actualmente el desorden alimenticio más frecuente; los individuos que padecen conjuntamente de anorexia y bulimia nerviosa o sólo de anorexia nerviosa, constituyen un pequeño, pero importante número de casos.⁴³

La palabra "bulimia" tiene su origen en el griego "*Boulimos*", cuyo significado es hambriento.⁴⁴ La principal característica de esta enfermedad es la ingesta de una gran cantidad de alimentos, ("atracon") seguida de métodos compensatorios para evitar ganar peso.

a) Sintomatología de la enfermedad

El DSM IV⁴⁵ señala como elementos de diagnóstico de la bulimia nerviosa:

1. Atracónes recurrentes caracterizados por:

⁴² MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), pp. 557-558.

⁴³ *Ibíd*, p. 558.

⁴⁴ GAFARO REYES, Alejandra. cit. (n. 1), p. 34.

⁴⁵ DSM IV, cit. (n. 2), pp. 563-564.

a) ingesta de alimentos en corto período de tiempo

b) sensación de pérdida de control sobre lo que se come.

2. Conductas compensatorias inadecuadas de forma repetida para no ganar peso, que pueden consistir en vómitos, uso de laxantes, diuréticos u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo)

3. Atracones y conductas compensatorias son recurrentes al menos dos veces a la semana por un período de tres meses.

4. Autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa

Se puede distinguir dos subtipos:

a) Purgativo: Durante el episodio el enfermo se provoca el vómito o utiliza laxantes u otras conductas compensatorias

b) No purgativo: Durante el episodio de bulimia el enfermo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no el vómito ni el uso de laxantes, diuréticos, etc.

La enfermedad comprende un ciclo compuesto por tres etapas:

1. Restricción.

2. Sobrealimentación (atración)

3. Compensación

El período de restricción comprende el tiempo durante el cual la persona rechaza el consumo de ciertos alimentos que “le engordan”.

El atración es un período durante el cual existe en el bulímico una sensación de pérdida de control, al contrario de lo que el común de la gente podría pensar, no existe en esta

conducta una sensación de placer asociada y es llevada a cabo en un período de dos horas aproximadamente en el cual se come todo de lo cual se priva en el período de restricción.⁴⁶

El período de atracón es seguido por un fuerte sentimiento de culpa y busca una forma de compensar la ingesta desproporcionada de alimentos, la forma más común es el uso de laxantes, enemas, diuréticos, vómito o ejercicio compulsivo.

A diferencia de los anoréxicos los bulímicos son más concientes de sus acciones, saben que su conducta esta mal y no es normal, lo que los avergüenza y suelen buscar ayuda profesional. Temen ganar peso o tener sobrepeso, su vida se convierte en una constante lucha por adelgazar, lo que los obliga permanentemente a hacer dieta o buscar nuevos regímenes alimenticios.

Los bulímicos tienen un distinto control de los alimentos, su ciclo se inicia con un período de dieta o restricción, en determinado momento tienen muchos deseos de comer de aquello de lo que se privan y deciden comerlo, rompen la dieta y comen sintiendo que no pueden parar.

Estas personas sólo hacen dieta por algunos días u horas y luego comienza su ciclo. Existe también en ellos una pérdida de la capacidad de reconocer el momento en que tienen hambre y cuando se encuentran satisfechos.

Su aspecto físico no es decidor respecto a su estado bulímico, dado que son personas que en general mantienen un peso normal, no suben o bajan de peso de una forma muy notoria.

Los atracones son momentos vividos a solas y en secreto, con mucha vergüenza y culpa. Para ellos el peso y la figura son los rasgos más determinantes de su vida y fundamentan su autoestima, les es muy difícil comer una comida de forma normal y suelen tener un pensamiento polarizado “o todo o nada”.

⁴⁶ GÁFARO REYES, Alejandra. cit. (n. 1), p. 41.

Estudios revelan que muchas de las mujeres bulímicas son mujeres tradicionales, aceptadas socialmente, con buenos valores éticos y morales y que no valoran a los demás por su apariencia física y que sin embargo se autovaloran a si mismas por parámetros estéticos.

Los bulímicos tienen mucha dificultad en el manejo de sus impulsos. Es muy importante comprender que, al igual que la anorexia, la bulimia es una compleja enfermedad psíquica, los bulímicos no realizan estas conductas por gusto, al contrario, se encuentran avergonzados por ella. A primera vista parece ser el ánimo de ser delgados y hermosos lo que los lleva a enfermarse, pero solo es la punta del iceberg de algo mucho más complejo.

El comienzo del ciclo está dado por el miedo a engordar acompañado del sentimiento de no poder controlar su ingesta alimentaria. Para no engordar comienzan con un período de restricción, cuando no pueden aguantar más viene el atracón.⁴⁷ Este atracón es un período inductor de gran estrés, un acto vivido con ansiedad, odio, culpa, rabia y malestar, es una vivencia horrible, nunca placentera, en él la persona bulímica consume una gran cantidad de alimentos ricos en calorías en un lapso corto que no sobrepasa una o dos horas, con una extrema sensación de pérdida de control y ausencia de placer, a veces estos atracones son planeados con anticipación, muchas veces se preparan o compran comida especialmente para el atracón. Es un momento que al comenzar es difícil de detener. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.⁴⁸

Durante el atracón existe una cierta disociación, es como si no fueran ellos mismos, muchos dicen que comen y comen, como si fueran otra persona, no degustan en forma alguna los alimentos que consumen, sólo los ingieren con compulsión.

⁴⁷ GAFARO REYES, Alejandra, cit. (n. 1), p. 55, en el mismo sentido: MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), p. 563.

⁴⁸ DSM IV, cit. (n. 2), p. 560.

Lo que consumen durante el atracón es principalmente comida rica en calorías, grasas y azúcares, aunque existen casos de personas que han llegado a comer la comida de sus mascotas, alimentos crudos o congelados.

Los detonantes del atracón son principalmente estados de ánimo, estrés, hambre y sentimientos de inseguridad respecto de su cuerpo

Luego de eso la culpa y la vergüenza los llevan a la compensación, que es un acontecimiento reductor del estrés y que ayuda a calmar su ansiedad. La compensación es la forma en la cual la persona bulímica maneja el hecho de la sobreingesta de alimentos con laxantes, diuréticos, enemas, vómitos o ejercicios. Esta etapa esta motivada por la culpa, la vergüenza y el miedo a engordar, es una forma de castigarse y de autogratificarse. El vómito no adelgaza, sólo disminuye la angustia frente a la pérdida de control, pero no es la única forma de compensación, también se recurre al uso de laxantes o al exceso de ejercicio.

El método de purga más adecuado es el vómito (presente en más del 80% de los pacientes tratados por bulimia nerviosa. Los efectos inmediatos del vómito son la desaparición del malestar físico y del miedo a engordar, muchas veces, con la evolución del trastorno, el vómito se va transformando en un objetivo para el enfermo y llegará a los atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de alimento. Estas personas emplean diversas técnicas para provocarse el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos, al cabo de un tiempo acaban por tener la necesidad de provocarse el vómito y existen algunos que pueden llegar a vomitar voluntariamente, sin necesidad de utilizar ninguna técnica para provocarse el vómito.⁴⁹

Otros métodos de compensación empleados por los bulímicos son el estar sin comer durante varios días o realizar intenso ejercicio físico. Puede considerarse como excesivo

⁴⁹ DSM IV, cit. (n. 2), p. 560.

el ejercicio que interfiere con las actividades normales del individuo, el realizado a horas inadecuadas o a pesar de tener la persona lesiones o estar enferma.⁵⁰

b) Prevalencia

La prevalencia de la bulimia esta influida por los mismos factores que los de la anorexia, la edad, cultura, género, etc. La bulimia nerviosa generalmente principia en la tardía adolescencia o los primeros años de la adultez, frecuentemente es posterior a un período de dieta. Se estima que se presenta entre el 1 y 3% de las adolescentes y jóvenes adultas, es también más frecuente en naciones industrializadas y al igual que la anorexia la mayor parte de la población afectada son mujeres.⁵¹

c) Consecuencias físicas.

El uso de *laxantes* no impide que la persona engorde, dado que los laxantes más comunes estimulan la labor del intestino. El sistema gastrointestinal se acostumbra a su uso y luego de dejar se usarlos se sufre de estreñimiento durante lapsos prolongados de tiempo. El uso continuo de laxantes produce pérdida de potasio, deshidratación y puede llegar a un punto en el cual el intestino no responda más.⁵²

Los diuréticos solo conllevan la pérdida de agua del cuerpo, se produce daño a los riñones o pérdida de su funcionalidad. También se genera un desbalance en el nivel de electrolitos y las sales del cuerpo, lo que puede llevar a serios desórdenes cardiovasculares. Los bajos niveles de potasio también pueden provocar debilitamiento excesivo y casi parálisis, lo que se soluciona administrando potasio.

El vómito inducido trae serios problemas, dado que los ácidos gástricos que se devuelven son peligrosos y causan daño al esmalte dental facilitando las caries, es

⁵⁰ *Ibíd.*

⁵¹ El 90 % de los individuos con bulimia son mujeres. (DSM IV, p. 562).

⁵² GÁFARO REYES, Alejandra, cit. (n. 1), p. 44.

común también cavidades en los dientes y problemas con las encías. En algunas personas las glándulas salivales se encuentran aumentadas de tamaño.

Los episodios pueden resultar en la retención de agua e hinchazón e inflamación abdominal, también pueden ocasionarse úlceras en el esófago y garganta, puede reducir los niveles de potasio, lo que afecta el ritmo cardíaco hasta el punto de llegar a causar la muerte.⁵³

Han existido casos de esófagos rotos (una complicación extraña, pero con un alto porcentaje de mortalidad) debido a los vómitos forzados. En raras ocasiones se ha detectado que las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano, condición grave que requiere de cirugía.

El exceso de ejercicio realizado en lugares y horarios no adecuados, sin tener en consideración el clima, el cansancio o el hecho de estar enfermos también puede ser peligroso.

El hábito de la purga se vuelve una obsesión y los lleva a dejar de lado sus quehaceres normales. Las mujeres con bulimia están propensas a la depresión y se encuentran en peligro de adoptar comportamientos compulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los que han sido reportados hasta en un 50% de pacientes con bulimia.⁵⁴

Las mujeres con bulimia frecuentemente abusan de medicamentos sin prescripción como laxantes, supresores del apetito, diuréticos y las drogas que inducen el vómito, todos ellos involucran riesgos, principalmente de dependencia.

Respecto a los efectos personales y sociales de la bulimia podemos señalar que la mayoría de las mujeres se sienten tensas e inquietas, tienen palpitaciones o excesiva sudoración. Durante el episodio del atracón, existe una sensación de libertad, se desvanecen sus preocupaciones y pensamientos negativos.

⁵³ WWW.MONOGRAFIAS.COM, cit. (n. 4).

⁵⁴ *Ibíd.*

Al decidir vomitar (respecto de las personas que emplean el vómito como conducta compensatoria) existe asociación de la disminución de tensión, con el acto de vomitar. Al final de la comilona la mayoría de los bulímicos se sienten menos tensos e inquietos, pero puede que no se sientan a gusto por lo que han hecho con sus cuerpos, pueden sentirse culpables por la inducción del vómito y por el temor de ganar peso, lo que puede llevarlos a mayor inquietud, consecuentemente otro atracón, estableciéndose un círculo vicioso.

Cuando el bulímico un puede aliviar su inquietud y tensión, por ejemplo, si es interrumpido o es descubierto cuando esta comiendo, su comportamiento puede cambiar hacia la agresión o la ira.

d) Relaciones interpersonales

Los problemas en la interacción social de los pacientes con bulimia nerviosa, son similares a los de los anoréxicos, sin embargo, se pueden notar algunas diferencias. Se ha observado que los matrimonios de los bulímicos son francamente más caóticos y hostiles que los de los anoréxicos.

Ambas partes en estas uniones toman roles disfuncionales, no saludables, uno se vuelve el “protector y fuerte” y el otro toma el rol de la persona “enferma y débil.”⁵⁵

e) Perspectivas a largo plazo

El inicio de la bulimia se ubica generalmente en la tardía adolescencia o los principios de la vida adulta.

El caso más típico es el de la jovencita en un rango de peso normal, o tal vez con un poco de peso más que sus pares, con características depresivas y muy autocrítica de la imagen de su cuerpo y su peso.⁵⁶

⁵⁵ MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), pp. 562-563.

⁵⁶ MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), pp. 562-563.

Los atracones generalmente ocurren durante o después de un período de dieta. De algún modo los miembros directos de la familia o los amigos de la persona con bulimia, son conscientes de que ellos se producen el vómito o usan métodos como los laxantes para controlar su peso. Lentamente, los atracones solitarios se van convirtiendo en un patrón de su conducta alimentaria.

Van adquiriendo una preocupación obsesiva respecto a la comida, lo que de a poco comienza a controlar su vida y comienza a afectar sus relaciones interpersonales y de trabajo. Tienen gran dificultad de comunicar sus sentimientos a los demás.

Los bulímicos, al igual que los anoréxicos, tienden a aislarse y dejar de lado las relaciones sexuales.

La bulimia se asocia frecuentemente con otros trastornos de la personalidad, abuso de sustancias psicotrópicas y personalidad impulsiva.⁵⁷

Existen pocos problemas mayores de salud para las personas bulímicas que mantienen su peso normal y no llegan a convertirse en anoréxicas y existen mejores perspectivas respecto de la anorexia. Debe observarse sí que las investigaciones han demostrado que en los pacientes bulímicos después de seis años la tasa de muerte fue cercana al 1%. Otro estudio reveló que el 20% de las pacientes aún estaban luchando con el trastorno después de 10 años.⁵⁸

Los estudios de comportamiento animal y de prisioneros de guerra sugieren que la restricción crónica de comida a menudo conducen a un patrón de comer excesivo que persiste aún décadas después de restaurados los suministros normales de comida. Los factores de tipo biológicos pueden ser responsables de ello. Los expertos creen que el metabolismo se adapta al ciclo bulímico de comer excesivo y purgación, disminuyendo

⁵⁷ *Ibíd.*

⁵⁸ WWW.MONOGRAFIAS.COM, cit. (n. 4).

su ritmo y ello conduce a un riesgo de aumento de peso incluso solo a través de la ingestión normal de calorías.

El proceso de vomitar y el uso de laxantes puede estimular la producción de opioides (narcóticos en el cerebro, lo cual causa una adicción al ciclo bulímico).

Durante la etapa de dieta entre los períodos de comer excesivo, las personas a menudo se tornan irritables, deprimidas y pueden tener mayor tendencia a trastornos de la personalidad. Los sentimientos positivos se restauran con otro período de comer excesivo y así continúa el patrón. El comer dulces también aumenta el nivel de serotonina, que reduce la depresión y el estrés.

f) Historias reales

1. La historia de Sandy.⁵⁹

He estado atracándose y vomitando durante años, al menos desde la Universidad – recuerda Sandy, que ahora tiene 30 años –. Siempre fui de buen comer y siempre he tenido ciertos problemas de peso, pero antes de marcharme de casa me las arreglaba para mantenerlo bajo control. Hacía mucho ejercicio, y algunas veces hacía dietas realmente estrictas, pero luego volví a lo que yo llamaba comer “normalmente”, que para mí podía ser una barra de pan de una vez, medio litro de helado y dos o tres bolsas de patatas fritas. Había cierta clase de comidas que, una vez comenzaba a ingerirlas, simplemente no podía parar. De manera que trataba de mantenerme apartada de esas comidas, hasta que por fin perdía el control y me volvía loca.

Pero las cosas cambiaron cuando comencé la Universidad. Había sido una alumna sobresaliente en el Instituto, luego partí a una Universidad donde todos los chicos habían sido sobresalientes, así que ya no era una estrella. El ritmo de la Universidad era muy distinto y debía esforzarme para tener buenas calificaciones y a veces simplemente no lo conseguía.

⁵⁹ Testimonio recogido por NORA TANNENHAUS, en *Anorexia y Bulimia*, pp. 25-31.

Luego, estaba también la comida. Dicen que la comida de la Universidad es mala, pero donde yo estaba era realmente buena. Creo que siempre he sabido donde sirven buena comida y como si fuera poco, mi Universidad tenía un fondo de helados, hacia unos veinte años una graduada había decidido que todos los estudiantes tenían derecho a poder tomar un helado cuando quisiera, así que donó un fondo para ello, era el sueño (o la pesadilla) de una bulímica; depende de cómo se mire. Y para colmo de desgracias habían maquinas expendedoras en la residencia y una tienda de comestibles abierta toda la noche a sólo una manzana del campus.

Simplemente no había forma de resistir aquello – explica Sandy, cuya figura de 1,67m y 59 Kg. no da indicios de su lucha contra la comida-. Ahora, pienso que si no hubiera encontrado tan difícil el estudio, si no hubiera tenido tanta nostalgia, si no me hubiera sentido como una más de la multitud, con nada especial que me hiciera destacar...pero entonces me digo que tienen que haber existido otros factores, porque todo el mundo pasa más o menos por lo mismo y sólo yo conozco a unas pocas personas que hayan hecho lo que yo hice.

Lo que Sandy hizo fue comer más y más, en episodios que se hicieron cada vez más frecuentes a medida que aumentaban sus sensaciones de estrés.

Mi hábito de atracón y vómito comenzó cuando una noche fui a la cafetería del campus con una amiga, estábamos estudiando para una prueba difícil de mitad de semestres y estábamos algo atrasadas, por ello estábamos muy nerviosas.

Estudiamos un par de horas y luego decidimos tomar algo en la cafetería del campus antes de su cierre, ya habíamos cenado.

Cuando me senté y leí el menú comencé a sentir hambre. Todo el menú parecía bueno...podría haberme comido todo. Le dije a mi amiga: “Siento realmente hambre, ¿sabes? Voy a tomar una hamburguesa con queso, patatas fritas y un batido de chocolate. Francine soltó una risita tonta y dijo “Eso suena muy bien. Yo tomaré lo mismo” De manera que pedimos dos de todo.

Nos sentíamos como cómplices de un crimen. Seguimos diciendo “No puedo creer que esté haciendo esto, mañana tendré que privarme de comer” “Me siento tan llena, me estoy poniendo enferma”, pero seguíamos comiendo. Después de terminar todo Francine me dijo “Lleguemos al límite, pidamos una pizza” respondí “Claro, porqué no”, sabía que comía porque estaba completamente estresada. – Sandy, que un momento atrás estaba riendo de sus recuerdos, se pone muy seria –. Recuerdo el sentimiento con toda exactitud, porque es difícil expresarlo con palabras. En ese momento pensé que había algo pintoresco, casi romántico en hacer algo autodestructivo porque era desdichada. Ya sabe, como todos esos escritores y actores que se vuelven alcohólicos. Cuando estuve de acuerdo en tomar esa pizza, recuerdo que pensé: “Qué diablos, sólo se vive una vez. Sé escandalosa” De modo que lo hice.

Después de la pizza pedimos helados con chocolate caliente, al terminar la cafetería ya cerraba. Luego de ello caminamos hacia la tienda de comestibles abierta toda la noche, nos habíamos leído el pensamiento.

Me llevaría horas decir todo lo que comimos esa noche. Nos llevamos la comida a la habitación de Francine y al acabar nos dirigimos a las máquinas expendedoras. Comimos hasta el amanecer.

Nunca en mi vida me sentí tan mal. Me parecía llevar un bebe de cuarenta kilos en el vientre, también me sentí grasienta, sucia, como si toda la grasa de la comida rezumara por mis poros. Parece disparatado, pero había algo alentador en la manera que me dolía el estómago. Centré toda mi atención en lo llena que estaba, en lo mal que me sentía y eso hizo que dejara de preocuparme por el examen.

Dije a Francine, “Me siento mal, no voy a comer durante una semana. Apuesta a que he aumentado nueve kilos en esta noche” y ella dijo “No tienes que hacerlo. Si vomitas toda esa comida ahora, antes de que este digerida, tu cuerpo no absorberá la mayor parte de esas calorías”.

No podía creer lo que oía ¿Cómo era posible no aumentar de peso después de haber ingerido al menos 5000 calorías? Yo era muy ingenua...no tenía idea de que hablaba

Francine. Tuvo que explicármelo de manera sencilla: “Mira, lo he hecho antes. Cojo un cepillo de dientes o algo y me lo meto en la garganta, y vomito toda la comida. Sé que suena bastante asqueroso, pero al menos de esa manera puedo comer y no engordar. Pienso que también te ayudará a sentirte mejor”. Pensé en lo que acababa de decirme. Francamente me sentía tan mal que la idea de vomitar me pareció un alivio. Y si podía comer todo eso y aún así no engordar...Decidí probarlo.

Cuando acabé, apenas tuve tiempo de ducharme e ir a mi primera clase. Me sentía tan avergonzada y desconcertada, todo el episodio me parecía repugnante, por no mencionar todo el dinero que había gastado en comida, y traté de evitar hablar con alguien durante el resto del día. Sólo quería volver a mi habitación y esconderme. Al día siguiente me sentí un poco mejor y al otro día ya era capaz de encontrar un poco de humor a la historia. De hecho comenzaba a recordar la experiencia como una especie de diversión, recordé toda aquella comida, pero pensé “Si lo haces de nuevo, te convertirás en un globo, aunque vomites hasta las tripas” Estaba segura que había aumentado de peso desde el primer atracón, me pesé y me llevé una gran sorpresa al descubrir que pesaba 900 gramos menos que antes del atracón.

Me sentí como si hubiera descubierto el secreto más grande del mundo. Había descubierto la manera de comer sin freno todas las cosas a las que me costaba resistirme y aún así no subir de peso.

Desde ese momento comencé a vivir para los atracones, no ocurrió de la noche a la mañana. Pasé esa semana de exámenes atracándome y vomitando un par de veces más, pero pensaba con ilusión en esos atracones. Me las arreglé para que mis estudios fueran decentes, aunque estaba furiosa conmigo misma por no ser sobresaliente. Después de los exámenes la presión se aligeró un poco, y el atracón y la purga, pasaron a un segundo plano. Volví a mi patrón de comer como una cerda y luego hacer dieta. Pero habiendo hecho lo del atracón-purga una vez, fue más fácil repetirlo cuando estuve estresada y empecé a hacerlo más a menudo y los episodios duraban más, hasta que llegué a hacerlo una vez al día, todos los días, sin pensar en absoluto en lo que ocurría con mi vida. Me despertaba en la mañana e inmediatamente pensaba que iba a comer.

Después de dos años de terapia, Sandy aún lucha con la tentación del atracón y purga. Ocasionalmente se lo permite, pero ni con mucho tan a menudo como solía. No obstante, arrastra una herencia de esos años de dolor. Cuando se le pregunta porqué se cubre la boca cuando ríe o sonrío, esboza una sonrisa y revela los dientes manchados, corroídos a causa de los años de contacto con el ácido estomacal que ha vomitado.

Sandy, finalmente dejó la Universidad, dado que terminó obsesionada con sus atracones.

Este testimonio lo he recogido a pesar de su extensión, dado que es muy ilustrativo de toda la evolución de la bulimia, de las circunstancias que rodean a la persona que esta propensa a sufrir de esta enfermedad y de las consecuencias en la vida, ya vemos que esta chica termino cortando su carrera a causa de la enfermedad.

2. La Historia de Sandra.⁶⁰

Sandra tiene 35 años y es Ingeniera Civil. Sandra nunca se ha casado y pocas veces sale con hombres. Es un poco introvertida y tiene sobrepeso, no mucho, sólo tres o cuatro kilos de más, pero ella insiste en que son muchos más. Desde hace tres meses Sandra se ha recluso casi totalmente en su casa y no sale mucho con sus amigos; ha comenzado a desarrollar un patrón de alimentación “extraño” y le preocupa lo que le sucede. Come desordenadamente, se siente muy ansiosa, con ira por comer y no encuentra otra solución a su desorden más que vomitar lo ingerido. Desde que comenzó a buscar ayuda, escribe en un diario lo que come. Una página de su diario, muestra su desorden alimenticio:

7:30 am. Desayuna huevos, una tostada de pan integral, un vaso de jugo de naranja y un café con leche.

8:00 am. Vomita el desayuno antes de salir para el trabajo.

⁶⁰ Caso recogido por Alejandra Gáfaró, cit. (n. 1), pp. 31-32.

9:00 am. Antes de llegar al trabajo, compra un pedazo de torta de vainilla y se lo come acompañado de un yogurt.

9:30 am. Llega a la oficina y se come una barra de chocolate. Va al baño y vomita.

11:00 am. Comparte un paquete de galletas con una compañera de oficina, toma un café negro, luego se come una manzana.

11:10 am. Se come un pastel, va al baño y vomita.

12:30 am. Sale a almorzar con sus compañeros de trabajo. Come una ensalada con atún, un jugo de frutas y una tajada de torta de manzana.

1:30 pm. Regresa a la oficina y vomita.

2:30 pm. Se toma dos bebidas gaseosas, come un paquete de papas fritas y una barra de chocolate.

4:00 pm. Come otra barra de chocolate.

5:00 pm. Antes de salir del trabajo, vomita de nuevo.

6:00 pm. Llega a la casa y come helado con brownie, mientras prepara la comida.

7:00 pm. Come pasta con salsa de verduras y toma una bebida gaseosa. Al terminar vomita.

8:30 pm. Come otro brownie e ingiere un vaso de leche.

9:00 pm. Antes de acostarse, vuelve a vomitar.

Este testimonio me ha parecido muy ilustrativo respecto del desorden de la bulimia, especialmente dado que se trata de una mujer adulta, profesional, con un buen trabajo, que terminó llenando sus carencias afectivas y saciando sus ansiedades con la comida. No existe duda que su enfermedad al momento de escribir este diario, se encontraba en una de sus etapas más agudas, y refleja muy bien el como ella centra su vida alrededor del comer.

3. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

A este respecto, el DSM IV⁶¹ incluye en esta categoría a aquellos trastornos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Y señala algunos ejemplos:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, salvo que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los requisitos diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej. Provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa, en un apartado realizaré una pequeña explicación sobre él.

Trastorno por atracón o Hiperfagia

Algunos expertos niegan que la ingesta compulsiva sea un trastorno de la alimentación, dado que no acarrea las mismas consecuencias de la anorexia y la bulimia, que pueden tener importantes efectos en el aspecto físico de la persona e incluso llegar a causar la muerte. Asimismo plantean que el concepto es demasiado subjetivo para permitir a los

⁶¹ DSM IV cit (n. 3) p. 564

médicos lograr criterios diagnósticos similares a los establecidos para la anorexia y bulimia.

Algunos expertos se muestran preocupados por el hecho de que muchas personas consideran la ingesta compulsiva como un trastorno adictivo similar al alcoholismo o la adicción a las drogas, sólo que en este caso la adicción sería a la comida. De hecho, esta concepción revela un fracaso en la comprensión de la verdadera naturaleza de la adicción y sólo confunde los intentos por definir y comprender los problemas de la ingesta.⁶² Más aún, no debe confundirse este problema con una adicción, dado que lo que se trata en las terapias por adicción de sustancias, es que la persona evite el objeto de su adicción, lo que no podría hacerse en el caso de la comida, dado que no es una sustancia nociva, lo que se le debe enseñar al paciente es a restablecer una relación adecuada con la comida.

Otros entendidos afirman que la ingesta compulsiva es un verdadero trastorno de la ingesta de comida, porque representa una relación anormal y contraproducente con la comida (definición básica de un trastorno de la ingesta).

Se puede decir que las mujeres que realizan una ingesta compulsiva padecen un trastorno de la ingesta que se puede incluir en la clasificación del DSM IV de “trastornos de la alimentación no especificados”, porque no reúnen los síntomas de diagnóstico estricto para un trastorno de la alimentación, la bulimia, más específicamente, pero no obstante, mantienen una relación trastocada con la comida.

Las mujeres con este trastorno comen cuando no están hambrientas, cuando están felices, cuando están tristes, enojadas, solas, deprimidas, excitadas o cuando son esclavas de cualquier otro sentimiento.

Algunos terapeutas creen que la clave de la ingesta compulsiva es que ésta sustrae la mente de los problemas reales. De manera similar a las afectadas por la bulimia, muchas comen y luego se odian por ello, ello lleva a un ciclo viciado de más estrés, que conduce

⁶² NORA TANNENHAUS cit. (n. 3) p 88

a más ingesta de comida, que conduce a más estrés y así sucesivamente, de manera que la paciente centra su mente y energía en abstenerse de comer y no en los problemas que provocan su estrés. En ese sentido, muchas personas consideran que comer es un mecanismo que ayuda a las partes a hacer frente a sus problemas, aunque de manera contraproducente.⁶³

El atracón, como síntoma de este trastorno, es una práctica mucho más habitual de lo que se cree, existen variados estudios que indican que muchos jóvenes universitarios (hombres y mujeres) se atracan. La gravedad del atracón parece reflejar el grado de la imagen negativa de uno mismo y la preocupación por estar a dieta. Entre las mujeres, los cambios de vida recientes, como un nuevo trabajo, una separación, también parecen guardar relación con la gravedad del atracón.⁶⁴

Es importante destacar que no todas las personas con ingesta compulsiva se atracan, algunos simplemente comen más o con más frecuencia.

Los atracones son conductas que pueden ser experimentadas por personas de todos los pesos, aún más, una persona obesa no llega a serlo necesariamente porque recurra a los atracones. De hecho los resultados en estudios de no bulímicos que se atracan, coinciden con los de los bulímicos, en orden a que el atracón surge relacionado con la tendencia a estar a dieta. Las mujeres que se atracan muestran actitudes más rígidas y extremas acerca de estar a dieta, que las personas obesas que no se atracan.⁶⁵

Las principales razones que llevan a una persona a realizar una ingesta compulsiva son:

- Tienen problemas para distinguir el hambre de otras sensaciones, por ello comen en respuesta a señales que no tienen relación con las necesidades de sus cuerpos. Los médicos consideran que algunos de estos hábitos comienzan desde la infancia. Muchos

⁶³ NORA TANNENHAUS cit. (n. 3) p 88

⁶⁴ WWW.MONOGRAFIAS.COM cit. (n. 4)

⁶⁵ NORA TANNENHAUS. cit. (n.3) p. 88

padres alimentan a un bebé cuando llora, incluso si lo hace porque se ha mojado o por alguna otra razón que no tienen nada que ver con la comida, así el bebé se acostumbra a ser alimentado en respuesta a cualquier sentimiento o acontecimiento doloroso, y este hábito persiste en la adultez.⁶⁶

- Utilizan la comida para consolarse. Ciertas comidas son “comidas de consuelo”, porque nos recuerdan épocas de la infancia, cuando todas nuestras necesidades eran satisfechas, nos cuidaban y el mundo era seguro. Los padres a menudo usan ciertas comidas para consolar a los niños en momentos de dolor, un helado después de la caída de un columpio, chocolate cuando el niño está enfermo en cama. Así las personas llegan a la adultez asociando ciertas comidas, y quizá el acto de comer en general, con un sentimiento de seguridad y protección.⁶⁷

- Están permanentemente a dieta y tienen frecuentes fluctuaciones de peso. La ingesta compulsiva a menudo es contraproducente, ya que anima a quien está a dieta a darse un atracón. Al igual que las personas que sufren de bulimia, que sólo pueden atracarse y ayunar, nunca comen de manera normal. La mujer que se somete a dieta constantemente puede desarrollar un problema similar en menor grado: puede seguir la dieta durante un tiempo, luego come todo lo que quiere, no un verdadero atracón, pero sí succulentos platos, incluso si no tiene hambre, y luego se pone de nuevo a dieta. En el fondo muchas personas simplemente no han aprendido a comer con moderación.⁶⁸

Las personas con ingesta compulsiva no son necesariamente obesas, pueden tener un peso normal e incluso ser delgadas. Todas las personas que realizan esta conducta comparten la característica de falta de autoestima. Para algunos este comportamiento puede parecer menos grave que la anorexia y la bulimia, pero los resultados de esta

⁶⁶ NORA TANNENHAUS. cit. (n.3), p. 89

⁶⁷ WWW.MONOGRAFIAS.COM cit. (n.4)

⁶⁸ NORA TANNENHAUS. cit. (n.3) p. 92

conducta pueden ser tan difíciles o dolorosos como los que sufren quienes padecen de anorexia o bulimia.

Un caso real: la Historia de Margie.⁶⁹

Pienso que todavía hay una parte de mí que cree que cualquier problema se puede mejorar al menos en parte con un banana split –dice Margie, una mujer rolliza de 35 años- He sido gordinflona toda mi vida, he probado todas las dietas y me fue bien con alguna, he perdido entre 18 y 22 Kilos, pero siempre los he recuperado.

Procedo de una familia de gordos, en la escuela solían mofarse de mí, lo que siempre odie. Me sentía desdichada. Cuando era más joven a veces comenzaba una dieta, pero ello duraba hasta que me encaprichaba con una comida prohibida y se evaporaba mi fuerza de voluntad.

Cuando estaba en el último curso del Instituto, me enamoré perdidamente de mi profesor de arte, de hecho la mayoría de mis compañeras también, porque era muy guapo. Había muchas chicas bonitas que iban detrás de él todo el tiempo. Yo me sentía la chica gorda y horrible de la clase, y era demasiado tímida para hablarle, aunque me habría encantado que se fijara en mí.

Un día, estaba realmente enojada conmigo por algo, no recuerdo qué, la clase de arte fue la última ese día y recuerdo que mientras iba a casa pensaba en lo guapo que era mi profesor y lo estúpida que era yo por haberme enamorado de él. Al llegar a casa fui a la cocina y saqué medio litro de helado del congelador. Mientras lo servía en un plato pensé “Adelante, conviértete en una criatura realmente horrible, así el profesor nunca se fijará en ti”.

⁶⁹ Este testimonio es un resumen de la historia recogida por NORA TANNENHAUS en su libro Anorexia y bulimia. pp. 31-33.

En ese mismo instante comprendí lo que hacía: utilizaba la comida o mi peso como una forma de ocultarme, no sabía porqué, pero comiendo compulsivamente y engordando no tenía que salir y competir con las demás chicas.

Estaba estupefacta. Dejé la cuchara y pensé en la intuición que había tenido un segundo antes. Y entonces cogí de nuevo la cuchara y empecé a comer. Por muy brillante que haya sido mi intuición no impidió que me atiborrara de helado.

Supongo que simplemente me encanta comer. Ahora ni siquiera estoy segura de cuando tengo hambre. Si el reloj marca las seis digo “Bueno, hora de cenar”. Pienso en comida todo el tiempo. Si sé que hay helado, galletas o bombones, no puedo dejarlos hasta que los acabo. Si me sucede algo importante como para celebrarlo, si ocurre algo horrible, como para consolarme. La única forma en que podría alejarme de las comidas que engordan es someterme a una dieta estricta y renunciar por completo a las cosas que me gustan, no puedo dejar de pensar en bombones, dulces, chocolates. Además pienso más en esas cosas cuando no las como...

Odio como soy. Quiero ser delgada. Me resulta gracioso estar hablando de estas cosas y estoy impaciente por llegar a casa a comer.

Este testimonio refleja de forma muy clara el cómo una persona puede obsesionarse de tal modo con la comida que llega a vivir para comer, no obstante reconocer su problema, manifiesta una gran falta de voluntad para superarlo y se esconde en la comida para tener una excusa para aislarse socialmente.

4. Trastorno de la conducta alimentaria de la infancia

Estos trastornos están circunscritos a la infancia y la niñez y tienen su origen en privaciones afectivas y de estimulación, siendo muy frecuentes en niños acogidos en instituciones públicas, niños maltratados (abuso o negligencia física o psicológica) y niños que presentan retraso mental y deformaciones.

El DSM IV se refiere a ellos y establece sus criterios diagnósticos:

- a) Pica
- b) Trastorno por rumiación
- c) Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

a) Pica

La Pica es el apetito por sustancias no comestibles (ej: carbón, tierra, tiza) o un apetito anormal por algunos productos comestibles que se consideran ingredientes para comida (harina, papas crudas, almidón). Para que estos antojos se consideren pica, deben persistir por más de un mes, y a una edad en la que el comer mugre y otras sustancias extrañas no se considere parte del proceso del desarrollo humano, ya que sabemos que a edades determinadas todos los niños comen cosas que no son necesariamente alimento.

Esta enfermedad puede presentarse también en adultos, las personas con este raro trastorno consumen sustancias no nutritivas y que incluso pueden resultar sumamente peligrosas como pintura, insectos, incluso excrementos de animales. Es poco lo que se sabe acerca del desarrollo o tratamiento de la pica, excepto que es más frecuente entre los niños.

El nombre de la enfermedad proviene del vocablo latín que quiere decir Urraca, un pájaro conocido porque come casi cualquier cosa.

La pica o alotrofagia, afecta a gente de todas las edades y es particularmente más frecuente en mujeres embarazadas y niños, especialmente aquéllos que padecen desnutrición. Es mucho más común en países subdesarrollados y áreas rurales que en otros lugares. En formas extremas, la pica se considera un trastorno médico. Las mujeres embarazadas algunas veces tienen ansiedad por ingerir sustancias arenosas como tierra o harina. Algunos teorizan que estas mujeres pueden estar ansiando minerales necesarios para su cuerpo, pero es necesario más estudio e investigación sobre este tema.

La Pica en niños, aunque común, puede ser peligrosa. El comer yeso de pintura, por ejemplo, que contiene plomo, puede ocasionar daño al cerebro por envenenamiento por plomo. Además del envenenamiento, hay un riesgo mucho más grave de obstrucciones gastrointestinales o roturas en el estómago. Esto también es aplicable a los animales.

A continuación algunos ejemplos de los nombres que reciben estas anomalías alimenticias

- Acufagia: ingestión de objetos agudos
- Coprofagia: ingestión de excrementos
- Geofagia: ingestión de tierra
- Litofagia: ingestión de piedras
- Tricofagia: ingestión de cabello o lana
- Xilofagia: ingestión de madera

El DSM IV establece como criterios diagnósticos de esta enfermedad:

- Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos 1 mes.
- La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.
- La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.
- Si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia) es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

b) Trastorno por rumiación o mericismo

El mericismo o rumiación es la regurgitación repetitiva (reflujo de alimento desde el estómago a la boca) y la remasticación de los alimentos. No existe perturbación, náuseas ni desagrado asociado con la regurgitación y aparentemente al bebe le gusta.

El mericismo generalmente se inicia después de los 3 meses de edad. Se presenta en bebés y es raro en niños y adolescentes. La causa de este trastorno a menudo se desconoce, aunque se le ha asociado con ciertos problemas como falta de estimulación del bebé, rechazo y situaciones familiares de mucho estrés.⁷⁰

Los síntomas de este trastorno son:

- Regurgitación repetitiva de los alimentos
- Remasticación repetitiva de los alimentos

En algunos casos, el mericismo desaparece de manera espontánea y el niño vuelve a comer normalmente sin necesidad de tratamiento, pero en otros casos, se requiere tratamiento médico.

Las complicaciones del mericismo pueden ser desnutrición, baja resistencia a la enfermedad y retraso en el desarrollo.

c) Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez o negativismo infantil a comer.

Esta anomalía según el DSM IV, consiste en la alteración de la alimentación que se demuestra en problemas para comer adecuadamente, es decir, rechazo del alimento, acompañada de dificultad para aumentar de peso o con pérdida significativa de peso.

⁷⁰ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus%20> (9 de Abril de 2007)

La alteración o negativa a alimentarse del menor de edad no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada, es decir deben descartarse otro tipo de problemas médicos que pudieran provocar que el niño rechace la alimentación.

El último criterio diagnóstico que proporciona el DSM IV es que el trastorno no se explica por la presencia de otro trastorno mental o por la no disponibilidad de alimentos, asimismo, el inicio del rechazo a la correcta alimentación debe ser anterior a los 6 años de edad, para que se clasifique dentro de los trastornos de la ingesta en la infancia.

d. Tratamiento de los trastornos de la alimentación

Este trabajo no pretende ser un manual de Psicología, por ello sólo haré mención a los objetivos de los tratamientos que se dan a estos pacientes a fin de tratar que alcancen la normalidad respecto a su relación trastocada con los alimentos.

