UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Anorexia nerviosa y bioética: un estudio con profesionales de la salud mental sobre internamiento involuntario y capacidad del paciente para la toma de decisiones de tratamiento

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

José Luis Fernández Hernández

Directora

Lydia Feito Grande

Madrid

© José Luis Fernández Hernández, 2022

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Anorexia nerviosa y Bioética: un estudio con profesionales de la salud mental sobre internamiento involuntario y capacidad del paciente para la toma de decisiones de tratamiento

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

José Luis Fernández Hernández

DIRECTORA

Lydia Feito Grande

"Ethics may collapse into psychology, but what do we do?"
Simona Giordano
Understanding eating disorders
Oxford University Press, 2005, p.234

A mi padre

A mi madre

A la fábrica de lanas

Agradecimientos

Empiezo a escribir esta parte de la tesis con la certeza de que alguien no saldrá en la foto. Por ello, pido disculpas de antemano.

Creo que me resulta más sencillo redactarlo distinguiendo entre el ámbito específico de esta investigación del resto de mi vida, si es posible trazar esa divisoria.

En cuanto al primero, lógicamente la mención principal es para Lydia, mi directora de tesis. No sé si eres consciente de todo lo que me has ayudado, más allá de lo estrictamente académico. Primero, me acogiste sin conocerme y viniendo de otra Facultad, lo que te ha ocasionado más engorro administrativo que otra cosa. Además, no solo me has mostrado el camino a seguir, sino que me has alentado a recorrerlo. Recuerdo, en particular, un momento en que la investigación no avanzaba como yo deseaba e incluso me planteaba abandonar (nunca sabré si esto era una pretensión firme o una autoflagelación). Tuve una charla contigo y me dijiste "vas a hacer una buena tesis". El caso es que me hiciste recuperar la confianza que creía haber perdido y salí de ese encuentro con la convicción de que podía conseguirlo. Gracias, de verdad, porque no lo hubiera conseguido sin tu guía.

También debo agradecer a la profesora Rosario Martínez por la disposición y la sabiduría que me ha dedicado para la preparación metodológica. Me presenté ante ella, aprovechando que me había dado unas horas de clase, con todo un arsenal de dudas que resolvía con la misma facilidad que los azucarillos se disuelven en el agua. Asimismo, al profesor Carlos Hornillos, por su contribución en la difusión del cuestionario. De la Facultad de Medicina de la UCM, quiero expresar mi gratitud a las profesoras Romana Albadalejo y Rosa Villanueva por la atención y asesoramiento prestados.

Por supuesto, he de mencionar la colaboración de Tamara en la difusión del pilotaje y de la versión final del estudio cuantitativo. Aprovecho para agradecer también el cariño recibido estos años de su parte y del resto de compañeras que, junto a ella, compartieron conmigo grupo de trabajo en el Máster de Psicología General Sanitaria: Ana, Sofi y Violeta. De este Máster tampoco puedo olvidar a Celia Ibáñez, tutora del TFM, quien me sugirió la posibilidad de realizar el doctorado sobre este tema y aún me pregunto si fue ese el disparador. En el ámbito académico, también debo citar a María y a Alberto, neurocompañeros que me han servido de inspiración.

Con especial gratitud, mi mención a esos profesionales cuyos nombres no puedo desvelar por la debida confidencialidad y que han formado parte de la investigación como informantes del estudio cualitativo. Tanto a los que ya os conocía previamente como a los que os conocí a raíz de esta investigación, muchas gracias por dedicarme una parte de vuestro tiempo. La esencia de esta investigación sale de vuestras palabras.

A los psiquiatras y psicólogos clínicos, del Centro de Salud Mental de Alcorcón y de la UTCA de Móstoles que dedicaron un tiempo de su vida para revisar las preguntas del cuestionario. Igualmente, a la Dra. Polo y al resto del equipo de la UTCA de Ciudad Real que también participó en el pilotaje del cuestionario.

Por supuesto, especial agradecimiento a todos los profesionales que lo cumplimentaron, máxime en estos momentos en que el bombardeo de solicitudes de participación es incesante y uno se cuestiona su valor. Espero que los hallazgos compensen el esfuerzo que hicisteis.