El tratamiento de estas enfermedades es complejo, por la infinidad de factores que involucran los mismos, y sus resultados no serán siempre los mismos.

El éxito de las terapias depende de la personalidad de la paciente y su deseo de cambio, la duración de su trastorno, edad a la cual comenzó la enfermedad, historial familiar, nivel de habilidades sociales y vocacionales y la concurrencia de otros trastornos del estado de ánimo, como la depresión.

Es importante destacar que no existe una cura milagrosa para estas enfermedades, ya que ellas implican problemas contra los cuales los pacientes han luchado y seguirán luchando durante la mayor parte de sus vidas, pero existen muchos buenos programas de tratamiento que ayudarán a la persona a reforzar su autoestima y enseñarán a las participantes como enfrentarse a sus problemas sin incurrir en conductas autodestructivas. También para las personas que lo necesitan es necesario que existan programas que las ayuden a recuperar su salud (en pacientes con altos índices de desnutrición) y sus fuerzas físicas.

En general puede decirse que los objetivos de la terapia (que es tanto Psicológica, como farmacológica en algunos casos) son:

1. Mitigar los síntomas físicos peligrosos o que representen una amenaza para su vida.
2. Enseñar a los pacientes a comer nuevamente de forma normal, a cambiar los pensamientos autodestructivos en relación con el comer, el peso y la comida.
3. Buscar en cada persona los orígenes de los pensamientos destructivos en relación con el comer y todo lo relacionado a ello, para tratar de cambiarlos.

Las opciones de tratamiento son muy variadas y el optar por una dependerá de la situación concreta de él o la paciente, entre ellas se cuenta la psicoterapia individual o grupal, la terapia familiar, terapia nutricional, acompañada también de fármacos en algunos casos.⁷¹

Otro de los objetivos importantes en el tratamiento, específicamente en el caso de la anorexia, es la recuperación del peso. Las metas de aumento de peso deben ser fijadas estrictamente por profesionales de la salud. Los pacientes con una severa malnutrición deben comenzar con una ingesta de calorías no muy elevada (alrededor de 1.500 calorías), para reducir las posibilidades de molestias estomacales, inflamación y retención de líquidos e insuficiencia cardíaca. Con el tiempo al paciente se le da una dieta que incluye 3.500 o más calorías para acelerar la recuperación del peso normal.⁷²

Las investigaciones médicas han reportado que en algunos casos la dieta severa puede causar que el metabolismo se adapte a la malnutrición y resista los efectos de la sobrealimentación, de tal forma que algunos pacientes tienen dificultades para aumentar de peso, aunque estén siendo alimentados adecuadamente.

⁷¹ WWW.MONOGRAFIAS.COM cit. (n.3)

⁷² *Ibíd.*

Capítulo 2.

El Derecho Canónico y La Nulidad de Matrimonio Por Causas De Naturaleza Psíquica

El matrimonio es una realidad que surge conjuntamente con la creación del hombre mismo, es algo que supera al derecho, una realidad natural.

La institución matrimonial ha sido tratada desde antiguo, tanto por las legislaciones civiles como por la legislación eclesiástica, las que toman esta realidad, la reconocen y regulan en su forma y contenido, para proporcionarle ciertos efectos.

El derecho matrimonial, tanto el eclesiástico como el civil, se asientan en el supuesto de que el matrimonio se basa en la naturaleza misma del hombre y que responde a sus exigencias naturales.⁷³

El CIC regula los requisitos necesarios para la validez del matrimonio canónico. En este capítulo examinaremos someramente los requisitos exigidos por la legislación eclesiástica para la validez del matrimonio, nos detendremos con más detalle en las causales de naturaleza psíquica que pueden invalidarlo y examinaremos los efectos jurídicos que puede producir el que una persona padezca de un trastorno de la conducta alimentaria al momento de manifestar el consentimiento matrimonial.

⁷³ CORSINO ALVAREZ-CORTINA, Andrés; FRANCESCHI, Héctor y otros. *Manual de Derecho Matrimonial canónico*. (Madrid, 2002), p. 24.

a. El matrimonio en el Derecho canónico

1. Concepto y elementos del matrimonio canónico

El CIC nos entrega un concepto de matrimonio en el canon 1.055 § 1:

1. La alianza matrimonial, por la que el varón y la mujer constituyen entre sí un consorcio de toda la vida, ordenado por su misma índole natural al bien de los cónyuges y a la generación y educación de la prole, fue elevada por Cristo Señor a la dignidad de sacramento entre bautizados.

2. Por tanto, entre bautizados, no puede haber contrato matrimonial válido que no sea por eso mismo sacramento.

De este canon podemos extraer las características del matrimonio:⁷⁴

1. Es un vínculo monogámico
2. Heterosexual
3. Fuente de derechos y obligaciones
4. Su fundamento es el consentimiento
5. Requiere que las partes entiendan y quieran de forma concreta las obligaciones que adquieren.
6. El vínculo matrimonial dura por toda la vida de quienes lo contraen, salvo excepcionales casos de disolución.
7. Sus finalidades son la ayuda mutua y la procreación.

Esta definición contiene los elementos estructurales del matrimonio, que son:⁷⁵

⁷⁴ CORSINO ALVAREZ-CORTINA, Andrés, cit. (n. 72), p. 39.

- a) Sujetos;
- b) Consentimiento;
- c) Objeto del consentimiento;
- d) Causa jurídica;
- e) Sacramentalidad.

a) Sujetos. Un hombre y una mujer que:

1. Deben ser capaces de consentir, poseer una discreción de juicio proporcionada al objeto del matrimonio, se exige un desarrollo psíquico suficiente para conocer, entender y querer los elementos esenciales del matrimonio.
2. El sujeto debe obrar al momento de contraer matrimonio con libertad, tanto interna como externa, por lo tanto, su voluntad debe estar exenta de vicios internos y externos.

b) Consentimiento. Para que surja el vínculo debe existir siempre consentimiento, sin él, no puede hablarse de matrimonio.

El vicio, la ausencia o un defecto en el consentimiento hacen que el matrimonio sea nulo, sin ser subsanable con posterioridad.

El consentimiento debe ser orientado al matrimonio, requiere que los contrayentes quieran realmente el matrimonio, con todos sus elementos y propiedades esenciales. Si falta el consentimiento respecto de alguno de ellos el matrimonio de igual forma será nulo.

Los requisitos del consentimiento para que el matrimonio sea válido son:

1. Que sea bilateral y recíproco, debe existir un encuentro de voluntades entre los cónyuges.

⁷⁵ *Ibíd*, pp. 40-45.

2. Que sea conforme al derecho natural, de acuerdo con lo que define la institución matrimonial misma.⁷⁶

c) Objeto del consentimiento. La mayoría de la doctrina canónica señala que puede afirmarse que el objeto del consentimiento matrimonial es el *consortium totius vitae*, es decir, la comunidad de toda la vida, que incluye las propiedades esenciales del matrimonio, de ser una comunidad de vida total y perpetua, ordenada a la ayuda mutua y la procreación, lo que se traduce en una serie de derechos y obligaciones.

La delimitación del objeto del consentimiento tiene importantes consecuencias jurídicas que pueden llegar a afectar la validez del matrimonio, dado que si alguno de los contrayentes no es capaz de entender o querer lo que constituye el objeto del consentimiento, lo excluyen de forma total o parcial o no son capaces de asumirlo el matrimonio resultará nulo.

d) Causa jurídica. Simplificando podemos decir que la causa jurídica del matrimonio es la mutua entrega y aceptación de la persona, ordenada a la mutua ayuda y la procreación.

e) Sacramentalidad. El canon 1.055 § 1 señala que el matrimonio es sacramento si se celebra entre personas bautizadas.

La exclusión de la sacramentalidad conlleva la nulidad del matrimonio.

2. Matrimonio *in fieri* y matrimonio *in facto esse*

En el matrimonio debemos distinguir dos situaciones distintas que, si bien son las dos caras de la misma moneda, ocurren en momentos temporales sucesivos; así, hablamos de:

a) Matrimonio *in fieri*: el pacto conyugal, lo que los contrayentes realizan en la celebración. Este pacto, canónicamente, es a su vez sacramento. Este momento es

⁷⁶ CORSINO ALVAREZ-CORTINA, Andrés, cit. (n. 72), p. 42.

importante a efectos de determinar las posibles causas de nulidad que pueden afectar al matrimonio, ya que la causal de nulidad debe existir al tiempo de la celebración del matrimonio.

b) Matrimonio *in facto esse*: es la vida conyugal que surge a partir de la celebración, los problemas que surjan en esta etapa del matrimonio no afectaran la validez de la unión conyugal, por ello no será posible esgrimir circunstancias que surjan con posterioridad a la expresión del consentimiento, o sea del matrimonio *in fieri*, para invocar la nulidad del matrimonio, como veremos más adelante, el simple fracaso de la vida conyugal jamás será un motivo para impetrar la nulidad de matrimonio, haciendo la salvedad, de que si, al momento de contraer matrimonio, existe un germen de aquella anomalía o trastorno que a futuro pueda hacer imposible la vida conyugal, el matrimonio puede invalidarse, pero el fundamento no será el fracaso de la vida matrimonial, sino que aquella enfermedad o trastorno psíquico que se manifestó en el transcurso del matrimonio *in facto esse*, pero que estaba ya presente al tiempo de contraer el vínculo.

b. Las causas que anulan el matrimonio canónico

Realizaremos en este punto un esquema muy sencillo de las causas que anulan el matrimonio canónico, para hacer este examen debemos analizar cuales son las condiciones para que un matrimonio sea celebrado válidamente. Estos son:

1. Debe haber sido realizado en forma válida.
2. Los contrayentes deben ser personas hábiles.
3. Las personas que lo celebran deben ser capaces de prestar consentimiento.

Ello nos lleva a concluir que las causales de de nulidad matrimonial en materia canónica son:

1. El defecto de forma.
2. La existencia de impedimentos.

3. La incapacidad para consentir.

4. Un vicio en el consentimiento.

Cada una de estas tres causas generales se divide también en varios tipos. La terminología canónica habla de *caput nullitatis*, o capítulo de nulidad, para referirse a cada motivo de nulidad.

Pasaremos a examinar a continuación los puntos que interesan a efectos de nuestro estudio.

La incapacidad para consentir

Nos referimos en este punto a ciertas circunstancias que, existiendo en la persona al momento de contraer matrimonio, hacen que el vínculo adolezca de nulidad, estas están regulados en el CIC, más específicamente en el canon 1.095, y consisten en:

1. El carecer de suficiente uso de razón. Canon 1095, 1°.

2. Padecer de un grave defecto de discreción de juicio. Canon 1095, 2°.

3. Que uno o ambos contrayentes sean incapaces de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica (*incapacitas assumendi*). Canon 1095, 3°.

Nuestro estudio se centrará de ahora en adelante en el examen del canon 1095, y más precisamente en las causales 2° y 3°.

c. La capacidad para contraer matrimonio y los defectos del consentimiento

1. La capacidad para contraer matrimonio

A este respecto cabe señalar que al consultar la literatura jurídico canónica puede notarse fácilmente que el tema abordado con mayor extensión no es precisamente la

capacidad matrimonial, sino más bien las incapacidades para contraer matrimonio, que acarrearán la nulidad de matrimonio.

Para comenzar a abordar este tema, podemos decir que toda la persona, por el hecho de serlo, es titular del *ius connubii*, o sea tiene derecho a contraer matrimonio. Este derecho está reconocido positivamente en la legislación canónica en el c. 1.058.

Tenemos entonces que el *ius connubii* es un derecho universal, perpetuo, irrenunciable y que poseen todas las personas, sin embargo, su ejercicio puede ser limitado por el derecho, puesto que aunque todas las personas tienen capacidad para el matrimonio, no todas las personas tienen capacidad de obrar, dado que ella puede estar limitada por la existencia de ciertas circunstancias que impiden que el individuo se encuentre en situación de expresar una voluntad capaz de producir plenos efectos jurídicos. Una de las limitaciones a esta capacidad de actuar está conformada por los impedimentos matrimoniales a los cuales se ha hecho ya una somera referencia.

La otra limitación está dada en ciertas personas, que no obstante no estar afectadas por un impedimento, sí están afectadas al momento de prestar el consentimiento matrimonial por ciertas circunstancias, que pueden ser externas (como ocurre en el caso de la fuerza, el dolo o el error) o internas (tal es el caso de las anomalías psíquicas y la falta de discreción de juicio), que hacen que ellas no puedan manifestar un consentimiento que sea válido para la formación del vínculo matrimonial, son ellos los que ahora nos pasaran a ocupar.

2. El consentimiento matrimonial

En sentido jurídico amplio el consentimiento es el “encuentro de voluntades”, en lo referido al matrimonio el consentimiento puede definirse, según Federico Aznar Gil⁷⁷

⁷⁷ AZNAR GIL, Federico, *Derecho Matrimonial Canónico*. Tomo 2. (Salamanca 2001-2003), pp. 18-19.

como “El encuentro de las voluntades de un hombre y una mujer en orden a la constitución del estado conyugal”.

El C. 1057 del CIC nos da una descripción más completa del acto del consentimiento, al disponer:

1. El matrimonio lo produce el consentimiento de las partes legítimamente manifestado entre personas jurídicamente hábiles, consentimiento que ningún poder humano puede suplir.

2. El consentimiento matrimonial es el acto de la voluntad, por el cual el varón y la mujer se entregan y aceptan mutuamente en alianza irrevocable para constituir el matrimonio.

De esta norma canónica podemos claramente extraer que es el consentimiento de los cónyuges el que hace “nacer” el vínculo matrimonial, es la base donde se fundamenta la institución matrimonial que contempla el ordenamiento canónico. Mediante el consentimiento ambos contrayentes conscientes y libres eligen y aceptan el matrimonio. Esta certeza ha estado en la base de todo el pensamiento eclesial sobre el matrimonio y en la práctica de la jurisprudencia canónica a la hora de juzgar la validez o nulidad de un matrimonio concreto.⁷⁸

El consentimiento, es el elemento creador del matrimonio, pero este solo consentimiento no es suficiente para hacer nacer el matrimonio, debe ir acompañado tanto de la capacidad de las partes, como de una determinada forma en su manifestación.

El consentimiento tiene el valor de ser constitutivo del matrimonio, porque es el acto jurídico creador del mismo y por ello absolutamente necesario para que exista el matrimonio. Ello deriva de que el matrimonio *in fieri*, que es causa del matrimonio *in facto esse*, tiene un carácter contractual y su realización consiste en la concordancia de

⁷⁸ PEÑA GARCIA, Carmen. *El matrimonio*. (Madrid, 2004), p. 178.

las voluntades de los contrayentes. Como factor constituyente del matrimonio, este consentimiento es una afirmación constante en la Iglesia Católica que ha sido reafirmada por el Concilio Vaticano II y el Magisterio de los últimos Pontífices, se ha reconocido que el consentimiento es el principio y base de la disciplina canónica matrimonial, recogida de la reflexión jurídica romana del matrimonio. Este principio ha sido también recogido por la inmensa mayoría de las legislaciones civiles.

Al ser el consentimiento un acto de voluntad, es un acto humano que procede de la inteligencia y del querer, que es especificado y determinado por el objeto sobre el cual versa, por tanto este acto de la voluntad no será consentimiento matrimonial si no tiende a la producción del matrimonio,⁷⁹ es esta motivación específica el elemento diferenciador del consentimiento matrimonial a la expresión de voluntad con otros fines.

Debemos centrarnos ahora en los requisitos exigidos para que la persona pueda realizar el acto del consentimiento matrimonial.

El consentimiento debe ser un acto individual, propio de quien desea casarse y emitido por el mismo o por una persona con una delegación debidamente acreditada. Asimismo es un acto único, lo que no impide que su emisión se realice en el contexto de una celebración o de una serie de actos, existe la necesidad jurídica de tener la certeza del momento en que comienza a existir el matrimonio, como cualquier otro acto que produzca efectos jurídicos, por ello se exige que haya un momento o acto determinante en ese sentido.

El consentimiento debe también poseer las características generales de cualquier acto jurídico, el canon 124 establece que “para que un acto jurídico sea válido, se requiere que haya sido realizado por una persona capaz”, se exige para ello que sea un acto voluntario, que proceda de una persona humana en cuanto tal o de su libre voluntad, sólo los actos voluntarios son propiamente actos jurídicos, al ser acciones específicas de la persona humana en cuanto tal.

⁷⁹ AZNAR GIL, Federico, cit. (n. 76), p. 31.

3. La incapacidad para prestar el consentimiento matrimonial

Al ser el consentimiento un acto de voluntad humana, lleva implícita una exigencia de determinada capacidad psíquica de la persona, para que ella sea capaz de hacerse dueña y señora de ese acto de voluntad.⁸⁰

El cn. 1.095, que abre el capítulo del código dedicado a los defectos del consentimiento matrimonial, contempla distintos supuestos de inexistencia del mismo, por una falta de capacidad de la persona para otorgar el acto psicológico del consentimiento.

Por siglos, la ciencia canónica siguió el pensamiento de Santo Tomás respecto a la formación del consentimiento, el que tomaba como punto de vista una visión horizontal y estratificada del psiquismo humano, que se dividiría en vida vegetativa-sensitiva-intelectual, de tal modo que, aún habiendo relación e interacción entre los tres planos, el intelectual tendría el dominio respecto a los inferiores.⁸¹

A mediados de este siglo la jurisprudencia eclesiástica comenzó a considerar los datos de la psiquiatría y la psicología moderna respecto al proceso de formación del acto humano, las cuales insisten en la unidad del ser humano, así todas nuestras acciones serían fruto de un Yo constituido por el entendimiento, la voluntad y también la afectividad, el consciente y el subconsciente, los sentidos, los instintos, las reacciones psicosomáticas, todo lo cual descansa en un complejo sistema neuro-biológico. Así la ciencia canónica acoge y valora los aportes de las ciencias modernas, dado que le permiten un mejor conocimiento del hombre y sus procesos psíquicos y volitivos, lo que tiene fundamental importancia en el campo del consentimiento matrimonial.

El cn. 1.095 profundiza en las dimensiones del consentimiento y exige la capacidad de constituir existencialmente, en el desarrollo del matrimonio mismo (*matrimonio in facto esse*), el consorcio de toda la vida en que consiste el matrimonio.

⁸⁰ PEÑA GARCIA, Carmen, cit. (n. 77), p. 177.

⁸¹ *Ibíd*, p. 179.

Considerando el proceso de formación del acto de voluntad consensual y el objeto del consentimiento, el cn. 1.095 sistematiza en tres causales distintas, correlativos a las tradicionales facultades humanas de entender-querer-obrar, la posible incapacidad del sujeto para emitir el acto del consentimiento matrimonial.

d. La incapacidad consensual y el canon 1.095

El canon 1095 del CIC tipifica tres figuras distintas, como incapacidades de la persona para consentir en el matrimonio y no como impedimentos matrimoniales, ya hemos visto que los impedimentos son leyes inhabilitantes y configuran la capacidad jurídica, a diferencia de ellos el canon 1095 se sitúa en el campo de la capacidad natural, es decir, el conjunto de condiciones que son requisitos previos, no por decisión del legislador, sino por la propia naturaleza del acto jurídico que se pretende celebrar. Podemos decir que las personas afectadas por los supuestos comprendidos dentro del canon 1095 están incapacitadas para emitir un consentimiento naturalmente válido, mientras quienes son afectados por un impedimento, no están incapacitados para prestar consentimiento matrimonial, sino que son jurídicamente inhábiles para ejercer el *ius connubii*.

La incapacidad descrita en el canon 1095 se desglosa en tres figuras o hipótesis de incapacidad que, generalmente (no siempre), tienen su origen en un desorden o trastorno psicológico. Cada figura es distinta y por tanto constituye un capítulo autónomo de nulidad matrimonial, pero están estrechamente vinculadas.

Las tres hipótesis del canon 1095 son carencias o defectos que por si solos incapacitan el consentimiento matrimonial, porque alteran la capacidad natural de la persona que al estar afectada por alguna de ellas no se encuentra capacitada para otorgar el consentimiento matrimonial, porque ven alterada su capacidad natural, una persona en estas condiciones no esta capacitada para instaurar el consorcio de toda la vida. Lo común de estos tres supuestos es el origen en la *psiquis*, no en elementos ajenos a la mente humana, partiendo de esta unidad, formalmente cada una de las hipótesis descritas en la norma es distinta, teniendo su propia especificidad y autonomía.

Pasaremos ahora a examinar los supuestos de incapacidad contemplados en el canon 1095 del CIC, deteniéndonos más en los que podrían ser invocados en el caso de que una persona exprese el consentimiento matrimonial, mientras es afectado por un trastorno de la alimentación.

1. El carecer de suficiente uso de razón

El carecer de suficiente uso de razón es el primer criterio de la incapacidad considerado por el cn. 1.095. Señala “*Son incapaces de contraer matrimonio: 1º Quienes carecen de suficiente uso de razón*”

Podemos decir que para que exista consentimiento matrimonial como acto humano, el sujeto que celebra el matrimonio debe tener suficiente voluntad libre y entendimiento para poder realizar un acto humano, es decir, racional y libre.⁸² Esta exigencia se sitúa en el plano de la inteligencia y es previa a la declaración de voluntad, pues nadie quiere lo que no conoce.⁸³

Por lo tanto, carece de uso de razón quien no tiene al momento de manifestar su consentimiento, por cualquier causa, un dominio de las facultades sensitivas, intelectivas y volitivas necesarias para que el acto se pueda calificar como “acto humano”.

El suficiente uso de razón en materia matrimonial, tanto la doctrina como la jurisprudencia canónica lo relacionan con la importancia del compromiso que se va a adquirir; por ello no es necesaria la absoluta privación de razón, sino basta que tenga el uso de razón suficiente en relación con el matrimonio. La doctrina y la jurisprudencia canónicas entienden que para contraer matrimonio, atendida la naturaleza y las

⁸² CORSINO ALVAREZ-CORTINA, Andrés, cit. (n. 72), pp. 139-140.

⁸³ SALINAS ARANEDA, Carlos. *La incapacidad matrimonial por causas psíquicas. Sentencias del Tribunal eclesiástico de Valparaíso*, (Valparaíso, 2005), p. 55.

consecuencias del mismo, se exige un mayor grado de uso de razón que para pecar mortalmente o celebrar otros contratos.⁸⁴

El insuficiente uso de razón puede ser total (amencia) o parcial (demencia) Puede también ser habitual, si es la consecuencia de una enfermedad, por ejemplo, de una oligofrenia, o actual, cuando nos encontramos ante una persona normal que en el preciso momento de consentir carece del suficiente uso de razón, ya sea por encontrarse, por ejemplo, bajo los efectos del alcohol o de alguna droga, vemos entonces que la razón es indiferente, pues es importante que la persona al consentir, tenga suficiente uso de razón.

Aquí aparece el problema de los intervalos lúcidos, o sea periodos en los que el enfermo que padece una enfermedad psíquica, parece recuperar transitoriamente el uso de sus facultades mentales. A la dictación de la Ley de matrimonio civil, en el Derecho canónico era aceptada la validez de estos matrimonios, pero se encomendaba a los párrocos disuadir la celebración de estos matrimonios, puesto que las obligaciones no se podrían cumplir en la forma debida, si a pesar de ello existía insistencia del enfermo debía consultar al Obispo.⁸⁵

Actualmente en la doctrina existen fuertes recelos a estos intervalos, llegando a negarse su existencia, pues estaríamos solo en presencia de remisiones de la enfermedad, pero la misma seguiría siempre latente.

Cualquiera sea la posición adoptada será siempre necesario probar que el contrayente carecía del suficiente uso de razón.⁸⁶

Existe también en este punto otra situación digna de mencionarse, cual es la situación del débil mental, o sea quien padece una enfermedad mental sin la gravedad suficiente

⁸⁴ *Ibíd.*

⁸⁵ SALINAS ARANEDA, Carlos, cit. (n. 82), pp.56.

⁸⁶ *Ibíd.*

para privarle del uso de razón para consentir. Esta persona tiene suficiente uso de razón para contraer matrimonio, puesto que su enfermedad solo altera, disminuye o debilita su capacidad, sin eliminarla completamente. Bajo la vigencia del anterior Código de Derecho canónico, la Rota Romana entendió que esta debilidad no excluía la capacidad para consentir, pero en la actualidad el elemento intelectual no es el único al momento de precisar la capacidad de consentir en matrimonio, en el Código de Derecho Canónico del Año 80 la debilidad mental puede proyectarse en un doble sentido como causa de nulidad:

1. Como estadio en la evolución de una amencia habitual, en este caso su gravedad sería la correspondiente a la amencia y nos encontraríamos ante la hipótesis de esta norma.
2. Como un supuesto de la falta de la debida discreción de juicio, en este caso se situará en la norma del canon 1095 N° 2.⁸⁷

2. El grave defecto de discreción de juicio

Este capítulo nos ocupara de forma más exhaustiva, dado que analizaremos qué es la discreción de juicio para la doctrina canónica, para determinar posteriormente si es posible que un trastorno alimenticio produzca un defecto de discreción de juicio que conlleve una nulidad de matrimonio.

El actual concepto genérico de discreción de juicio matrimonial es reciente. La denominada “teoría de impulso irresistible”, antecesora de este supuesto de incapacidad, no fue aceptada fácilmente por la jurisprudencia y doctrina canónica, y aunque alguna sentencia aislada parecía abrirse a la posibilidad de que podían existir trastornos psíquicos que afectasen principalmente a las facultades volitivas y dejarasen más o menos intacto el intelecto, mayoritariamente, sin embargo, solo se aceptaban los trastornos que afectaban directamente a la denominada facultad superior, al intelecto, considerando además que la voluntad era una facultad “ciega”, sin autonomía propia, y que seguía

⁸⁷ SALINAS ARANEDA, Carlos, cit. (n. 82), pp.56.

necesariamente al intelecto en sus operaciones. En definitiva no se aceptaba la existencia de trastornos psíquicos que, no interesando directamente al uso de razón o intelecto, sólo inhibiesen la voluntad.⁸⁸

Es a partir de 1940 cuando se inicia el desarrollo novedoso del actual defecto de discreción de juicio, entendido como un capítulo de nulidad autónomo y distinto de los tradicionales conceptos de la amencia y la demencia y configurándose especialmente en torno a un defecto de la voluntad más que del intelecto. En la práctica ello supuso aceptar que existían trastornos psíquicos que, sin afectar el intelecto o uso de razón de forma grave, inhabilitan principalmente la capacidad de “estimar” o de “valorar” qué es y comporta el matrimonio, y no sólo la de conocerlo.⁸⁹

La causal 2º del canon 1.095 del CIC dispone que; son incapaces de contraer matrimonio:

“Quienes tienen un grave defecto de discreción de juicio acerca de los derechos y deberes esenciales del matrimonio que mutuamente se han de dar y aceptar”

Esta disposición, configura el defecto de discreción de juicio como un supuesto de incapacidad distinta de la carencia del suficiente uso de razón, recordando que, para expresar un consentimiento matrimonial válido es necesario tener la suficiente capacidad crítica para emitir un juicio acerca del paso que se va a dar, para elegir lo que previamente se ha juzgado como bueno y deseable, es decir, es necesaria una discreción de juicio proporcionada al contrato que se va a celebrar, que permita entender la naturaleza y propiedades esenciales del matrimonio, lo que se exige por la entidad misma del acto que se va a celebrar y sus consecuencias en la vida de quienes intervienen en él, pues debemos recordar siempre la indisolubilidad del vínculo.

⁸⁸ AZNAR GIL, Federico, cit. (n. 76), p. 61.

⁸⁹ *Ibíd*, p. 62.

Para casarse válidamente no basta tener un uso de razón suficiente para entender lo que se está haciendo. Es muy importante y un requisito exigido por la legislación canónica, el tener al menos la suficiente capacidad crítica para emitir un juicio acerca del paso que se dará, de forma que la voluntad quiera aquello que previamente ha sido juzgado como bueno y deseable para el sujeto.

Es necesario para casarse una discreción de juicio proporcionada al contrato que se va a celebrar, que hace referencia a la capacidad de comprender y valorar suficientemente qué significa ese matrimonio con esta persona determinada que se va a contraer.⁹⁰ Lo que se conoce del matrimonio, debe proyectarse a la vida personal y concreta de quien tiene que expresar el consentimiento matrimonial. Debe proyectar los aspectos positivos y negativos de ese matrimonio en concreto a su propia vida personal, ver si está dispuesto a asumírselos, con las consecuencias concretas que acarrearán en su vida personal, dejará de ser una persona soltera para pasar a compartirla para siempre con otras, su cónyuge y sus hijos. Se trata de un juicio práctico que conduce a una toma de decisión, un acto de voluntad.⁹¹

Para realizar este juicio práctico, supuesta ya la capacidad intelectual, se requiere psicológicamente de dos elementos que son determinantes para la validez del consentimiento:

1. Quien consiente ha de tener la capacidad suficiente para hacer este juicio práctico, y
2. Ha de tener libertad para tomar la decisión, libertad que se sitúa en el plano de la interioridad y que implica, por una parte, libertad para optar por el matrimonio y, por otra, libertad para elegir la persona del otro cónyuge.

⁹⁰ GARCÍA FAÍLDE, Juan José. *Trastornos psíquicos y nulidad de matrimonio*. (Salamanca, 1999), p.141.

⁹¹ SALINAS ARANEDA, Carlos, cit (n. 82), p. 59.

Podemos entonces decir que supuesto el conocimiento que se tiene del matrimonio (suficiente uso de razón), se personaliza y valora críticamente lo que el matrimonio va a suponer para la vida futura y, contando con la necesaria libertad interna, se toma la decisión de consentir en el matrimonio que se proyecta. Esta capacidad de juicio práctico y la necesaria libertad interna para tomar la decisión matrimonial, se conoce canónicamente como discreción de juicio.⁹²

Para valorar la existencia del grave defecto de discreción de juicio no debe tomarse en cuenta el nivel cultural o la formación intelectual, aunque ellos puedan ser orientadores para determinarla. La discreción a la que se refiere este canon se relaciona al desarrollo de la madurez del sujeto.

La jurisprudencia de la Rota Romana ha señalado que el matrimonio es una realidad alcanzable a las personas que carecen de formación cultural o de bajo nivel intelectual, pero que son capaces de discernir qué es el matrimonio y los derechos y deberes sustanciales que trae consigo su celebración.⁹³

La discreción de juicio se presume con la pubertad del sujeto, dado que nos encontramos con las mismas normas que rigen en materia de capacidad en nuestro derecho civil, la capacidad es la regla general, la incapacidad la excepción y por tanto debe ser probada.

La discreción de juicio debe ser proporcionada al objeto del consentimiento matrimonial, no se requiere una “plena” discreción de juicio, por tanto el defecto de la discreción de juicio no debe ser total, sino que debe ser grave de tal forma que suprima la proporcionalidad necesaria, lo que lleva a la nulidad del matrimonio.⁹⁴

⁹² SALINAS ARANEDA, Carlos, cit (n. 82), p. 59.

⁸⁷ CORSINO ALVAREZ-CORTINA, Andrés, cit. (n. 72), p. 142.

⁹⁴ GARCÍA FAÍLDE, Juan José, cit. (n. 80), p. 56.

No tienen la suficiente discreción de juicio quienes, aunque son capaces de entender y querer el matrimonio, no tienen la capacidad crítica suficiente respecto a los deberes y obligaciones esenciales del matrimonio, por tanto no son capaces de discernir, entender y querer el matrimonio concreto que pretenden contraer.

Para que el consentimiento sea ineficaz no basta el simple defecto de discreción de juicio, sino que es necesario que este defecto revista una cierta gravedad, en lo que se refiere a los derechos y obligaciones esenciales del matrimonio.

La gravedad del defecto no debe ser confundida con la madurez, a este respecto me parece de sumo interés lo que señala Andrés Corsino:

“La madurez plena para el matrimonio, con frecuencia se adquiere sólo después de muchos años de vida matrimonial, como fruto de un esfuerzo continuo por responder a las exigencias del estado asumido, por lo que sería incongruente exigir a quien se dispone a contraer matrimonio aquello que se adquiere con el tiempo.

Es más, puede afirmarse que hay una madurez propia de cada etapa del desarrollo de la vida matrimonial: una madurez de quien se dispone a unirse en matrimonio, una madurez del padre o madre primerizos, una madurez de los padres que deben enfrentar la educación de los hijos, etc. Exigir todo ello en el momento fundacional sería un contrasentido y una violación del *ius connubii*, además de ser una visión poco realista de la persona humana y del matrimonio.”⁹⁵

Junto a la madurez intelectual y afectiva, la discreción de juicio supone la madurez de la voluntad. La discreción de juicio supone la capacidad de juicio práctico, pero también la necesaria libertad interna para tomar la decisión. Esta libertad debe ser doble, por un lado la libertad de optar al matrimonio, y por otro, supuesto que se ha optado libremente por contraer matrimonio, debe tenerse la libertad suficiente para escoger con quien se

⁹⁵ CORSINO ALVAREZ-CORTINA, Andrés, cit. (n. 72), p. 145.

contraerá el vínculo. Estas decisiones pueden tomarse en momentos diversos de la vida de una persona.⁹⁶

En ciertas circunstancias las personas carecen de libertad interna para decidir sobre su matrimonio, de forma que carece de la discreción necesaria, actuando con su voluntad coartada en lo interno, se habla allí de falta de libertad interna, pues opera en el fuero interno del contrayente, sin que se produzca externamente fuerza sobre él. Cuando nos encontramos ante esto, se entiende que existe un grave defecto de discreción de juicio, la persona es incapaz de consentir y como consecuencia su matrimonio es nulo.⁹⁷

Podemos hacer un resumen y señalar que la discreción del juicio del canon 1095, 2º, conlleva los siguientes elementos:

1º El adecuado autoconocimiento y conocimiento del objeto del consentimiento, esto es, el matrimonio;

2º La evaluación crítica o juicio práctico, esto es sopesar y valorar los pros y los contras, del objeto y de la capacidad personal para entregar y aceptar los derechos y deberes esenciales del matrimonio;

3º La libre autodeterminación del objeto, esto es del y para el matrimonio en concreto.

Debe hacerse presente que, como ya se anticipó, el canon 1095 señala que el defecto de discreción de juicio para incapacitar al individuo debe revestir cierta gravedad. La gravedad del defecto de discreción de juicio no significa que la persona deba carecer de la misma, se excluyen los defectos leves, o sea aquellos que impiden tener una discreción de juicio perfecta y plena, puesto que no es ese el concepto canónico de la misma: la incapacidad grave a la que hacemos referencia en este punto, se verifica cuando uno o ambos contrayentes estén afectados por una grave carencia crítico-

⁹⁶ SALINAS ARANEDA, Carlos, cit. (n. 82), p. 61.

⁹⁷ *Ibíd.*

valorativa sobre el objeto del consentimiento, que es el matrimonio, por lo que esta incapacidad no puede producirse por cualquier laguna, ligereza o fragilidad psíquica.⁹⁸

Por otro lado, no es necesario que este defecto de discreción de juicio sea perpetuo, sino que basta que exista al tiempo de expresar el consentimiento matrimonial, ya que es en ese momento en el cual los contrayentes deben ser capaces de entregar y aceptar mutuamente los derechos y las obligaciones esenciales del matrimonio, ya que no nos encontramos ante un impedimento matrimonial, sino de un defecto del consentimiento.

3. La incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica

Este es un capítulo distinto y autónomo de incapacidad y usualmente invocado en los tribunales eclesiásticos, lo que ha originado reticencias y fuertes críticas de ciertos sectores.

Este capítulo ha sido desarrollado en el presente siglo y más precisamente en la década de los años 60, desarrollada por la Jurisprudencia de la Rota Romana y que fue sancionada legislativamente en el código de 1983. Sus orígenes se relacionan con ciertas desviaciones psicosexuales, que harían que quien las sufre no fuese capaz de asumir las obligaciones esenciales impuestas por el matrimonio. Esta causal se ubica en el plano del matrimonio *in facto esse*.⁹⁹

En los proyectos del código se señalaba expresamente que el origen de la incapacidad debía estar en causas psicosexuales, pero existen otros defectos de origen psíquico que, sin ser psicosexuales, producen el mismo efecto de incapacitar para cumplir con los deberes conyugales, es por ello que en la redacción final se prefirió una redacción más amplia de las “causas de naturaleza psíquica”, que pueden ser múltiples, a las anomalías

⁹⁸ AZNAR GIL, Federico, cit. (n. 76), p.72.

⁹⁹ SALINAS ARANEDA, Carlos, cit. (n. 82), p.111-112.

psicosexuales pueden añadirse las psicopatías, las sociopatías, la inmadurez psicológica, y, como veremos más adelante, los trastornos de la alimentación en ciertos casos graves.

Al hablar de la incapacidad para asumir los valores propios del matrimonio, el Papa Juan Pablo II en su Alocución de 1987 al Tribunal Apostólico de la Rota Romana decía: “Para el canonista debe quedar claro el principio de que sólo la incapacidad, y no ya la dificultad para prestar el consentimiento y para realizar una verdadera comunidad de vida y de amor, hace nulo el matrimonio. El fracaso de la unión conyugal, por otra parte, no es en sí mismo jamás una prueba para demostrar la incapacidad de los contrayentes, que pueden haber descuidado, o usado mal, los medios naturales y sobrenaturales a su disposición, o que pueden no haber aceptado las limitaciones inevitables y el peso de la vida conyugal, sea por un bloqueo de naturaleza inconsciente, sea por leves patologías que no afectan a la sustancial libertad humana, sea en fin por deficiencias de orden moral. La hipótesis sobre una verdadera incapacidad sólo puede existir en presencia de una seria anomalía que, se defina como se quiera definir, debe afectar sustancialmente a la capacidad del entendimiento y la voluntad del contrayente” (Juan Pablo II, *Discurso a la Rota Romana*, 5 de febrero de 1987).

Para Federico Aznar Gil¹⁰⁰ se puede hacer una distinción en la emisión del consentimiento, que parece ser de vital importancia para poder comprender las diferencias de los tres supuestos planteados por el canon 1095.

Para estos efectos, Aznar Gil distingue a la emisión del consentimiento matrimonial tres momentos claves:

1. La capacidad de entender o conocer el matrimonio.
2. La capacidad de percibir o valorar críticamente el matrimonio.
3. La capacidad de asumir y cumplir esos mismos compromisos matrimoniales.

¹⁰⁰ AZNAR GIL, Federico, cit. (n. 76), p. 86.

De ellos se pueden deducir los elementos conceptuales que configuran la norma de incapacidad del canon 1095, radicándose la tercera en la incapacidad del mismo contrayente de asumir el objeto del matrimonio o alguna de sus propiedades esenciales, por distintas causas que lo afectan en lo personal.

La incapacidad de que trata el canon 1095, 3º es distinta del mero incumplimiento de las obligaciones esenciales del matrimonio o de la simple dificultad de cumplirlas o del fracaso de un matrimonio concreto (como hizo notar Juan Pablo II en el discurso a la Rota Romana citado precedentemente), que pueden deberse a distintas causas.

Así señala el Profesor Carlos Salinas: “Cabe tener presente que se trata de una incapacidad para asumir y no de cumplir. Parecieran, en principio, términos alternativos, pero, en realidad, no lo son. En efecto, si bien una incapacidad de asumir conlleva la incapacidad de cumplir, no sucede lo mismo al revés, pues, habiendo existido la capacidad de asumir al momento del matrimonio, bien pudo haberse producido la incapacidad de cumplir con posterioridad. Con la expresión asumir el legislador canónico ha querido destacar la necesidad de que dicha capacidad existiera ya al momento de la prestación del consentimiento. De esta manera, no puede alegarse el incumplimiento posterior de dichas obligaciones como causa de nulidad si la incapacidad se produjo también con posterioridad.”¹⁰¹

La incapacidad debe ser actual al momento de contraer matrimonio, no puede aceptarse una incapacidad sobreviniente, si bien es cierto que es aceptable una incapacidad que se encuentre latente en la persona al tiempo de expresar el consentimiento. También se señala que la incapacidad debe ser originada por una causa psíquica.

La incapacidad debe referirse a las obligaciones esenciales del matrimonio, entre las que se incluyen las derivadas de la prole, o sea, de realizar el acto conyugal de modo natural y el deber de no atentar contra la prole y de educar a los hijos, como asimismo las obligaciones derivadas de la fidelidad, a ellas debe agregarse lo que deriva del bien de

¹⁰¹ SALINAS ARANEDA, Carlos, cit. (n. 82), p 113.

los cónyuges. Todas estas obligaciones revisten también la característica de ser exclusivas y excluyentes. Se excluirían las obligaciones que no sean esenciales.¹⁰²

A este respecto Juan José García Faílde¹⁰³ hace una distinción para señalar dos fuentes distintas de la incapacidad, la primera, proveniente de la incapacidad de realizar el acto psicológico humano necesario para contraer tal obligación, y la segunda, proveniente de la incapacidad de cumplir la obligación, ya que uno no puede contraer, ni por tanto asumir, una obligación que no puede cumplir y a ella se haría referencia en el canon 1095, 3°.

La incapacidad de asumir las obligaciones del matrimonio alude conjuntamente al matrimonio *in fieri* (porque en ese momento debe darse la capacidad o existir el motivo de incapacidad), y al matrimonio *in facto esse*, ya que es evidente que durante el desarrollo de la vida conyugal es que se verán las consecuencias de esta incapacidad que debía estar presente al tiempo de la expresión del consentimiento.

La jurisprudencia rotal ha señalado que se entienden como obligaciones esenciales del matrimonio, los fines y las propiedades esenciales del mismo, la fidelidad, la unidad, indisolubilidad y la procreación, el bien de los cónyuges, etc. Para Federico Aznar Gil, se trata de un asunto de la jurisprudencia y la doctrina, por lo tanto se está fijando progresivamente en el tiempo.

El canon 1095, 3° exige expresamente, que la incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio debe provenir de causas de naturaleza psíquica. No existe, en este punto, unidad en la jurisprudencia, para determinar qué características deben revestir estas causas de naturaleza psíquica para anular un matrimonio celebrado por quien la padezca. Algunos sectores de la jurisprudencia lo vinculan a un grave trastorno

¹⁰² *Ibíd.*

¹⁰³ GARCÍA FAÍLDE, Juan José, *Trastornos psíquicos y nulidad de matrimonio*, (Salamanca, 1999), p. 60 y ss.

o anomalía psíquica, lo cual no es exigido literalmente por la norma, ya que habla de causas y no de anomalías o trastornos.

En la mayoría de los casos las causas que originan la incapacidad serán de tipo psíquico. Aznar Gil¹⁰⁴ señala que existen personas que por su propia constitución, son portadoras de una condición que les impide asumir y cumplir las obligaciones esenciales del matrimonio, por tanto, comparte la opinión de que las causas de naturaleza psíquica no pueden ni deben identificarse necesariamente con un trastorno, anomalía o enfermedad psíquica, es decir con una causa de naturaleza morbosa, así, toda verdadera disfunción del proceso psíquico o psicológico constituye una alteración originada por causas de naturaleza psíquica, si bien ello no quiere decir que nos encontremos ante una persona afectada por una enfermedad o trastorno psíquico.

¹⁰⁴ AZNAR GIL, Federico, cit. (n. 76), p.93.

Capítulo 3.

Los Trastornos Alimenticios y sus efectos en la capacidad de expresar el consentimiento matrimonial canónico a la luz de la Jurisprudencia Canónica

Hasta el momento hemos realizado un examen general acerca de los elementos que configuran el matrimonio, los requisitos exigidos por el legislador canónico para su plena validez, y se ha realizado un análisis algo más detallado del canon 1095, que configura lo que la doctrina canónica ha llamado “incapacidad consensual”.

Ahora nos corresponde estudiar cuales son los efectos que producen los trastornos alimentarios en la capacidad de los contrayentes para expresar un consentimiento matrimonial válido, para ello nos centraremos en el análisis de la jurisprudencia eclesiástica que ha recaído en casos en que han sido invocados trastornos alimentarios para impetrar la nulidad matrimonial.

Es importante destacar que, como vimos en nuestro primer capítulo, estos trastornos han sido reconocidos como enfermedades psicológicas complejas y distintas de otros trastornos desde hace pocas décadas, es por ello que, aunque existe disponible abundante literatura médica al respecto, no puede decirse lo mismo respecto a los efectos de estas enfermedades en el campo jurídico, menos aún en la jurisprudencia, a ello debemos agregar que el código de Derecho Canónico actualmente vigente fue promulgado en el año 1983, por lo que la jurisprudencia es escasa, pero no inexistente.

Existen publicaciones a nivel principalmente europeo que señalan que, desde hace ya algún tiempo, enfermedades como la ludopatía, la anorexia y la bulimia, han provocado un incremento de las solicitudes de nulidad matrimonial, lo que ha provocado que los

tribunales de la Iglesia se vean obligados a examinar la capacidad concreta de estas personas para consentir el matrimonio.¹⁰⁵

A continuación pasaremos a examinar los casos que han sido resueltos por los tribunales eclesiásticos y principalmente veremos si se ha aceptado o no la existencia de trastornos alimentarios como causa para configurar un capítulo de nulidad matrimonial y como han sido introducidos dentro del canon 1.095.

a. Introducción

En su discurso a la Rota, el 25 de enero de 1988, el Papa Juan Pablo II señaló: “Es importante dejar claro que las categorías que pertenecen a la Psiquiatría y la Psicología, no se pueden acoger de modo absoluto en el campo de la ley canónica sin hacer los necesarios ajustes que tomen en cuenta la competencia específica de cada ciencia”.

Con ello el sumo Pontífice quiere dar a entender que la comprensión legítima ofrecida por las ciencias psiquiátricas y psicológicas acerca de la *psiquis* y del comportamiento humano, deben ser integrados en el campo de la canonística de acuerdo a su propio criterio. Ello supone un diálogo entre la ciencia canónica, psicológica y psiquiátrica, lo que es esencial para ajustar y hacer equitativas las resoluciones de casos matrimoniales que envuelven capítulos psicológicos.

Es importante destacar que, no obstante ser necesaria la colaboración de otras ciencias, la labor de interpretar y aplicar la legislación eclesiástica matrimonial esta encomendada a los tribunales de la Iglesia, es la Rota Romana el tribunal encargado de fomentar la unidad de la jurisprudencia y auxiliar con sus sentencias a los tribunales inferiores en su interpretación. (Pastor Bonus 126).

¹⁰⁵ www.es.catholic.net/familiayvida (26/03/2007).

b. Jurisprudencia Rotal

La sentencia que se analizará a continuación fue dictada por el Tribunal de la Rota Romana, no ha sido publicada sino en una parte, fue objeto de múltiples apelaciones por distintas causas y en ella esta involucrada la anorexia nerviosa, es del caso destacar que ella fue publicada con anterioridad a la promulgación del nuevo Código de Derecho Canónico, pero, sin embargo, nos puede servir de mucha ayuda, puesto que los fundamentos esgrimidos por el ponente son igualmente aplicables a la legislación actualmente vigente.

1. Decisión Coram A. Stankiewicz. 16 de Diciembre de 1982¹⁰⁶

Este matrimonio fue celebrado el 10 de mayo de 1965, poco tiempo después de su celebración la vida en común se tornó muy difícil, la mujer debió ser hospitalizada para el tratamiento de hipertiroidismo¹⁰⁷, psicastenia y psicosis obsesiva. Durante el período de noviazgo el demandante se dio cuenta de algún comportamiento obsesivo en la mujer, específicamente obsesión por la limpieza, además de un constante temor al contacto físico con otras personas.

El demandante, a pesar de tener conocimiento de lo anterior, decidió contraer matrimonio con ella, con la esperanza de que su estrés disminuiría al dejar la casa

¹⁰⁶ Esta sentencia es analizada en extenso por Augustine Mendonça, en su artículo “*Efects of anorexia nervosa and bulimia nervosa on marital consent*”, de ella sólo se ha publicado la sección jurídica, el resto de la sentencia hasta el momento no ha sido publicada, pero el autor tuvo acceso a ella por gentileza de la Rota Romana a fin de poder realizar su estudio.

¹⁰⁷ Recordar que la anorexia fue confundida en sus orígenes con este trastorno, debido a la fecha en que se contrajo este matrimonio es muy posible que este haya sido uno de aquellos casos, la mujer sufría de anorexia, lo que quedará en evidencia en los siguientes puntos tratados por el ponente y en las siguientes revisiones judiciales de este caso.

paterna, posterior al matrimonio un serio deterioro de la condición de la mujer llevó a la separación y al divorcio civil.

Convencido de que su esposa no podría retomar la vida conyugal, y con la convicción de que su matrimonio era nulo desde el principio, debido a su condición psíquica, el peticionario solicitó la nulidad de su matrimonio el 21 de marzo de 1978 por dos capítulos, la falta de discreción de juicio, y si la respuesta era negativa, incapacidad de asumir las obligaciones conyugales, ambos por parte de la mujer demandada.

El juez de turno, A. Stankiewicz nos proporciona una excelente explicación de los principios jurídicos involucrados en esta situación:

1° Stankiewicz señala que el convenio conyugal entre dos personas bautizadas es esencialmente eclesiástico y sacramental, el mismo acto del consentimiento matrimonial es un acto eclesiástico. Como acto humano el consentimiento matrimonial es un acto por el cual un hombre y una mujer se dan y se reciben mutuamente a través de un convenio irrevocable que constituye el matrimonio. En orden a que esta mutua entrega produzca efectos, las personas deben darse no sólo con suficiente uso de razón, en el mismo acto de la celebración del matrimonio, pero también con la discreción de juicio proporcionada a los deberes conyugales y con la capacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio.¹⁰⁸

2° Stankiewicz, explica la naturaleza de la incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio y su relación con el grave defecto de discreción de juicio. De acuerdo a él la incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio no afecta los elementos formales del consentimiento, esto es, el conocimiento estimativo y

¹⁰⁸ In order that this mutual gift of two persons may be effected validly, persons concerned should be endowed not only with sufficient use of reason, in the very act of celebration of marriage, but also with discretion of judgement proportionate to conjugal duties, and with the capacity to assume the essential obligations of marriage. MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), p.568.

la voluntad, pero se relaciona al objeto del consentimiento. Existe defecto del objeto del consentimiento matrimonial en la medida que el contratante es incapaz de entregarse a su cónyuge en la forma prevista por el derecho natural.

La incapacidad de asumir, originada en la incapacidad de cumplir, esto es, de realizar las obligaciones conyugales durante la vida matrimonial, anula el consentimiento, porque una obligación no puede ser asumida por una persona que es incapaz de llevarla a cabo, a no ser que lo prometido pueda ser dado a través de otra persona, lo que no se permite en el matrimonio. Esta norma emana del derecho natural.

La ley define la incapacidad de asumir en términos del defecto del objeto formal del consentimiento, que consiste en los derechos y obligaciones que trae consigo el matrimonio. La incapacidad de asumir del canon 1095,3°, por tanto, se preocupa de estos elementos formales. En otras palabras, una persona considerada incapaz de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, no está preparada para entregar los elementos esenciales del objeto formal del consentimiento.

3° Stankiewicz trata de esclarecer la relación entre incapacidad de asumir e incapacidad de cumplir. El sostiene que la incapacidad de cumplir puede ser causada por factores externos, que pueden hacer imposible cumplir los deberes conyugales, mientras que la incapacidad de asumir se refiere sólo a causas de naturaleza psíquica, más aún, el cumplimiento de los deberes conyugales no es intrínseco al consentimiento, puesto que pertenece al estado matrimonial (matrimonio *in facto esse*). Por consiguiente, tal como la intención de no cumplir las obligaciones no causa la nulidad de matrimonio, el mismo argumento puede aplicarse también a la incapacidad de cumplir, a menos que sea originada en causas de naturaleza psíquica, lo que coincide con la incapacidad de asumir al tiempo de expresar el consentimiento.

La incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio causa la nulidad, según el ponente, por el mismo hecho de que afecta la voluntad, más precisamente la capacidad de elegir. La voluntad de obligarse a algo que no se puede cumplir está vacía y es ineficaz y no puede posteriormente producir efectos jurídicos por su misma naturaleza.

Luego de ello el ponente concluye: “Debemos decir que una persona sufre de incapacidad cuando, debido a causas de naturaleza psíquica, es incapaz de la entrega mutua en orden a constituir la comunidad de toda la vida, esto es perpetua y exclusiva, ordenada por su misma naturaleza al bien de los cónyuges, la procreación y la educación de la prole.”¹⁰⁹

4º Stankiewicz propone presentar las obligaciones esenciales del matrimonio, bajo dos aspectos que fueron abordados por el Papa Juan Pablo II en *Familiaris Consortio*,

a) La obligación del amor conyugal, destinada a la procreación y la educación de la prole, debe ser compartido por los esposos perpetua y exclusivamente.

Por un lado, el amor conyugal es un regalo que conduce a los esposos a un mutuo conocimiento que los hace “una sola carne”. Este amor no termina en la cópula conyugal, porque este acto también les da la gran posibilidad de volverse cooperadores de Dios para dar vida a un nuevo ser humano. Por otro lado, a través de la sexualidad es que el hombre y la mujer se entregan el uno al otro por medio de los actos que son propios y exclusivos de los esposos, ello no significa algo puramente biológico y compete a lo más íntimo del ser humano. La sexualidad se realiza de un modo verdaderamente humano solo si es parte integrante del amor que un hombre y una mujer mutuamente se entregan totalmente hasta la muerte.

b) La obligación de establecer y preservar la comunión conyugal caracterizada por la unidad y la indisolubilidad.

Varias obligaciones esenciales pueden ser ciertamente identificadas bajo estos dos aspectos generales:

¹⁰⁹ “We must say that a person suffers from this incapacity who, due to causes of a psychic nature, is incapable of mutual giving and receiving in order to constitute the partnership of the whole of life, that is, perpetual and exclusive, ordered by its very nature to the good of spouses and for the generation and education of offspring” MENDONÇA, Augustine, cit. (n. 5), p.570.

Primero, existe la obligación del amor conyugal; segundo, la obligación de orientar este amor conyugal a la procreación y la educación de la prole; tercero, la obligación de compartir con el compañero este amor conyugal perpetuo, exclusivo y de modo humano; cuarto, la obligación de establecer y preservar la comunión conyugal que demanda total fidelidad y la unidad indisoluble.

La conclusión implícita en la especificación de estas obligaciones es que una persona incapaz de asumir cualquiera o todas ellas, no puede contraer válidamente matrimonio.

5° Stankiewicz luego explica si la falta de discreción de juicio y la incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, capítulos distintos contenidos en el canon 1095, son o no compatibles.

De acuerdo a su opinión, la incapacidad de asumir puede estar presente incluso en personas que son capaces de expresar el consentimiento con suficiencia en sus elementos psicológicos. En otras palabras, uno puede ser consiente del acto, e incluso quererlo, pero ello no significa automáticamente que esa persona sea capaz de asumir las obligaciones emanadas de tal acto.

Si se prueba que una persona que se casó, debido a causas patológicas, no tenía la capacidad intelectual de comprender y discernir suficientemente los derechos y deberes esenciales del matrimonio, o no tenía la capacidad de dar y aceptar voluntariamente y con suficiente libertad para elegir los mismos derechos y deberes, entonces, al menos en el campo de un pronunciamiento judicial, no es importante determinar la capacidad o incapacidad del mismo sujeto de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio.

Por consiguiente, se indica que es inútil, en casos de nulidad matrimonial, investigar la incapacidad de asumir los deberes conyugales (cualquiera sean los términos en que estos deberes puedan ser expresados), en una persona que ciertamente es incapaz de producir el mismo acto del consentimiento proporcionado al matrimonio.

En conclusión, aquí el ponente señala que el tribunal debe enfocarse en un capítulo de nulidad, esto es, la falta de discreción de juicio, si existe suficiente evidencia en su favor, y no retrasar el proceso al tratar de probar o desmentir ambos capítulos.

Después de presentar estos principios jurídicos, Stankiewicz los vincula con los efectos de la anorexia en el consentimiento matrimonial. Las fuentes primarias de información clínica manejadas por el ponente son el DSM III, complementado por diversos manuales ingleses y otros libros que tratan la anorexia.

Stankiewicz hace una primera distinción entre crisis agudas y estados crónicos de anorexia, luego señala que la anorexia se asocia al síndrome fóbico y obsesivo compulsivo. El ponente extrae del material ciertas conclusiones en lo que se refiere a la anorexia y la capacidad para consentir matrimonialmente de una persona que la sufre.

a) La anorexia envuelve cierta alteración sexual. Es seguro que esta patología influye en el pensamiento y las motivaciones de la voluntad, por lo tanto, fácilmente puede impedir a una persona afectada por ella hacer un juicio práctico de los derechos y deberes conyugales que deben mutuamente darse y aceptarse.

Esta conclusión corresponde completamente a los descubrimientos psiquiátricos que confirman que la persona que sufre de anorexia no puede incluso comprender las implicancias reales de sus problemas sexuales.

b) El efecto de las características clínicas de este desorden se intensifica por la presencia de fobias y síndromes obsesivos. Basándose en la opinión del Psiquiatra Pierre Janet, sobre los efectos de la neurosis obsesiva, Stankiewicz concluye que en los desórdenes de este tipo, la voluntad de la persona está seriamente afectada, volviéndola radicalmente incapaz de hacer una elección libre.

A continuación el ponente cita a Ch. Lefebvre, (a propósito del síndrome obsesivo compulsivo): “Esta enfermedad afecta radicalmente la voluntad, de lo que se sigue que la libertad está disminuida en el acto afectado por la obsesión y esta disminución de voluntad es proporcional a la profundidad y seriedad del desorden psicológico.”¹¹⁰

¹¹⁰ “This illness radically affects the will, and it follows that freedom is diminished in the acts affected by the obsession, and that the diminution of this freedom is

De esta manera Stankiewicz argumenta que las ideas obsesivas pueden interferir seriamente con la libertad y el consentimiento eficiente, y en algunos casos, la neurosis obsesiva puede también causar incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio.

c) En la evaluación de la capacidad de expresar el consentimiento matrimonial y de asumir los deberes conyugales, la opinión de los expertos debe recibir la mayor de las atenciones. Son los expertos los llamados a determinar y explicar, de acuerdo a las líneas directrices de sus propias ciencias, la verdadera naturaleza del desorden en cuestión y sus consecuencias en la capacidad concreta del sujeto de producir actos humanos de mayor importancia.

De acuerdo a uno de los peritos, cuya opinión fue recabada en este caso, la demandada había presentado, desde la pubertad, continuas y recurrentes manifestaciones de psicosis o al menos un tipo psiconeurótico, que la hizo necesitar numerosas hospitalizaciones. En particular, el perito en cuestión, indica que la demandada padece de un trastorno de personalidad, en este caso, una fobia de tipo obsesivo. Señala, asimismo, que la naturaleza del desorden descansa en una base hereditaria y que se desarrolló debido a experiencias traumáticas de la niñez de la afectada.

Esta sentencia llegó al turno de Stankiewicz por vía de apelación a una primera decisión que fue negativa, lo que a juicio del ponente se debió principalmente al argumento de que hubo un período de al menos 10 años antes del matrimonio durante el cual ella no manifestó ningún síntoma de naturaleza psicótica o neurótica, pero, de acuerdo al perito, los rasgos de la personalidad obsesivo compulsiva estuvieron siempre presentes en la demandada. La evolución de la enfermedad comenzó evidentemente desde la pubertad, con anorexia nerviosa, que fue evolucionando en una Ripofobia,¹¹¹ que afecto

proportionate to the depth and severity of the psychological disorder”. MENDONÇA, Augustine, cit. (n.5) p. 574.

¹¹¹ Miedo intenso a la suciedad y a ser contaminada por los gérmenes.

profundamente los intereses, actividades sociales y familiares de la mujer. Por lo tanto, los expertos llegan a la conclusión unánime, de que la combinación de fobias, la anorexia y el síndrome obsesivo, han influenciado la capacidad de expresar el consentimiento matrimonial, restringiendo su voluntad y facultad crítica. Estos desórdenes estuvieron presentes en la demandada al momento de expresar el consentimiento matrimonial.

El perito concluye "...la demandada no estaba en un estado de proyectarse de manera suficiente, voluntaria y libremente, de manera de evaluar adecuadamente la importancia de la decisión que tomaba y de asumir las obligaciones que derivaban de ello."

En vista del claro estado clínico determinado por los expertos, la Corte Rotal aceptó como hecho la presencia de la condición patológica de la demandada al tiempo de contraer matrimonio, lo que afectó de forma grave su consentimiento. Por lo tanto, la mujer no era capaz de expresar un consentimiento matrimonial válido, debido a un serio defecto de discreción de juicio acerca de los derechos y obligaciones del matrimonio que mutuamente se han de dar y aceptar.

Esta declaración parece preocuparse exclusivamente del capítulo de la falta de discreción de juicio. Cuando este capítulo es probado en un caso, con certeza moral ¿Es necesario investigar adicionalmente si el matrimonio es nulo también sobre la base de la incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio? Stankiewicz parece insinuar que, a la luz de lo expresado en los fundamentos jurídicos de la sentencia, buscando una respuesta a esta pregunta, que ello, aún siendo legítimo, será superfluo. No obstante, al menos en el campo de la discusión judicial de este caso, tal incapacidad no fue sentenciada por argumentos válidos, porque todos los doctores involucrados en el tratamiento de la mujer excluyen tal incapacidad y tampoco el peticionario se arriesga a solicitar tal confirmación en la revisión judicial del informe del experto. Finalmente no existe clara evidencia de cuales son las obligaciones que la demandada no era capaz de asumir al tiempo del matrimonio.

Sin embargo, la incapacidad de la demandada, alegada por el abogado del demandante, de asumir la comunidad de vida sexual debido a su obsesión por la limpieza, se volvió

más seria durante el periodo post nupcial, así que eso no pudo afectar seriamente la capacidad de asumir ese deber al tiempo de la celebración del matrimonio.

En esencia, la corte señala que la anorexia, los síndromes obsesivos y fóbicos, fueron lo suficientemente serios al tiempo de la expresión del consentimiento como para causar una limitación sustancial en las funciones críticas y volitivas en la demandada, que vuelven su consentimiento nulo. (Por tanto se da lugar por la causal de falta de suficiente discreción de juicio). La decisión fue negativa respecto a la incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, principalmente por dos razones:

1º No resulta claro cuál de las obligaciones esenciales del matrimonio la demandada no era capaz de asumir. La incapacidad para la comunión sexual alegada, causada por la obsesión de la demandada por la limpieza, se volvió seria sólo después de la celebración del matrimonio, más que estar presente de forma seria al tiempo de contraer el matrimonio.

2º La corte no encuentra suficiente evidencia para sustentar la incapacidad alegada. Sin embargo, como se apreciará en las decisiones que siguieron a esta sentencia, la evidencia testimonial y un informe pericial de la condición psicológica de la demandada, conducen a los siguientes turnos que debieron analizar este caso, a considerar la nulidad del matrimonio precisamente por el capítulo de incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, por parte de la mujer demandada.

2. Decisión Coram Funghini, de 18 de julio de 1990¹¹²

La decisión precedentemente comentada, coram Stankiewicz, fue apelada el 14 de marzo de 1983, junto a la apelación se dedujo una querrela de nulidad contra la misma, por parte del curador designado para cautelar los intereses de la demandada.

Existe una controversia, acerca de si la Signatura Apostólica, tiene competencia por si sola para tratar quejas de nulidad contra sentencias Rotaes. De hecho, el 17 de enero de

¹¹² Sentencia no publicada, analizada por Mendonça Augustine, cit. (n.5), p.580 y ss.

1987, el pleno de la Signatura, declaró que la sentencia Rotal, coram Stankiewicz, era irremediablemente nula, por violación del derecho de defensa.

En vista de la declaración de nulidad de la sentencia, el turno, Coram Funghini, admitió el caso a examen general ordinario, en segunda instancia, el 18 de julio de 1990, pronunciando decisión afirmativa.

Los capítulos de nulidad determinados en primera instancia fueron acogidos por este turno, esto es, la falta de suficiente discreción de juicio y la incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, ambos por parte de la demandada. Concluye la corte Rotal “Afirmativa, esto es, se probó la nulidad en el caso, debido a la incapacidad de la mujer de asumir los deberes conyugales. Se impone prohibición de nuevo matrimonio sin consultar a este tribunal apostólico”.

De esta respuesta se puede concluir claramente que Corte Rotal acogió en la parte dispositiva del fallo sólo un capítulo de nulidad, sin decir nada acerca de la falta de discreción de juicio. En la parte jurídica de su sentencia, Funghini explica largamente ambos capítulos, pero a la corte le parece tener que responder sólo al capítulo de incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio.

Las siguientes explicaciones de los principios jurídicos desarrollados por el ponente, y como ellos fueron aplicados al caso, clarificaran la cuestión:

1° De acuerdo a Funghini la noción de discreción de juicio se identifica con la facultad crítica o estimativa proporcionada al contrato, cual es: Además del mínimo conocimiento mencionado en el canon 1082, que se presume después de la pubertad, el matrimonio es una sociedad permanente, entre un hombre y una mujer, ordenada a la procreación de los hijos por medio de cierta cooperación sexual, es necesario que ambas partes comprendan claramente que, en ese contrato matrimonial, ellos se dan y reciben mutuamente para conseguir el objetivo propio del matrimonio, además de comprender esto ambas partes deben también elegirlo voluntariamente.

En este discurso existe implícita una distinción entre los aspectos cognitivos y estimativos de la discreción de juicio. En el aspecto cognitivo, la discreción de juicio

presupone en el sujeto una comprensión de lo que es el matrimonio, específicamente lo que se indica en el canon 1096. El aspecto estimativo conlleva una comprensión crítica de lo que es el matrimonio elegido por las partes, esto es un permanente y exclusivo darse uno a otro con el propósito de lograr el bien de los cónyuges y de la prole, o sea, los fines del matrimonio. Este conocimiento crítico es absolutamente necesario para expresar un consentimiento matrimonial válido.

Desde un punto de vista psicológico, el acto del consentimiento es la conclusión de la interacción armoniosa entre el juicio práctico y la voluntad.

2º Funghini señala que, el acto del consentimiento matrimonial, comprende más que sólo la apreciación estimativa de los derechos y deberes esenciales del matrimonio relacionados a las propiedades y fines del matrimonio.

Más allá de las facultades críticas o estimativas, la persona, al elegir el matrimonio, debe tener la capacidad de cumplir las obligaciones esenciales del matrimonio de forma deliberada y libre, y asumirlo en el mismo momento del consentimiento.

De este modo, de acuerdo al ponente, la facultad crítica o estimativa requerida por el acto, es absolutamente necesaria, no es suficiente que una persona sea legalmente competente para expresar el consentimiento, porque no es suficiente simplemente comprender y querer el objeto del consentimiento en su aspecto material, es más bien necesario tener la capacidad de dar formalmente el mismo objeto, así, esas obligaciones que fluyen del acto, pueden ser asumidas, y cumplidas después de ser asumidas, esto es, existe esa fuerza de voluntad proporcionada a la tarea de cumplir los derechos y obligaciones que deben ser mutuamente intercambiados.

Este discurso implica que es posible para una persona, proponerse dar y aceptar libremente lo que debe darse y aceptarse en el matrimonio, y sin embargo, debido a un serio desorden de naturaleza psíquica, ser incapaz al mismo tiempo de cumplir estas obligaciones emanadas del contrato que se celebra (en este caso el matrimonio), y comprometerse equitativamente ambas partes.

3º Respecto a lo que son los derechos y obligaciones esenciales del matrimonio, Funghini señala: “Es difícil circunscribir y definir los derechos y deberes esenciales del matrimonio. Sin duda, estos incluyen todo lo que fluye de las propiedades constitutivas de la institución matrimonial misma y su ordenación natural.

Así, debe ser considerada incapaz de asumir los deberes conyugales, una persona que, debido a una seria anomalía psíquica, no es capaz de ligarse para establecer la comunidad de toda la vida, que por su misma naturaleza esta ordenada al bien de los cónyuges y la generación y educación de los hijos.”¹¹³

4º Funghini vincula la incapacidad de consentir a una variedad de factores psicológicos. De esta forma, para él, las causas psíquicas impiden o limitan sustancialmente la capacidad de una persona de consentir. Dentro de estas anomalías psíquicas se puede incluir desde los serios desórdenes mentales a las anomalías habituales, como las psicosis crónicas, las neurosis, los desórdenes de la personalidad o psicosexuales e incluso algunos desórdenes transitorios.

Funghini presente una descripción clínica de los efectos que produce la anorexia en la persona, siguiendo a Eugen Bleuler (Psicólogo Suizo), quien señala que una joven afectada por anorexia nerviosa no esta psicológicamente preparada para asumir el rol de una mujer madura. Se siente aterrorizada de que su cuerpo alcance las dimensiones completas de mujer adulta, y rechaza con horror cualquier placer sensual para el cual su cuerpo ya esta preparado. Ella quiere quedarse en la etapa de la niñez, se refugia en el estado de amenorrea, rechazando las comidas y enflaqueciendo. Estas mujeres temen a

¹¹³ It is difficult to circumscribe and define the essential obligations of marriage. Without doubt these include those flowing from the constitutive properties of the matrimonial institution itself and from its natural ordination, so that a person must be considered incapable of assuming conjugal duties due to a serious psychic anomaly who is unable to bind self to establish the partnership of the whole of life by its very nature ordered toward the good of the spouses and generation and education of children. Citado por: MENDONÇA, Augustine, cit. (n.5) p.580.

los sentimientos maternales y no se consideran aptas para la tarea de ser madres, tienen sentimientos de impotencia e inadaptación, son inmaduras, incapaces de autodescubrirse y también incapaces de abrir a otros la intimidad de su propio mundo, en el cual se sienten seguras.

Estas características de la anorexia, descritas por Bleuler, adquieren importancia jurídica, ya que implica que una joven que sufre de anorexia, no sólo es incapaz de disfrutar de una sexualidad saludable, sino que también de presentarse como una persona capaz de tomar el rol de esposa o madre dentro de un matrimonio.

Así, su compleja situación psíquica, probablemente la vuelva incapaz de asumir las más básicas obligaciones del matrimonio. En una condición seria, esta conclusión refleja la verdadera naturaleza de la enfermedad y sus efectos en diferentes aspectos de la personalidad, lo que incluye, obviamente, los efectos en la capacidad de juicio de un anoréxico.

Este ponente también discurre acerca de los efectos de la anorexia en el proceso de pensamiento de la persona que la sufre, basándose en las observaciones clínicas de varios renombrados especialistas italianos, señalando que la anorexia es frecuentemente acompañada con síndromes fóbicos, neuróticos u obsesivo compulsivos y como resultado de estas enfermedades, el proceso de pensamiento se ve perturbado por la interferencia de las ideas compulsivas y obsesivas.

La naturaleza obsesivo compulsiva de tales ideas, polariza la atención del paciente y a veces también motiva un comportamiento contrario a la verdadera voluntad de la persona. El punto está en la calidad irresistible de las ideas obsesivo compulsivas, que controlan el juicio de la persona y su proceso electivo, ambos involucrados en la decisión de contraer matrimonio.

Como resultado, una persona que sufre de esta enfermedad, aunque su capacidad de comprender resulte intacta y posea el suficiente conocimiento mencionado en el canon 1082, necesariamente carece de la libertad interna de elección, ello porque la voluntad de la persona está siendo manejada por un impulso que no es capaz de resistir

efectivamente. Cualquiera puede ser la apariencia externa, especialmente la percepción de las personas más cercanas al enfermo, la persona se vuelve incapaz de expresar un consentimiento válido, de establecer la comunidad de vida, de asumir y cumplir las obligaciones esenciales del matrimonio.

Ambos aspectos del consentimiento, el subjetivo y el objetivo, están tratados en esta discusión, aunque tal vez no de forma tan clara.

Las facultades del intelecto y la voluntad están tan perturbadas por la anorexia, que la persona afectada por la enfermedad, no es capaz de hacer la elección comprendiendo la magnitud de las responsabilidades que trae consigo.

Si la persona no puede sopesar críticamente y elegir libremente estas responsabilidades, él o ella no puede asumirlas en el mismo acto.

5º Funghini discute dos aspectos más de la anorexia nerviosa que son importantes para determinar la capacidad de celebrar un matrimonio en las personas que sufren de esta enfermedad:

Primero, señala que la fuente de la enfermedad es siempre un conflicto de sentimientos cuyo origen primario es un serio disturbio de las relaciones afectivas, particularmente en un sentimiento ambivalente hacia la madre, con miedo a identificarse a la imagen materna, un sentimiento ambivalente hacia la femineidad, junto al temor a embarazarse, dificultad de asumir las responsabilidades y tareas de un adulto.

Esta observación cobra importancia, porque si la enfermedad es diagnosticada en una persona después de la celebración del matrimonio, entonces su existencia puede presumirse al tiempo de expresar el consentimiento, esto también concuerda con lo expuesto en el primer capítulo de nuestro estudio, dado que la anorexia es una enfermedad que comienza a tener sus primeras manifestaciones incluso antes de la pubertad y que raramente comienza después de ella, generalmente los episodios más

graves pueden ocurrir en la etapa pospuberal, pero la enfermedad se encuentra latente en la persona desde mucho tiempo atrás.¹¹⁴

Cobra entonces importancia la prueba de la severidad de la enfermedad al tiempo de la celebración del matrimonio.

Segundo, por los datos clínicos que existen hasta el momento, puede resultar admisible que el serio trastorno mental admita algunas remisiones temporales, cuando se usa un tratamiento adecuado y por un tiempo la persona afectada por ella puede ser capaz de disfrutar de buen estado de salud, pero en sí misma es generalmente incurable, el tratamiento de la anorexia nerviosa es muy difícil, ya que es muy probable que la persona enferma rechace cualquier tipo de terapia, ya sea psicológica como farmacológica.

En el caso concreto del cual trata esta sentencia, el Psicólogo que trató a la mujer, señala en su declaración ante el tribunal que “El pronóstico para esta enfermedad siempre permanece dudoso, en mi experiencia, nunca he visto personas afectadas por esta enfermedad que estén realmente curadas”.

La evidencia presentada en este caso proporciona la siguiente información sobre las condiciones psíquicas de la mujer: existen presentes en ella problemas psicológicos mucho tiempo antes de que ella comenzara la pubertad, fue hospitalizada varias veces para el tratamiento de la anorexia, a causa de la depresión recibió cinco veces tratamiento por electrochoques y también varias veces tratamiento con insulina, sufre desde los 14 años de amenorrea.

Después del matrimonio fue hospitalizada numerosas veces y el diagnóstico de anorexia y psicosis obsesiva fue consistente. Se lavaba las manos de forma compulsiva, estaba obsesionada con la limpieza, tenía miedo a contaminarse con la suciedad, conductas que se volvieron patrones predominantes del comportamiento en su vida diaria, su miedo a la suciedad se volvió tan extremo que ya casi no salía de la casa. Sus manos se

¹¹⁴ Pág. 17 y ss.

volvieron completamente blancas debido a su obsesión por lavárselas, incluso con detergentes fuertes.

El cuadro clínico indica que en 1964 fue tratada con sedantes por sus constantes miedos, dos o tres meses antes de la luna de miel, las relaciones sexuales cesaron completamente porque ella sentía que el acto sexual la hacía sentirse sucia. En 1968 fue informada de que su condición se había vuelto irreversible, por sus raíces en la infancia y su amenorrea era un fenómeno causado por sus cambios psicológicos.

La evidencia también confirma que parientes cercanos de la mujer demandada estaban afectados por enfermedades mentales. Su padre manifestó síntomas de naturaleza neurótica, su hermano mayor sufre de una condición psíquica similar, mientras que su hermano menor estuvo hospitalizado largo tiempo por esquizofrenia.

Debido a que no existen antecedentes clínicos de la enfermedad en los 10 años anteriores al matrimonio, algunos testigos y Psicólogos que la trataron, eran de opinión que la mujer era capaz al momento de contraer matrimonio, pero el perito de la corte, que se entrevistó personalmente con ella, concluyó que su enfermedad era permanente.

De acuerdo a su opinión, la mujer sufría de un desorden de inmadurez típico de la infancia, sino absolutamente infantil, y su personalidad era depresiva. Sostiene que el desorden era habitual y permanente, sin posibilidad de intervalos lúcidos. En otras palabras, la tendencia obsesivo compulsiva de la mujer, y la ripofobia estaban presentes al tiempo de casarse, e incluso se volvieron más agudas durante la vida matrimonial. Las fobias y obsesiones eran parte del conjunto de su estructura psicológica y ellas afectaron sus facultades críticas y por ello impidieron la interacción armoniosa que era absolutamente necesaria para realizar un acto humano. Por lo tanto, la conclusión del experto fue: “Después de haber observado los actos del procedimiento, tengo la opinión de que la paciente sufre de una personalidad fóbica-obsesivo-compulsiva, con severas fobias y obsesiones, que tuvo períodos de relativa remisión, pero que nunca desaparecieron completamente. Esta condición afecta y constriñe la voluntad y facultades críticas. Yo mantengo, que al tiempo de casarse, no estaba en un estado de asumir las tareas y responsabilidades que el matrimonio conlleva”.

Puede observarse que el centro de este informe está en el acto mismo del consentimiento, la enfermedad de la demandada era tan seria y continua que su habilidad crítica estaba afectada y como resultado, no podía asumir la totalidad de las obligaciones conyugales.

A la luz de toda la evidencia presentada en este caso, la Corte Rotal coincidió con la conclusión de los expertos, pronunciando una decisión afirmativa por el capítulo de incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por parte de la mujer demandada.

Podemos hacer una breve síntesis del asunto de esta forma: este caso fue presentado y examinado por dos capítulos de nulidad, la falta de suficiente discreción de juicio y la incapacidad de asumir las obligaciones del matrimonio, ambos en la parte demandada. La decisión de primera instancia fue negativa por ambos capítulos, la segunda instancia fue afirmativa por el primer capítulo y negativa en el segundo, pero su decisión fue declarada irremediabilmente nula por la Signatura Apostólica. Incluso aunque el turno Funghini examinó los dos capítulos, su decisión fue dirigida solo a un capítulo, la incapacidad de la demandada de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, sin especificar cual de ellas la demandada no era capaz de asumir y con omisión a cualquier referencia al primer capítulo en la parte dispositiva de la sentencia. Esta actitud de parte del tribunal puede ser reprochable desde el punto de vista legal, pero parece una estrategia en un caso complejo en lo psicológico y lo jurídico.

En esta etapa del proceso, ya han pasado más de doce años desde que la primera presentación fue ingresada a la corte, es probable que por ello el siguiente turno, que debió examinar nuevamente la causa para poder conseguir una segunda sentencia afirmativa de la nulidad del matrimonio, continuó enfocándose sólo en el capítulo que fue objeto de la precedente decisión.

3. Decisión Coram Ragni, de 23 de marzo de 1993¹¹⁵

Este caso, recibió finalmente una segunda decisión confirmatoria de nulidad por el turno Coram Ragni, en marzo de 1993, como ya antes se explicó, este turno se enfocó solamente en la incapacidad de la mujer de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio (canon 1095,3°).