Un papel determinante en el inicio de esta aventura lo tiene el equipo de la UTCA del Hospital Gregorio Marañón; Basurte, Mariella, Pili, Sara, Rocío y, muy particularmente, Silvia, de quien aprendí sobre trastornos de la alimentación y su tratamiento lo que los libros no alcanzan a contar. Y por supuesto, los pacientes que tuve la oportunidad de conocer allí.

Quizá es cosa de la edad (ya no soy joven) que tenga muy presente la sensación de que esta tesis no es solo resultado del periodo en que oficialmente he estado matriculado en el programa de doctorado, sino que también es deudora de experiencias anteriores o coetáneas, aparentemente no relacionadas con ella. Por eso mismo, deseo destacar a aquellos que han formado parte de la esfera más personal de mi vida desde mucho antes de que iniciase esta andadura.

En primer lugar, el núcleo más próximo; padres, hermanos, cuñados y sobrinos. Podría escribir miles de líneas y no haría justicia a vuestra constante presencia, aun en la distancia. No obstante, sí quiero mencionar algunos recuerdos anecdóticos que me vienen de quienes me han acompañado desde el principio de mis días. Mi padre, Burgui, me (nos) daba refuerzos por averiguar cosas, lo que quizá ha tenido que ver con el camino de pequeños logros que hay que recorrer hasta la finalización de una tesis doctoral. Creo que también me ha mostrado la posibilidad de cuestionar lo establecido, a darme cuenta de que algunas reglas que no ponemos en duda pueden ser más que discutibles. Mi madre, Juanita, me ha enseñado a ponerme en el lugar del que sufre, porque me parece que es su forma de contemplar la vida. No sé si he sido buen alumno, pero entiendo que sí ha influido en la investigación. Me vienen a la mente escenas con mis hermanos: esas primeras ayudas de Marinati con los deberes (que básicamente hacía ella, algo que sus hijas se encargan de recordarme a menudo), el camino vital compartido con Luismi, que va más allá de lo fraternal, o Julito, quien me ha ido abriendo muchos caminos ya desde el colegio y ha sido un buen ejemplo de los logros que se pueden conseguir cuando ya no eres un chaval. Es solo una mención, que, ya digo, no rinde suficiente tributo a lo que significáis y al modo en que me habéis podido llevar hasta aquí. El caso es que, al final, os voy a coger cariño, con vuestras cosillas. Igualmente, al resto de mi familia; no hay nada más lindo que la familia unida. Pienso especialmente en aquellos que se fueron. Va por vosotros.

También me siento en deuda con mi familia política, que me ha estimulado durante estos años y no solo espiritualmente. Los exquisitos tuppers de Flori tienen mucho que ver en el cambio que ha experimentado mi silueta en el transcurso de esta tesis doctoral.

Igualmente debo a mencionar a mis amigos, con Jaime a la cabeza, quien, con su caudal de chascarrillos, entre otras muchas cosas, me ha alegrado la existencia. Igualmente han hecho Polo, Cerrato, Chucky, Moki, Alfonso, Pepe, Paco, Juanra, …

Curiosamente, una persona muy especial ocupa un lugar destacado en todos los ámbitos, en el familiar, en el de amistad y en el académico; Pablito. Podría haberte citado en todos los apartados anteriores, pero mereces uno propio. Suena a frase hecha, pero no estaría escribiendo estas líneas si tú no hubieses formado parte de mi vida. Siento que simplemente he seguido tu modelo (incluyendo un proceso de refuerzo vicario). Gracias por todo lo que me has dado y espero que me sigas dando.

Por último, un lugar especialísimo lo tiene Laura, que ha tenido que soportar los vaivenes emocionales de la persona más cuadriculada que pisa la faz de la tierra. Luego, cuando me conoció, le fue más sencillo acompañarme en mi tarea investigadora. Laura, hemos pasado ya juntos unos 14 años (aproximadamente, los intentos de datar una fecha exacta han sido infructuosos). Cuando coincidimos por primera vez, no era mi mejor etapa; de hecho, acostumbraba a ir repeinado y perfumado. Sin embargo, quisiste ver algo más allá y hemos compaginado nuestras características (no son defectos) hasta ahora. Gracias por estos años y los que vendrán. Esta tesis también es tuya.

Índice general

Relación de tablas y figuras ..... - 5 -

Abreviaturas ..... - 6 -

Presentación de la tesis doctoral en formato publicaciones ..... - 8 -

Cuestiones técnicas preliminares ..... - 10 -

Resumen ..... - 11 -

Abstract ..... - 14 -

1. INTRODUCCIÓN ..... - 17 -

2. MARCO TEÓRICO ..... - 21 -

2.1. Anorexia nerviosa ..... - 22 -

2.1.1. Los trastornos de la conducta alimentaria y la anorexia nerviosa ..... - 22 -

2.1.2. Epidemiología de la anorexia nerviosa ..... - 23 -

2.1.3. Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa ..... - 25 -

2.1.4. Cuadro clínico ..... - 28 -

2.1.5. Factores de riesgo ..... - 31 -

2.1.6. Tratamiento ..... - 50 -

2.1.7. Cronicidad, reducción del daño y cuidados paliativos ..... - 58 -

2.2. La situación legal del tratamiento involuntario en España ..... - 61 -

2.2.1. Consideraciones previas ..... - 61 -

2.2.2. Marco Constitucional ..... - 62 -

2.2.3. Art. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil ..... - 64 -

2.2.4. Art. 20 de la Ley General de Sanidad ..... - 66 -

2.2.5. Artículos 101 y 96 del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995) ..... - 67 -

2.2.6. Convenio de Oviedo ..... - 67 -

2.2.7. Ley 41/2002 de Autonomía del paciente ..... - 68 -

2.2.8. Directivas anticipadas y decisiones por representación ..... - 71 -

2.2.9. El requisito legal de enfermedad mental ..... - 73 -

2.2.10. Impacto de la legislación en la calidad asistencial ..... - 75 -

2.3. El concepto de autonomía en Bioética ..... - 76 -

2.3.1. Concepto de autonomía ..... - 76 -

2.3.2. Autonomía individual ..... - 76 -

2.3.3. Autonomía en Bioética ..... - 77 -

2.4. La valoración de la capacidad del paciente: principios, dificultades y alcance ..... - 86 -

2.5. La valoración de la capacidad del paciente: instrumentos, funciones cognitivas y conciencia de enfermedad ..... - 100 -

2.5.1. Instrumentos de evaluación de la capacidad ..... - 101 -
2.5.2. Funciones cognitivas involucradas en la capacidad ..... - 103 -
2.5.3. Relación entre los cuatro componentes y las funciones neuropsicológicas..... - 104 -
2.5.4. Conciencia de enfermedad y capacidad ..... - 107 -

2.6. La capacidad del paciente con anorexia nerviosa ..... - 109 -
2.6.1. Evidencia sobre capacidad en anorexia nerviosa ..... - 109 -
2.6.2. Capacidad y funciones neuropsicológicas en anorexia nerviosa ..... - 111 -
2.6.3. Relación entre el peso y la capacidad o las funciones neuropsicológicas..... - 112 -
2.6.4. ¿Son suficientes los criterios estándares? ..... - 113 -
2.6.5. Valores, identidad y autenticidad ..... - 114 -
2.6.6. Crítica a algunos argumentos recurrentes ..... - 118 -

2.7. El empleo de la coerción en anorexia nerviosa ..... - 119 -
2.7.1. Delimitación conceptual ..... - 119 -
2.7.2. Coerción formal ..... - 120 -
2.7.3. Coerción informal ..... - 120 -
2.7.4. Coerción en anorexia nerviosa ..... - 124 -
2.7.5. Coerción informal en anorexia nerviosa ..... - 126 -

2.8. El problema ético: argumentos a favor y en contra del tratamiento involuntario en anorexia nerviosa ..... - 128 -
2.8.1. Planteamiento del problema ..... - 128 -
2.8.2. Argumentos a favor y en contra del tratamiento involuntario ..... - 129 -

2.9. El trabajo con pacientes con TCA y las decisiones del profesional sanitario..... - 145 -
2.9.1. El trabajo con pacientes con TCA ..... - 145 -
2.9.2. Sesgos médicos ..... - 146 -
2.9.3. Pensamiento de grupo ..... - 149 -
2.9.4. Influencia de la emoción en la actuación profesional con TCA ..... - 151 -
2.9.5. Contratransferencia y coerción ..... - 153 -
2.9.6. Disonancia cognitiva ..... - 154 -
2.9.7. Estrés de rol ..... - 158 -
2.9.8. Angustia e incertidumbre morales ..... - 160 -