Para este ponente, la incapacidad del canon 1095,3°, constituye un capítulo distinto de las otras dos incapacidades reguladas en el mismo canon, el señala que “el legislador fue definitivo y claro al determinar cada capítulo de incapacidad, por lo tanto, esta tercera incapacidad no puede ser confundida con las otras dos, que se refieren a la falta de uso de razón o al grave defecto de discreción de juicio en el sujeto”.

Como introducción de la posterior interpretación de la norma, Ragni se refiere a los dos discursos que el Papa Juan Pablo II dirigió a la Rota Romana, en los que exhortó a los jueces eclesiásticos a resguardarse contra las interpretaciones extremas de la ley.

En 1987 el Papa dijo, “Para el canonista debe ser claro que sólo la incapacidad, y no la dificultad de dar el consentimiento y de realizar una verdadera comunidad de vida y amor, invalida el matrimonio”.

En 1993 en su discurso a la Rota, el Papa vuelve a recordar a los intérpretes de la ley varios principios que deben ser seriamente considerados por ellos, para interpretar y comprender la legislación eclesiástica. El papa señaló en esa oportunidad:

“A este respecto, no parece inoportuno mencionar aquí algunos principios hermenéuticos, omitidos los cuales, la misma Ley canónica se disuelve y deja de ser tal, con peligrosos efectos para la vida de la Iglesia, para el bien de las almas, en especial para la intangibilidad de los sacramentos instituidos por Cristo.

¹¹⁵ Sentencia no publicada, analizada en extenso por Mendonça, Augustine, cit (n.5), pp.583 y ss.

Si las leyes eclesiásticas deben ser interpretadas, ante todo, “según el propio significado de las palabras teniendo en cuenta el texto y el contexto” se deduce de ello que sería totalmente arbitrario, más aún, abiertamente ilegítimo y gravemente culposo, atribuir las palabras utilizadas por el legislador, no su propio “significado”, sino el significado sugerido por disciplinas distintas de la disciplina canónica.

Además, en la interpretación del vigente Código no se puede admitir la hipótesis de una ruptura con el pasado, como si en el año 1983 se hubiera producido un salto hacia una realidad totalmente nueva. El legislador, en efecto, positivamente reconoce y sin ambigüedad afirma la continuidad de la tradición canónica, particularmente donde sus cánones hacen referencia al viejo derecho (cfr. canon 6 § 2).

Ciertamente, no pocas novedades han sido introducidas en el vigente Código. Una cosa, sin embargo, es constatar que se han efectuado innovaciones en no pocas instituciones canónicas, y otra pretender atribuir significados no coincidentes con el lenguaje utilizado en la formulación de los cánones. En verdad, preocupación constante del intérprete y del que aplica la Ley canónica, debe ser interpretar las palabras utilizadas por el legislador según el significado atribuido a ellas por larga tradición en el ordenamiento jurídico de la Iglesia por la doctrina consolidada y por la jurisprudencia. Cada término, además, debe ser considerado en el texto y en el contexto de la norma, en una visión de la legislación canónica que permita una valoración unitaria de la misma.

De estos principios, consagrados por otra parte, como se ha visto, por la misma norma positiva, no debe apartar, específicamente en materia matrimonial, la intención de una mejor precisada “humanización”, de la Ley canónica. Con dicho argumento, en efecto, se pretende no raras veces avalar una propia y excesiva relativización, como si impusieran, para salvaguardar auténticas exigencias humanas, una interpretación y una aplicación de la misma que terminan por desnaturalizar sus características.

La confrontación entre la majestad de la Ley canónica y aquéllos a los que va dirigida, ciertamente no debe omitirse o minimizarse, como ya recordé en la alocución del año pasado: esto, sin embargo, implica la exigencia de conocer correctamente la normativa de la Iglesia, incluso sin olvidar, a la luz de una correcta antropología cristiana, la

realidad “hombre”, a quien aquélla está destinada. Someter la Ley canónica al capricho o a la invención interpretativa, en nombre de un “principio humanitario” ambiguo e indefinido, significaría mortificar, incluso antes que la norma, la misma dignidad del hombre.

Así, por proponer algún ejemplo, sería grave herida ocasionada a la estabilidad del matrimonio y, por tanto, al carácter sagrado del mismo, si el hecho simulado no fuera siempre concretado por parte del declarado simulador en un “acto positivo de la voluntad” (cfr. canon 1101 § 2); o si el así denominado «*error iuris*» sobre una propiedad esencial del matrimonio o la dignidad sacramental del mismo no adquiriese tal intensidad que condicionara el acto de voluntad, determinando así la nulidad del consentimiento (cfr. canon 1099).

Pero también en materia de «*error facti*», específicamente cuando se trata de «*error in persona*» (cfr. canon 1097 § 1), a los términos usados por el Legislador no está permitido atribuir un significado extraño a la tradición canónica; como también el “error *in qualitate personae*” solamente puede invalidar el consentimiento cuando una cualidad ni frívola ni banal, “se pretenda directa y principalmente” (cfr. canon 1097 § 2), es decir, como eficazmente ha afirmado la jurisprudencia de la Rota, “cuando predomina la cualidad sobre la persona”.¹¹⁶

La explicación que hace el ponente de la incapacidad de asumir, se centra en la función de la voluntad. Él trata de explicar, a través de conceptos derivados de la ciencia Psicopatológica y la Psiquiatría forense, respecto a la operación de la voluntad en la comisión de actos criminales.

A este respecto, basa su presentación en un libro italiano, que señala que detrás de los llamados “Intervalos que afectan a una persona”, además de “la incapacidad de entender y de querer”, existe también “la supresión de la conciencia y la voluntad”. Continúa diciendo que la incapacidad de consentir, ocurre en los casos en que la función volitiva

¹¹⁶ Alocución del Papa Juan Pablo II a la Rota Romana de 29 de enero de 1993.

esta afectada desde el interior de la persona, lo que produce en una situación concreta, la incapacidad de expresar el acto de voluntad, por lo tanto “existen distintas causas que pueden producir similares efectos, desde los traumas (por ejemplo contusiones cerebrales), las sustancias tóxicas (alcohol, drogas, narcóticos, etc.) y actividades de naturaleza psicológica (como la hipnosis y los procesos sugestivos), pueden influir para producir esta incapacidad”.

De acuerdo a la fuente psiquiátrica citada por Ragni, esta incapacidad de entender y querer se distingue de la “incapacidad de actuar”, que puede producirse independientemente de lo anterior, incluso en la presencia de una *psiquis* sana en la persona. De acuerdo a la Psiquiatría forense, la incapacidad de actuar podría dejar inalterada la capacidad de entender y querer, hasta impedir sólo la actualización de la voluntad.

La conclusión de los autores, reconocida como aplicable a este caso por Ragni, es que las alteraciones generales pueden ocurrir sin ser precedidas por otras alteraciones similares o diferentes, pueden ser sólo una exacerbación de una condición patológica preexistente, o incluso, puede representar los efectos de de múltiples factores (carácter, desorden de personalidad, alcoholismo, etc.) que en conjunto se relacionan al objeto de estudio (la voluntad de la persona).

Desde esta aproximación al principio de la incapacidad de asumir, la operación de la voluntad toma un rol crucial. Ragni, explora la posibilidad de que esta voluntad se vea afectada por cualquier circunstancia, intrínseca o extrínseca. Realiza una explicación de los efectos de la anorexia nerviosa, acompañada del síndrome obsesivo compulsivo, que encaja en los esquemas derivados de la psiquiatría forense, así Ragni bosqueja las siguientes conclusiones que son de importancia jurídica:

1º Las consecuencias producidas por la anorexia nerviosa en la *psiquis* de una persona afectada por ella se vuelven de mucha importancia, dado que se vinculan a los derechos y obligaciones esenciales del matrimonio y de la familia.

2º De acuerdo a la Jurisprudencia Rotal, la anorexia puede impedir a una persona ser capaz de expresar un consentimiento matrimonial válido, por la obstrucción del “correcto ejercicio de la facultad crítica y volitiva”, porque en ausencia de este ejercicio, el acto realizado por una persona que desea casarse, no es un acto humano. El consentimiento matrimonial es un acto humano, en la ausencia del libre ejercicio de la voluntad, la persona esta despojada del control de sus actos, por ello esta incapacitada de realizar un acto humano.

3º Señala Ragni que esta incapacidad impide a la persona asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, de establecer la comunidad de toda la vida ordenada por sus propia naturaleza hacia el bien de los cónyuges y la procreación y educación de los hijos.

4º Una persona que sufre de anorexia nerviosa o anorexia mental, es incapaz de dar y aceptar el objeto del contrato matrimonial, especialmente de asumir la obligación de una perpetua y continua entrega mutua, para establecer la comunidad conyugal, la unión total destinada al bien de los cónyuges y de la prole.

5º Sobre la forma en que afecta la anorexia nerviosa el funcionamiento de la voluntad en la expresión del consentimiento matrimonial, Ragni explica que en tal condición, cualquier verdadera unión conyugal interpersonal, esto es, una continua relación mutua, se excluye. En esa persona el principal problema es la obsesiva preocupación por la forma y el peso del cuerpo. Estas mujeres quieren alcanzar la belleza física propia de la adolescencia y mantenerlo por el mayor tiempo posible.

Desde estas observaciones canónicas, Ragni concluye, que una persona que pretende casarse, pero es afectada por anorexia nerviosa, incluso si después alega haber presentado un consentimiento matrimonial válido, no ha realizado un “acto humano”, sino sólo un acto del hombre, y ello, por falta de la suficiente libertad interna y de conciencia mental en la persona al tiempo de celebrar el matrimonio. Esto parece evidente tanto en anomalías que no están desarrolladas, esto es decir, que se encuentran latentes en la persona, como en las que ya han tenido manifestaciones externas.

Sin embargo, Ragni sugiere que en ambos casos, la víctima es incapaz de entregar el objeto del consentimiento, particularmente, de asumir y cumplir las obligaciones esenciales del matrimonio, porque ella no tiene la capacidad de ofrecerse ella misma, tanto en lo físico, como lo psíquico, para cumplir los deberes conyugales esenciales.

La revisión que hace Ragni de la evidencia en este caso, es mucho más detallada que la de las sentencias precedentes, sin embargo, la principal conclusión de las decisiones precedentes es confirmada también por Ragni. De acuerdo a estas conclusiones, la anorexia, junto con la amenorrea estaba presente en la mujer demandada desde mucho antes de contraer matrimonio con el peticionario y se mantuvo durante él. Este desorden estaba combinado con graves tendencias obsesivo compulsivas, que, de acuerdo a los testimonios de los expertos, llevó al diagnóstico de psicosis obsesivo compulsiva, y ripofobia. Este desorden parece haber invadido todos los aspectos de la personalidad de la demandada y su comportamiento, incluyendo su capacidad para intimar personalmente y las relaciones sexuales. Por su preocupación por la suciedad y la mugre, usaba anticonceptivos para evitar cualquier posibilidad de embarazo. Los expertos concluyen que esta condición era crónica e incurable.

De acuerdo a uno de los peritos “En el caso de la demandada, incluso durante períodos de relativa calma, las manifestaciones del desorden nunca desaparecieron, ellos estaban presentes al tiempo de expresar el consentimiento matrimonial y debido a ello, ella no podía expresar un consentimiento matrimonial válido, porque todos estos trastornos hicieron imposible que la mujer pudiera asumir las obligaciones y deberes del matrimonio. Ello se volvió evidente después de la celebración del matrimonio. En las personas que sufren de fobias y obsesiones, existe limitación en la libertad de pensar, de actuar, de querer y de expresarse espontáneamente. Ello puede ser parcial en el caso de las fobias y continuo y total en el caso de las obsesiones.”¹¹⁷

¹¹⁷ “In the case of the respondent, even during the periods of relative calm, the manifestation of the disorder had never disappeared. They were present even at the time of exchanging matrimonial consent, and in their presence she could not have elicited a

La conclusión de este experto fue confirmada por el informe clínico del perito que presenta un análisis más integral del diagnóstico del desorden mental de la demandada. Este informe incluye la descripción de una personalidad inmadura, con rasgos característicos de narcisismo y egocentrismo típicos de la niñez, superficialidad y dureza de sus sentimientos y emociones. La anorexia fue continua, aunque estuvo más bien latente durante el matrimonio.

La corte aceptó la conclusión del perito, como lo hizo el turno de Stankiewicz, que la demandada no estaba en estado de entender suficiente y libremente, y de evaluar adecuadamente la importancia de la decisión que iba a tomar, ni tampoco de asumir las obligaciones derivadas de ello, haciendo propias algunas de las observaciones clínicas de los expertos.

Por todas estas consideraciones, el turno de Ragni confirmó la sentencia precedente que dio lugar a la nulidad, por el capítulo de incapacidad de la demandada, de asumir los deberes conyugales. De acuerdo con el veto impuesto por el tribunal, en la sentencia anterior, se le prohíbe contraer nuevo matrimonio sin consultar al Tribunal Apostólico.

Con todo lo expuesto a lo largo de este capítulo, puede hacerse un resumen de los principios jurídicos aplicables a los efectos de la anorexia:

El objeto del consentimiento matrimonial es la unión exclusiva y perpetua (mutua entrega), entre los esposos, en orden a establecer la comunidad conyugal para el logro del bien de los cónyuges (físico y psíquico), y para la procreación y educación de la prole.

valid act of consent, because they made it impossible for her to assume the obligations and duties of marriage. This should become more evident in what follows. In those who suffer from phobias and obsessions a limitation in thinking, in acting, in willing and in spontaneous expression, is in fact evident, and this can be partial in the case of phobias and continuous and total in the case of obsessions.” Citado por: Mendonça, Augustine, cit. (n.5) p.591.

Todos los derechos y obligaciones esenciales del matrimonio se derivan del objeto del consentimiento. De acuerdo a Ragni, estos derechos y obligaciones son asumidos por la voluntad en el mismo acto del consentimiento. Si falta la libertad interna, debido a cualquier causa, intrínseca o extrínseca, de naturaleza psíquica, no puede la persona asumir estos deberes y obligaciones.

La anorexia nerviosa y el síndrome obsesivo compulsivo, pueden disminuir sustancialmente, e incluso destruir, las funciones de la voluntad necesarias para asumir las obligaciones conyugales. Por lo tanto, si esta enfermedad se encuentra presente de forma seria, incluso en un estado latente (no desarrollado o evidente en el momento mismo), al tiempo de contraer matrimonio, puede considerarse que a esa persona le falta la libertad interna proporcionada para asumir las obligaciones y deberes propios del matrimonio.

En su sentencia, Ragni no explica cual de los deberes del matrimonio la mujer demandada no estaba en condiciones de asumir, él parece enfocarlo al mismo establecimiento de la comunidad para toda la vida, ordenada al bien de los cónyuges y la procreación y educación de los hijos, lo que representa una apreciación global, más que una aproximación específica.

Hasta este momento hemos presentado la jurisprudencia de la Rota Romana, en un caso donde se solicitó la nulidad matrimonial, existiendo en una de las partes el desorden de anorexia nerviosa, como hemos podido apreciar, para la Rota, una persona que padece de esta enfermedad no se encuentra capacitada para expresar el consentimiento matrimonial, como lo estableció el turno del Juez Stankiewicz, y los dos turnos siguientes pasaron a ocuparse exclusivamente de la incapacidad de asumir las obligaciones del matrimonio, sin tocar el tema de la falta de discreción de juicio, sin embargo, Stankiewicz ofrece excelentes fundamentos para también dar lugar a la nulidad invocando este capítulo.

c. Jurisprudencia de Tribunales Locales

En la legislación eclesiástica las sentencias de los Tribunales Locales, no tienen la misma fuerza jurídica que las de la Rota Romana. La jurisprudencia de la Rota Romana tiene fuerza normativa en materias que no están contempladas en normas estatutarias o consuetudinarias en virtud del Canon 19 del CIC y el Art. 126 de Pastor Bonus. Puede decirse entonces, que la jurisprudencia de la Rota puede constituir una fuente suplementaria en situaciones de laguna legal.

Las sentencias de los tribunales locales tienen sólo un rol interpretativo respecto a un caso particular y las materias en ella involucradas, no obstante, en algunos casos, las sentencias de los tribunales pueden contener valiosas argumentaciones y razonamientos de los cuales pueden beneficiarse todos los órganos de la iglesia llamados a aplicar el derecho.

De aquí en adelante presentaremos un breve análisis de la jurisprudencia de los tribunales locales en casos de nulidad matrimonial en los que aparecen involucrados problemas de anorexia nerviosa, es del caso destacar que la bulimia ha sido muy pocas veces invocada, me atrevería a decir que casi nunca por sí sola, como capítulo de nulidad. Dentro de los casos que se examinarán, existe un caso en donde esta involucrada la bulimia, pero acompañada de la anorexia, y al ver los argumentos del caso, no fue la sola bulimia la que motivó la nulidad del matrimonio en este caso en particular

Las sentencias que se examinaran a continuación fueron pronunciadas después de la dictación del Código de 1983.

1. Decisión Coram Read, de 25 de Septiembre de 1985¹¹⁸

Este matrimonio fue celebrado en Agosto de 1975, una semana antes la mujer había sido dada de alta del hospital donde había estado en tratamiento de anorexia nerviosa por cuatro meses.

Los síntomas de la enfermedad persistieron durante la luna de miel y un mes después del matrimonio las relaciones sexuales prácticamente cesaron por completo. No nacieron hijos. La separación se produjo en 1978 y el divorcio civil en 1981. El marido solicitó la declaración de nulidad por los capítulos de falta de discreción de juicio por parte de la mujer.

En la sección jurídica de la sentencia, Read habla de varios capítulos de nulidad que pueden ser invocados cuando existe anorexia nerviosa. Describiendo la falta de discreción de juicio, él señala que la falta de discreción de juicio se refiere a una inhabilidad de evaluar de forma suficiente el objeto del consentimiento. En algunos casos, proviene de una condición psicológica que lleva a que el objeto del consentimiento no puede comprenderse suficientemente en todas sus consecuencias, en otros casos, existe una confusión mental, que impide el proceso de toma de decisiones.

Continúa señalando el ponente que, en esta instancia, es necesario mostrar las implicancias de la anorexia nerviosa en la apreciación de la relación matrimonial, para darse cuenta que puede llegar a constituir una incapacidad radical para las obligaciones del matrimonio.

De acuerdo a este discurso, por lo tanto, una persona que ha sido diagnosticada con anorexia nerviosa, puede ser considerada incapaz de comprender y evaluar adecuadamente las obligaciones del matrimonio. Si el desorden incluye una seria perturbación mental y preocupación obsesiva por la comida y la pérdida de peso, junto a otras consideraciones, puede existir también suficiente perturbación mental que vicie el

¹¹⁸ Sentencia del tribunal de Brentwood, Inglaterra, analizada por Augustine Mendonça, cit. (n.5), pp. 596-599.

proceso de razonamiento.¹¹⁹ En vista de la declaración de uno de los testigos, que señaló que la mujer insistió en seguir adelante con los preparativos del matrimonio, incluso en contra de la sugerencia del peticionario de posponerla, por la condición de salud que ella tenía en esos momentos, la corte deduce “Ciertamente puede existir cierta semejanza con la simulación, en ella el consentimiento fue otorgado no por su propio bien, sino como un modo de librarse del tratamiento”.

La evidencia presentada en ese caso demostró que la enfermedad era precedente al matrimonio. Parece que la mujer provenía de una familia disfuncional, su madre es descrita como una persona muy emotiva y su padre padece de esquizofrenia. Los síntomas de la anorexia surgieron poco antes de que terminara la escuela preparatoria. El primer período de tratamiento hospitalario fue en 1971, después de su compromiso, en 1974, fue de nuevo admitida en el hospital y tratada por anorexia. En este tiempo también cesó su menstruación y cuando su salud mejoró el período regresó, pero de forma irregular.

La propia mujer testificó en este caso, diciendo “Estaba convencida de que había dejado atrás la enfermedad, naturalmente quise empezar de nuevo, aunque estaba aún muy preocupada por la comida y la pérdida de peso. ¿Cómo podía poner todo mi ser en el matrimonio, cuando la mayoría del tiempo estaba pensando en comida?”

Su tío, Doctor, describe su condición mental como incierta e inestable, casi volátil, durante el tiempo precedente al matrimonio.

¹¹⁹ A este respecto, creo que es importante destacar que, como se examinó en el primer capítulo, la anorexia en la mayoría de las ocasiones, por no decir que siempre, involucra obsesión por la propia imagen y la pérdida de peso, y muchas veces también es acompañada por otras obsesiones y desórdenes mentales, los que aún se desconoce si son causas o consecuencias de la anorexia y del estado caquético al que llegan muchas personas que la padecen.

De toda esta evidencia la corte concluyó “A la luz de lo anterior, los jueces están convencidos que la mujer no tenía apreciación de las demandas de la relación marital, y aún más, su obsesión con el peso y con adelgazar, dominaban completamente su razonamiento, y le impidieron llegar a una decisión razonada y libre. Esta también a la vista de los jueces que, en este estado, ella se volvió incapaz de prometer y llevar a cabo las obligaciones que envuelve el matrimonio” (Aunque este capítulo no fue alegado, la fórmula de dudas fue sólo por el capítulo de falta de discreción de juicio).

Esta decisión se enfocó en la falta de discreción de juicio, que puede ser causada por la anorexia nerviosa, pero también se refiere a la posibilidad de invocar varios capítulos, sin intentar probarlos.

2. Decisión Coram Lopez-Gallo, 24 de Noviembre de 1992¹²⁰

En este caso el peticionario descubrió durante el compromiso que su novia sufría de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, pero dado a que ella había buscado orientación para su problema siguieron con los planes del matrimonio. Su matrimonio fue realizado el 22 de Julio de 1989, los problemas comenzaron poco después del matrimonio, la luna de miel fue un completo desastre y pasaron más de tres semanas para que el matrimonio pudiera consumarse, después de ello solo existió un encuentro sexual, y luego las relaciones sexuales cesaron completamente. El matrimonio no duro más de 15 meses.

El trastorno alimenticio de la mujer altero su metabolismo y sus problemas emocionales se intensificaron, se volvió depresiva y evitaba cualquier contacto. Las terapias a las que se sometió durante el matrimonio no fueron efectivas.

Después de divorciarse civilmente, el marido solicitó la nulidad matrimonial al tribunal de Vancouver basado en la falta de discreción de juicio en ambas partes e incapacidad de asumir las obligaciones del matrimonio respecto de la esposa.

¹²⁰ Ver Anexo 1. Sentencia publicada en *Monitor Ecclesiasticus* (1993) pp. 419 – 431.

En este caso la Corte consultó a un perito quien hace una explicación de la anorexia y la bulimia, en la cual se hacen exposiciones similares a las realizadas en el primer capítulo de nuestro estudio, por lo que no serán repetidas.

Respecto a la falta de discreción de juicio por parte del marido, el tribunal rechaza este capítulo de nulidad, debido a que el marido realizó todos los esfuerzos para tratar de sacar adelante el matrimonio.

Respecto a la falta de discreción de juicio en parte de la demandada y la incapacidad de asumir las obligaciones del matrimonio por causas de naturaleza psíquica, el ponente señala que: “Estos dos capítulos están conectados, para él son dos capítulos en uno, ya que dependen el uno del otro. La anorexia no solo disminuye la falta de discreción de juicio en la mujer, sino que también debilita su evaluación respecto a los deberes del matrimonio”.¹²¹.

Respecto a esta afirmación realizada por el ponente es importante hacer algunas observaciones:

1º Que en ella existe una confusión conceptual, si bien puede decirse que la falta de discreción de juicio y la incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio son capítulos que están relacionados, porque ambos se refieren a la capacidad psíquica de la persona para casarse, para la doctrina y la jurisprudencia canónica y para el mismo legislador eclesiástico, ellos son dos capítulos distintos y autónomos de nulidad, por ello cuando se presentan ambos capítulos de nulidad en la fórmula de dudas, la corte deberá responder a cada uno de ellos de forma separada.

2º También es conveniente señalar que estos dos capítulos del canon 1095, no dependen el uno del otro. Ambos están regulados de forma separada en el canon 1095 y, como ya

¹²¹ These two grounds are so closely connected, that the Judges merged the two grounds into one because one depends on the other. The Anorexia not only diminished the Lack of Due Discretion in the Respondent, it also weakened her evaluation concerning the duties of marriage due to causes of a psychic nature. Anexo 1.

se explicó precedentemente en este estudio, apuntan a aspectos distintos de la capacidad de una persona de consentir. Por tanto, ambos capítulos, se bastan a si mismos por si solos, incluso podemos decir, que un mismo trastorno psíquico puede hacer que una persona carezca de suficiente discreción de juicio y a la vez, sea incapaz de asumir las obligaciones del matrimonio, pero en este caso pueden alegarse y deberán probarse ambos capítulos de forma independiente, aunque emanen de las mismas circunstancias.

3º Los trastornos psíquicos, y la anorexia, en este caso concreto, no “disminuye” la “falta de discreción de juicio”, sino que puede “disminuir la discreción de juicio requerida para el matrimonio”.

Volviendo al análisis de la sentencia citada, creo que es conveniente hacer una breve sinapsis de las pruebas que se aportaron en este caso en particular, para ver de qué forma, en este caso concreto, influyó el desorden alimenticio en la capacidad psíquica de la mujer y en el fracaso del matrimonio.

La demandada en este caso se negó a asistir y dar su testimonio en la corte, dando excusas y amparándose en sus problemas emocionales. No obstante existen cartas que envió a su marido que reflejan su enfermedad, las que los jueces toman como equivalentes a su testimonio, en una de ellas señala “Te dije ya que padecía de un desorden alimenticio, bueno, sigo sufriendolo. Estoy asustada, desde que empezamos a salir he estado abusando de los laxantes y diuréticos, lo he hecho cada día desde que comenzamos a salir. De hecho, cada día desde que tenía 18 años, hago esto desde hace 5 años”.

De acuerdo al testimonio del marido, que solicitó la nulidad, ella expresó fuertes dudas antes del matrimonio, los testigos manifestaron que ella era muy fría con su marido, desde el mismo día del matrimonio y que mostraba evidentes signos de las consecuencias de la anorexia en su personalidad, una baja autoestima, depresión, se sentía mal con su apariencia.

Además de ello la mujer rehusaba dormir con su marido, no tenía ningún interés por las relaciones sexuales y las evitaba. Comenzó a ver a su marido más como un amigo y

quería salir con otros hombres. La misma mujer demandada señala en sus cartas no saber si quería y podía ser madre, esposa y cuidar de una familia.

Los jueces concluyen que la anorexia que afectaba a la mujer en este caso, impidió que ella entregara el consentimiento orientado al acto sexual. Su actitud distante, su poca disponibilidad, sumado a su desorden alimenticio, sugieren que no logró desarrollar su personalidad y ello hace que existan pocas posibilidades de éxito de la relación.

En suma, los jueces determinaron que, en este caso en particular, el matrimonio en cuestión era nulo por el capítulo de Incapacidad de la mujer de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por parte de la mujer, debido a causas de naturaleza psíquica.

Los jueces consideraron que no existía evidencia para declarar la nulidad por el capítulo de falta de discreción de juicio en la mujer.

3. Decisión Coram Bonet Alcón¹²²

Esta sentencia fue dictada por el Tribunal Eclesiástico de Buenos Aires, es del caso señalar que a diferencia de otras sentencias, los hechos están descritos más someramente, también de las sentencias a las que me fue posible acceder es una de las pocas donde existe descendencia (dos hijos), estando involucrada la anorexia.

En esta causa el capítulo invocado fue la incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por parte de la esposa y la demanda fue introducida de forma conjunta por ambas partes.

En los fundamentos jurídicos el ponente realiza una explicación de la incapacidad de asumir las obligaciones del matrimonio, señala que la incapacidad de asumir las obligaciones ha surgido como capítulo de nulidad autónomo, al ponerse mayor énfasis en el aspecto personal del matrimonio.

¹²² Ver Anexo 3. Sentencia publicada en Anuario Argentino de Derecho Canónico (1998), pp. 249-262.

La incapacidad de asumir las obligaciones del matrimonio como capítulo de nulidad, descansa en el aforismo jurídico de que “a lo imposible nadie esta obligado” y podría entonces ocurrir que alguien, entendiendo y queriendo lo que un matrimonio concreto significa (o sea, actuando con la debida discreción de juicio), expresara un consentimiento por el que se obligara – o entendiera obligarse – a algo que no puede cumplir por estar incapacitado. Entonces cabría hacer una distinción entre consentimiento suficiente (como acto psicológico) y consentimiento eficaz. El consentimiento puede ser suficiente cuando emane de un sujeto con inteligencia y voluntad propia de una personalidad madura para celebrar el acto. El mismo consentimiento puede ser ineficaz, si se refiere a un objeto inexistente o que no se encuentra dentro de la potestad del sujeto. Esta persona sería incapaz de asumir en el matrimonio *in fieri*, por ser incapaz de cumplir en el matrimonio *in facto esse*.

Esta incapacidad de cumplir no es un capítulo único, dado que dentro de él pueden incluirse tantos capítulos diversos y autónomos, cuantas son las obligaciones esenciales del matrimonio.

Destaca el ponente que la jurisprudencia Rotal no es clara acerca de si la incapacidad, o mejor dicho, la anomalía psíquica que es fuente de la incapacidad, debe ser definitiva o puede ser temporal al tiempo de la celebración del matrimonio, existiendo opiniones en uno y otro sentido.

Se repiten también algunos de los principios enunciados por el Papa Juan Pablo II en sus distintas alocuciones a la Rota Romana, que no aportan mayor novedad a los que ya se han mencionado en las sentencias previamente analizadas.

Se hace una clasificación de la anorexia que puede ser importante a efectos de determinar la capacidad concreta de una persona que la sufre, para contraer matrimonio, distinguiendo entre anorexia mental, la anorexia reactiva, que puede aparecer en cualquier etapa de la vida después de un trauma emotivo, y la anorexia crónica, que se inicia en la infancia, y en general persiste durante toda la vida de la persona.

Las pruebas introducidas en este caso son decidoras acerca de la enfermedad de la mujer y sus consecuencias personales. Una Doctora (Perito), una de las mejores especialistas en anorexia en Argentina, que atendió a la actora señala en su informe que la anorexia de la mujer comenzó en su adolescencia, manteniéndose en ella de forma ininterrumpida. Señala que la concepción última de esta enfermedad es que se trata de una patología de los afectos y no de la alimentación y que supone una falla de los neurotransmisores. La testigo piensa que una anorexia crónica, como la de esta paciente, que no había completado su desarrollo emocional al tiempo del matrimonio, le hacía tener el juicio suspendido y le impedía ser libre. Manifiesta que en la anorexia existen empeoramientos y formas larvadas, pero que la enfermedad de base es la misma desde el comienzo.

Otro perito, que atendió a la actora durante cuatro años, una vez a la semana, señala que notó en ella una personalidad inmadura, pendiente de la apariencia y la imagen y que frecuentemente sufría de pataletas y rabietas. Este mismo perito elaboró un informe psicológico en el cual indica que la actora deseaba separarse para ser más libre y disponer de su vida. Respecto a su vida familiar, existían problemas de celos con sus demás hermanos y sentimientos de que sus padres nunca la quisieron igual que a sus hermanos, asimismo una relación conflictiva con la madre. La actora era alta, delgada y elegante, lo que le permitió tomar revancha del éxito con los hombres que estaba teniendo su hermana.

Se trata de una joven inmadura, con muchos aspectos infantiles, superficial, que no se interesa por los aspectos afectivos y las emociones profundas, quiere causar buena impresión y nada más.

La actora también se refiere a otro hombre con el cual mantuvo una relación después de la separación del esposo, pero al cabo de poco tiempo la relación cesó.

Sigue en su informe: “La actora tiene defensas psicológicas, especialmente, la negación. Era evidente que ella no había llegado a desarrollar una identidad sexual madura. Existían marcadas diferencias entre lo que parecía, una modelo, una mujer liberada y el nivel de su desarrollo emocional. El mencionado informe dice también que la actora

tenía una libido narcisísticamente depositada en su cuerpo. Esta libidinización del cuerpo tiene una estrecha relación con su dificultad para establecer vínculos de pareja, tanto emocional, como sexual. De ahí el fracaso de su vida sexual con su marido y también el fracaso de la vida sexual con su amigo posterior. Para la actora, el alimento simbolizaba a su madre y a la dependencia, pero nunca pudo ser esto consciente. En otro nivel de su figura, su delgadez, su elegancia, le significaban ser aceptada y querida. Como síntesis general, se señala el bloqueo cognitivo y afectivo de la actora. La negación de su situación, la proyección y la disociación básica, no le permitían avanzar. Cuando la angustia la desborda y se siente rechazada por su amigo, le pidió impulsivamente ayuda a su madre, quien, sin más trámite, la internó en una clínica especializada en anorexia; y la actora necesitará recorrer un largo camino para lograr el verdadero uso de la libertad responsable como adulta”.¹²³

Otro perito, médico legista, especialista en Psiquiatría y Psicología forense, y licenciado en Derecho Canónico, designado perito por el Tribunal, expone en su informe que la actora presenta un trastorno afectivo severo de la personalidad, que suele llamarse caracteropatía o neurosis de carácter, en el que se da una personalidad profundamente inmadura y narcisista, deficiente identificación de género, incapacidad severa para proyectarse y brindarse en forma adulta a otro “tú”, máxime en una vida de pareja, tendencia a la producción de conductas compulsivas y anormales. Tal trastorno remite a una cristalización en las primeras etapas de la vida, dejando a quienes la padecen con una afectividad primitiva e infantil, que evoluciona en forma distorsionada a través de las posteriores etapas infanto-juveniles, bloqueando la vía hacia la adquisición de una capacidad para brindarse en relaciones interpersonales.

El perito manifiesta que, en este caso, es más importante tratar de clarificar las dimensiones del trastorno afectivo que padecía la actora, el que bloqueó su normal evolución hacia la adquisición de su femineidad, que se instaura en primerísimas etapas evolutivas, esto es, antes del ingreso de la actora a la adolescencia. Con ello la

¹²³ Anexo 3.

consideración del grado de conducta anoréxica, cede lugar a un sustrato más profundo, más grave y limitante, y que hace sobre todo a la capacidad de la actora para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio.

La patología de la actora es de difícil corrección, pudiendo calificarse como grave. Se indica también que la actora no posee la aptitud para comprometerse de modo perdurable.

Con toda la evidencia presentada la Corte adquiere la convicción de que esta probada la nulidad del matrimonio, por el capítulo de incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica, por parte de la actora.

4. Decisión Panizo Orallo de 30 de enero de 2001¹²⁴

En este caso el matrimonio fue celebrado en 1987 y también existe un hijo, nacido en 1991. La demanda de nulidad fue impetrada por el marido en 1998.

Antes del matrimonio existió un noviazgo de poco más de un año, según el testimonio del marido, él siempre tuvo un afán de proteger a la mujer, por la forma en la que se había desarrollado su vida, la separación de sus padres, después de ello y dado la mala relación que mantenía con la madre, fue internada en una escuela en Inglaterra, allí aumento fuertemente de peso, lo que posteriormente desencadenó como efecto rebote la anorexia.

El marido tenía conocimiento de todo esto y de igual forma contrajo matrimonio, pero desde el primer momento la convivencia se hizo difícil por los efectos que había producido la anorexia tanto en la salud, como en el carácter de la mujer. El marido, en vista de estas circunstancias, dispuso de un tratamiento psiquiátrico para la mujer, el que ella no termino.

¹²⁴ Ver Anexo 2. Sentencia publicada por PANIZO ORALLO, Santiago, en su libro “*El matrimonio a debate hoy, Nulidades en el dos mil*”, (Madrid, 2001) pp. 635-648.

A pesar de las malas condiciones de convivencia, se propusieron tener un hijo, el que nació después de que la mujer se sometiera a un tratamiento de fertilidad.

Tiempo después el marido se entera de la infidelidad de la mujer, el que ella misma le confirma, señalando que tenía la “necesidad de estar con los hombres que le gustaban”, después de ello se produjo la separación y el divorcio civil del matrimonio.

La mujer, después de la interposición de la demanda, se apersonó en el juicio e interpuso demanda reconvenzional, imputando graves conductas al marido que habrían influido en la mala convivencia del matrimonio.

El dubio se fijó por los capítulos de falta de discreción de juicio y/o incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por parte de la mujer, como acción principal y defecto de discreción de juicio y/o incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por parte del marido, como acción reconvenzional, la que posteriormente quedó sin efecto, por defectos procesales.

Los fundamentos jurídicos de esta sentencia son ciertamente clarificadores respecto al objeto del consentimiento conyugal, se señala que el Canon canon 1.057 del nuevo Código reconoce que *“El matrimonio lo produce el consentimiento de las partes legítimamente manifestado entre personas jurídicamente hábiles: consentimiento que ningún poder humano puede suplir”*

Señala el ponente, haciendo un análisis exegético de la norma;

“En este canon se reúnen los tres elementos que concurren a la viabilidad humano-jurídica del matrimonio: el “consentimiento” de las partes; la “aptitud y disposición” de las personas y la legítima “manifestación” del consentimiento. De estos tres elementos el más importante es el consentimiento personal de los esposos.

El consentimiento, acuerdo de voluntades, se hace matrimonial cuando las voluntades convergentes de dos personas se proyectan eficazmente sobre un objeto conyugal: que no es otra cosa que “un varón y una mujer entregándose y aceptándose mutuamente en alianza irrevocable en relación a la constitución del matrimonio”

Señala que el consentimiento, primer elemento del matrimonio, es integrado por dos factores: un factor subjetivo (de consentimiento-sujeto), que viene implicado en el acto de conocer-querer-decidir; y un factor objetivo y determinante del color y de la calidad del consentimiento (de consentimiento-objeto).

El Concilio Vaticano II en la *Gaudium et spes* señala que el amor entre marido y mujer “por ser eminentemente humano, ya que va de persona a persona con el afecto de la voluntad, abarca el bien de toda la persona y, por tanto, es capaz de enriquecer con una dignidad especial las expresiones del cuerpo y del espíritu y de ennoblecerlas como elementos y señales específicas de la amistad conyugal”

Así señala Panizo que: “Con estas expresiones, la estructura y los elementos del matrimonio, sirven de apoyo a la puesta en acto y en vida de tales elementos estructurales del matrimonio, que al ser llevados de la mano consiente y libre de dos personas que se quieren y determinan compartir sus vidas se abren a un dinamismo tan vital y tan condicionador de todo su destino que sería difícil descubrir una comunidad, un consorcio, una unión personal de mayor intimidad y calado humano que el matrimonio. Y en ese momento del matrimonio, aparece un fondo interno: el que resulta de la consiente y libre voluntad de las partes que, activadas por el amor conyugal, se proponen y quieren dar existencia entre sí a un “consorcio de sus dos vidas”

Y en ese fondo interno – ante la trascendencia que la unión representa para ellos, para terceros y para la comunidad entera- se imbrica con esta estructura externa del instituto civilístico o canonístico normativamente constituido por el derecho del Estado o de la Iglesia.”

Para Panizo todos estos factores juegan un importante rol para formar el matrimonio y este cuadro hace del matrimonio, en contraste con otras uniones interpersonales, un complejo humano único que no tienen parangón con ninguna otra unión interpersonal.

Del cuadro que conforma el matrimonio es importante destacar dos expresiones “consiente y libre voluntad de las partes” y “consorcio de sus dos vidas”.

Para que el consentimiento logre formar un matrimonio válido es necesario que los contrayentes:

1° Puedan expresar ellos mismos el acto psicológico de consentir con proyección conyugal.

2° Que el objeto del consentimiento (la constitución del matrimonio), se encuentre al alcance de unas posibilidades, siquiera mínimas, de lograr los objetivos naturales del conocer y del querer conyugales.