2.10. Actitudes hacia los pacientes, la capacidad y el empleo de la coerción..... - 164 -
2.10.1. Actitudes hacia los pacientes con TCA ..... - 164 -
2.10.2. Actitudes hacia la coerción formal en psiquiatría ..... - 166 -
2.10.3. Actitudes hacia la coerción informal en psiquiatría ..... - 173 -
2.10.4. Actitudes hacia la coerción y la capacidad en anorexia nerviosa ..... - 174 -

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS ..... - 176 -

3.1. Objetivo general ..... - 177 -

3.2. Objetivos estudio cualitativo (publicación 1) ..... - 177 -

3.3. Objetivos estudio cuantitativo (publicaciones 2 y 3) ..... - 177 -
3.3.1. Objetivos específicos estudio cuantitativo ..... - 177 -
3.3.2. Hipótesis estudio cuantitativo ..... - 178 -

4. RESULTADOS ..... - 179 -

4.1. Percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos en relación con la capacidad y el internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa ..... - 180 -

4.2. Actitudes de los profesionales de la salud mental hacia la capacidad y el internamiento no voluntario de pacientes con anorexia nerviosa - 192 -

4.3. Opinión de los profesionales de salud mental sobre coerción informal, voluntariedad, estrés de rol y atribución decisional en el rechazo al tratamiento en anorexia nerviosa ..... - 201 -

5. DISCUSIÓN INTEGRADORA ..... - 212 -

5.1. Actitudes hacia la intervención involuntaria y la capacidad ..... - 213 -

5.2. La doble dinámica ..... - 214 -

5.3. Empleo de la coerción informal ..... - 215 -
5.3.1. El problema de la persuasión ..... - 216 -
5.3.2. Otros elementos de coerción informal ..... - 217 -
5.3.3. La voluntariedad ..... - 218 -

5.4. La imposibilidad de aplicar el modelo del consentimiento informado - 220 -
5.4.1. Determinación de la capacidad ..... - 220 -
5.4.2. La necesidad del diagnóstico ..... - 221 -
5.4.3. El solapamiento de capacidad y trastorno ..... - 222 -
5.4.4. Solo quien se opone es incapaz ..... - 223 -
5.4.5. Irrelevancia de la capacidad ..... - 224 -

5.5. Atribución de la decisión ..... - 225 -
5.5.1. El papel de la familia ..... - 227 -
5.5.2. ¿Corresponde a los médicos? ..... - 229 -
5.5.3. Autenticidad, directivas anticipadas y justificación de la intervención ..... - 232 -

5.6. Cronicidad ..... - 234 -
5.6.1. Cronicidad y tratamiento involuntario ..... - 234 -
5.6.2. Cronicidad y reducción del daño ..... - 235 -
5.6.3. Cronicidad y perspectivas de éxito ..... - 236 -
5.6.4. Cronicidad y conciencia de vida con la enfermedad ..... - 236 -
5.6.5. Cronicidad y dignidad ..... - 236 -
5.6.6. Cronicidad e intervención temprana ..... - 237 -

5.7. Estrés de rol ..... - 238 -

5.8. Disonancia cognitiva ..... - 240 -

5.9. Formación en Bioética ..... - 241 -
5.10. El círculo de la coerción: la experiencia previa en coerción ..... - 242 -
5.11. Limitaciones ..... - 243 -
6. CONCLUSIONES ..... - 245 -
6.1. Introducción ..... - 246 -
6.2. Conclusiones ..... - 246 -
6.3. Aportes ..... - 248 -
6.4. Líneas futuras de investigación ..... - 248 -
7. REFERENCIAS ..... - 250 -

Relación de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. Comparación de criterios diagnósticos para anorexia nerviosa de acuerdo con DSM-VI, DSM-5, CIE-10 Y CIE-11 (criterios propuestos) ..- 26 -

Tabla 2. Complicaciones médicas de la anorexia nerviosa (Brown y Mehler, 2015)..... - 31 -

Tabla 1. Alteración máxima permisible de las diferentes funciones mentales que participan en las decisiones, para reconocer capacidad decisoria. Documento Sitges 2009, tomada de Boada y Robles (2009) ..... - 103 -

Figuras

Figura 1 Modelo de intervención paliativa, adaptado de Lynne y Adamson (2003, p.7) ..... - 59 -

Abreviaturas

APA	American Psychiatric Association [Asociación americana de Psiquiatría]
CCTI	Instrumento de Capacidad para Consentir al Tratamiento
CE	Constitución Española
CIE-10	Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la OMS, 10ª edición
CIE-11	Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la OMS, undécima edición
DGPM	Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie [Sociedad alemana de medicina psicosomática y psicoterapia]
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales de la APA
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales de la APA, Cuarta edición, texto revisado
DSM-5	Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales de la APA, Quinta edición
ECP	Estimulación cerebral profunda
EMT	Estimulación magnética transcraneal
ETCD	Estimulación transcraneal de corriente directa
IGT	Juego de azar de Iowa (Iowa Gambling Task)
IMC	Índice de masa corporal
LAP	Ley de Autonomía del Paciente
MacCAT-T	Herramienta MacArthur de evaluación de la capacidad para consentir tratamiento (MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment)
MMSE	Test Mini-Mental (Mini-Mental State Examination)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PGS	Psicólogo general sanitario

STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria
TCANE	Trastornos de la conducta alimentaria no especificados
TCC-TCA	Psicoterapia cognitivo-conductual individual focalizada en el trastorno alimentario
TEC	Terapia electroconvulsiva
RCFT	Test de la figura compleja de Rey (Rey–Osterrieth complex figure test)
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo
UTCA	Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
WCST	Prueba de clasificación de cartas de Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test)

Presentación de la tesis doctoral en formato publicaciones

La presente Tesis Doctoral se presenta en formato publicaciones, de acuerdo con el art. 10.3 de la normativa de desarrollo del Real Decreto 99/2011, de 28 de enero (BOE 10/02/2011) que, por acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 23 de abril de 2015 (BOUC núm. 10), regula los estudios de doctorado en la UCM.

De acuerdo con la regulación para las tesis doctorales en "formato publicaciones" (aprobada por la Junta de Facultad el 17 de abril de 2015) que desarrolla el mencionado art. 10.3, la memoria de tesis incluye los siguientes elementos:

1. Una introducción general con una revisión del estado actual del tema, en la que se presentan los trabajos y se justifica la coherencia temática de la Tesis Doctoral.
2. Los objetivos que se persiguen en la Tesis Doctoral.
3. Las publicaciones completas organizadas en capítulos temáticos.
4. Una discusión integradora de las publicaciones presentadas.
5. Las conclusiones finales.

Los artículos que han supuesto la compleción de los objetivos parciales de esta investigación y que han posibilitado la elaboración de una Tesis Doctoral en formato publicaciones mediante su inclusión en una memoria única, son los siguientes:

1. Fernández-Hernández, J. L., Herranz-Hernández, P. y Segovia-Torres, L. (2021a). Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones/actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Publicación anticipada en línea. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011.
2. Fernández-Hernández, J. L., Herranz-Hernández, P. y Segovia-Torres, L. (2021b). Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Publicación anticipada en línea. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010
3. Fernández-Hernández, J. L., Herranz-Hernández, P. y Segovia-Torres, L. (2021c). Rechazo al tratamiento en anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Publicación anticipada en línea. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

Como resultado del proceso de elaboración del marco teórico se ha publicado un artículo que también se incluye en la presente tesis

4. Fernández, J. L., Herranz, P. y Segovia, L. (2021). La valoración de la capacidad del paciente: ni depende del riesgo, ni es un mero resultado. *Dilemata,* (35), 5-16. https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000402/712

Adicionalmente, se ha colaborado en otras publicaciones surgidas como consecuencia del trabajo investigador llevado a cabo para la realización de esta tesis doctoral. Sin embargo, su inclusión no se ha considerado pertinente en aras de mantener la coherencia expositiva del conjunto. Dichas publicaciones son:

Fernández, J. L., Herranz, P. y Segovia, L. (2020). Comentarios sobre el artículo de Ramos y Robles (2019): "Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico". *Dilemata* (31), 77-83. Recuperado de https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000330/658

Fernández-Hernández, J.L., Herranz-Hernández, P. y Segovia-Torres, L. (2021d). Importancia de dar a conocer la evolución temporal del pronóstico en anorexia nerviosa. *Revista de Humanidades Médicas 21*(2) 398-416. Recuperado de http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1866/pdf

Cuestiones técnicas preliminares

Lenguaje inclusivo

Siguiendo el consejo de la Real Academia española de la lengua (Fundéu, 2014; RAE, 2019, 22 marzo; RAE, 2019, 9 mayo; Real Academia Española, 2020) a lo largo de esta tesis se utilizará el término "enfermero" como genérico de la profesión y el plural genérico "enfermeros" o "personal enfermero", ya que el femenino gramatical es el término marcado de la oposición de género.