Esto es lo que busca establecer el CIC como marco para fijar incapacidades para el consentimiento, que siendo en sí de derecho natural “porque nadie puede obligarse a lo imposible”, era importante formular claramente los derechos de los contrayentes, del matrimonio y de la sociedad eclesial.

En el canon 1.095 se refiere a tres planos de imposibilidades consensuales conyugales:

Sin que exista uso de razón no es posible el acto humano, por ello, todo lo que al tiempo de la expresión del consentimiento impida efectivamente y de cualquier manera el uso de razón, hará imposible el consentimiento.

El uso de razón debe entenderse en lo referido al matrimonio, son incapaces de consentir los que carecen del suficiente uso de razón al casarse, sino también quienes al contraer matrimonio tienen “un grave defecto de discreción de juicio acerca de los derechos y deberes esenciales del matrimonio que mutuamente se han de dar y aceptar”.

El grave defecto de discreción de juicio quiere decir que el uso de razón debe ser proporcionado a lo que es e implica el matrimonio y sus consecuencias en la vida de la persona.

El tercer plano de exigencia, del Canon 1.095 3°, se enfoca en la incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, por causas de naturaleza psíquica. Aquí debe analizarse, para el ponente, si el que quiere algo, es también capaz de llevarlo a cabo, puesto que puede ocurrir que no obstante querer algo, sea incapaz de realizarlo.

En el caso de que una persona, aunque sea capaz de querer y comprender lo que es el matrimonio, no sea capaz de cumplir las obligaciones que de él derivan, no existiría entonces un verdadero matrimonio.

Acá ya se deja de lado la voluntad, puesto que es una cuestión de poder hacerse cargo en concreto de los compromisos que conlleva el matrimonio. Ahora bien, acá entramos en el campo de las causas de naturaleza psíquica que son las que impiden que estas obligaciones se puedan llevar a cabo.

Para determinar cuales causas, o mejor dicho, que enfermedades, serán las causantes de la incapacidad psíquica, debemos centrarnos en los efectos concretos que la enfermedad provoca en la persona, y si efectivamente lo incapacita para asumir y cumplir las obligaciones esenciales del matrimonio.

Me parece interesante esta estructuración que hace el ponente, dado que desmembra cada uno de los elementos del consentimiento para hacernos llegar a este punto, dentro del cual debemos determinar los efectos de la anorexia, tanto en la discreción de juicio adecuada para el matrimonio, como en la capacidad de cumplir con las obligaciones del matrimonio de la persona que la sufre.

Para concluir el análisis de esta sentencia debemos señalar que el tribunal destaca los fuertes contrastes de las exposiciones de la misma realidad que hacen los contrayentes, sin que sea posible que ambas versiones sean verdaderas, la verdad sólo puede extraerse de las pruebas que se han rendido en la causa, y que en este caso sólo fueron aportadas por el marido, siendo la mujer del todo negligente en su comportamiento procesal.

Asimismo, el tribunal hace un breve análisis de las argumentaciones planteadas por las partes, en las cuales destaca los efectos de la enfermedad en la personalidad de la mujer, la que, al tiempo de expresar el consentimiento matrimonial, y debido al estado de anorexia que padecía, carecía de discreción de juicio acerca de los deberes esenciales del matrimonio, lo que llevó luego al fracaso de la vida conyugal, derivada de la incapacidad de la misma de asumir y cumplir los deberes del matrimonio (Incapacidad que era también consecuencia de la anorexia de la que padecía desde la adolescencia).

El tribunal concluye que en este caso el matrimonio es nulo, tanto por falta de discreción de juicio de la mujer, como por incapacidad de cumplir los deberes esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica, fundándose en la anorexia que padecía, por tanto confirma la sentencia del Tribunal Eclesiástico de Madrid, con lo cual se obtiene una segunda sentencia de nulidad, igualmente se impuso un veto a la mujer, para que no pueda contraer nuevamente matrimonio sin autorización del Ordinario del lugar.

Capítulo 4.

La Nulidad de Matrimonio por Causas de Naturaleza Psíquica en el Derecho Civil Chileno

Hasta el momento se ha realizado un examen del derecho canónico para exponer cuales son las causales que permiten anular un matrimonio, dentro de ello, nos hemos referido con especial cuidado a la incapacidad consensual, supuestos en los cuales la persona no se encuentra en condiciones de expresar un consentimiento matrimonial válido.

Ahora, nos corresponde analizar el Derecho Civil Chileno, para ello se realizará una breve reseña de la antigua Ley de Matrimonio civil, para posteriormente centrarnos en el análisis de la Ley 19.947 sobre matrimonio civil, actualmente vigente en nuestro país, para ver cuales son las causales más innovadoras que han sido introducidas en nuestra legislación y como puede verse en ella la influencia del derecho canónico. Se destacará asimismo que si bien es cierto, existen ciertas similitudes en algunas de las causales, la norma canónica no ha sido recogida de forma literal.

a. La nulidad de matrimonio bajo el imperio de la antigua ley de matrimonio civil

Desde el año 1884 rigió en Chile nuestra antigua Ley de matrimonio civil, la que a lo largo de los años experimento numerosas modificaciones, pero sustancialmente continuó en vigencia hasta el año 2004, es importante destacar que desde sus orígenes nuestro derecho civil matrimonial ha sido inspirado por el Derecho Canónico, de él fueron tomados los principales elementos que vinieron a constituir el matrimonio civil, institución que a pesar de las importantes modificaciones de las que fue objeto con la Ley 19.947 no ha variado en su esencia.

Las causas de nulidad son ciertos hechos o circunstancias que, existiendo al tiempo de la celebración del matrimonio, hacen que este sea anulable, tal nulidad debe ser declarada por un Tribunal competente por medio de una sentencia que tenga el carácter de firme y ejecutoriada.

Ahora bien, nuestra antigua ley de matrimonio civil contemplaba como causales de nulidad las siguientes:

1. Matrimonio existiendo impedimentos dirimentes.
2. Matrimonio entre adoptante y adoptado
3. La falta del consentimiento libre y espontáneo
4. La falta o inhabilidad de los testigos y la incompetencia del oficial de Registro Civil.

Matrimonio celebrado existiendo impedimentos dirimentes

Los impedimentos dirimentes, al igual que en materia canónica, son circunstancias que existiendo en la persona al tiempo de la celebración del matrimonio hacen que este sea anulable.

Los impedimentos dirimentes contemplados en la antigua legislación eran:

1. El vínculo matrimonial no disuelto.
2. La impubertad.
3. Impotencia perpetua e incurable.
4. Imposibilidad de darse a entender de palabra o por escrito.
5. Demencia.
6. Un grado determinado de parentesco.

Varias de estas causales contempladas en el derogado cuerpo legal fueron eliminadas o experimentaron modificaciones con la dictación de la Ley 19.947. La impotencia, por ejemplo, ya no está contemplada como causal de nulidad en materia civil, no obstante sigue siendo un impedimento en materia canónica. Debemos decir que a la luz de la legislación civil actualmente vigente, cabe la posibilidad de que se impetre la nulidad de matrimonio invocando el error en una cualidad personal del contrayente.

Una causal que experimentó una modificación fue el del mudo o sordomudo que no pudiese darse a entender por escrito, ya que actualmente la ley señala que están impedidos de contraer matrimonio los mudos o sordomudos que no puedan darse a entender claramente, ya sea de forma escrita o por lenguaje de señas.

Fue eliminado también en la ley actual el impedimento de adulterio. La ley antigua prohibía a la mujer contraer matrimonio con su copartícipe en el delito de adulterio. La razón de la supresión fue que la ley 19.335 al derogar los artículos 375 a 381 del Código Penal despenalizó el adulterio, por ello resultaba absurdo conservar el adulterio como impedimento.

Respecto al tema que nos ocupa en la especie, es posible señalar que un trastorno de la alimentación difícilmente podría haberse enmarcado en alguna de estas hipótesis, habría sido posible discutir algo más si habría existido la posibilidad de alegar el estado de demencia, a estos efectos, debería determinarse si un cuadro de anorexia aguda podría haber ocasionado demencia, y en ese caso podría haberse impetrado la nulidad de matrimonio. En un caso concreto habría sido de difícil prueba.

Del breve esquema que hemos enunciado acerca de las causas que podían motivar la nulidad bajo el imperio de la antigua ley de matrimonio civil, podemos concluir que no existía la posibilidad cierta de fundamentar una nulidad de matrimonio debido a un trastorno de la alimentación, dado que la ley, además de ciertos requisitos objetivos, no exigía en el sujeto que iba a contraer matrimonio, ningún tipo de “habilidad subjetiva” para el mismo, es decir, el legislador no se preocupó de hurgar en la intimidad de la persona, no abordó de ninguna forma los aspectos psicológicos del contrayente, para determinar si alguna enfermedad de corte psicológico podría ocasionar la nulidad de un

vínculo matrimonial en concreto. En ello puede evidenciarse una clara falencia, puesto que en la construcción de la vida matrimonial es innegable que influyen sustancialmente las características psíquicas del contrayente, ya que debemos recordar que, más que un contrato, el matrimonio es una unión de dos vidas.

b. La nulidad de matrimonio en la Ley 19.947

La ley de matrimonio civil actualmente vigente en Chile, fue promulgada el 7 de mayo de 2004, publicada en el Diario Oficial el 17 de mayo del mismo mes, rige desde el 17 de noviembre de 2004 y es, conjuntamente con la ley 19.585, más conocida como ley de filiación, una de las mayores reformas introducidas en nuestra legislación civil en el ámbito del derecho de familia.

Las causales de nulidad establecidas en la Ley 19.947 pueden esquematizarse con fines didácticos como sigue a continuación¹²⁵:

1. Falta de capacidad legal de uno o ambos contrayentes.
2. La incapacidad para consentir
3. Falta de consentimiento libre y espontáneo
4. Falta de solemnidades establecidas en la ley.

1. Falta de capacidad legal de uno o ambos contrayentes

La regla general es que todas las personas pueden contraer matrimonio, o sea, todos poseen *ius connubii*, principio presente también en el derecho canónico. La capacidad en esta materia, expresada en el *ius connubii* no es sino una expresión particular en

¹²⁵ CORRAL TALCIANI, Hernán, *El régimen de nulidad matrimonial en la nueva ley de Matrimonio Civil*, en Seminario de la Nueva Ley de Matrimonio Civil (Santiago, 2004), p. 27 y ss.

materia matrimonial, reconocida positivamente en el Art. 2 inc. 1º de la Ley de matrimonio civil, del principio general de la capacidad en materia civil.

Tenemos entonces que todas las personas pueden contraer matrimonio, salvo aquellos a quien la ley declara incapaces, en materia matrimonial ello está tratado en los arts. 5, 6 y 7 de la L.M.C.

a. Incapacidades absolutas o impedimentos dirimentes absolutos

1. Vínculo matrimonial no disuelto. (Art. 5 N° 1 LMC) Causal que no ofrece mayor novedad, puesto que estaba contemplado en la antigua ley de matrimonio civil. Esta infracción constituye además el delito de bigamia.

2. La minoría de 16 años. (Art. 5 N° 2 LMC) Es del caso destacar que en esta ley se elevó la edad exigida para contraer matrimonio, anteriormente se exigía a los hombres los 14 años y a la mujer los 12 años, normas correlativas con la edad en que se presume legalmente la pubertad. Con la nueva ley la edad mínima para contraer matrimonio es los 16 años, tanto para hombres como para mujeres, norma a la cual aún no se le puede encontrar el absoluto sentido, dado que la emancipación legal de las personas ocurre a los 18 años y a esa edad comienzan los principales derechos y obligaciones de la vida adulta, es poco coherente permitir el matrimonio a personas que ni siquiera son capaces de ser testigos en un matrimonio.

La autorización de los padres para los menores de 18 años sigue siendo necesaria y siguen vigentes las sanciones civiles por su omisión (Si bien es cierto son de escasa aplicación práctica).

b. Incapacidades relativas

En la legislación actual están constituidas por:

1. Incapacidad por parentesco.

2. Incapacidad por homicidio.

2. La Incapacidad para consentir

Este es el punto que más nos ha de ocupar, ya que dentro de él se encuentran las influencias más importantes del Derecho canónico, y si bien es cierto que la LMC no las trata de este modo, sino más bien les da el tratamiento de impedimentos, a efectos didácticos y de lógica jurídica es conveniente tratarlas en este punto y bajo esta denominación.

1. El hallarse privado del uso de razón. (Art. 5 N° 3, 1° parte LMC), una persona que se halla privada del uso de razón, es claramente incapaz de consentir, por tanto nos encontramos ante lo que la legislación eclesiástica llama incapacidad consensual.

La antigua ley de matrimonio civil hablaba de “demencia”. El legislador daba a la voz “demencia” un sentido genérico, aunque es una enfermedad psiquiátrica determinada.

La nueva denominación esta inspirada en el canon 1.095 de la legislación eclesiástica, que señala que son incapaces de contraer matrimonio los que carecen de “suficiente uso de razón”. Es importante destacar la diferencia de la redacción entre ambas disposiciones, en la legislación civil se dice “privado”, la legislación eclesiástica es mucho más amplia dado que habla del “carecer de suficiente uso de razón”, por tanto es importante tenerlo en cuenta al tiempo de interpretar la disposición en comento.

La ley civil chilena exige, para encontrarnos frente a este impedimento, la verdadera “ausencia” del uso de razón y no sólo el debilitamiento.

El Profesor Salinas destaca algunos aspectos de la modificación¹²⁶:

1° El cambio de “demencia” por “privación del uso de razón”, supone que se ha colocado acento más en el efecto que en la causa del defecto del intelecto, con lo cual se amplían las posibilidades que pueden originar la falta del uso de razón, sin limitarla a la demencia, interesando solo que efectivamente la persona se encuentre efectivamente privada del uso de razón al tiempo de la expresión del consentimiento.

¹²⁶ SALINAS ARANEDA, Carlos, cit. (n. 82), pp. 57-58.

2º La pérdida del uso de razón no debe ser permanente, basta su existencia al tiempo del consentimiento.

2. La incapacidad por un trastorno o anomalía psíquica. (Art. 5 N° 3, 2º parte LMC). Se trata también en este caso de una incapacidad para consentir. La disposición in comento señala que “No podrán contraer matrimonio los que por un trastorno o anomalía psíquica, fehacientemente diagnosticada, sean incapaces de modo absoluto para formar la comunidad de vida que implica el matrimonio”.

Esta causal es una verdadera innovación en nuestra legislación civil, esta inspirada en el Canon 1095 N° 3 del CIC, disposición que hemos ya analizado de forma extensa en nuestro anterior capítulo.

La introducción de esta causal en nuestra legislación, pone de manifiesto el afán modernizador del legislador, el que ha observado los avances que en esta materia ha ostentado el Derecho canónico en el último siglo, especialmente reflejado en el Código de 1983, y al ver su eficiencia, ha tomado e incorporado a la legislación civil algunas de sus disposiciones, lo que a su vez, lleva a tomar en cuenta los avances de las ciencias psiquiátricas y psicológicas.

Esta causal es asimismo innovadora, ya que abre las puertas a la posibilidad de discutir en el campo jurídico los efectos que producen en la persona las enfermedades psiquiátricas, enfermedades que pueden no revestir la gravedad de la esquizofrenia o la oligofrenia, y que por tanto, no conducen a la absoluta privación de razón del individuo, por ello no incapacitan para expresar un consentimiento jurídicamente eficaz, sin embargo, si ellas en el caso concreto producen el efecto de incapacitar a la persona para formar la comunidad de vida matrimonial, consecuentemente se configura la causal legal y ello conlleva la nulidad de matrimonio.

Es conveniente tener en cuenta la forma en que nuestra legislación define el matrimonio como “Un contrato por el cual un hombre y una mujer se unen actual e indisolublemente, y por toda la vida, con el fin de vivir juntos, de procrear y de auxiliarse mutuamente”, podemos ver que nuestro legislador recoge la idea rectora de

matrimonio como “comunidad de vida”, por tanto, es importante que al momento de la celebración del matrimonio ambos cónyuges estén capacitados no sólo para expresar un consentimiento válido desde el punto de vista formal, sino que deben estar capacitados también para construir la comunidad de vida que significa el matrimonio, para efectivamente vivir juntos, y poder auxiliarse ante las vicisitudes del diario vivir.

En este punto la introducción de este impedimento coloca ambos cuerpos legales, el Código Civil y la ley de matrimonio civil, en armonía, al reconocerse en el segundo de los nombrados que existen en ciertas incapacidades especiales en materia matrimonial, dado que el matrimonio es un contrato que exige ciertas aptitudes particulares del sujeto para que puedan llevarse a cabo sus fines particulares.

Es evidente que existen enfermedades de corte psicológico, tales como la depresión en sus estados más avanzados, el trastorno bipolar, algunos tipos de desviaciones sexuales, el alcoholismo y la drogadicción, entre otros, que no inhabilitan a quien las sufre para obrar válidamente en el campo del derecho patrimonial en general, pero, al tener en cuenta que el matrimonio es un contrato que produce efectos tan importantes en la vida de una persona, ya que lo obliga a formar una comunidad de vida, no es absurdo plantearse que por los efectos que estas enfermedades pueden provocar en la persona, pueden hacer que ellas no sean capaces de formar la comunidad de vida que involucra el matrimonio, y será esta la razón por la cual el vínculo será nulo, ya no es la falta de capacidad de obligarse, sino la incapacidad de cumplir aquello a lo que la persona se obliga al momento de consentir, o la incapacidad de, como lo dice la ley, de construir la comunidad de vida que involucra el matrimonio, lo que provoca la nulidad o, mejor dicho, la anulabilidad del matrimonio celebrado.

Es entonces esta misma argumentación la que puede esgrimirse respecto de la incidencia de los trastornos de la alimentación en la nulidad matrimonial en el derecho civil chileno actualmente vigente, como veremos más adelante.

Esta incapacidad para formar la comunidad de vida debe ser absoluta, lo que llevará que quien la sufre no podrá casarse válidamente con ninguna persona, al igual que ocurre en materia canónica.

El mayor problema que puede presentar la introducción de este tipo de causales, es su subjetividad, son impedimentos en cierta forma “abiertos” en los cuales queda mucho a criterio del juez, lo que en casos extremos podría llegar a conducir a arbitrariedades y también a disparidad de criterios. Será muy importante el rol que jugarán aquí los informes periciales y los descubrimientos que cada día aportan las ciencias psiquiátricas y psicológicas, así como la labor que hagan posteriormente los tribunales superiores de justicia, a fin de buscar cierta uniformidad en la jurisprudencia civil. Será también un gran aporte para los jueces civiles tener en cuenta y ayudarse de la nutrida y elaborada doctrina y jurisprudencia eclesiástica, tanto chilena como extranjera, existente a la fecha en lo que se refiere a este tema, dado la falta de experiencia que en este tema tendrán la mayoría de nuestros jueces de familia, llamados por la ley a resolver estos asuntos.

Sintetizando podemos decir que los requisitos que debe revestir la anomalía psíquica para que se configure la incapacidad, tomados de la doctrina canónica, pero que pueden aplicarse analógicamente, podemos nombrar:

1. Debe existir al tiempo de celebrarse el matrimonio, como hemos visto en lo referente a la doctrina canónica, basta que exista un “germen” al tiempo de la celebración del matrimonio, sin que deba necesariamente estar presente la enfermedad en toda su extensión o en toda su gravedad. El desarrollo tardío de la enfermedad latente igualmente puede hacer anulable el matrimonio. Este elemento puede generar muchas reticencias dado que puede producir una cierta inseguridad jurídica.
2. La incapacidad deber ser absoluta. Nunca la mera dificultad o la incapacidad relativa constituirán este impedimento. El fracaso concreto de la unión conyugal no es sinónimo ni prueba de esta incapacidad.
3. La incapacidad debe referirse a alguna de las obligaciones esenciales del matrimonio, o sea podemos incluir todo lo que comprenda la comunidad de vida del matrimonio.
4. La anomalía psíquica debe estar fehacientemente diagnosticada, en lo cual serán de vital importancia los peritajes psiquiátricos y psicológicos.

3. Incapacidad por carecer de suficiente juicio y discernimiento. (Art. 5 N° 4 LMC).

Así como en los dos números anteriores, nos encontramos ante una incapacidad para consentir. Señala el legislador que “No podrán contraer matrimonio los que carecieren de suficiente juicio o discernimiento para comprender y comprometerse con los derechos y deberes esenciales del matrimonio”. Esta causal, al igual que la anteriormente descrita es novedosa e inspirada en el Derecho Canónico, más precisamente en el Canon 1.095 N° 2, que también ya ha sido objeto de estudio, y aunque la redacción no es idéntica a la causal canónica, dado sus elementos, es posible examinarla utilizando los elementos proporcionados por la doctrina y jurisprudencia eclesiástica.

En el Segundo Informe de la Comisión de Constitución del Senado, se deja constancia de lo que sigue:

La indicación N° 22, de los Honorables Senadores señores Bombal, Chadwick, Coloma y Larraín, hace copulativos los requisitos de comprender y comprometerse con los derechos y deberes esenciales del matrimonio.

“La sugerencia se inspira en el canon 1095 N° 2 del Código de Derecho Canónico, del cual se desprende que deben reunirse ambas exigencias. La doctrina canónica sostiene que el defecto de discreción o juicio, que no constituye privación de razón, no es sólo un defecto del intelecto (o sea, un incapacidad para comprender los deberes matrimoniales), sino que, a la vez, una deficiencia de la voluntad (incapacidad para querer comprometerse con ellos).

Se aprobó por unanimidad, con los votos de los Honorables Senadores señores Aburto, Chadwick, Espina, Moreno y Viera-Gallo.”¹²⁷

Es importante señalar que la norma canónica no es acogida de manera literal y existen diferencias sustantivas introducidas, tal como lo precisa el Profesor Carlos Salinas¹²⁸:

¹²⁷ Segundo Informe de la Comisión del Senado. Boletín N.º 1759-18.

1º El CIC habla de “grave defecto de discreción de juicio”, en tanto la LMC de “los que acrecieren de suficiente juicio o discernimiento”, en tanto en el CIC el grave defecto es “acerca de los derechos y deberes esenciales del matrimonio” la LMC habla de “grave defecto de discreción de juicio acerca de los derechos y deberes esenciales del matrimonio”, por tanto la discreción de juicio debe medirse en relación a los dichos deberes y obligaciones.

2º Se habla en la LMC de carencia de suficiente juicio o discernimiento, ya se ha explicado que el consentimiento matrimonial es un acto que reúne operaciones especulativas y ponderativas, comprendiendo la facultad de juzgar, razonar y relacionar juicios para extraer otros. La Real Academia de Lengua Española señala que el discernimiento es “distinguir una cosa de otra, señalando la diferencia que existe entre ellas.

3º Conforme lo anterior, la carencia de juicio o discernimiento puede ocurrir por deficiencias en las facultades, o bien por no existir entre ellas la suficiente armonía.

4º El déficit de las facultades intelectivas, permitiría la reconducción a esta hipótesis respecto del débil mental, por hacerles carecer su trastorno del juicio y discernimiento si entre ellas no existe debida correspondencia y armonía.

5º La deficiencia afectiva, representada por la inmadurez afectiva, origina esta incapacidad, puesto que existe también en estas personas carencia del suficiente juicio y discernimiento.

6º La deficiencia de voluntad ocurre cuando existe falta de libertad interna del contrayente para decidir, tanto en cuanto al matrimonio, como en cuanto a la persona de su cónyuge. Para el profesor Salinas, aún cuando la ley no lo señale de forma expresa, le parece que puede entenderse comprendida dentro de esta hipótesis, la falta de libertad interna.

¹²⁸ SALINAS ARANEDA, Carlos, cit. (n. 82), p.62-66.

7º La ley utiliza los términos “juicio o discernimiento” de manera alternativa, como equivalentes, y de forma copulativa utiliza los términos “comprender y comprometerse”. Conforme a ello, el juicio o discernimiento han de ser suficientes para comprender “y” comprometerse con los derechos y deberes del matrimonio, como quedo establecido en la historia fidedigna de la ley.

8º Respecto a cuales son los derechos y obligaciones esenciales del matrimonio, ellos son en principio los contenidos en los Artículos 131, 132, 133 y 134 del Código Civil

9º La ley no le otorga facultad al Oficial de Registro Civil para impedir la celebración de un matrimonio en el cual alguno de los contrayentes pueda estar afectado por esta causal.

3. La falta de consentimiento libre y espontáneo

En la Ley 19.947 fue eliminado el rapto como vicio del consentimiento y se acepta el error y la fuerza.

1. El error. El error que vicia el consentimiento puede ser de dos clases:

a) Error sobre la identidad del otro contrayente. Art. 8 N° 1. LMC.

b) Error sobre alguna cualidad del otro contrayente. Art. 8 N° 2. LMC. La ley exige que se trate de una cualidad personal, y que pueda considerarse objetivamente que la consideración de esa cualidad ha de ser estimada como determinante para consentir, atendida la naturaleza o los fines del matrimonio.

Es importante que para encontrarnos ante este error debe tratarse de una cualidad inherente a la personalidad del cónyuge, permanente y que revista cierta gravedad para considerar que es determinante en el consentimiento.

En este punto el derecho canónico es mucho más exigente, puesto que el Canon 1097 N° 2, al tratar el error como vicio del consentimiento señala que el error acerca de una cualidad de la persona, aunque sea causa del contrato, no dirime el matrimonio, a no ser que se pretenda esa cualidad directa y principalmente.

2. La fuerza. La LMC se remite en este punto a los Arts. 1.456 y 1.457 del CC. La fuerza puede provenir de cualquier persona, no sólo de quien de ella se beneficia. Se amplió el ámbito de procedencia de la fuerza al indicar que puede ser ocasionada tanto por el acto de una persona, como por una circunstancia externa.

4. Omisión de las formalidades de validez

La más importante innovación de la LMC es la supresión de la incompetencia del Oficial de Registro Civil como causal de nulidad matrimonial.

Sigue siendo causal de nulidad la falta o inhabilidad de los testigos del matrimonio.

Los testigos, al igual que en la antigua LMC deben ser al menos dos y no incurrir en alguna de las causales de inhabilidad enumeradas en el Art. 16 de la LMC.

c. ¿Puede un trastorno de la alimentación provocar la nulidad matrimonial civil en Chile?

Hemos ya analizado la legislación actual vigente en nuestro país, teniendo en cuenta las innovaciones de la ley 19.947 y la introducción de novedosos impedimentos sustentados en consideraciones de carácter psicológico, veremos en cual o cuales de ellos podríamos incluir un trastorno de la alimentación.

Para efectuar este análisis, tomaremos los mismos supuestos de hecho que han sido analizados en las sentencias canónicas que fueron estudiadas en nuestro anterior capítulo, pero esta vez a la luz de la ley civil chilena, para ver si se dan los supuestos establecidos para que se configure la causal de nulidad y consecuentemente el matrimonio sea susceptible de ser anulado y por qué causales. Tomaremos asimismo en cuenta las pruebas que fueron rendidas dentro de los mencionados procedimientos, tanto en lo referido a la pericial, como la testimonial.

1. Caso analizado por la Rota Romana

a. Los Hechos

A efectos de hacer un análisis lógico, en primer lugar se hará una descripción lineal de los hechos, que aparecen dispersos dentro de las distintas sentencias de la Rota, y luego se realizará un análisis jurídico de los mismos.

En este caso hombre y mujer contrajeron matrimonio en 1965, poco tiempo después del matrimonio la mujer fue hospitalizada para el tratamiento de hipertiroidismo - ya se ha señalado anteriormente que en la primera mitad del siglo XX la anorexia era confundida con esta enfermedad- y de psicosis obsesiva. Ya durante la época de noviazgo, el entonces novio de la mujer, se había dado cuenta de su comportamiento obsesivo, principalmente de la obsesión por la limpieza y un constante temor al contacto físico, pero esperaba que con la salida de la casa paterna este comportamiento cesara.

La mujer tenía antecedentes, incluso desde antes de entrar a la pubertad, de psicosis de tipo obsesiva. También fue tratada por anorexia, que la llevo a múltiples hospitalizaciones durante el período de la adolescencia. Padecía asimismo de Ripofobia, una rara enfermedad que consiste en miedo horrible a la suciedad, lo que la hacía rechazar el contacto humano. En 1964, un año antes de contraer matrimonio, había sido tratada con sedantes a causa de sus miedos, debido a la depresión recibió incluso tratamiento por electrochoques. Desde los 14 años padecía de amenorrea, por tanto estaba impedida de quedar embarazada.

Las relaciones sexuales que se habían iniciado ya antes del matrimonio, cesaron aun antes de su celebración y luego de él, existieron escasas oportunidades de encuentro sexual debido a las múltiples aprehensiones de la mujer.

b. El Derecho

La ley de matrimonio civil, en su Art. 5 señala que “No podrán contraer matrimonio:

3º Los que se hallaren privados del uso de razón; y los que por un trastorno o anomalía psíquica, fehacientemente diagnosticada, sean incapaces de modo absoluto para formar la comunidad de vida que implica el matrimonio.

4º Los que carecieren de suficiente juicio o discernimiento para comprender y comprometerse con los derechos y deberes esenciales del matrimonio...”

Ahora debemos establecer si es posible que los hechos que fueron descritos puedan configurar alguna de las causales previstas en la ley, concretamente, cuales son los efectos de la anorexia y los síndromes fóbicos padecidos por la mujer antes del matrimonio y sus posteriores manifestaciones. Para ello tomaremos en cuenta de forma principal los testimonios de los peritos, que nos pueden ilustrar de modo más preciso en lo que a ello se refiere.

En primer lugar de acuerdo a las reglas inspiradoras de la nulidad en materia civil, la causa que se invoca debe estar presente al tiempo de la celebración del matrimonio, a este respecto debemos señalar que existe suficiente evidencia en el proceso de que los síntomas de la anorexia, las fobias y las psicosis, se produjeron en edad temprana, incluso antes de la pubertad y que las conclusiones de los expertos son que ellas permanecen en el tiempo, aunque puedan existir períodos de cierta remisión en los cuales los síntomas de la enfermedad se encuentren controlados y no sean tan evidentes, ella permanece siempre en un estado de latencia, por ello podemos decir que este requisito se cumple.

Luego de ello, la LMC en su Art. 5 N° 3 habla “los que a causa de un trastorno de naturaleza psíquica que aparezca fehacientemente diagnosticado”, en lo que a ello respecta la anorexia, los síndromes de fobias, la ripofobia, aparecen como diagnosticados por diversos especialistas, de ello quedaron también suficientes antecedentes en el proceso, por tanto se cumple también el supuesto legal.

Si bien es cierto el tenor literal de la norma en comento no exige un diagnóstico médico, dado que solo habla de que aparezca “fehacientemente diagnosticado”, me parece, en lo

personal, que los llamados a entregar un diagnóstico son los profesionales competentes del ámbito de la Medicina, Psicología y Psiquiatría

La ley continúa “sean incapaces de modo absoluto para formar la comunidad de vida que implica el matrimonio”. A este respecto debemos adentrarnos nuevamente en lo que es la comunidad de vida que involucra el matrimonio, para ver los efectos que producen las enfermedades mencionadas en la construcción de esta comunidad de vida matrimonial.

La comunidad de vida matrimonial es un concepto presente en la ley, pero no definido por la misma, y, a decir verdad, es un concepto de difícil formulación legal, nos encontramos ante un concepto jurídico indeterminado, que debe ser entendido en su sentido natural y obvio.

Al hablar de comunidad de vida matrimonial, la ley se refiere a esa comunidad de amor que es la que motiva el matrimonio, el deseo mismo de dos personas que se aman, de estar juntos, para toda la vida, con la finalidad de auxiliarse mutuamente, de compartir su diario vivir, siempre buscando el desarrollo de ambos, tanto en el ámbito material, como en el espiritual, de formar una familia, tener hijos y educarlos. La ley se refiere a un trastorno psíquico que impida de manera absoluta la construcción de este consorcio conyugal. Ahora bien ¿Pueden las enfermedades que han sido diagnosticadas en el caso que nos ocupa obstaculizar la construcción de esta comunidad de vida? ¿De qué forma afectaron en este caso en concreto la capacidad de la mujer? Para dilucidar esta interrogante es necesario recurrir tanto a los efectos que produce la anorexia en la persona de manera general, como a las conclusiones de los expertos que fueron consultados en este caso.

Es importante centrarnos en los efectos de la anorexia en la capacidad de las personas de relacionarse con los demás, recordando lo estudiado en nuestro primer capítulo:

La anorexia hace que las personas que la sufren poco a poco se tornen taciturnas y tiendan a aislarse de los demás, su pensamiento gira en torno al peso y la comida y decrece, hasta llegar a desaparecer el deseo sexual, todos síntomas que estaban

presentes en este caso en la mujer, es asimismo importante recordar que es muy frecuente que en las personas con anorexia se encuentren conjuntamente con ella otras enfermedades, principalmente síndromes fóbicos y obsesivos, para ello recordaremos algunas de las afirmaciones de los peritos:

Un de ellos fue concluyente al señalar que los problemas psíquicos de la mujer estaban presentes desde la pubertad, manifestada tanto en psicosis como en un tipo psiconeurótico, lo que motivó diversas hospitalizaciones.

Agrega otro experto que la evolución de la enfermedad comenzó con anorexia, la que evolucionó posteriormente en la Ripofobia, la que afectó los intereses y actividades sociales y familiares de la mujer.

Es evidente que al proyectar estas conductas en el ámbito de la construcción de la comunidad de vida del matrimonio, el resultado no será del todo armónico, la anorexia es una enfermedad que comienza a abordar toda la vida del enfermo, la persona afectada centra toda su vida en torno a la comida, al comer y la imagen distorsionada que tiene de su cuerpo, tiende a aislarse, alejándose de su familia, de sus amigos, definitivamente también lo hará de su pareja. Una relación de vida, la creación de un vínculo fuerte y estable como el que supone la comunidad de vida del matrimonio es difícil, sino imposible de lograr. Es del caso que dentro de nuestra legislación positiva y acogiendo las conclusiones de los expertos, podemos llegar a afirmar que la anorexia en un estado grave puede hacer incapaz a la persona que la sufre de construir la comunidad de vida matrimonial, con lo cual este vínculo será anulable, invocando la causal 3º del Art. 5 de la LMC.

Asimismo podemos decir que es posible verificar que una persona afectada de anorexia, estado clínico que, en el caso concreto que nos ocupa, se ve agudizado por la presencia de síndromes fóbicos y obsesivos, puede ver afectada su capacidad de discernimiento a efectos de comprender y comprometerse con los derechos y deberes esenciales del matrimonio, pudiendo quedar también comprendido en la hipótesis prevista por el Art. 5 N° 4 de la LMC, para poder sustentar nuestra afirmación debemos acudir tanto a la doctrina canónica, a efectos de que nos auxilie en la interpretación de la norma civil,

como nuevamente a los efectos de la anorexia y las opiniones de los expertos recabadas a lo largo del proceso de nulidad ante la Rota Romana.

Debemos recordar nuevamente la inspiración canónica de la norma citada, que aparece respaldada por la historia fidedigna de la ley. Si bien es cierto, la norma canónica no fue tomada de manera literal, es fácil apreciar la influencia del derecho canónico presente en la disposición.

Habla la ley, en este caso, de la carencia del “suficiente juicio o discernimiento para comprender y comprometerse con los derechos y deberes esenciales del matrimonio...”

Ya se señaló el concepto de discernimiento que da la RAE, ahora debemos aplicarlo a este caso en particular. ¿Podríamos sostener que la anorexia y las demás enfermedades que sufría la mujer en el caso examinado, hicieron que ella careciera del discernimiento suficiente para comprender y comprometerse con los derechos y deberes esenciales del matrimonio?

Los deberes esenciales del matrimonio, debemos entender que son los enunciados en los Arts. 131 y siguientes del CC, en resumen los deberes de fidelidad, socorro, ayuda mutua, respeto y protección, enunciación meramente ejemplar, puesto que mal podrían ser enumerados de forma taxativa por una norma jurídica positiva, los deberes que involucra la construcción de la comunidad de vida matrimonial.

Ahora bien, acudiremos nuevamente a la opinión recabada de los peritos que intervinieron en el proceso, los cuales llegaron a concluir en forma unánime, de lo cual quedó constancia en la sentencia que fue analizada, de que las, fobias, sumadas de la anorexia y el síndrome obsesivo que aquejaban a la demandada en esta causa han influenciado y restringido, tanto su capacidad crítica, como su voluntad. Debemos entender a su capacidad crítica, como el discernimiento que la ley exige y es especialmente decidora la frase siguiente: “...*la demandada no estaba en un estado de proyectarse de manera suficiente, voluntaria y libremente, de manera de evaluar*

*adecuadamente la importancia de la decisión que tomaba y de asumir las obligaciones que derivaban de ello.*¹²⁹

Podemos entonces, apoyados por las opiniones de los expertos que fueron consultados, aseverar que es posible señalar que esta mujer, aquejada de anorexia, síndromes fóbicos y obsesivos se encontraba en un estado, debido a su condición psíquica, en el cual no era capaz, tanto de construir la comunidad de vida que involucra el matrimonio, como asimismo, la gravedad de la enfermedad que la aquejaba afectó su capacidad crítica y volitiva, provocando que ella careciera, al tiempo de expresar el consentimiento matrimonial, del discernimiento suficiente para comprender las obligaciones que implicaba el matrimonio, ambas circunstancias que se enmarcan en las hipótesis comprendidas en el Art. 5 N° 3 y 4, de la LMC, por lo que procedería que se decretara la nulidad del matrimonio celebrado entre las partes.

Es importante destacar que la nulidad, jurídicamente, se produce puesto que, una persona que no es capaz de comprender el objeto al cual se obliga y, de constituir la comunidad de vida que implica el matrimonio, mal puede expresar un consentimiento respecto de algo que no puede, en el hecho, realizar, ese consentimiento carecería de objeto.

2. Caso analizado por el Tribunal de la Rota Española

a. Los Hechos

Dado que esta sentencia se encuentra anexada en su texto completo sólo se realizara una breve síntesis de los mismos.¹³⁰

¹²⁹ Ver p. 95 y ss.

¹³⁰ Ver Anexo 2.

El matrimonio fue celebrado en 1987, previo a ello existió un noviazgo de un año y medio, en el cual existió siempre un afán protector, de quien después fue el marido, por la historia de desavenencias familiares que mostraba la mujer.

La mujer había sido enviada a estudiar al extranjero, lugar en el cual subió mucho de peso, luego de lo cual se desencadenó un cuadro de anorexia, motivo por el cual debió volver a España.

La convivencia matrimonial se mantuvo hasta el año 1991, fue problemática desde el principio debido a los efectos de la anorexia en la personalidad de la mujer. De la unión nació un hijo. Posterior al nacimiento del hijo el hombre se entera de diversas infidelidades de la mujer, tras lo cual viene la separación definitiva de los cónyuges y el divorcio en sede civil.

b. El Derecho

La ley de matrimonio civil, en su Art. 5 señala que “No podrán contraer matrimonio:

3º Los que se hallaren privados del uso de razón; y los que por un trastorno o anomalía psíquica, fehacientemente diagnosticada, sean incapaces de modo absoluto para formar la comunidad de vida que implica el matrimonio.

4º Los que carecieren de suficiente juicio o discernimiento para comprender y comprometerse con los derechos y deberes esenciales del matrimonio...”

Ante todo debemos recordar que, al igual que en el caso anteriormente analizado, existen en este caso evidencias sustanciales del diagnóstico de anorexia con anterioridad a la celebración del matrimonio, ya que la mujer a su regreso de Inglaterra había sido tratada por anorexia, de hecho fue su enfermedad la que motivó su regreso a España, todo lo cual aparece corroborado por las declaraciones prestadas por el marido en la causa.

Es del caso que, dado la poca colaboración de la mujer demandada en esta causa, fue difícil para el tribunal proporcionarse las pruebas suficientes, en especial a mi parecer,

es lamentable el hecho de que no exista referencia a informes periciales adecuados que se hayan practicado directamente a la demandada, no obstante lo anterior, y a objeto de evitar que dolosamente se obstruyera tanto el curso del procedimiento, como la resolución favorable del mismo, el tribunal debió valerse de los medios probatorios que le fueron proporcionados oportunamente por el actor.

En este caso el tribunal, más que basarse en las opiniones de expertos se centró en la prueba testimonial rendida y la declaración del marido, y que daba fe principalmente de la falta de madurez de la mujer, de su conducta infantil. Se afirma la existencia de la anorexia, desde mucho antes de que las partes contrajeran matrimonio, el hecho de que el marido estaba dispuesto a pagar el tratamiento psiquiátrico, el cual la mujer nunca terminó y por tanto del cual nunca fue dada de alta.

Los testigos reafirman los hechos expuestos en la declaración del marido y asimismo dan fe de las infidelidades de la esposa durante el transcurso de la convivencia conyugal. Se da cuenta también de sus constantes mentiras, de su comportamiento errático.

El tribunal concluye de los relatos testimoniales lo siguiente “todo esto es demostrativo de una personalidad seriamente mutilada en su psiquismo, dentro de un desorden muy fuerte y con clarísima sensación de revestir todo ello caracteres inflexibles, desadaptativos y funcionalmente incapacitantes; siendo a nuestro juicio la anorexia seria y gravemente implantada en la mujer un exponente exterior y visible de unas profundas y graves anomalías psíquicas”.

Respecto a la pericial, como se ha señalado ya, la mujer nunca se entrevistó directamente con la perito, respondiendo siempre con evasivas frente a sus aproximaciones, por ello la perito debió formular sus conclusiones en base a las afirmaciones de los testigos y la declaración del marido, apoyado por lo que el tribunal señala es la “prueba moral”. Esta forma de realizar la prueba pericial apoyándose en la prueba rendida en la causa se conoce como “Peritaje sobre acta” y es permitido en materia procesal canónica.

La conclusión de la perito no puede por lo anteriormente señalado dejar de considerarse importante, dado que es apoyada por otras pruebas rendidas en la causa.

En lo medular se concluye que: “aquejaba una personalidad inestable con un trastorno de anorexia nerviosa, dentro, todo ello, de la presencia de un trastorno por inmadurez afectiva. Y se anotan los síntomas propios de estas anomalías; se consideran reflejados en la condición real de la esposa al casarse y después; se afirman la gravedad, la anterioridad al matrimonio y la negativa incidencia de las afecciones sobre el consentimiento y la vida conyugal de los esposos”.¹³¹

En este caso todas las conclusiones se basan principalmente en la prueba testimonial, puesto que la evidencia pericial en el fondo fue recabada de los antecedentes proporcionados por los mismos testigos.

En lo referido a la prueba en este caso, me parece que a la luz de la legislación civil actualmente vigente en Chile, la sola evidencia testimonial no sería suficiente en este caso concreto para comprobar la efectividad de la anomalía psíquica sufrida por la demandada, ni menos aún la falta de discreción de juicio acerca de los derechos y deberes del matrimonio, dado que ello debe ser diagnosticado por peritos que puedan efectuar directamente la evaluación psíquica correspondiente.

En este caso concreto, de haberse trasladado a nuestra realidad jurídica, y habiéndose rendido las mismas probanzas, es muy probable que la nulidad matrimonial hubiere sido descartada por falta de pruebas.

Este razonamiento podría haber sido inverso, si se hiciera referencia en el proceso, a documentos que acrediten la anorexia que fue diagnosticada antes del matrimonio, como por ejemplo certificados que acrediten las hospitalizaciones, o, como en el caso de otros procesos de nulidad que han sido objeto de análisis, se hubiere citado a prestar declaración a los profesionales que la atendieron durante la crisis aguda de que experimentó en su juventud. Con esto se habría podido comprobar, con un medio

¹³¹ Ver anexo 2.

distinto de la sola testimonial, la preexistencia de la enfermedad, y dado que como hemos ya señalado en diversas oportunidades, la anorexia grave es una enfermedad crónica, y conocidos sus efectos, habríamos llegado a la conclusión lógica de la incapacidad de la mujer demandada para contraer matrimonio, por quedar comprendida dentro de las hipótesis del Art. 5 de la LMC, en sus números 3 o 4.

Ahora bien, debido a los avances que ha experimentado nuestra justicia de familia, ¿Sería posible que la judicatura de familia aceptara la modalidad del peritaje sobre acta? Ello permitiría que, en este caso concreto, un experto, a partir del análisis de todos los indicios, declaraciones y todo tipo de pruebas que figuren agregados en un proceso determinado, determine la condición psíquica (en este caso) de una persona que se niega a someterse a una pericia. De esta forma podríamos obtener el diagnóstico de la patología que puede llevar a que una persona quede comprendida en alguno de los supuestos del Art. 5 de la LMC, y por consiguiente, que su consentimiento matrimonial sea anulable.

La respuesta a esta interrogante quedará en suspenso, en el caso concreto en que se llegara a producir esta situación será el juez el llamado a determinar la conveniencia de aceptarlo. Si bien es cierto puede servir de ayuda frente a situaciones de personas que, como en este caso en estudio, se niegan de manera reiterada y hasta podríamos decir malintencionada, a la práctica de una pericia, en otras ocasiones podría ser utilizado de forma dolosa e incluso llevar a la indefensión de una persona.

3. Caso analizado por el Tribunal Eclesiástico Nacional de Buenos Aires

a. Los Hechos

He dejado el estudio de este caso para el final por dos razones, la primera, es que es la única a la que me fue posible acceder y que fue dictada en nuestro continente, y la segunda, es por lo categóricos que han sido en este caso los informes periciales, y el hecho de que en ella han participado entregando sus opiniones los más renombrados expertos en materia de anorexia y bulimia que a esa época existían en el país trasandino.

Esta sentencia se encuentra también inserta en el anexo N° 3 de este estudio. A este matrimonio precedió un noviazgo de tres años y fruto de la relación nacieron dos hijos, hecho que es también novedoso, puesto que en la mayoría de los casos que pude estudiar, de las uniones no nacieron hijos, y en este caso existen 2.

Después de la separación definitiva ambas partes presentaron conjuntamente la demanda de nulidad, fundándose en que la mujer padecía de anorexia nerviosa, lo que le impidió formar la comunidad de vida que implica el matrimonio.

b. El Derecho

La ley de matrimonio civil, en su Art. 5 señala que “No podrán contraer matrimonio:

3° Los que se hallaren privados del uso de razón; y los que por un trastorno o anomalía psíquica, fehacientemente diagnosticada, sean incapaces de modo absoluto para formar la comunidad de vida que implica el matrimonio.

4° Los que carecieren de suficiente juicio o discernimiento para comprender y comprometerse con los derechos y deberes esenciales del matrimonio...”

A efectos de poder determinar los efectos concretos de la anorexia alegada por la mujer, nuevamente cobran importancia las pericias ordenadas por el tribunal, dado que son los expertos quienes mejor pueden ilustrar al tribunal, respecto a, en primer lugar, si la anorexia es una enfermedad psíquica que aparezca diagnosticada, y en segundo lugar, si es posible que la grave anorexia que sufría la mujer en este caso, pudo provocar que ella estuviera incapacitada para formar la comunidad de vida que implica el matrimonio o, ya sea en defecto o conjuntamente a ello, la enfermedad afectaba su discernimiento para comprender o comprometerse con los derechos y deberes del matrimonio.

Es importante señalar que, en sede civil, podemos formularnos la misma interrogante que la doctrina canónica se formuló en su oportunidad: Si se prueba que en el caso concreto se da uno de los supuestos de nulidad previstos en el Art. 5 de la LMC ¿es posible probar también otro capítulo de nulidad? Esto se concreta, si debido a un trastorno de naturaleza psíquica, en este caso, anorexia, la persona se ve imposibilitada

de formar la comunidad de vida matrimonial, ¿es posible que ella también este afectada por una falta de discreción de juicio para comprender y comprometerse con los derechos y deberes esenciales del matrimonio? Es mi parecer que aunque en el hecho es posible, no es una afirmación que pueda hacerse con carácter de absoluto. Pero es importante destacar que los números 3 y 4 del Art. 5 de la ley de matrimonio civil son capítulos de nulidad distintos, y no obstante ser posible que un supuesto de hecho pueda enmarcarse dentro de las dos hipótesis, no dejan por ello de ser causales separadas que requieren por ende distinta argumentación y prueba, la que se deberá rendir oportunamente en la oportunidad procesal que corresponda.

Ahora deberemos centrarnos en la prueba rendida en esta causa, la cual es especialmente rica en cuanto a las contundentes conclusiones a las cuales llegaron los peritos, así como también porque fueron expertos en materia de anorexia quienes expresaron sus conclusiones, tanto en lo referido a los efectos de la anorexia en general en la persona del enfermo, como especialmente en los efectos concretos que produjo en la mujer que la padecía en este caso en particular.

Los dichos de los tres primeros testigos que declararon en esta causa son contestes en declarar dos cosas que son de importancia, la primera de ellas es que la anorexia de la mujer comenzó a desarrollarse desde la pubertad en adelante, por tanto estaba presente al tiempo de la celebración del matrimonio, y la segunda es que, si bien es cierto que pueden existir ciertos lapsos de tiempo en los cuales no se manifieste la enfermedad en toda su gravedad, ella siempre se encuentra presente. Además a ello puede agregarse un fuerte miedo en la mujer a subir de peso, lo que es una constante en las declaraciones de los expertos.

Respecto a los informes evacuados por los psicólogos, ellos son tajantes al señalar la falta de madurez y superficialidad de la mujer. Se evidencia también una falta de su completo desarrollo sexual y la libido esta depositada excesivamente en el cuerpo. Al decir de uno de los expertos la libidinización del cuerpo tiene una estrecha relación con su dificultad de establecer vínculos de pareja. De ello derivaría el fracaso de la vida

sexual con su marido y con una pareja posterior a la separación. Concluye el mismo profesional que la actora padece de un bloque cognitivo y afectivo.

Podemos argumentar que el bloqueo cognitivo demostrado por el informe pericial puede sustentar la afirmación de que la mujer, al tiempo de contraer matrimonio, no poseía la capacidad de discernir suficientemente acerca de los derechos y deberes esenciales del matrimonio.

Asimismo esta afirmación puede verse reafirmada por la pericia citada *in extenso* en el punto 9 de la sección jurídica de la sentencia que es objeto de estudio. En ella al decir del perito se manifiesta en la mujer: “Un trastorno afectivo severo de la personalidad, que algunos expertos llaman “caracteropatía o neurosis del carácter”, en el que se da una personalidad profundamente inmadura y narcisista, deficiente identificación de género, incapacidad severa para proyectarse y brindarse en forma adulta a otro “tú”, máxime en una vida de pareja, tendencia a la producción de conductas compulsivas y anormales. Tal trastorno remite a una cristalización en las primeras etapas de la vida, dejando a quienes la padecen con una afectividad primitiva e infantil, que evoluciona en forma distorsionada a través de las posteriores etapas infanto-juveniles, bloqueando la vía hacia la adquisición de una capacidad para brindarse en relaciones interpersonales. Enraizada en tal personalidad se expresa de modo inequívoco la constelación signosintomatológica denominada “anorexia nerviosa” en la psiquiatría contemporánea. Esto, en forma solapada en la adolescencia primero, y luego, en la vida en pareja, se evidencia de modo catastrófico para la paciente, su pareja, sus hijos y el propio consorcio matrimonial”.¹³²

Esta afirmación es sin duda categórica en lo que respecta a la capacidad de la mujer para construir la comunidad de vida del matrimonio, principalmente puesto que es dilapidadora al señalar que la mujer, debido a los efectos de su trastorno alimenticio, estaría impedida de brindarse en las relaciones interpersonales. El punto décimo de la misma sección jurídica viene nuevamente a reafirmar lo anterior, profundizando las

¹³² Ver Anexo 3.

conclusiones del perito, y afirmando la incapacidad absoluta de la mujer en cuanto a la creación de lazos afectivos sólidos.

¿Puede una persona sin capacidad de entablar vínculos interpersonales formar la comunidad de vida matrimonial? Podemos afirmar que conforme la definición del matrimonio contenida de la gama de disposiciones que ya han sido enunciadas, ciertamente no. De ello derivaría entonces que esta mujer quedaría claramente comprendida dentro de la causal 3º del Art. 5 de la LMC, dado que la anorexia diagnosticada en su caso produjo en ella una incapacidad absoluta, en orden a construir la comunidad de vida que implica el matrimonio, por consiguiente el matrimonio contraído por ella adolecería de un vicio de nulidad, esto fue probado principalmente por las declaraciones de los peritos.

No obstante haber señalado que estando en el hecho acreditada una causal de nulidad, no es necesario pronunciarse si concurre alguna otra causal, me parece importante, en este caso, analizar si es posible invocar otra causal de nulidad.

Respecto a si esta causal puede afectar a la mujer en este caso en concreto, me parece de crucial importancia lo que señala el perito en el punto undécimo de la sección jurídica de la sentencia, señalando que “la actora, desde la primeras etapas evolutivas, tiene una estructuración patológica caracterial grave que la conducen a efectuar juicios de error sobre la selección de su pareja y la verdadera dimensión del matrimonio. La patología de la actora es de difícil corrección, pudiendo calificarse como grave. Se indica también que la actora no posee la aptitud para comprometerse de modo perdurable”¹³³.

Recordando nuevamente que la causal 4º del Art. 5 de la LMC, señala que son incapaces de contraer matrimonio, quienes carezcan de suficiente juicio y discernimiento para comprender y comprometerse con los derechos y deberes del matrimonio, a la luz de lo expuesto por el perito, podemos señalar que existirían

¹³³ Ver Anexo 3.

también antecedentes para argumentar que la mujer, debido también a la anorexia que la aquejaba y sus diversas manifestaciones, carecía del discernimiento necesario para comprender lo que implicaba el matrimonio en abstracto, como consorcio conyugal y las obligaciones, deberes y derechos que debía asumir como consecuencia de ello, por lo mismo no podía dimensionar las consecuencias, ni menos comprometerse, con lo que significaba el matrimonio concreto que en el hecho contrajo. Concurriendo la causal legal y estando ella acreditada el matrimonio celebrado entre las partes puede ser declarado nulo.

Conclusiones

A partir del análisis realizado en el curso de este trabajo podemos señalar que son principalmente la anorexia y la bulimia las patologías comprendidas dentro de los trastornos de la alimentación que más frecuentemente se presentan en la realidad empírica y las que debemos considerar en este punto. Se trata en ambos casos de enfermedades psíquicas que producen efectos graves en la persona, reflejados tanto en lo fisiológico como en lo psicológico, abarcando toda la vida de la persona, y en especial, su capacidad de relacionarse con los demás.

Son estos últimos efectos los que revisten importancia a la hora de enfrentarnos al tema de si es posible que un trastorno de la alimentación provoque que una persona se encuentre incapacitada para expresar un consentimiento matrimonial válido.

Es en sede del Derecho canónico en donde primero se ha abierto la posibilidad de discutir la capacidad concreta de contraer matrimonio de personas afectadas por enfermedades psicológicas que no revisten la gravedad de la demencia, y que por tanto no privan a quien las sufre del completo uso de razón. Esta posibilidad se abre a partir de lo prescrito en el Canon 1095 números 2 y 3.

La jurisprudencia eclesiástica se ha pronunciado en casos en los cuales se ha visto involucrada la anorexia, determinando que los efectos que produce en la persona hacen que quien la sufre sea incapaz de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio, así también se ha fallado que una persona afectada por anorexia puede sufrir, a causa de su enfermedad, de un grave defecto de discreción de juicio acerca de los derechos y deberes esenciales del matrimonio, por tanto se ha fallado la nulidad matrimonial en sede canónica.

La ley 19.947 ha introducido nuevas causales de nulidad, inspiradas en el Derecho canónico, que abren la posibilidad de discusión en sede civil de los efectos de estas enfermedades en la capacidad de una persona para contraer matrimonio civil.

Respecto a la anorexia existe pronunciamiento jurisprudencial en materia eclesiástica, apoyada por una amplia gama de pruebas periciales y testimoniales, y, que confirma que los efectos de la anorexia pueden provocar que quien la sufre se vea incapacitada para construir la comunidad de vida que involucra el matrimonio, con lo cual se enmarca, al menos, dentro de la hipótesis prevista en el Art. 5 N° 3 de la LMC.

Asimismo un cuadro de anorexia puede provocar una alteración en la capacidad de discernimiento de quien la sufre, haciendo que con ello se encuentre comprendida en el Art. 5 N° 4 de la LMC, al afectar la capacidad de discernir y para comprender y comprometerse con los derechos y deberes esenciales del matrimonio.

Respecto de la Bulimia no existe un pronunciamiento jurisprudencial, pero para determinar si es posible que sus efectos en la persona puedan llegar a enmarcarse dentro de las hipótesis de la LMC, es preciso volver a los efectos de la enfermedad en la persona de quien la sufre. La bulimia es una enfermedad diversa de la anorexia y en la cual la persona enferma vive con mucha vergüenza, es difícil de detectar, quien la sufre esta siempre conciente de ella. En general no produce muchos efectos en la capacidad de relacionarse con los demás ni afecta su capacidad de discernir (de hecho el enfermo es capaz de darse cuenta que su conducta esta mal), es por eso que me parece que en este caso es difícil que se configuren los supuestos previstos en el Art. 5 de la LMC, por ello no podría impetrarse la nulidad matrimonial.

Respecto del trastorno por atracón, tampoco se producirían en el hecho los requisitos previstos en la LMC, dado que nos encontramos ante una enfermedad que se presenta más bien de forma episódica, no crónica, y que no afecta las facultades intelectivas y volitivas del modo que lo hace la anorexia.

La última conclusión novedosa a la que se puede hacer referencia se enmarca en el ámbito probatorio, y más precisamente en lo que se refiere al peritaje sobre acta. Es esta una institución procesal conocida en materia procesal canónica, y que consiste en la posibilidad de realizar una prueba pericial psicológica, o psiquiátrica en su caso, sobre la base de ciertos antecedentes que obren en el proceso, respecto de una persona que por cualquier motivo no haya podido ser sometida al peritaje correspondiente de manera

personal. ¿Es posible su admisión en materia civil? Respecto a ello, si bien es cierto que aceptar esta posibilidad sería de un gran apoyo en casos de personas que se nieguen de forma reiterada y sin fundamento a la práctica de los peritajes, así como en otras situaciones límites, no es menos cierto que su aceptación en esta materia podría también en ciertos casos prestarse para graves injusticias, por ello creo que debería ser el juez, quien debería verificar la conveniencia en cada caso de su aplicación, dado que no existe pronunciamiento legal al respecto.

Anexos

Anexo

1.

Tribunalium Regionalium Sententiae

Vancouverien: Nullitatis Matrimonii *ob defectum discretionis iudicii in utraque parte* (can. 1092, n.2); *ob incapacitatem assumendi obligationes matrimoniales essentielles ex parte mulieris conventae.* (can.1095, n.3). (ex anorexia nervosa et bulimia nervosa). *Sentencia diei 24 novembris 1992*, R. D. Pedro Lopez-Gallo, Ponente.

Outline of the case:

1. – Michael (Mike) Frank N, Catholic, age 24, married Kim, McL., United church, age 24, in Our Lady of Mercy Church, Burnaby, B.B. on July 22, 1989.

Michael and Kim started to date in 1986 and became engaged in September of 1988. At the time Michael discovered Kim was suffering from Anorexia and Bulimia, but because she had sought counselling they proceeded with the wedding plans, with Mike's parents pressuring Kim to convert to Catholicism. Serious problems appeared immediately: the honeymoon was a disaster, the marriage was consummated within three weeks of the wedding and after their first attempt at intercourse, their sexual relationship ceased completely. The marriage lasted scarcely 15 months.

Kim's binge eating affected her metabolism so badly that she became aloof, depressed, and avoided any mutual communication. Counselling was ineffective although it lasted most of their married life. Finally, just over a year after the wedding Kim announced

that she wanted a separation and began dating another man. They decided to end the union. No children were born of this union.

2. – When the civil divorce obtained Michael submitted his formal petition to the Vancouver Regional Tribunal asking for a declaration of nullity of his marriage. Our court was competent to process the case by reason of the place of marriage and the domicile of the respondent. It was accepted and the grounds were settled on: 1) Lack of due discretion concerning the essential obligations of marriage in both the petitioner and respondent (canon 1095.2); and 2) Inability to accept and fulfill the essential obligations of marriage due to causes of a psychic nature on the part of the Respondent (Canon 1095.3).

The petitioner and a good set of witnesses came forward to give their testimonies, as well as two experts intervened in this case. But all our invitations to the Respondent were in vain and she chose not to participate in the proceedings (p.22). Therefore, she was declared “*In Absentia*” (p.83), and Advocate/Procurator was provided “*ex officio*” to protect her rights. The Acts were published and the parties were invited to read the evidence.

The Advocate for the Petitioner and the Defender of the Bond presented their respective Brief and Observations (*in contradictorio*). The Judges met in session on the 25th of August, 1992 but decided to delay their vote until a psychological report was received from our Tribunal Expert, Dr. D.J. McAleer. Having received his report (pp.100 -108), and having fulfilled all the formalities required by the Law, the Judges are now ready to answer the proposed doubt, namely: Is there evidence that the marriage in question is invalid on the grounds alleged?.

The Law:

3 – Canon 1095 states:

“They are incapable of contracting marriage:

2° those who suffer from a grave lack of discretionary judgement concerning the essential matrimonial rights and obligations to be mutually given and accepted.

3° those who are not capable of assuming the essential obligations of matrimony due to causes of a psychic nature.”

Jurisprudence:

It is well known that the judgemental discretion to marry must include not only an abstract evaluation in general but also have the critical faculty to grasp such a concept on the concrete marriage they are undertaking, so that the concept of rights and duties, permanency, and exclusive sexual partnership will be accepted. They must also be able to fulfill this commitment.

The Advocate and the Defender of the Bond presented very good insights derived from medical texts and for this they deserve credit for their efforts. But, the best explanation we have regarding the psychic and juridical implications of *Anorexia Nervosa* and *Bulimia* is the evaluation given in this case by our expert, Dr. D.J. McAleer, Psychologist, (pp. 100-108) who explains:

Anorexia nervosa

4 – It is a well established medical psychological condition. It was first described in the last century by Dr. Gull in London, England and on the Continent.

Since then it has received scant attention until more recent times, i.e., the last twenty years.

The expert continues, saying that *Anorexia Nervosa*’s prevalence in the population is not very great. It is almost exclusively a female condition and in terms of incidence it is accounted for 0,5% to 1% of the adolescent population. What is important now is how the expert brings this condition to the element that could affect the matrimonial consent. Then he explains:

Anorexia is essentially a condition of self-imposed starvation leading to thinness, based (that is very important according to our conception to have a free choice) based *on a morbid fear of being fat and a grossly distorted body image and idea of fatness.*

The victims of Anorexia are influenced by the way TV artists present the female prototype: a thin slim body, almost filiform, and from this stems a variety of fitness and aerobic clubs, exhaustive and debilitating saunas, all of which are aimed at having a fit body as the paradigm of beauty. Fashion shows promote models with subtle, emaciated bodies where thinness and loss of flesh is the rule. Stressful jogging and gymnastics does not achieve the desired results as quickly as purgatives, vomiting, and stimulants for those suffering from Anorexia and Bulimia.

5 – The expert follows his explanation about the effects Anorexia Nervosa could have on consent.

Secondary to the weight features there is an obsessive preoccupation with food and particular types of food, depending on how they are perceived to cause fatness or not. The obsession is particularly noticeable in the use of numbers in describing food, i.e., numbers of calories, pounds, weight. In addition to the eating disorder there is also a compulsion to exercise obsessively to the detriment of physical health. The misuse of purgatives, enemata, and diuretics as part of a compulsion to eliminate the “bad foods” which is being ingested is a feature of more severe cases.

Other secondary features of the disease are regression of secondary sex characteristics, i.e., body hair, breasts. Usually there is a loss of menstruation and a growth of a fine downy hair, something similar to that seen in infants. The overall effect of this is to reduce the emergent woman into that of the pre-pubertal girl. The secondary gains for this are the arrestation of sexual maturity and the avoidance of the threat of adult life, separation and independence.

Within the framework of the above, there are distinguishing psychological features, namely an extreme but hidden dependency on parental figures, particularly the mother. The need to vomit to reject and eject ingested food is seen by some as symbolic of a

rejection of the maternal attachment. The number of anorexics seem most often to be professional oriented, nurses, accountants, teachers, doctors.

6 – The social “sequelae” are;

Isolation is one of the features noted and secret eating and secret storage and elimination of food adds further to the isolative picture. The capacity of dining out with other or for celebrating family and other functions at the table is often avoided and certainly considerably reduced.

7 – Psychological disorders:

In terms of thinking patterns, the person tends to become obsessive with particular rules and rituals surrounding food and exercising and bathing. There is a tendency to develop a system of dichotomous thinking, i.e., a perception of the self and the world around (the non-self) in the all or nothing terms so that everything is either good or bad “for me or against me”. Such people often have a sense of well-being which seems at odds with the level of emaciation. However, they do not suffer from bloating and edema with a feeling of weakness if they feel they have eaten too much, and a reduced level of potassium in the tissues which leads to a feeling of muscle fatigue. They are also prone to depression and anxiety. There is often a serious suicidal element to their eating patterns and over the long term, the mortality rate is in the order of 18% according to the British figures, which are considered to be reliable.

8 – It must be noted that the symptoms of Anorexia may be found in conditions such as schizophrenia in which the overall personality has disintegrated and the thought processes undermined, and may occur as a single symptom event in certain forms of adolescent depression or identity crisis,

9 – Varying degrees of Anorexia may persist into adult life and a considerable numbers of these formes frustes never seek medical attention and their condition is diagnosed by chance when they present with some other physical or psychiatric disability. The condition may be lifelong and may show recurring patterns of frequency, depending on the life situation of the person.

Pregnancy is particularly difficult for these people because of the threat *it makes to their own unresolved dependency needs on their mothers* or mother substitutes and because of the increase in weight and change of body image which pregnancy entails.

Bulimia nervosa

10 – Bulimia is both an entity in its own right but may be part of the anorexic picture described above. It is a much less serious condition than Anorexia Nervosa.

However, it can have long-term and significant consequences for individuals.

The definition of Bulimia Nervosa refers to recurrent episodes of binge eating, notably in a rapid and compulsive manner in which the food is not savored but rather bolted down over a particularly short period of time. Associated with this is a feeling of lack of control of the eating behaviour during the binge periods. Such people tend to regularly induce vomiting or resort to laxatives and/or diuretics, dieting, fasting and compulsive exercise in order to prevent weight gain. There is this persistent overconcern with body shape and weight.

Differences between Anorexia and Bulimia:

11 – It is obvious that there is some degree of overlap with the anorexic picture, but there are important differences. The bulimic in fact, tends to maintain a normal body weight, tends to be reasonably well integrated at the sexual and interpersonal level.

Eating difficulties are not as disruptive of her intraphysic or interpersonal life as with the anorexic, She tends to have a morbid fear of fatness rather than a morbid belief that she is fat. Very often these are women who have been previously obese. They tend to have a fairly exaggerated self-loathing and disgust with their bodies which anorexics tend not to have to the same extent. The binges themselves maybe be habitual and long standing at that level or they may be triggered by unpleasant feelings of anger, anxiety, depression, or loneliness in particular, They are very sensitive to real or imagined rejection. It is a condition which is also exaggerated in the premenstrual phase of the cycle and at this time may be associated with depression related to that condition.

12 – What happens with the psychological mechanisms behind this condition? First of all there is a marked degree of shame and guilt, leading to isolation and diminished function and lifestyle. There is also an element of poor impulse control and character pathology in these people with sometimes an impulsive need to steal food or even money in order to binge. A compulsive need to spend money buying goods or to use credit cards may be part of this picture also. There is also a related tendency to phobias or irrational fears of ordinary situations leading to very high anxiety levels which are often dealt with by the use of alcohol or other substances. Overall, the bulimic patient does not show any psychotic symptoms or tendencies to schizophrenia. And in fact, they are generally unremarkable compared with the general population. There may be some evidence of tooth decay because of self-induced vomiting eroding the enamel or calluses on their knuckles with making themselves vomit. However, these signs are relatively rare.

13 – A prominent feature of the personality of the bulimic is a need to obey very severe external standards. Their self-esteem tends to be very bound up with what they have been told by teachers, peers, boyfriends, and various authority or ego-ideal figures. They consequently do not internalize very much of their own feelings about themselves and tend to run on a treadmill of what they imagine other people expect of them.

14 – Dr. Victoria Vondenberger, R.S.M., in her Masters Seminar, presented a very good paper on *The Effects of Anorexia/Bulimia on Marriage Consent*. (Faculty of Canon Law, St. Paul's University, Ottawa, Fall, 1989).

She begins by saying:

“The twentieth century has seen a marked increase in reported incidence of two eating disorders, Anorexia and Bulimia. Consequently, there is much current medical research about this disease as doctors have attempted to understand this illness and their effects in their victims”. (ibid)

She then quotes Pius XII, and other Popes, who: “have encouraged the Officers of the Rota and marriage tribunals throughout the world to continually integrate the

knowledge gained by medial psychiatric and psychological sciences into canonical jurisprudence”. (Ibid, Introduction, p. 1, Pius XII, Allocution to the Sacred Roman Rota, 3 Oct. 1941, In A.A.S., 33, 1941, p.33)

Let us only quote the description of the clinical course. “The anorexic woman has always appeared first and foremost as a starving woman. Usually of average weight, the victim decides to lose 10 to 15 pounds initially, but often goes on to drop up to 50% of her body weight. The fatty layers disappear as do the characteristic curves of the female body. The course of anorexia varies from a middle single illness in adolescence to a lifelong recurrent or persistent disorder which has a high mortality rate”.

“In anorexics, one finds disturbances in the electrolyte balance, severe dehydration, and possible renal and heart failure. There are also hematologic abnormalities, metabolic complications, cardiopulmonary problems, gastrointestinal complications, dental problems, fluid disturbances, neurological problems, endocrine abnormalities and temperature irregularities”. (ibid, p.8, #3)

And finally, Dr. Vondenberger remarks on the effects on the personality of Anorexics and Bulimics, which has already been described by Dr. McAleer.

On their emotional system: Alexithymia (inability to identify emotions) “a meaningful psychiatric evaluation is only possible after the worst effects of starvation have been corrected. If the starvation several years the psychiatric effects are integrated into the personality and the total picture becomes indistinguishable from borderline syndromes, even schizophrenia” (Ibid, p.12)

Sexual activity which is disappearing:

“consequences of the disorder such as amenorrhea, infertility or sexual dysfunction such as vaginismus or frigidity. Anorexia and the resultant drastic weight loss inhibits and reverses the neuroendocrine mechanisms first mobilized at puberty. Where amenorrhea is present, libido is invariably reduced” (ibid, p.12)

“Doctors also note the anorexic’s great hostility and basically antagonistic attitude toward all those around her but especially those who would attempt to restore her weight or cure her illness” (ibid, p.14)

III. THE LAW APPLIED TO THE FACTS

A – *Lack of due discretion in the Petitioner* (c.1095, n. 2)

15 – From the evidence collected, we can come to only one conclusion: If the desire to marry someone is tantamount to lack of due discretion, then Michael suffered from this lack of judgemental discretion. But, to decide to marry someone, and to try to make that marriage work - that is not lack of due discretion. The expert, Les Leader, Ph.D., states that when the difficulties arose, it was apparent that Mike was prepared to make the effort towards working on the marriage. “I was struck by his patience, and his discipline, and his efforts in working on his relationship issues. In my opinion, it is not due to lack of sincere effort by Mr. N. that the marriage failed” (p.78c, 79d). Therefore, as both the Advocate and the Defender of the Bond decided, the Judges also dismissed the grounds of lack of due discretion in the Petitioner.

B – *Lack of Due Discretion in the Respondent* (c. 1095.2), and

C – Incapacity to assume the obligations of marriage in the Respondent due to causes of a psychic nature. (C.1095 n. 3)

16 – These two grounds are so closely connected, that the Judges merged the two grounds into one because one depends on the other. The Anorexia not only diminished the Lack of Due Discretion in the Respondent, it also weakened her evaluation concerning the duties of marriage due to causes of a psychic nature. The Judges apply the principle: “*Pars maior trahit minorem*”.

The dysfunctional relationship on the side of the Respondent was very clear from the beginning. The Judges regret the Respondent’s refusal to cooperate to give her testimony but because of this the Petitioner should not be penalized. Every effort was made to have this done.

However, the rights of the Petitioner, in finding out whether his marriage was invalid must be respected, otherwise we do him a great injustice,

According to the Petitioner, Kim began having strong doubts about getting married. She was not ready to make such a commitment:

“K. did express to me once that she thought she may have missed out on some things in life by marrying me. This was before (the wedding). My reaction was that it was probably cold feet, and that, and then it did come up again when we did finally separate, that that’s what she felt” (p.14, § 64,66).

17 – K.’s attitude about proceeding with the marriage is confirmed by the witness.

T. B.: “K. wanted... I don't think she was 100% sure, in walking down the aisle. I think she wanted more time, just time. I don't know if it was necessarily doubts about her feelings for Mike. I guess she needed a little more room and a little more time (p. 64, 65, §§ 51, 52)

The witness continues: “K. wasn't ready for it all...I think everything just snowballed; one thing led to another and the next thing you know she was saying “I do”. And she was almost trapped” (p. 67, § 74).

18 – K’s false reasons for marrying would result in her having to deal with a lot of unhappiness. And this, according to the Petitioner was immediate: “On the day of the wedding, I recall she was just very cold and distant the whole day” (p.14, § 72). This was confirmed by the witness,

G, B.: “I can remember when they were talking, (at the wedding)... she never looked at him in the eyes. He was always trying to make eye contact with her...but she was always looking away” (p.42, § 55).

19 – Mrs. N., recalls: “It began so soon after marriage (the misgivings) and yet they'd gone together for so long. It was just as if the marriage triggered something in her mind that she didn't want it. She wanted it at first and then she didn't want it” (p. 58, § 92).

There is ample evidence from the witnesses showing K. suffered from the effects of Anorexia: frustration, rejection, and a decrease of her libido. K. was so upset that she rejected her husband out of anger due to her own inner difficulties.

“Marriage was consummated, the third week. So three weeks (after), once. She felt she was unhappy with herself, and her appearance and just didn't feel comfortable...We've had it (intercourse) only one other time, so twice in the entire marriage. It was the same, her feelings that she didn't feel comfortable with herself, and she was unhappy...she just maintained being bitter” (p. 15, § 76-80).

20 – K.'s indifference was very well observed by G. B.: “Lack of interest on her part. Lack of self esteem as well. She didn't want to sleep with him. She would wear sweat pants or something to sleep and so there was nothing sexually any more. Then she began to get a little wilder. She wanted Michael as a friend. She wanted to see other guys, it just didn't sound like a responsible 26 year old or whatever she was after a year and a half of marriage” (p. 43, § 60).

There is additional proof presented by Tammy B. regarding the situation (p. 67, §74, 77; p. 68, § 82) and by Peter R.: “A sense of maybe insecurity or unassuredness on K.'s behalf in terms of herself» (p.77, § 73). Finally, the Petitioner himself, describes the situation: “Beside the sexual and dealing with my parents she seemed to be just unhappy and very distant with me” (p. 16, § 88)

21 – The Respondent gave very vague excuses for not coming to testify (p. 22) showing that she was still troubled by emotional problems. Another letter was written to try to persuade her to come, but she did not respond. Although we do not have her testimony in the Acts, her letters to Michael disclose how serious her illness really was.

In August 1988, a year before the wedding, K. in all sincerity exposed her problem to Mike:

“I told you before that I have an eating disorder. Well I still have it. I'm really getting scared, since we have been going out I have been abusing things, laxatives, diuretics, you name it. I have been doing it every single day since we started going out. In fact,

just about every single day since I was about 18. I have been doing this for five years”,
(p.26)

And so the information provided in her letter to Mike is tantamount to her testimony.

“Five years is a long time to be abusing your body. It's not just the physical abuse – it's an emotional problem. I know I have feelings (anger) that I'm venting on myself – deep-rooted anger. I've known that for a long time; at least since I used to go to that psychologist (p. 27) I only told him that because I was horribly ashamed of what I was doing (p.28) I guess that's why I get so upset when you get on my back “about sticking to a diet”. I want to stick to it but it's really out of my hands” (p. 29).

In her second letter (p. 30), two months after the separation, when the case was already introduced, K. wrote to Mike;

“as far as my mother is concerned, despite how angry and hurt I am with her about a few things, she said about me, she also had a lot of good suggestions to do with myself and with us” (P-30).

This is a common complaint that anorexics suffer: Rejection of their mother, as the expert said. Then, she continues, explaining how she could not accept the exclusivity of marriage:

“I haven't done anything that I should be ashamed of but I have to face the fact that I really enjoy going out and meeting other guys and that if I was not married I might consider doing something about it”.

Her condition impeded her from having children: “I am very spoiled and I don't know if I can get used to having, to have something for something every time I want it. And besides that I think that I'm ambitious enough that I could not be just a house wife, no matter how much time I wanted to spend with my children” (p.32).

Since we do not have the Release of Secrecy form for K., the report issued by Dr. Leader was incomplete (p.78 (d) and therefore it was necessary to call Dr. McAleer, who was able to describe the Respondent's inability:

“Problems in the marriage were immediate. It was three weeks before the marriage was consummated and intercourse took place only once after that. It appears that the bride became more aloof and depressed and communication essentially broke down. They entered into counselling for nine months and over just a year after the marriage, K. decided that she wanted a separation and needed to date other men. The divorce was final in 1991”.

The expert continues:

“Equally important is the deterioration in life habits during the short time the marriage lasted, i.e. going to bed in a sweatsuit, not looking after the nutritional side of things which is very significant in people with eating disorders, their relationship with food is ambivalent and in many respects somewhat like alcoholics.

They degrade food because it is such a problem for them. The overall picture of dysphoria suggests in this case a profound fear of relationship, a profound inability to consummate the intimacy of marriage at the verbal, ideational, value and emotional levels over and above the sexual side of things”.

Finally, the expert concludes saying that the Respondent suffered from:

“A profound and pathological fear or of avoidance of intimacy at all levels is indicative of a poorly or barely formed personality or identity. Since the expression of this distress is in terms of oral needs, i.e. food, it is my experience that this usually indicates a profound disturbance in the mother-child relationship, often very early on. It is noteworthy that these conditions tend to recur on the female side of the family. It is essentially a female condition and can be understood in terms of a woman's relationship to her tribal continuity in terms of womanly functions and maturity and life in the adult setting”.

As in all discussion of clinical constellations, the final statement has to be understood in the outcome of this union which was both short in time, sparse in relationship, and practically devoid of sexual contact.

Having had the psychologist's report, it seems that Anorexia pre and post matrimony was responsible for the breakdown of this union and can be understood in terms of the unresolved infantile features of K. McL.'s personality.

CONCLUSION:

K.'s affliction with Anorexia Nervosa impeded her consent apropos the sexual act. Certainly the distance thing, the aloofness, the unavailability, and the eating disorder, would suggest that there are significant faults of basic personality development here which make the outlook for her in terms of relationship rather bleak.

Therefore, we, the undersigned Judges, having carefully considered all the reasons presented both in Law and in Fact, and the testimonies of the Petitioner, and all the witnesses, and having considered the Brief of the Advocate and the Remarks of the Defender of the Bond, and having invoked the name of God, so decree:

Ad primum: *Negative*: that is, there is no evidence that the marriage in question is invalid on the grounds of Lack of Due Discretion in the petitioner according to Canon 1095.2.