Igualmente, se utilizará el término "el paciente" o "los pacientes", puesto que el masculino es el término no marcado (Real Academia Española, 2020) y es sustantivo común en cuanto al género (RAE, 2018, 12 marzo). En muchas publicaciones sobre anorexia nerviosa y trastornos de la alimentación se utiliza el femenino. En esta tesis doctoral se ha optado por seguir el consejo de la autoridad lingüística. Aparte del respeto a su criterio, se pretende evitar el silenciamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de sexo masculino.

Resumen

Anorexia nerviosa y Bioética: un estudio con profesionales de salud mental sobre internamiento involuntario y capacidad del paciente para la toma de decisiones de tratamiento

Introducción

Una de las características de la anorexia nerviosa es que quienes la manifiestan rechazan a menudo el tratamiento a pesar del peligro que ello supone para su salud y niegan el problema o parecen presentar dificultades para apreciar la gravedad de su situación. Esto plantea un importante problema bioético y legal, situando a los profesionales de la salud mental ante la dificultad de conjugar el respeto por la autonomía del paciente y el deber de procurarles la salud.

Síntesis

El objetivo de esta tesis, presentada como compendio de cuatro publicaciones, fue explorar los fundamentos de acción de los profesionales de la salud mental en España ante el rechazo al tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa (publicación 1), así como cuantificar y comparar sus actitudes ante el internamiento involuntario y la capacidad (publicación 2) y otros aspectos vinculados a la prestación asistencial (publicación 3).

La publicación 1 plasma un estudio cualitativo con metodología de teoría fundamentada en el que siete psiquiatras, cuatro psicólogas clínicas y una psicóloga residente de tercer año fueron entrevistados. Los resultados muestran que estos profesionales articulan la atención del paciente en torno a una categoría principal, a saber, el internamiento como último recurso y la búsqueda de la voluntariedad. Ello supone un cambio en la dinámica asistencial con respecto a la situación en que la situación física del paciente es menos acuciante. En torno a esa categoría central se erigen algunos conceptos importantes; estrés de rol (causa del cambio), coerción informal (mecanismo del cambio), peso (disparador del cambio) y familia y cronicidad (modificadores de decisión). Se concluye que la dificultad de conciliar demandas profesionales puede suponer un menoscabo en la calidad asistencial y en la propia satisfacción laboral, lo que obliga a reflexionar e investigar sobre los fundamentos de las atribuciones asumidas.

La publicación 2 corresponde a la construcción y validación de un cuestionario que permitiese medir las actitudes hacia el internamiento involuntario y la capacidad, así como al análisis de sus resultados, partiendo de una muestra de 338 profesionales. Se obtuvo un instrumento válido y fiable de 13 ítems y tres factores: prointervención, ausencia de capacidad y cronicidad. Los resultados revelaron una creencia en la

ausencia de capacidad y en la necesidad de la intervención no voluntaria, así como en la idoneidad de una intervención diferencial en virtud del tiempo de padecimiento. El respaldo previo a intervenciones involuntarias se relaciona significativamente con los factores prointervención y ausencia de capacidad, y la formación en bioética, con la cronicidad.

La publicación 3 resultó de un trabajo tendente a la comprobación de algunas cuestiones sobre voluntariedad, coerción informal, estrés de rol y atribución decisional, surgidas en la investigación cualitativa. Para ello, se realizó un estudio observacional descriptivo transversal sobre una muestra de 270 profesionales de la salud mental mediante un cuestionario elaborado ad-hoc. Los resultados reflejan que, en opinión de los profesionales, el paciente acepta, en ocasiones, el internamiento con renuencia. En caso de riesgo físico, les resulta difícil conjugar respeto a la autonomía del paciente y el deber de beneficencia, orientándose la relación con el paciente en gran parte a convencerlo. No se decantan sobre la atribución a personal no facultativo de la decisión o de la solicitud de los internamientos involuntarios y se muestran contrarios a la posibilidad de objeción de conciencia. Se concluye que estos profesionales se encuentran sometidos a unas condiciones laborales complejas, desconociendo, a veces, hasta dónde llegan sus atribuciones y atendiendo demandas difícilmente compatibles, lo que tiene consecuencias en su dinámica con los pacientes. El uso de la coerción informal tiene cierta presencia en la práctica diaria, lo que, quizá, se relaciona con el intento de conciliar funciones en esencia irreconciliables. Ello conlleva una concepción de la voluntariedad que se aleja de la noción jurídica y de su propia esencia.