Ad alterum: *affirmative* i.e., there is evidence that the marriage in question is invalid on the grounds incapacity to assume the obligations of marriage on the part of the Respondent due to causes of a psychic nature according to Canon 1095 n.3.

A Vetitum is imposed on the Respondent, K, McL: She cannot remarry in the Catholic Church without the permission of the Ordinary of the place where the marriage is to take place.

Dated at Vancouver, B.C. This 24th day of November, 1992.

Right Reverend Pedro López Gallo.,

J.U.D. Presiding Judge and Ponens.

Reverend Bernard A. Rossi, J.C.D. Collegial Judge

Anexo 2.
Decreto Ratificatorio de Sentencia de Nulidad
Matrimonial

Tribunal de la Rota Española

Ponente

Mons. Santiago Panizo Orallo

Jueces Auditores

Mons. Bernardo Alonso y J. Martínez Valls

Título jurídico

Incapacidad psicológica del canon 1,095-2.º y 3.º. Anorexia mental.

Los esposos, en este caso y supuesto, contrajeron entre sí matrimonio canónico en Madrid el 9 de enero de 1987. Del mismo nació un hijo en el año 1991.

El marido interpuso demanda de nulidad de su matrimonio ante el Tribunal eclesiástico de Madrid el 29 de abril de 1998.

En dicha demanda, los hechos sustancialmente se concretan de este modo:

- Al matrimonio de estos esposos precedió un noviazgo de un año y medio aproximadamente.
- El actor inició estas relaciones —según se dice en la demanda- con una actitud de acogimiento y de protección hacia, la mujer; nada más conocerla, el primer sentimiento que se produjo en él fue “un instinto protector”, derivado sin duda de la comprobación del “gran abandono afectivo” en que ella había vivido los años de su infancia y juventud: estas realidades de la mujer venían conectadas a la afectación que a ella le

había supuesto la separación de sus padres; la misma circunstancia personal, profesional y hasta social de los mismos con destino fuera de España el padre y con nuevo matrimonio de la madre; y las mismas condiciones de la vida de la demandada que mostraban a los ojos del novio una situación existencial de claro abandono.

- La propia mujer –al decir también de la demanda – hacía durante el noviazgo confidencias a su novio: de “lo insostenible que fue para ella la convivencia con su madre” hasta el punto de haber ella misma pedido a sus 15-16 años el ingreso interna en un colegio; anduvo en esta situación por varios colegios y finalmente fue enviada a Inglaterra donde permaneció dos años y ya en el primero de ellos, al haber engordado notablemente, se desencadenó en ella “un efecto-rebote: la anorexia”:ella dejó de comer; vomitaba lo poco que comía; hubo de ser ingresada en la enfermería del colegio, hasta que su hermana fue a buscarla y la trajo a España.

- Fue entonces y en esas circunstancias y condiciones cuando el actor la conoció y comenzó a tratarla.

- El actor, a pesar de todo y quizá por eso mismo, estaba profundamente enamorado de ella y se llegó, según se dice, al matrimonio “Sin problema personal de ningún género”

- Desde el primer momento, a causa de las consecuencias del estado de la mujer (anorexia, continuos cambios de humor, etc.), la convivencia entre los esposos fue muy difícil, hasta el punto de disponer el marido un tratamiento psiquiátrico de la demandada, que ella dejó sin terminar.

- A pesar de todo, y pasado un tiempo en estas malas condiciones de convivencia, se propusieron tener un hijo, lo que lograron finalmente y después de haber tenido ella que someterse a un tratamiento de fertilidad: llegó el hijo a los cinco años de matrimonio.

- Al cabo de un tiempo, el marido es enterado por personas fiables de la infidelidad de su esposa. Incluso le llegan versiones, para él dignas de crédito, de que la mujer admitía esas relaciones y en cierto modo las justificaba diciendo que sentía “una necesidad psicológica” de ver y estar con el hombre que le guste, siguiendo en esto atavismos

familiares. Al final, es la propia mujer la que confirma a su mismo marido “algunas de tales aventuras”.

Al final, se produjo la separación de los esposos y posteriormente les fue concedido el divorcio en el año 1997.

Fue admitida esta demanda por el Tribunal el 10 de junio de 1998.

Personada la esposa en autos el 6 de julio de 1998, el 30 de julio siguiente la misma presentó escrito de contestación-oposición a la demanda y formuló reconvenición: en la contestación a la demanda la mujer se exime de cuanto sustancialmente se alega sobre ella y vierte sobre el actor toda una serie de acusaciones ciertamente graves e imputando al marido anomalías varias de tipo psico-sexual, que habrían interferido gravemente en el curso de la vida conyugal.

Fue fijado el Dubio el 26 de noviembre de 1998 por DEFECTO DE DISCRECIÓN DE JUICIO Y/O INCAPACIDAD PARA ASUMIR LAS OBLIGACIONES CONYUGALES ESENCIALES POR PARTE DE LA ESPOSA (acción principal); DEFECTO DE DISCRECIÓN DE JUICIO Y/O INCAPACIDAD PARA ASUMIR LAS MISMAS OBLIGACIONES CONYUGALES POR PARTE DEL MARIDO (acción reconvenicional).

En fecha de 20 de enero de 1999, el Tribunal declaró suspensa la acción reconvenicional al no haber presentado la esposa su mandato procuratorio a favor de la Procuradora designada por ella, a pesar de los requerimientos que en tal sentido le fueron hechos.

Una vez tramitada la causa de conformidad con el Derecho, el Tribunal dictó la sentencia el 3 de diciembre de 1999: el pronunciamiento fue en ella a favor de la nulidad del matrimonio por defecto de discreción de juicio e incapacidad de la esposa para asumir las esenciales obligaciones conyugales (en la misma sentencia, a pesar de haber sido declarada suspensa la acción reconvenicional, se hace pronunciamiento contrario a las pretensiones en ella contenidas, aunque – sin duda por error material que no aparece subsanado – se hace referencia a “la esposa” y no “al esposo” como correspondería de acuerdo con la fórmula de las dudas fijada).

Publicada la sentencia y notificada, la misma a las partes y no habiéndose producido apelaciones, los autos fueron pasados a N. Tribunal el 28 de diciembre de 1999, a tenor del canon 1.682.

Ante N. Tribunal, una vez designado el Turno judicial, se tuvo la primera sesión el 2 de octubre de 2000,

Emitió el preceptivo Informe la Defensa del vínculo el 13 de octubre siguiente y en él no se plantean reservas ni oposición alguna a la confirmación por decreto de esta sentencia.

Con las mismas palabras del antiguo canon 1.081, el canon 1.057 del nuevo Código reconoce que *“El matrimonio lo produce el consentimiento de las partes legítimamente manifestado entre personas jurídicamente hábiles: consentimiento que ningún poder humano puede suplir”*

En este canon, el legislador canónico reúne los tres elementos que concurren a la viabilidad humano-jurídica del matrimonio: el “consentimiento” (*“consensus”*) de las partes; la aptitud y disposición de las personas (*“habilitas”*) y la legítima “manifestación” del consentimiento (el *“consensus manifestatus”*).

De estos tres elementos, el fundamental sin duda y el que hace de eje insustituible de la existencia del matrimonio es el consentimiento personal de los esposos. De hecho, desde las formulaciones romanas, aparece asumido como dogma primordial en el ordenamiento matrimonial de la Iglesia el de que *“nuptias non concubitus sed consensus facit”* (D. 35.1.15 y 50.17.30).

El consentimiento, que de suyo y en general no es otra cosa que un acuerdo de voluntades sobre algo, se hace matrimonial cuando las convergentes voluntades de dos personas conjugables se proyectan eficazmente sobre un objeto conyugal: que no es otra cosa que *“un varón y una mujer entregándose y aceptándose mutuamente en alianza irrevocable en relación a la constitución del matrimonio”* (canon 1057,2).

Con esto ya se percibe con claridad que este primer eslabón de la “génesis” del matrimonio – el consentimiento personal de los esposos – viene integrado por dos factores, necesariamente concurrentes en actos que, como el matrimonio, se producen con una ordenación a ser vivenciados por las personas que los acuerdan: un factor estrictamente subjetivo (de consentimiento-sujeto) que viene implicado en el acto humano de conocer-querer decidir; y un factor objetivo y determinante del color y la calidad del consentimiento (de consentimiento-objeto).

Y por eso, la originalidad y especificidad del matrimonio, en el concierto abundante de los actos humanos, alcanza cotas elevadas de compromiso vital: no sólo se trata de actos con proyección práctica, sino de actos en que esa proyección práctica afecta y se refiere a las mismas y más profundas entretelas de la personalidad de cada contrayente. En ello radica una de las fuentes de la mayor y mejor grandeza del matrimonio.

No faltan muestras vetustas de esta peculiarísima condición de la alianza conyugal.

En una de ellas, por ejemplo la de Cino de Pistoia, se muestra la excelsitud del encuentro y del intercambio conyugales en parangón con otros que son puramente objetales. Viene a decir que una cosa es obligarse la persona y otra distinta, deberse la persona misma y en cuanto tal; una cosa es la obligación “asumida” por la persona y otra diferente el compromiso que se adosa al hecho mismo de ser persona: ha de advertirse, dice, que por eso se llama al matrimonio una alianza o convenio entre personas, porque en él “*debetur persona personae, id est quia persona debet seipsam*”: no es por tanto una obligación que se une a la persona como derivación del convenio; es la misma persona como tal y en su calidad de conyugable lo que se erige en objeto y objetivo del querer conyugal; y —añade el autor con finísimo estilo personalista— es que en el matrimonio de dos personas, en cierto modo, se hace una sola con la consecuencia efectiva de que persona «*quae habetur habet et quae habet habetur*” (Cino de Pistoia, *Super Codice et digesto*, lib. V, tít. “De sponsalibus et proxenetis, Lugduni, 1547).

En otra de similares acentos, una de Hugo de San Víctor, se ofrece un anticipo casi mágico de la proyección naturalmente inobjetable y estructuralmente imprescindible de la unión conyugal hacia la propia perfección personal de los esposos a partir de una

indivisión participativa y solidaria en todo lo bueno y en todo lo malo de la existencia “*Spontaneus ergo consensus inter virum ac feminam legitime factus, quod uterque alteri debitorem sui se spondet: iste est qui coniugium facit ... Ecce quo pacto se voluntarie sponsioni astringunt, ut adhinc et deinceps semper in omni sinceritate dilectionis, in omni cura sollicitudinis, in omni affectu pietatis, in omni studio compassionis, in omni virtute consolationis et fide devotionis, hoc uterque sit alteri quod ipse sibi, ut quisque alterum quasi unum secum factum attendat, tam in bonis quam in malis omnibus, sicut consolationis socium et participem, ita et tribulationis et sufferentiae indivisum exhiheat*”. Y aún se añaden palabras de complemento del sentido de las anteriores expresiones con un valor personalista-existencial, en nada ajeno a la misma institución, que ahora mismo nadie dudaría en considerarlas fruto del pensamiento más moderno y actual sobre el “*bonum coniugum*”: “*Postremo, quantum foris ad necessitatem corporis attinet, quasi propriam carnem fovendam excipiat; quantum vero spectat ad amorem cordis intrinsecus, quasi animum suum in pace et tranquillitate (quantum in se est) sine perturbatione custodiat. Sic enim sit in sanctae societatis pace et communicatione quiescentibus, ut dum uterque non sibi vivit sed alteri, felicius atque beatius uterque vivat sibi. Haec sunt bona coniugii et felicitas castam societatem amantium, quae bona videre non possunt ii qui in coniugio nihil praeter male dulcem carnis voluptatem exquirunt*” (Hugo de San Víctor, *De B. Mariae virginitate libellus epistolaris*, Obras, parte II. *Dogmática De sacramento coniugii*). El propio autor, en la misma obra, llama al matrimonio “*Collegium charitatis*”.

Nada entraño, por ello, tiene el que el Concilio Vaticano II en la *Gaudium et spes*. en una de cuyas partes se muestra y ofrece al pueblo de Dios y a todos los hombres una cara más auténtica y más completa del matrimonio, exalte quizá una de las primeras bases de los imperativos conyugales más naturales al decir que el amor entre marido y mujer, “*por ser eminentemente humano, ya que va de persona a persona con el afecto de la voluntad, abarca el bien de toda la persona y, por tanto, es capaz de enriquecer son una dignidad especial las expresiones del cuerpo y del espíritu y de ennoblecerlas como elementos y señales específicas de la amistad conyugal*” (núm. 49).

Con estas más que atinadas expresiones de ayer y de hoy, la estructura y los elementos estructurales del matrimonio sirven de apoyo a la puesta en acto y en vida de tales elementos estructurales, que al ser llevados de la mano consciente y libre de dos personas que se quieren y ellas mismas determinan compartir sus vidas se abren a un dinamismo tan vital y tan condicionador de todo su destino que realmente sería difícil poder descubrir una comunidad, un consorcio, una unión personal de mayor intimidad y calado humano que el matrimonio.

Y en ese momento dinámico del matrimonio -señala S. Lener- (*“L’amore, la dignità della persona e l’indissolubilità del matrimonio”*, en *La Civiltà católica*, 120. I, 1969, pág. 332) – aparece un fondo interno: el que resulta de la consciente y libre voluntad de las partes que, activadas por el amor conyugal, se proponen y quieren dar existencia entre sí a un “consorcio de sus dos vidas” (cc. 1.055 y 1.057).

Y ese fondo interno – ante la trascendencia que la unión de varón y de mujer representa para ellos, para terceros y para la entera comunidad – se imbrica con esa estructura externa del instituto civilístico o canónico normativamente constituido por el Derecho del Listado o de la Iglesia.

Todos estos factores forman el cuadro completo del matrimonio: y es este cuadro completo el que hace del matrimonio, en contraste con otros posibles tipos de uniones interpersonales (uniones de hecho, uniones homosexuales, amor libre, etc.), un complejo humano único y no parangonable a ninguna otra unión interpersonal.

Acabamos de señalar que en el matrimonio, por absoluta necesidad, tiene que haber un “fondo interno”, que es el resultante de la consciente y libre voluntad de las partes que, activadas por el amor conyugal, se proponen y deciden dar existencia entre sí a un “consorcio” de sus dos vidas.

De todo este recuadro es menester destacar dos expresiones: *“Consiente y libre voluntad de las partes”* y *“Consorcio de sus dos vidas”*.

Y en el fondo de esa bipolaridad dinámica se encuentra la relación filosófico-psicológico-jurídica *“potencia-acto”*.

Para que ese binomio “sujeto-objeto” del acto de consentir logre su objetivo de constituir un matrimonio verdadero, los dos polos de esa relación dinámica no sólo deben corresponderse en la teoría de unos esquemas especulativos y, quizá mejor, de unas exigencias naturales ínsitas en la condición de varón-mujer.

Esa correspondencia ha de verse también y por necesidad reflejada y cumplida a partir de unas posibilidades o potencialidades reales de los contrayentes en dos primeras y fundamentales líneas:

- que puedan elicitar ellos mismo el acto psicológico de un consentir con proyección conyugal;

- y que, supuesto eso, el objeto del consentimiento (es decir, la constitución efectiva y no sólo posible o teórica del vínculo conyugal como expresión del derecho de los esposos a formar con su consentimiento la “íntima comunidad de vida y de amor en que consiste el matrimonio con todo lo que eso incluye en cuanto a posibilidades respecto de poder “asumir” propiedades, fines objetivos y bienes anexos por sustancia a la unión de los esposos) se encuentre al alcance de unas posibilidades, siquiera mínimas, de lograr los objetivos naturales del conocer y del querer conyugales.

Esto es precisamente lo que el actual ordenamiento matrimonial de la Iglesia –por primera vez dentro de una sistemática normativa canónica – quiso establecer como marcos para fijar unas incapacidades para el consentimiento, que, siendo en sí mismas de derecho natural porque “nadie se puede sentir obligado a cosas imposibles ni comprometerse a las mismas, era conveniente formular con claridad en bien de los derechos de los contrayentes, del mismo matrimonio y de la sociedad eclesial.

Lo hizo en el canon 1905, con sus tres planos de incapacidad consensual (los dos primeros referidos al consentimiento-sujeto y el tercero, al consentimiento-objeto), al decir que: “*Son incapaces de contraer matrimonio:*

1º Quienes carecen de suficiente uso de razón.

2º Quienes tienen un grave defecto de discreción de juicio acerca de los derechos y deberes esenciales del matrimonio que mutuamente se han de dar y aceptar.

3º Quienes no pueden asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica”.

Son tres planos de imposibilidades consensuales conyugales:

Sin uso de razón no es posible el acto humano: por eso mismo, todo lo que en el momento de contraer impida efectivamente y como quiera que sea el radical uso de la razón hará imposible radicalmente el acto de consentir.

Pero este primer plano del “uso de la razón», referible en general a todo acto de consentir, se configura hacia lo conyugal con el segundo apartado del canon: no solamente son incapaces de consentir, en planos subjetivos, quienes carecen de uso de la razón al casarse, sino también son incapaces quienes, al contraer, tienen “un grave defecto de discreción de juicio acerca de los derechos y deberes esenciales del matrimonio que mutuamente se han de dar y aceptar al casarse”.

Y “grave defecto de discreción de juicio” quiere decir, en general y sin mayores precisiones, que el ineludible uso de la razón deberá proporcionarse a lo que el matrimonio es, a lo que el matrimonio implica y a lo que el matrimonio representa para la vida de los seres humanos en cuanto opción fundamental de la existencia de los mismos y punto clave de la construcción de sus tendencias naturales y de su destino humano y eterno.

Y esto, psicológicamente, supone que la persona disponga ante su propio matrimonio de capacidad no sólo para saber lo que hace (uso de razón), sino para “juzgar” sobre lo que hace; es decir, para – por medio de la razón práctica – poder comparar, contrastar, discernir, valorar, etc., críticamente lo que se propone hacer y lo que quiere hacer, no en general, sino en la línea precisa de entregarse a otro en matrimonio.

Al ser el matrimonio la expresión de una mutua, comprometida e irrevocable entrega de los contrayentes en cuanto personas – seres racionales y libres –, por lógica elemental

han de ser capaces de comprender y de valorar lo que hacen y que tanto compromiso encierra para ellos en el orden personal y social.

El don de uno mismo y de lo que uno es y tiene como persona conyugal sólo puede hacerse sabiendo lo que se hace y queriendo de verdad hacerlo.

Y a estas ideas responde la exigencia canónica incluida en el canon 1,095, 2.º y que se configura bajo la expresión “*grave defecto de discreción de juicio*”.

Como se señala en la sentencia c. Stankiewicz de 26 de junio de 1997, “*haec capacitas psychica vel consensualis efformandi et manifestandi consensum matrimonialem, seu actum voluntatis (canon 1.057,2) totius personae, dimensionem intellectivam et affectivam integrantem, normalem functionem facultatum psychicarum ex parte contrahentium requirit, ut quisque ex eis compartem sicut coniugem valeat acceptare et semetipsum velut coniugem alteri quoque trajere*” (cfr. *Monitor Ecclesiasticus*, vol. 125, 2.000, IV, pág. 650).

Pero hay un tercer plano de exigencia en cuanto a posibilidades – no dificultades meramente – conyugales: el que se plasma en el párrafo tercero del canon 1095: el de la incapacidad para asumir-cumplir las esenciales obligaciones conyugales por causas de naturaleza psíquica.

Es el terreno de paso del conocer y del querer al poder hacer aquello que se conoce y que incluso se quiere sin saber naturalmente que no se puede.

Es el plano del remate de los actos de decisión, sobre todo de los de compromiso de uno mismo para llevarse a cabo, los personales o personalísimos como suele decirse, en los que todo el conocer y todo el querer incluso resultarían baldíos si esa persona no pudiera de ninguna manera convertirse a sí mismo en protagonista de su conocer y de su querer.

Habría tal vez un conocer y un querer, en perspectiva incluso de matrimonio (discreción de *juicio*), pero en una perspectiva de imposible llegada por falta de medios o de posibilidades o de fuerzas: “*ad impossibilia nemo tenetur*”.

El hipotético consentimiento-sujeto se quedaría con ello en mera hipótesis de matrimonio y nunca llegaría a serlo por real imposibilidad de “asumir-cumplir las aspiraciones conyugales concretadas en la mente-voluntad, pero imposibles de llevar a cabo por la condición deficitaria de la persona misma. Como señala M. F. Pompedda, en los casos en que, hipotéticamente, pudieran darse el uso de la razón y la discreción del juicio en sus dos planos de la “*maturitas iudicii*” y de la “*maturitas libertatis*” pero con una incapacidad de “asumir”, “*la doctrina, già da tempo, tratando la questione, parla di consenso giuridicamente inefficace, in quanto esso è dato su un oggetto che il contraente non può prestare*” (cfr. VV. AA. *Il matrimonio nel nuovo Codice di Diritto Canonico*, M. F. Pompedda, parte prima, *Il consenso matrimoniale*, Padova, 1984, pág. 130).

El porque de esta incapacidad, su *ratio iuris*, no es difícil de explicar. No es ya cuestión de voluntad: ese plano se ha dejado atrás; es cuestión de poder, de potencia, de suficiencia de fuerzas humanas para hacerse uno mismo cargo, en la realidad concreta de una vida conyugal, de los compromisos inherentes al matrimonio.

Se habla en este apartado del canon 1.095 de “*causas de naturaleza psíquica*”, en cuanto factor comprensivo del marco dentro del cual han de situarse estas incapacidades; y sin que haya de ser valorable la gravedad teórico-científica de la afección como la real y grave incidencia perturbadora del psiquismo concreto que se demuestra en una existencia personal concreta.

No son los nombres de las enfermedades, de suyo, lo que hace grave la enfermedad, sino la agresividad efectiva de la afección lo que marca el nivel de la gravedad. No importan tanto los nombres o los diagnósticos cuanto la “*seria forma di anomalia che, comunque si voglia definire, deve intaccare sostanzialmente le capacità di intendere e/o di volere del contraente*” (cfr. Juan Pablo II, “Alocución a la Rota Romana”, de fecha 7 de febrero de 1987, en *Communicationes*, 19, 1987, págs. 3-8, núm. 7). No importan los títulos; lo que verdaderamente causa la imposibilidad y con ello la incapacidad consensual es la disminución profunda del potencial de un ser humano para “asumir-cumplir” los deberes conyugales.

A nuestro juicio, y dando por supuesto como no puede ser menos (cfr. M. F. Pompedda, *cit*, pág. 130) la raíz directamente natural de la incapacidad en persona sin posibilidades de asumir-cumplir, la restricción a “causas de naturaleza psíquica”, parece que no cubre – con independencia del canon 1.084 sobre la impotencia – todo el abanico de posibles carencias para el objeto del consentimiento: así por ejemplo los actuales avances en genética, al comprobarse científicamente, pudieran mostrar supuestos de imposibilidad sin directas raíces psíquicas. Ya se viene hablando por algunos autores de posible “laguna de ley”. El Código, de todas formas, en su positivización del orden natural, comprime esta incapacidad a los límites de esa cláusula: “*causas de naturaleza psíquica*”

La anorexia mental o anorexia nerviosa y el consentimiento matrimonial

La palabra “anorexia”, en sus raíces griegas, entraña sentido médico de “inapetencia patológica”; y en su proyección psico-patológica y bajo las expresiones: “*anorexia mental*” o “*anorexia nerviosa*” constituye un síndrome psiquiátrico o afección endocrino-psicológica, que se sitúa por las modernas clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales y del comportamiento entre los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV) o asociado a disfunciones fisiológicas o factores somáticos (CIE 10).

Se trata de un trastorno en auge, se considera secuela de valores o contravalores de la conducta actual que resulta de la demanda socio-cultural de esbeltez en la mujer especialmente y en cuya etiología suelen entrar tanto factores sociales como psicológicos de manera preferencial. Esa preocupación por la esbeltez, propia del inicio de la adolescencia, se apoya en la sobreestima de la imagen de la mujer ideal como la de una figura de mujer mucho más delgada que la suya.

Hay que señalar que, aunque la preocupación por el peso como consecuencia de una visión distorsionada de la propia imagen corporal, se percibe en la mayoría de las mujeres que padecen anorexia, la doctrina apunta también a otros posibles factores por el hecho de ser más universal la preocupación, por el peso que los todavía reducidos porcentajes de anoréxicos (cfr. D. Sue, *Comportamiento anormal*, México, 1995, págs. 504-505: “Etiología de los trastornos alimentarios”).

Es posible que durante algún tiempo las tendencias anoréxicas hayan podido considerarse ligadas a cosas como la coquetería de la mujer joven sobre todo o la caprichosidad o la histeria o las ideas fijas.

Actualmente, sin descontar la presencia coadyuvante de alguno o algunos de estos factores, se tiende a trabajar con datos más profundos.

Y entre esos otros posibles factores de fondo se indican, entre otros, los siguientes: sufrir de una baja autoestima o falta y carencia de seguridad; hastío de la monotonía de la vida; insuficiente control sobre los factores ambientales; inmadurez; pasividad-agresión; patrones de conducta autoderrotistas; trastornos afectivos de los que la anorexia sería un exponente visible; el psico-análisis hace referencias a un rechazo subconsciente de la feminidad con pavor al desarrollo femenino y la obesidad; la servidumbre a valores equivocados sobre los verdaderos patrones de belleza con fijaciones derivadas de obsesividades que forman parte de muchos ambientes; trastornos hormonales o déficit hipotalámico (los organicistas), etc.

Realmente ni está claro cuál sea la verdadera raíz de la anorexia, si es que existe una sola raíz, ni cabe afirmar que todas las anorexias obedezcan a motivaciones del mismo calibre o de la misma calidad.

Un criterio posiblemente no descaminado es el que ofrece A. Porot al tratar de individualizar las causalidades y buscar en la realidad del ser y de las circunstancias de cada persona sobre todo las verdaderas raíces de su obsesividad: *“chaque jeune malade apporte, en outre, ses dispositions caractérielles et constitutionnelles propres, qui pourront nuancer, suivant les cas, l’attitude de refus: débilite mentale, hyper-émotivité, tendances schizoïdes ou paranoïaques, surcharges de pithiatisme avec sa vanité o usa malignité, parfois constitution périodique, l’accès d’anorexie représentant un premier équivalent dépressif. Ce sont ces structures personnelles qui règlent le pronostic et la thérapeutique et engagent l’avenir de la malade”*.(A. Porot, *Manuel alphabétique de Psychiatric*, París, 1975, pág. 53).

Y de ello derivaría el que, en cuanto a psicogénesis y proyecciones, las anorexias mentales puedan revestir distintas modalidades de tipo simplemente conflictual, neurótico e incluso en algunos casos psicótico: cada una de las variedades- a tono con la condición y realidad de cada persona- comportaría una peculiar calidad y unas consecuencias mayores o menores desde el punto de vista comportamental y de las posibilidades de una relacionalidad interpersonal verdaderamente conyugal.

Hoy ya parece fuera de duda, a partir de la interrelación psico-somática dentro de cada compuesto humano, la posibilidad y, más todavía, verosimilitud de la coexistencia de las perturbaciones funcionales con otras correspondientes a la vida instinto-afectiva.

Como se afirma en el CIE 10 F50.0, aunque todavía no estén con precisión determinadas las causas más remotas y fundamentales de la anorexia, existe una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socio-culturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y, en todo caso, a nuestro juicio, un infrafondo de “vulnerabilidad de la personalidad”, cuyos alcances precisos habrán de ser en cada caso y supuesto concretos fijados por los correspondientes dictámenes técnicos, a partir de unas determinadas sintomatologías plasmadas en actuaciones comportamentales bien definidas (*Trastornos mentales y del comportamiento*, 10ª revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud, Zaragoza, 1998, pág. 219).

Será a partir de ello, completado con otras pruebas que acrediten los fondos del comportamiento en cada caso, como se podrá llegar por vías procesales a determinar en qué casos concretos pudieran darse situaciones en el momento de contraer el matrimonio hipotéticamente determinantes de incapacidades en la línea del discernimiento, en la línea del poder asumir las obligaciones conyugales o en ambas líneas inclusive a la vez.

III. Aplicación del derecho a los hechos

Los infrascritos Auditores, hecho análisis minucioso con valoración crítica de contraste-comparación-evaluación de los elementos de alegación y de prueba contenidos en esta causa, estiman y juzgan que de todo ello se deduce, con certeza moral, argumento suficiente y válido a favor de una verdadera demostración de la incapacidad de la esposa demandada para el consentimiento matrimonial, tanto por grave defecto de discreción del juicio como por imposibilidad real de asumir-cumplir las esenciales obligaciones conyugales; y en consecuencia entienden que debe ser en sus términos confirmada esta sentencia del Tribunal eclesiástico de Madrid, declarándose la nulidad del matrimonio por los capítulos indicados.

Este Tribunal, ante la realidad sustancial y procesal de la causa, se propone únicamente remarcar los puntos argumentales más relevantes en orden a mostrar – con justificaciones y razones – la corrección del fallo y la justicia del mismo a favor de la declaración de esta nulidad conyugal.

Primero, Aunque los elementos de alegación de parte, incluidas las demandas, no sean de suyo pruebas en sentido estricto, sí nos parece conveniente -hecha ya la exposición del contenido de las demandas- sintetizar los hechos y los pedimentos evaluando la coherencia interna de lo que se plantea y se pide.

En la demanda del actor se puede considerar que sobresalen y pueden considerarse centrales estos puntos: precario, o malo quizá, aprendizaje formativo de la demandada en el hogar y en las relaciones de la misma con sus padres; el remate de esa formación y aprendizaje en colegios ingleses muestra el desencadenamiento de un brote de anorexia que exige su internamiento en la enfermería del colegio; convivencia iniciada ya con problematicidad derivada de la anorexia y de los cambios de humor de la mujer; la búsqueda y encuentro del hijo no contribuyó a aminorar esa problematicidad, que incluso se aumenta con las infidelidades de la mujer, admitidas por ella misma ante su marido y con expresión por su parte de que “ella tenía una necesidad psicológica” al ver a un hombre que le guste; y final separación.

En la contrademanda de la esposa y planteamiento reconvenicional, los alegatos de la mujer constituyen un reverso perfecto de la demanda del marido: se omite todo lo relati-

vo a su padecimiento de anorexia, que ni es mencionado siquiera; se magnifica la formación recibida por ella y el trato que le dieron sus padres: en relación con el marido señala cómo, al conocerlo, él llevaba una vida de relación convivencial con una mujer y con homosexuales frecuentando lugares de drogadicción y adquiriendo modales de dudosa integridad (a estas relaciones se les llama “poco saludables”); pero inmediatamente -tras los anteriores alegatos- se anota textualmente: “*Comenzó el noviazgo y ella encontró en él un gran complemento para su vida. Celebrado el matrimonio y en las relaciones íntimas, la mujer presenta toda una serie de actitudes, pretensiones, etc., del marido que van desde la afirmación, de su impotencia y de la necesidad de utilizar medios anormales para realizar el acto conyugal. Y anota finalmente ella otros datos sobre las frustraciones del marido, la manipulación por él de su personalidad, sus malos tratos e insultos graves, a pesar de todo lo cual ella quiso tener un hijo, para lo que hubo de someterse a tratamientos médicos dificultosos, llegando el hijo como fruto de una inseminación artificial.*”

Ante estos dos planteamientos sintetizados, este Tribunal simplemente expone las siguientes indicaciones:

Los dos esposos, como se aprecia por estos alegatos, exponen y presentan, visiones contrapuestas de la misma realidad: la de sus vidas y de su matrimonio. Las dos a la vez no pueden ser verdaderas y la verdad derivable del proceso habrá de venir de las pruebas: esto es lo lógico y lo que, ante planteamientos como éstos, se estila.

Los dos esposos han contado con oportunidades de defensa, pero mientras el marido actor ha utilizado esas oportunidades proponiendo pruebas y prestándose a cooperar en el Tribunal en la búsqueda de la verdad alegada por él, no lo hace la mujer – que se persona en autos a través de procurador y de letrado –, a la que se le admite la demanda reconventional sin haberse personado ella misma siquiera en autos ni haber ella otorgado ni poder a su procurador y ni comisión a su letrado, que es requerida por el Tribunal con reiteración e insistencia para que otorgue los poderes sin conseguirlo, hasta que el Tribunal, el 20 de enero de 1999, al no haber presentado el mandato procuratorio ni haber ella actuado personalmente, suspendió la tramitación de la acción

reconvencional: la mujer (por fin, la mujer otorgó el mandato procuratorio ante el Tribunal el 17 de febrero de 1999), aparte de lo dicho y de lo que hay constancia procesal en los autos sobre esa comparecencia para otorgar el poder) no ha comparecido para nada ni para la declaración judicial (para la que fue citada por correo y con acuse de recibo) ni en lo relativo a la práctica de la prueba pericial (la representación de la parte demandada el 28 de abril de 1999 manifiesta al Tribunal que la esposa “no pretende participar en la prueba pericial”); en la pericia se exponen los intentos de la perito para lograr la comparecencia de la periciada sin conseguir nada en concreto fuera de palabras y evasivas; posteriormente, el 16 de julio de 1999 – ya publicada la causa – la misma representante de la esposa pide que ella sea llamada a prestar declaración, a lo que no accede el Tribunal por considerar que ella ha contado con oportunidades de hacerlo y no lo ha hecho y por entender que este comportamiento de la mujer –en todo– es signo de que “no se está obrando de buena fe”.

Este Tribunal, ante los anteriores datos alegatorios y procesales, aparte de estimar correctas las actuaciones del Tribunal en cuanto se refiere especialmente al respeto y a las oportunidades concedidas para el ejercicio del *ius defensionis* de la parte demandada, estima que, indiciariamente tan sólo, se observa una mayor seriedad en las actitudes procesales del actor que en las de la demandada; a la cual – por lógica y por respeto a las personas – se le debe reconocer el derecho de hacer lo que crea conveniente en el proceso, siendo inadmisibles – sentado lo anterior – el tratar de cohonestar una conducta procesal y pretender que sea respetable la misma cuando todo indica que se actúa con deslealtad tratando de obstruir y de retardar la marcha del proceso con apoyo en legítimos derechos que se desvirtúan por el uso incorrecto de los mismos.

Por otro lado, sabido es que las afirmaciones y los simples alegatos en el orden procesal no tienen otros alcances que los debidos a las afirmaciones o alegatos de parte; las afirmaciones y los alegatos de parte, para que sean algo válido en el orden probatorio, deben probarse: o apoyando las propias afirmaciones o desvirtuando las del contrario.

En este caso, la esposa no ha hecho ni una cosa ni otra.

Segundo. En cuanto a las pruebas propiciadas por la parte actora este Tribunal resalta estos datos probatorios que a nuestro juicio resultan de las mismas;

1. *El marido*, en su declaración judicial, recoge sustancialmente y con gran fidelidad lo dicho ya en la demanda (la referencia antes anotada a la demanda puede servir para percatarse de lo que dice el esposo en la declaración).

Pero interesa resaltar algunas cosas de la declaración en que se hacen referencias más precisas a puntos especiales.

Concretamente: el marido insiste en el desarreglo familiar y en su problemática, que hizo de caldo de cultivo de un desarrollo deficitario de la personalidad de la mujer.

Se sitúa por el marido el padecimiento de anorexia de la mujer en un cuadro completo que consta de estos lados: antes de haber el marido conocido a la mujer, ella ya era anoréxica y había estado internada por ello en la enfermería del colegio en Inglaterra; el propio actor, durante el noviazgo, le pagó a ella los servicios de un psiquiatra para que la tratara de su anorexia; esa anorexia persistió, y fue una constante, de tal manera que en los nueve años que duró la convivencia la sintomatología de la enfermedad se venía produciendo con regularidad (pérdida de la regularidad de los períodos, normalidad en devolver las comidas; amenorrea, etc.). El marido anota que él fue consciente de la presencia en la mujer de su enfermedad de anorexia, desde que la conoció y hasta que se produjo la separación.

Se anota que esta mujer, al conocerla el actor, era una persona “muy inmadura”, “infantil en su comportamiento”, con necesidad de afecto que buscaba en él señalándose que “*desde que me conoció a mi se volcó en mi como si fuera su padre*” (lo que no está lejos de lo que hemos visto dice la esposa en su contrademanda de haber ella encontrado en el entonces novio “un gran complemento” para su vida; y el propio novio asumió el noviazgo con un papel de protector de la indigencia psico-afectiva de ella).

Y el resto de la declaración constituye un calco, más minucioso ciertamente, de lo que se dice en la demanda sobre el comportamiento de la esposa con posterioridad al casamiento y en todo lo referente a sus infidelidades.

Esta declaración judicial del esposo, a nuestro juicio, constituye un buen arranque y base de prueba, que se convierte ya en una prueba válida y firme si a ella se le adosan estos otros criterios: la credibilidad acreditada del esposo a través de las declaraciones de los testigos en contraste claro con el comportamiento procesal de la demandada, a nuestro juicio poco correcto; la coherencia interna y externa de la declaración del marido que encaja perfectamente tanto en los moldes de la demanda como en los resultados de las demás pruebas, como vamos a ver.

Por ello, entiende este Tribunal que los resultados probatorios de la declaración judicial del esposo (cfr. cc. 1.536,2 y 1.679) confieren alto nivel de prueba a la misma.

2. Concretamente, *el complemento de las restantes pruebas de la causa* respecto de lo que afirma y trata de probar el marido se puede concretar en estos puntos:

a) Declaran en esta causa, aparte del marido, *cinco testigos*: los padres y un hermano del esposo; el dueño del gimnasio que frecuentaba la mujer durante la convivencia; y una amiga de los dos esposos.

En cuanto a los familiares del marido: los tres – sin seguir al pie de la letra los pasos declaratorios del actor – coinciden con él en los puntos básicos del asunto centrándose lo principal en los tres puntos: carencias básicas de la esposa derivadas en buena parte del mal aprendizaje; la anorexia anterior al matrimonio y persistente con posterioridad; y las infidelidades.

El dueño del gimnasio al que la mujer acudía da testimonio del visible comportamiento de la mujer en los dos años de su asistencia al centro: no sólo con infidelidades persistentes, con una vida montada en la mentira, con infidelidad “total”, con inmadurez absoluta y no sólo por las infidelidades sino por el modo habitual de ser y de comportarse.

El testimonio de la amiga íntima de la esposa realmente es estremecedor por lo que se dice y por lo que se intuye con claridad de lo que se dice: doble vida; mentira persistente; simulación total utilizando todos los medios para encubrir de manera hasta grotesca a los ojos de los demás y sobre todo del mando lo que era realmente su vida; la

inmadurez plena que se vislumbra a través de un comportamiento de doblez, la vida paralela que ella llevaba a espaldas del marido y poniendo cuidadosamente los medios para que el no llegara a enterarse: todo esto es demostrativo de una personalidad seriamente mutilada en su psiquismo, dentro de un desorden muy fuerte y con clarísima sensación de revestir todo ello caracteres inflexibles, desadaptativos y funcionalmente incapacitantes; siendo a nuestro juicio la anorexia seria y gravemente implantada en la mujer un exponente exterior y visible de unas profundas y graves anomalías psíquicas.

Este veredicto, que anotamos respecto de este último testimonio –lleno de coherencia con las demás declaraciones de la causa y procedente de persona intensamente conocedora de la demandada –lo hacemos completamente extensivo al resto de las pruebas morales; afirmando que ellas solas ya constituyen elementos muy firmes de prueba a favor de la demostración de las dichas incapacidades de la esposa para el consentimiento conyugal y para una vida matrimonial en normalidad mínima.

b) La prueba pericial psicológica, practicada a partir de las demás pruebas de la causa y teniendo el perito únicamente en cuenta las visibles expresiones de la personalidad de la mujer a partir de su vida y de su comportamiento externo – sin llegarse a ningún tipo de aprecio de intimidad no reflejada por ella misma al exterior con su conducta – constituye el remate técnico de los resultados claros de las anteriores pruebas.

La pericia se apoya en dos fuentes de elementos: lo deducido por su instinto psicológico a partir de la exploración personal del marido y lo deducible objetivamente del resultado de las pruebas morales (declaración judicial del esposo y prueba testifical).

Del marido, de la observación por la perito del mismo y por la coherencia de sus declaraciones en la causa la perito considera que se trata de una persona fiable, a la que se le puede creer en su testimonio.

Del estudio realizado por la perito sobre los elementos de juicio con que ha contado en la causa, se emite este diagnóstico sobre la condición de la mujer en el momento del matrimonio: aquejaba una personalidad inestable con un trastorno de anorexia nerviosa, dentro todo ello de la presencia de un trastorno por inmadurez afectiva. Y se anotan los

síntomas propios de estas anomalías; se consideran reflejados en la condición real de la esposa al casarse y después; se afirman la gravedad, la anterioridad al matrimonio y la negativa incidencia de las afecciones sobre el consentimiento y la vida conyugal de los esposos.

Y se concluye finalmente por la perito que, con tales condiciones y afecciones, la esposa era, al contraer, persona plenamente incapaz de consentimiento conyugal, tanto en el área de la falta de discreción del juicio como en el plano de la incapacidad de la misma esposa para asumir las esenciales obligaciones conyugales.

Se anotan por la perito los intentos habidos por ella, directamente con la esposa, para conseguir su comparecencia pericial: las varias ocasiones de habla de la perito con la propia demandada no dieron otro resultado que las evasivas vacías de la mujer y, tras vanos meses de intentos, la renuncia de la perito a seguir insistiendo en esas condiciones.

EN CONSECUENCIA de todo lo anteriormente anotado y motivado y razonado, este Tribunal estima, juzga y concluye que en esta causa la gran coherencia de unas pruebas válidas, de consuno aliadas dentro de una gran congruencia y con aprecio y valoración de todo el conjunto probatorio de la causa lleva con suficiente certeza moral a resolver que en este caso se ha demostrado la incapacidad de la esposa, demandada para el consentimiento matrimonial tanto por grave defecto de discreción de juicio como por imposibilidad real de la misma para asumir-cumplir las esenciales obligaciones conyugales.

IV. Parte dispositiva

Por todo lo anteriormente expuesto y motivado; atendidos el Derecho y las pruebas que se han practicado acerca de los hechos alegados; visto el Informe de la Defensa del vínculo de N. Tribunal e invocando a Dios en aras de la verdad y de la justicia; definitivamente juzgando; DECRETAMOS:

CONFIRMAMOS esta sentencia del Tribunal eclesiástico de Madrid, dictada en esta causa el 3 de diciembre de 1999; Y EN CONSECUENCIA DECLARAMOS LA

NULIDAD DEL MATRIMONIO DE DON N. N. Y DOÑA M. M., POR DEFECTO DE CONSENTIMIENTO EN LA ESPOSA TANTO POR GRAVE DEFECTO DE DISCRECIÓN DE JUICIO COMO POR INCAPACIDAD DE LA MISMA PARA ASUMIR-CUMPLIR LAS ESENCIALES OBLIGACIONES CONYUGALES.

La esposa no podrá ser admitida a nuevo matrimonio canónico sin el consentimiento expreso del Ordinario, y de este veto habrá de hacerse anotación, para los efectos oportunos, en los libros parroquiales correspondientes.

Las expensas debidas al Tribunal serán de cuenta, de la parte actora.

ASÍ LO DECRETAMOS. Notifíquese y ejecútese, a modo de sentencia definitiva, este N. Decreto.

Dado en Madrid, 29 de enero de 2001.

Anexo 3.
Tribunal Eclesiástico Nacional
(Argentina)

I

SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA

Juan Pablo II felizmente reinante, siendo el Excmo. y Revdo. Mons. N.N., Arzobispo de Buenos Aires, Moderador de este Tribunal Eclesiástico Nacional de Segunda Instancia, el día D del mes M del año A, reunidos los Señores Jueces, Mons. Dr. José Bonet Alcón Presidente y Ponente del Colegiado, Rvdo. P. Dr. Alfonso Tórtora S. D. B. y Pbro. Miguel Jorge Siufi; con la intervención del Señor Defensor del Vínculo, DV, siendo Notario N, en la causa de nulidad matrimonial entablada entre M (actora) y V (convenido), en la presencia de Dios Nuestro Señor, invocada la asistencia del Espíritu Santo, dictaron esta Sentencia Definitiva de Segunda Instancia.

II

LOS HECHOS

La actora y el convenido contrajeron matrimonio canónico el día D1 del mes M1 del año A1 en la Parroquia P1 de la Arquidiócesis de Buenos Aires.

Las partes tuvieron un noviazgo de tres años y de su matrimonio nacieron dos hijos.

La presentación de la causa de nulidad matrimonial fue realizada en forma conjunta por ambas partes. Ello ocurrió después de la separación definitiva que tuvo lugar el día D2 del mes M2 del año A2.

El motivo por el que se solicita la nulidad del matrimonio, según se estima en el escrito inicial, consiste en que la actora, en el momento de contraer matrimonio, padecía un defecto de personalidad que le impidió asumir las obligaciones esenciales del matrimonio. Tal defecto se concretará en anorexia nerviosa.

El Dubio en Primera Instancia se planteó sobre si el matrimonio de las partes era nulo por el capítulo de incapacidad de la actora para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica (can. 1095,3). La Sentencia de Primera Instancia fue afirmativa. En nuestro Tribunal Eclesiástico Nacional de Segunda Instancia la causa fue abierta a trámite ordinario, tras un ponderado dictamen del Sr. Defensor del Vínculo, solicitando la ampliación de la prueba. Realizado lo que estimamos un muy valioso y cuidadoso suplemento de instrucción, llegó procesalmente el momento de dictar Sentencia.

III

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Incapacidad para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio

1. En el canon 1095, 3° del C.D.C. se dice que son incapaces de contraer matrimonio “quienes no pueden asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica”. En el esquema de 1975 se decía “*ob graven anomaliam*

psychicam-sexualem”; en los esquemas de 1977-1980 se decía “*ob graven anomaliam psychicam*”. Finalmente, en el texto promulgado, se nos presenta una formulación más simple y más genérica. Ha desaparecido la “anomalía” y la “gravedad”; quedando solamente las “causas de naturaleza psíquica”. Entendemos que esta incapacidad invalida el matrimonio “*ex iure naturale*”. Prueba de ello es que la incapacidad “*tradendi ius ad actus per se aptos ad proles generatiomen*” –que es obligación esencial del matrimonio- dirime las nupcias por derecho natural. Y lo mismo la incapacidad de obligarse a la exclusividad y la perpetuidad del mismo derecho.

2. Este nuevo capítulo de nulidad matrimonial ha ido surgiendo en nuestro tiempo, por una parte, al conocerse más la naturaleza del hombre, sobre todo desde el punto de vista psicológico; y, por otra parte, al considerarse más integralmente la naturaleza del matrimonio, especialmente en la “*Gaudium et spes*”, nn. 48-49. Así, se ha destacado el aspecto personalístico de la unión conyugal –sin dejar de lado su aspecto contractual-; se ha atendido más al matrimonio “*in facto esse*” –aunque siempre con referencia al matrimonio “*in fieri*”-; y se ha puesto más de relieve el objeto del consentimiento–aunque siempre con relación al sujeto-, considerándolo en sentido amplio, incluyendo en dicho objeto el concepto de comunidad de vida. Ha ido surgiendo así la “*incapacitas assumendi onera*” como capítulo autónomo. Porque “*ad impossibile nemo obligari potest*”. Y podría ocurrir que alguien, entendiendo y queriendo un matrimonio concreto con suficiente discreción de juicio, pusiera un consentimiento por el que se obligue – o mejor, entienda obligarse – a algo que no puede cumplir por estar imposibilitado (cf. Sent. 18-XII-1975, c.Davino). Al respecto, se podría distinguir entre consentimiento suficiente –como acto psicológico-y eficaz. Podría el consentimiento ser suficiente (“*ex parte subiecti*”) cuando surgiera de un sujeto con inteligencia y voluntad propias de una personalidad madura para poner el acto. Y ese mismo consentimiento sería ineficaz (“*ex parti obiecti*”), si se refiriera a un objeto inexistente o que no estuviera en la potestad del sujeto. Esta persona sería incapaz “*asumendi onera*” en el matrimonio “*in fieri*”, por ser incapaz “*adimplenti onera*” en el matrimonio “*in facto esse*”. Todavía, en tal caso, podría ocurrir que el sujeto conociese su incapacidad o la ignorase. En el primer supuesto, el sujeto no pondría un acto perfecto, desde el punto de vista psicoético, actuaría irracionalmente al prestar un consentimiento, siendo consiente de su invalidez.

Y, entonces, no se daría una completa autonomía del capítulo que nos ocupa. Sí, en cambio, cuando el sujeto ignorase su incapacidad de cumplir lo prometido (cf. Sent. 10-IV-70 c.Pinto). Advirtamos, asimismo, que esta incapacidad “*asumendi onera*” no constituye un solo y único capítulo de nulidad; sino que, bajo esta locución genérica, pueden incluirse tantos capítulos diversos y autónomos cuantas son las obligaciones esenciales del matrimonio. Sería algo análogo a lo que ocurre con la expresión “simulación parcial”, que corresponde a varios y diversos capítulos de nulidad (cf. J. J. García Faílde, *Algunas sentencias y decretos*. Salamanca, 1981, pág.176). Y Podría incluso realizarse una discriminación de los capítulos según las diversas causas psíquicas que motivasen la incapacidad (cf. Sent. 17-IV-1969, c. Pompedda, donde la homosexualidad se trata como causal autónoma de nulidad de matrimonio).

3. En cuanto a las obligaciones esenciales del matrimonio –que constituyen el objeto del consentimiento-, unida al “*ius in corpus*”, a su exclusividad y perpetuidad, hoy se habla de la comunidad de vida y amor. Al respecto, leemos en una sentencia del 8-III-1973, c. Di Felice: “*conensus matrimonialis definitur actus voluntatis quo utraque pars tradit et acceptat ius in corpus, perpetuum et exclusivum, in ordine ad actus per se aptos ad proles generationem. Ad quod ius tradendum et accipiedum multum confert intentio nupturientum instaurandi intimam communitatem vital et amoris coniugalis, ut, illa deficiente, argui quodammodo possit traditum non esse ipsum ius, quo consensus matrimonialis perfecitur*”(cf. Monitor Eccl.,1976, pág. 86, n. 2). A lo cual se agrega más adelante en la misma sentencia: “*Dupliciter enim invenitur in hominibus incapacitas ad vital coniugalis communionem: vel afficit personam, imminutam peculiari statu phisycio et psychico certe requisito ad valide contrahendum; vel tantum pendet et levibus vitiositatibus indolis, quae perfici ac in melius converti possunt. Prior status personae saepe conectitur psychonevrosibus vel psychopatiis atque includit ineptitudinem veluti constitutionalem ad onera coniugalia implenda atque Servando...Leves igitur vitiositatesindolis nupturientium, qua saepe prioribus temporibus vital coniugalem difficilem efficere possunt, haud sunt aequiparandae gravibus anomaliis, ex nevrosibus vel psychopatiis promanantibus, quae consuetudinem interpersonales coniugum impediunt atque afficiunt ipsam discretionem iudicii contrahentium*”(cf. L. c. págs. 87-88,n.3).

4. En cuanto al amor conyugal y su incidencia en el consentimiento, ante todo señalamos que formalmente, en cuanto tal, ese amor no puede ser objeto de un acto jurídico, al no depender de la voluntad de los contrayentes (cf. U. Navarrete, “*Amor coniugalis et consensus matrimonialis*”, en *Periodica*, 1976, p. 631). Y aunque sea muy necesario en el orden existencial, la cuestión jurídica de la validez de un matrimonio no depende de que los contrayentes haya prestado su consentimiento “*ex amore*”, sino de que el consentimiento requerido por el derecho haya sido dado o no.

5. Sobre el “*ius ad communionem viate*” leemos en una Sentencia del 15-VII-1977, c. Pinto: “*Agitar ergo de iure ad relaciones interpersonales, nempe, ut videtur ad illum modum agendi unius coniugis erga alterum qui respondet perceptioni et affectioni quas de hoc habet tamquam subiecto iurium matrimonialium essentialium. Cum limitatione tamen ad minimum necessarium sine quo coniugalis societas existere nequit, utpote quod fiat moraliter impossibilis. Capacitatem obtinendi coniugum bonum eam exigit ad bonum prolis plane requisitam*”(Monitor Eccl.,1978, pág. 151-152,n.5). A lo cual se agrega más adelante en la misma Sentencia: “*Invalide igitur matrimonium contrahit qui positivo voluntatis actu excludit ius ad relaciones interpersonales sine quibus coniugalis societas fit moraliter impossibilis. Et etiam qui antecedentes et perpetuo incapaz est praefati iuris tradendi* » (cf. Huizing in Val Kol, *Theol. Moralis*, II, 1968, nn. 586-589).

6. Dentro de este capítulo genérico de la incapacidad “*assumendi onera coniugalia*” se suelen incluir como causales de nulidad distintas anomalías de tipo psico-sexual como son la homosexualidad; el transexualismo en sus múltiples y variadas formas; distintas perversiones en las que se dan relaciones heterosexuales anormales; la ninfomanía, la satiriasis y otras formas en las que hay relaciones sexuales normales, pero con morbosa exaltación, etc. Distintos son los casos en los que la causa psíquica de la posible incapacidad es de tipo neurótico o psicopático.

7. La jurisprudencia rotal no es concorde acerca de si la incapacidad, y por lo tanto la anomalía de la que la misma provenga, deba ser en el momento del matrimonio definitiva o perpetua. Algunos la asimilan al impedimento de impotencia y, en

consecuencia, responden que debe ser en ese momento definitiva o perpetua. Otros, en cambio, afirman lo contrario porque se trata de una incapacidad de prestar el objeto del consentimiento y basta con que esa falta de dicho objeto exista en el momento de celebrar el matrimonio. Otros, en fin, afirman que dicha capacidad debe existir, al menos, cuando urge el cumplimiento de las obligaciones.

8. A todo lo que antecede podemos agregar algunos puntos tomados de las sentencias de la Rota Romana sobre este capítulo en fecha relativamente reciente (Cf. Relación Anual de la misma Rota, en los años 1991-1992). Allí se afirma:

a) La diversa noción y valoración del concepto de capacidad matrimonial que deben poseer los canonistas y la que poseen normalmente los peritos. Para estos, se trata de la capacidad de recibir y ofrecer la plena realización personal en la relación con el cónyuge; es el ideal de plena madurez en orden a una vida conyugal feliz. En cambio, el derecho canónico mira la capacidad mínima suficiente para un matrimonio válido. Y no considera que exista incapacidad cuando hubo imprudencia en estimar, valorar, las cualidades del cónyuge, en orden a un feliz y próspero matrimonio.

b) Según el discurso a la Rota de Juan Pablo II del 5-2-87, las causales de naturaleza síquica que incapaciten para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio deben identificarse como un proceso patológico o con una severa anomalía síquica. En cambio, no tienen relevancia jurídica como prueba de la incapacidad, leves sicopatías o deficiencias de orden moral.

c) Se afirma también la diferencia entre un matrimonio fracasado que proviene de la mala voluntad o grave carencia de virtudes y un matrimonio nulo que proviene solo de alguna patología psíquica o psicosexual. En la jurisprudencia rotal se afirma que donde hay normalidad psíquica, hay capacidad. Más aún. Se afirma que la incapacidad sólo tiene lugar cuando las psicopatologías se dan en sus formas graves; cuando existe cierto grado de desorganización en la estructura de la persona. Asimismo, se indica que la normalidad psíquica canónica es compatible con moderadas formas de dificultad psicológica; con faltas de responsabilidad moral; y con leves y moderadas psicopatologías, que no influyen sustancialmente sobre la libertad de la persona para

comprometerse a la realización de los fines matrimoniales y a la posibilidad de su concreción.

d) Una parte de la jurisprudencia rotal considera que sin la prueba de la gravedad psicopatológica no se puede probar la incapacidad. Como ejemplificación de anomalías que invalidarían el consentimiento matrimonial por este capítulo se indica las psicosis, como la esquizofrenia y otras, en las que se pierde la capacidad de relacionarse con el objeto; los casos más graves de narcisismo; y las desviaciones, como la verdadera homosexualidad y otras de las perturbaciones sexuales que tengan su base en perturbaciones de la persona.

e) En las sentencias rotales de los últimos tiempos existen matices diferenciales, dentro de una cierta uniformidad. Ya no se hace tanto hincapié en la neta diferenciación de este capítulo respecto a la grave falta de discreción de juicio; ni tampoco se ve tan marcada la tendencia a considerar el contenido como genérico, según indicamos anteriormente. Se manifiesta contraria a la praxis de definir en términos “metajurídicos” la incapacidad síquica para el matrimonio, como, por ejemplo, por inmadurez; por psicopatía, por homosexualidad, etc. Porque el Juez en el Dubio debe determinar por qué figura del canon 1095 es impugnada la validez del matrimonio.

9. La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria cuya sintomatología esencial consiste en un rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores normales para determinada edad y talla, miedo intenso a convertirse en una persona obesa, aún cuando se esté por debajo del peso considerado normal, alteración en la imagen corporal y amenorrea (en las mujeres). Los que presentan este trastorno frecuentemente están insatisfechos con algún rasgo de su apariencia física. La pérdida de peso se consigue habitualmente por una disminución de la ingesta de comida, acompañada con intenso ejercicio. Con frecuencia estos pacientes se provocan el vómito o emplean laxantes o diuréticos. (cf. DSM-III-R, 1992, pp. 80-82).

10. Algunos adolescentes que sufren este trastorno presentan un retraso en el desarrollo psicosexual y los adultos muestran cada vez menos interés por el sexo. La edad de comienzo se sitúa entre el principio y el final de la adolescencia, aunque el trastorno

puede presentarse desde antes de la pubertad hasta el principio de la tercera década (poco frecuente). E curso puede ser progresivo hasta la muerte, episódico, o mas frecuentemente, consistir en un episodio único, con posterior recuperación del peso normal. A menudo, la pérdida grave de peso requiere hospitalización para prevenir la muerte por inanición. Como factores predisponentes se puede señalar que, en algunas personas, el comienzo de la enfermedad se encuentra asociado a algún periodo de estrés vital (cf. *Ibidem*)

11. Como diagnóstico diferencial se puede señalar que en los trastornos depresivos y en cierto tipo de trastornos somáticos puede haber pérdida de peso, aunque no hay un miedo irracional a convertirse en obeso. En la esquizofrenia puede observarse patrones de alimentación bastante raros; sin embargo, pocas veces aparece el síndrome completo de la anorexia nerviosa; si se diera, hay que establecer los dos diagnósticos. En algunos casos, la anorexia nerviosa aparece en personas con bulimia nerviosa y, en este caso, también hay que hacer los dos diagnósticos. (cf. *Ibidem*)

12. La anorexia mental es distinta de la anorexia reactiva, que puede surgir en cualquier edad de la vida, en relación con algún trauma emotivo que haya producido humillación o desilusión; también es distinta de la anorexia crónica que se inicia en la primera infancia, se mejora transitoriamente en la adolescencia y persiste durante toda la vida con trastornos hipocondríacos y con dificultades mecánico-funcionales para alimentarse. También se debe distinguir de la anorexia mental del rechazo del alimento de tipo depresivo o esquizofrénico, así como de la anorexia de origen endocrino (cf. Galimberti, *Dizionario di Psicologia*, Utet, 1992, pág. 68).

13. En nuestros fundamentos de derecho tenemos presente lo manifestado en la presente causa, tanto por la Dra. T1 como por el Dr. P sobre la anorexia nerviosa en general y sobre su aplicación particular a la causa que nos ocupa.

IV

EL DERECHO APLICADO A LOS HECHOS

1. Dice la actora en su declaración en Segunda Instancia, ratificando y precisando lo dicho en Primera Instancia, que ella sufría anorexia nerviosa desde los quince años porque en 1990 le diagnosticaron los síntomas y esos síntomas los padecía ya a los quince años. Ella tenía un terrible miedo a engordar; a los 18 años realizaba ayunos prolongados y un continuo régimen para adelgazar. La actora señala que en su adolescencia no era tan conocida su enfermedad. La actora ratifica que estuvo internada por la anorexia nerviosa; que el tratamiento dura cuatro años; y que obtuvo el alta en el mes M3 del año A3. Ella está dispuesta a realizarse un psicodiagnóstico con el profesional que indique el Tribunal de Segunda Instancia.

2. El convenido dice que se enteró de la enfermedad de la actora cuando ella ya estaba internada. En la convivencia ella insistía en decir que se veía gorda y comía en forma desordenada. A veces comía muchísimo y otras veces no comía nada. El convenido no percibió al principio la importancia de ese proceder. Si bien ratifica lo ya declarado en Primera Instancia de que las peleas eran frecuentes por cualquier cosa. Ella generaba grandes discusiones por cosas sin importancia. Las relaciones sexuales al principio eran frecuentes y después se fueron haciendo esporádicas. El convenido ignoraba que en la actora había un problema de fondo y estuvo dispuesto a la reconciliación. A la distancia considera que la enfermedad de ella influyó en toda la vida matrimonial de las partes.

3. La testigo T1, una de las mejores especialistas del tema anorexia en la Argentina, presenta un *currículo* a folios 150 y 151, que valorizan mucho su declaración en el Tribunal. Ella ratifica y explica lo afirmado de modo escueto en Primera Instancia, de que la actora padecía anorexia nerviosa en el año A4 y que la enfermedad comenzó en su adolescencia, manteniéndose en ella en forma ininterrumpida. Dice que la concepción última de esta enfermedad es que se trata de una patología de los afectos y no de la alimentación y que supone la falla de neurotransmisores. Esto es el consenso del Congreso de Londres de abril de 1997. Dice que ya en la adolescencia, en la actora, estaban los síntomas anoréxicos del rechazo al peso normal, conductas emocionales infantiles, crisis emocionales, dependencia, falta de independencia de juicio. La testigo piensa que una anorexia crónica, como la de la paciente, que no había completado su desarrollo emocional en el momento de su casamiento, le hacía tener el juicio

suspendido y le impedía ser libre. La profesional manifiesta que en la anorexia existen empeoramientos y formas larvadas, pero que la enfermedad de base es la misma desde el comienzo. Biológicamente se puede estar mucho peor o mucho mejor, pero el infantilismo y la rigidez están siempre presentes.

4. El testigo T2, que conoce a la actora desde los dieciséis años y que la atiende desde entonces, dice que desde el comienzo ella se manifestó como una persona de escaso apetito y que se negaba a recibir vitaminoterapia por temor a aumentar de peso. Considera que a esa edad la anorexia nerviosa no estaba en ella en una forma tan explícita. Ella padecía de trastornos digestivos funcionales: tenía náuseas, ardores y distensiones abdominales. El testigo entiende que hay elementos para sospechar que la anorexia de la actora viniera de larga data, dados sus trastornos digestivos imaginarios y su terror a engordar. Dice que la actora en agosto del año A5 pesaba 51,299 Kgs. Y que se iba a casar en diciembre. Ella antes había pesado alrededor de 54 Kgs. Y en el año A6 pesaba 47,200 Kgs.

5. La testigo T3 atendió a la actora durante cuatro años, con una periodicidad de una vez por semana. La testigo notaba en ella una personalidad muy inmadura. En esta declaración ante el Tribunal de Segunda Instancia, la testigo precisa que la actora era una chica pendiente de la apariencia, de la imagen y que ella se enojaba y tenía rabieta y pataletas. Dice que la actora le mentía respecto a lo que comía y eso contribuyó a que en un principio no notase el problema de la anorexia nerviosa. Dice que en la actora había un problema inconsciente de celos con sus hermanos. Indica que traerá al Tribunal el psicodiagnóstico que le pidieron en Primera Instancia y que nunca se lo reclamaron.

6. En el informe psicológico de la testigo T3, solicitado en marzo del año A7, se indica que la actora deseaba separarse para poder ser más libre y disponer de su vida. Se dice que en los primeros años hubo competencia, rivalidad y celos con la única hermana menor y que la actora nunca se sintió completamente aceptada por sus padres. Además tenía una relación conflictiva con su madre. Se indica que la hermana de la actora siempre tuvo éxito con los jóvenes. Y la actora pudo tomar revancha gracias a su delgadez. La actora era alta, delgada, elegante y vestía ropas más finas, regalos de sus

tías. Ella creía que se la estimaba por su delgadez. Cuando comienza las entrevistas en el año A8, parece una modelo. Se hace evidente que se trata de una joven inmadura con muchos aspectos infantiles. Se interesa por lo superficial y deja de lado los aspectos afectivos y las emociones profundas. Quiere causar buena impresión y no va más allá. Deseaba separarse de su marido, sin permitir a la terapeuta de ambos evaluar la situación. La actora se refiere a un Sr. X, amigo de ella, del cual se manifiesta muy dependiente; pero que resulto incapaz de darle una contención afectiva adecuada y directamente desapareció de su vida. La perito observa en la actora cierto grado de bloqueo cognitivo, lo cual no le permite acceder a la clara comprensión intelectual de aspectos importantes de su vida. La actora tiene defensas psicológicas, especialmente, la negación. Era evidente que ella no había llegado a desarrollar una identidad sexual madura. Existían marcadas diferencias entre lo que parecía, una modelo, una mujer liberada y el nivel de su desarrollo emocional. El mencionado informe dice también que la actora tenía una libido narcisísticamente depositada en su cuerpo. Esta libidinización del cuerpo tiene una estrecha relación con su dificultad para establecer vínculos de pareja, tanto emocional, como sexual. De ahí el fracaso de su vida sexual con su marido y también el fracaso de la vida sexual con su amigo posterior. Para la actora, el alimento simbolizaba a su madre y a la dependencia, pero nunca pudo ser esto consciente. En otro nivel de su figura, su delgadez, su elegancia, le significaban ser aceptada y querida. Como síntesis general, se señala el bloqueo cognitivo y afectivo de la actora. La negación de su situación, la proyección y la disociación básica, no le permitían avanzar. Cuando la angustia la desborda y se siente rechazada por su amigo, le pidió impulsivamente ayuda a su madre, quien, sin más trámite, la interno en una clínica especializada en anorexia; y la actora necesitará recorrer un largo camino para lograr el verdadero uso de la libertad responsable como adulta (nos resulta absolutamente incomprensible el que en Primera Instancia no se haya presentado, estando, al parecer en poder del Sr. Abogado, este informe psicológico tan clarificador).

7. Existe también en la causa un informe psicológico de la testigo T4, efectuado a la actora cuando tenía dieciocho años de edad, con ocasión de proveer a un asesoramiento vocacional. En él se indica que la actora vivía la imagen materna como muy posesiva, coartando su responsabilidad y libre iniciativa. La actora vive una situación de

autodesamparo, tiene poco sentido de la realidad. Se evidencia un rechazo a lo afectivo. Necesita disimular sentimientos que quizá no posee. Le gusta que los demás se vinculen a ella pero sin que ella este ligada sentimentalmente a nadie. Aparece inmadurez e infantilismo, sentimiento de inferioridad e inseguridad interior. Tiene una gran labilidad afectiva. Es agresiva y hostil y tiene dificultad para controlar los impulsos. Le importa mucho lo que los demás piensen de ella. En ella se da una inhibición depresiva de la inteligencia. Estos son los aspectos que pueden significar alguna relevancia con respecto al tema que nos ocupa.

8. El perito P, médico legista, especialista en Psiquiatría y Psicología forense, y licenciado en Derecho Canónico, designado perito por nuestro Tribunal eclesiástico Nacional, expone primero los antecedentes de interés psicológico, clínico y médico forense. Se destaca el testimonio en nuestro tribunal de la testigo T1 “ya que se trata de uno de los mejores especialistas existentes en el país”. Explica con claridad lo que es la anorexia, concretando lo relativo a la fecha de origen de la anorexia que padece la actora y la referencia a la inmadurez emocional de una anoréxica, que se adecua a la opinión de los autores contemporáneos. Se afirma que la anorexia, como enfermedad de base, con expresiones larvadas y/o agudizadas, se da con la permanencia del infantilismo y la rigidez estructural. Y se afirma que la anorexia es una patología de los afectos. El perito tiene también presente el informe producido por la testigo T4 cuando la actora tenía dieciocho años de edad. Así como el informe sobre la actora producido por la testigo T3 en donde se destaca la inmadurez e infantilismo de la actora, sus deficiencias en la dimensión afectiva y emocional y la ausencia de una identidad sexual madura y adecuadamente desarrollada. En la pericia se expone en forma minuciosa y ordenada, la historia de la vida y el examen psico-clínico actual de la actora, con sus antecedentes hereditarios.

9. En la pericia minuciosa y prolongada del perito P, se encuentran una síntesis y unas conclusiones diagnósticas en las que se manifiesta que la actora presenta un trastorno afectivo severo de la personalidad, que en algunos esquemas nosológicos suele llamarse caracteropatía o neurosis de carácter, en el que se da una personalidad profundamente inmadura y narcisista, deficiente identificación de género, incapacidad severa para

proyectarse y brindarse en forma adulta a otro “tú”, máxime en una vida de pareja, tendencia a la producción de conductas compulsivas y anormales. Tal trastorno remite a una cristalización en las primeras etapas de la vida, dejando a quienes la padecen con una afectividad primitiva e infantil, que evoluciona en forma distorsionada a través de las posteriores etapas infanto-juveniles, bloqueando la vía hacia la adquisición de una capacidad para brindarse en relaciones interpersonales. Enraizada en tal personalidad se expresa de modo inequívoco la constelación signosintomatológica denominada “anorexia nerviosa” en la psiquiatría contemporánea. Esto, en forma solapada en la adolescencia primero, y luego, en la vida en pareja, se evidencia de modo catastrófico para la paciente, su pareja, sus hijos y el propio consorcio matrimonial.

10. En su largo y bien fundamentado informe, el perito P manifiesta que en el psiquismo de la actora no interesa tanto elucidar si la dimensión de la clara expresión anoréxica se manifestó antes o después del matrimonio, tema que es debatible, cuanto el procurar tomar un preciso y fundado conocimiento de la dimensión del trastorno afectivo severo que presenta la actora; que bloqueó su normal evolución hacia la adquisición de su femineidad. Trastorno que se instaura, por sus características psico-clínicas, en primerísimas etapas evolutivas, esto es, antes del ingreso de la actora a la adolescencia. Con ello la consideración del grado de conducta anoréxica, cede lugar a un sustrato más profundo, más grave y limitante, y que hace sobre todo a la capacidad de la actora para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio. Más adelante, en el mencionado informe, se hace referencia a la existencia en la actora de graves limitaciones en el orden de la maduración, de la intercomunicación y del acceso a una femineidad madura, limitación severa e irreversible que la afectan no en forma relativa sino en forma absoluta, de modo que cualquier otro consorcio que la actora pueda realizar estará siempre afectado por una profunda patología interrelacional.

11. El P. respondiendo al interrogatorio que se le realiza dice que la actora, desde la primeras etapas evolutivas, tiene una estructuración patológica caracterial grave que la conducen a efectuar juicios de error sobre la selección de su pareja y la verdadera dimensión del matrimonio. La patología de la actora es de difícil corrección, pudiendo

calificarse como grave. Se indica también que la actora no posee la aptitud para comprometerse de modo perdurable.

12. El Señor Defensor del Vínculo de Segunda Instancia rectificando su Dictamen, dado en el momento de la Apertura a Trámite Ordinario de la presente causa, a la luz de las nuevas pruebas y de las pericias e interrogatorios realizados en Segunda Instancia, concluye que con los argumentos científicos aportados se aclara plenamente la situación y ese Ministerio, no tiene objeción alguna contra la declaración de nulidad del matrimonio en cuestión, siempre que se ponga el *Vetitum* correspondiente para la actora.

13. Una evaluación de la presente causa realizada a la luz de las pruebas testificales y periciales de esta Segunda Instancia nos lleva a coincidir con el citado Señor Defensor del Vínculo de Segunda instancia, en el sentido de que se ha obtenido la prueba plena de la que surge la certeza moral necesaria para la declaración de nulidad en el presente caso. Entre los argumentos de mayor peso está la declaración en nuestra instancia de la T1, que amplía y explica lo afirmado por ella de modo muy escueto en Primera Instancia; se tiene muy presente el informe psicológico de la testigo T3, muy clarificador en nuestro caso, y que no fue presentado en Primera Instancia y, por último, el largo y bien fundado informe del perito P de Segunda Instancia donde se hace referencia a la existencia en la actora de graves limitaciones en el orden de la maduración, de la intercomunicación y del acceso a una femineidad madura, al punto de que se da en ella una profunda patología interrelacional. Todos estos motivos nos hacen concluir, con pleno resguardo de la seguridad jurídica, que esta probada la nulidad de este matrimonio.

V

PARTE DISPOSITIVA

Vistos, pues, y examinados los Fundamentos de Hecho y de Derecho, invocado Cristo, Señor y Juez, Nosotros los Jueces de este Tribunal Colegiado, en presencia de Dios, respondemos al Capítulo del Dubio: *Incapacidad de la actora para asumir las*

obligaciones esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica:
AFIRMATIVAMENTE.

Fallamos que *consta* la nulidad del matrimonio en cuestión, con lo que se obtiene una doble Sentencia conforme, de acuerdo a Derecho.

Nota: Se prohíbe a la parte actora acceder a nuevas nupcias sin que sea autorizada por el Ordinario del lugar, quien deberá consultar al Tribunal Interdiocesano Bonaerense y asegurarse cuidadosamente que posea la capacidad psíquica necesaria para dar el consentimiento matrimonial, con responsabilidad y libertad, y para asumir las obligaciones esenciales del matrimonio.

Mandamos que sean colocadas las correspondientes notas marginales en el acta de matrimonio y en las actas de bautismo de las partes, haciendo constar la nulidad matrimonial y la Nota del párrafo anterior, en el acta de matrimonio y en la de bautismo de la actora. En cambio, la nota de prohibición no deberá constar en el acta de bautismo del convenido.

Se recuerda a las partes que ésta, nuestra Sentencia, puede ser legítimamente impugnada a tenor de los cánones 1619-1627, así como según los cánones 1645-1648. Se recuerda también a las partes que ésta, nuestra Sentencia, puede ser apelada a tenor de las disposiciones del canon 1628 y siguientes.

La parte actora abonará las costas procesales que se han producido en nuestro Tribunal de Segunda Instancia con motivo de esta causa.

Publíquese y, sin perjuicio de los recursos legales que procedieren, ejecútese esta Sentencia definitiva que declaramos firme y ejecutoria.

Notifíquese de modo fehaciente a las partes, a los Sres. Abogados, al Sr. Defensor del Vínculo y al Tribunal de Primera Instancia, a quienes se les facilitará copia certificada de la Sentencia Definitiva.

Así por esta, nuestra Sentencia, definitivamente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

Para constancia de todo lo cual, fechamos y firmamos en la ciudad de Buenos Aires, en la Sede del Tribunal Eclesiástico Nacional, a los cinco días del mes de M4 del año del Señor de mil novecientos...

Mons. José Bonet Alcón

Presidente y Ponente

R.P. Dr. Alfonso Tórtora, SBD

Pbro. Miguel Jorge Siufi

Jueces Adjuntos

Bibliografía

I. Fuentes

Código Civil Chileno

Código de Derecho Canónico

Ley 19.947 de Matrimonio Civil

II. Jurisprudencia

Sentencia del tribunal eclesiástico nacional argentino en *Anuario Argentino de Derecho Canónico* 5 (1998)

Sentencia del tribunal de la rota española, en. *Nulidades en el dos mil. La Nulidad matrimonial a debate hoy* (2004)

Sentencia del Tribunal de Vancouver, en *Monitor Ecclesiasticus* (1993)

III. Literatura

Amigo Revuelto, Francisco. Los capítulos de nulidad matrimonial en el ordenamiento canónico vigente. (Salamanca, 1987)

Aznar Gil, Federico. Derecho matrimonial canónico. (Salamanca, 2001)

Aznar Gil, Federico, *Jurisprudencia matrimonial de los tribunales eclesiásticos españoles* (Salamanca, 1991)

Barrientos Grandon, Javier; Novales Alquezar, Aranzazu Nuevo Derecho Matrimonial chileno. (Santiago, 2004)

Baccioli, Carlos. Propuestas desde la Psicología para unificar los criterios en la aplicación del Can. 1095, en Anuario Argentino de Derecho Canónico 8 (2001) pp 111 – 128.

Court Murasso, Eduardo. Nueva ley de matrimonio civil. Ley 19.947 analizada y comentada (Santiago, 2004)

Corsino Alvarez-Cortina; Franceschi, Héctor y otros. Manual de Derecho Matrimonial Canónico. (Madrid, 2002)

Corral Talciani, Hernán. El Regimen de Nulidad Matrimonial en la nueva ley de matrimonio civil, en Seminario de la Nueva ley de matrimonio civil. Colegio de Abogados de Chile. (Santiago, 2004)

Gáfaró Reyes, Alejandra. Anorexia y Bulimia, todo lo que necesita saber sobre los trastornos de la alimentación

García Faílde, Juan José, Manual de psiquiatría forense canónica (Salamanca, 1987)

García Faílde, Juan José. Trastornos síquicos y nulidad de matrimonio (Salamanca, 1999)

García Faílde, Juan José. Nulidad matrimonial hoy, doctrina y jurisprudencia. (Barcelona, 1994)

García Faílde, Juan José. Psiquiatría y derecho en la nulidad de matrimonio, en Anales de la Facultad de Teología. 57 (2006) pp 321-341

Gutierrez Martin, Luis. Incapacidad para contraer matrimonio. (Salamanca, 1987)

McGrath, Aidan. At the service of the truth: psychological sciences and their relation to the Canon Law of Nullity of marriage, en Studia Canonica. 27 (1993) pp 379 – 400

Mendonca, Augustine. Rothal Antology; an anotated index of Rothal decisions from 1971 to 1988 (Whashington, 1992)

Mendonca, Augustine. Effects of anorexia nervosa and bulimia nervosa on marital consent, en Monitor Ecclesiasticus 121 (1996) pp 538 – 610

Northcote, Jackie. Si, soy anoréxica (Santiago, 2001)

Peñailillo Lacassie, Sergio. La Anorexia nerviosa, un enigma de la Psiquiatría (Santiago, 1983)

- Peñailillo Lacassie, Sergio. La Manía de Adelgazar (Santiago, 1993)
- Ruano Espina, Lourdes. Incapacidad de asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas síquicas como capítulo de nulidad. (Salamanca, 1982)
- Salinas Araneda, Carlos. El concepto de matrimonio en el Código Civil de Chile. Una Lectura Canónica, en RDUCV (1998)
- Salinas Araneda, Carlos. El proceso canónico de Nulidad matrimonial como modelo para un proceso de nulidad de matrimonio o un proceso de familia, en Revista Chilena de Derecho (1997)
- Tannenhaus, Nora. Anorexia y Bulimia. (Santiago, 1983)
- Tribunal Eclesiástico regional de Valparaíso, La incapacidad matrimonial por causas síquicas: Sentencias canónicas de nulidad de matrimonio originada en causas de naturaleza síquica (Valparaíso, 2005)
- Véliz Moller, Patricio. Divorcio, Nulidad y separación de los cónyuges, los caminos frente a la ruptura. (Santiago, 2004)
- Woestman, William. Judges and the incapacity to assume the essential obligations of marriage, en Studia Canonica 21 (1987) pp 315 – 323.

IV. Fuentes Electrónicas

www.monografias.com

www.iglesia.cl

www.bcn.cl

www.puc.cl

www.pucv.cl

www.uchile.cl

www.google.cl/