La publicación 4, de corte teórico, trata el concepto de capacidad y su valoración. Advierte de su dificultad y virtual irrelevancia y defiende su independencia del riesgo y el deber de valorización, frente a la mera evaluación.

Conclusiones

Del conjunto de la tesis doctoral se extraen dos ideas principales: el cuestionamiento a la plausibilidad del modelo del consentimiento informado en anorexia nerviosa y la posibilidad de que la atribución de la toma de decisiones éticas a los profesionales médicos esté en el origen de una situación asistencial subóptima.

Abstract

Anorexia nervosa and Bioethics: a study with mental health professionals on involuntary hospitalization and patient's capacity to make treatment decisions

Introduction

One of the characteristics of anorexia nervosa is that those who suffer from it often refuse treatment despite the danger that this poses to their health and deny the problem or seem to have difficulties in appreciating the severity of their situation. This raises an important bioethical and legal problem, since it places mental health professionals before the difficulty of combining respect for the autonomy of the person and the duty to provide for their health.

Summary

The aim of this doctoral thesis, articulated on a compendium of publications, was to explore the basis for action of mental health professionals in Spain in the face of the refusal of treatment of patients with anorexia nervosa (publication 1), as well as to quantify and compare their attitudes towards involuntary commitment, capacity (publication 2) and towards other aspects related to the provision of medical care (publication 3).

Publication 1 presents a qualitative study with a grounded theory methodology in which seven psychiatrists, four clinical psychologists and a third-year resident psychologist were interviewed. The results showed that these professionals articulate patient care around a main category, namely, involuntary hospitalization as a last resort and the search for voluntariness. This implies a change in the healthcare dynamics with respect to the situation in which the patient's physical condition is less pressing. Around this central category some important concepts emerge; role stress (cause of change), informal coercion (mechanism of change), weight (trigger of change) and family and chronicity (decision modifiers). It is concluded that the difficulty of reconciling professional demands can imply a reduction in the quality of care and in job satisfaction itself, which forces us to reflect and investigate the foundations of the assumed attributions.

Publication 2 corresponds to the construction and validation of a questionnaire that would allow measuring attitudes towards involuntary hospitalization and capacity, as well as the analysis of its results, based on a sample of 338 professionals. A valid and reliable instrument of 13 items and three factors was obtained: pro-intervention, lack of capacity and chronicity. The results revealed a belief in the lack of capacity and in the need for non-voluntary intervention, as well as in the suitability of a differential intervention by virtue of the time of suffering. Prior support for involuntary

interventions was significantly related to pro-intervention and lack of capacity factors, and training in bioethics, with the factor chronicity.

Publication 3 is the result of a study aimed at verifying some issues about willingness, informal coercion, role stress and decisional attribution, arisen in the qualitative research. For this purpose, a cross-sectional descriptive observational study was carried out on a sample of 270 mental health professionals through an ad-hoc questionnaire. The results of publication 3 (quantitative) reflect that, in the opinion of the professionals, the patient sometimes accepts admission with reluctance. In the event of physical risk, it is difficult for them to combine respect for the patient's autonomy and the duty of beneficence, and the relationship with the patient is largely oriented towards convincing them. They remain on the fence about the suitability of the participation outside the medical staff in the decision or in the petition for involuntary hospitalization and are opposed to the possibility of conscientious objection. It is concluded that these professionals are subject to complex working conditions, sometimes not knowing how far their powers go and performing duties that are difficult to make compatible, which has consequences in their dynamics with patients. The use of informal coercion has a certain presence in daily practice, which is perhaps related to the attempt to reconcile functions that are essentially incompatible. This entails a conception of voluntariness that differs from its legal notion and its own essence.

Publication 4, of a theoretical nature, deals with the concept of capacity and its assessment. It warns of its difficulty and virtual irrelevance and defends its independence from risk and the duty to raise its value, as opposed to mere evaluation.

Conclusions

Two main ideas are drawn from the doctoral thesis as a whole: the questioning of the plausibility of the model of informed consent in anorexia nervosa and the possibility that the attribution of ethical decision-making to medical professionals is at the origin of a suboptimal healthcare situation.

1. INTRODUCCIÓN

Esta tesis doctoral, que se articula como un compendio de publicaciones, aborda un problema ético que en ocasiones se presenta al personal facultativo que atiende a pacientes con anorexia nerviosa. La situación se origina cuando el profesional de la salud considera que la persona necesita una asistencia que esta desestima y no está claro si el rechazo, que puede ser una manifestación del propio trastorno, ha de ser atendido.

Nace como consecuencia de la tensión que se plantea entre el principio de respeto a la autonomía del paciente, que impone aceptar sus decisiones aunque comprometan su salud física o puedan originarle incluso la muerte, con el deber de procurarle la salud, aún en contra de sus deseos, cuando no está en condiciones de decidirlo por sí mismo. Esto último puede conllevar la adopción de medidas de alimentación forzada[1] como la nutrición por sonda nasogástrica u otras vías, limitación de movimientos, vigilancia estricta y otras actuaciones que pueden afectar a la privacidad y dignidad de la persona, con las consecuencias que ello tiene en la delicada alianza terapéutica que debe establecerse entre paciente y terapeuta.

Una actuación contra la voluntad de la persona puede dar lugar a resultados contrapuestos, desde un posterior agradecimiento a un deterioro de la relación terapéutica que, a la postre, dificulte aún más la recuperación.

La investigación nace con el deseo explorar cómo manejan los profesionales de la salud mental la situación asistencial presentada. Obviamente, no se contenta con una simple descripción, sino que busca el análisis crítico de la misma, proponiendo mejoras, si ello ha lugar. Y en esa búsqueda de la excelencia se involucra al lector de la tesis. Más allá de presentar unos resultados cerrados y de servir a la consecución de un grado académico, esta investigación quiere servir de humilde aportación al debate y de invitación a investigaciones ulteriores, de la misma forma que esta tesis es heredera y deudora de las investigaciones que la han precedido.

Por ello, dado el carácter multidisciplinar de la Bioética y la necesidad de describir y analizar con todo cuidado los hechos de la situación que se pretende analizar, se inicia con un marco teórico necesariamente extenso, con conocimientos provenientes de distintas disciplinas, pero con especial énfasis en algunas aportaciones de la Psicología que, desgraciadamente, quedan a menudo obviadas en el debate.

Siendo así, el marco teórico de la tesis se articula en varios apartados, que van desde una caracterización de la anorexia nerviosa y la presentación de la situación legal del tratamiento involuntario en España, pasando por una revisión de los conceptos de autonomía, capacidad del paciente y coerción, hasta la presentación de algunos factores de los propios profesionales sanitarios que parecen relacionarse con sus

[1] Salcedo (2020, p.554) establece una distinción para el ámbito de la biojurídica entre la alimentación forzada, es decir, "supuestos en los que se produce una negativa autónoma y consciente del individuo a recibir cualquier tipo de ingesta" y la alimentación forzosa "que, como tratamiento de soporte vital, se aplica a pacientes que no pueden expresar su voluntad por encontrarse en situación de inconsciencia".

actitudes y sus tomas de decisiones. Como no podía ser menos, se dedica un espacio al problema ético que da sentido a esta investigación. La compleción y refinamiento del marco teórico dio a la publicación 4, que cubre parte del mismo.

Tras el marco teórico se presentan los objetivos de la investigación. La presentación de la tesis como un compendio de artículos ha sido posible gracias a que los tres estudios con que se ha tratado de alcanzar esos objetivos han sido publicados en revista científica reconocida. Ello ha facilitado su integración en el conjunto de la tesis doctoral respetando la coherencia temática de la información.

Así, el objetivo general de la presente tesis doctoral fue explorar los fundamentos de acción de los profesionales de la salud mental en España ante el rechazo al tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa, así como cuantificar y comparar sus actitudes ante el internamiento involuntario, la capacidad y otros aspectos vinculados a la prestación asistencial. Ello se llevó a cabo de acuerdo con una secuencia iniciada por una primera fase exploratoria cualitativa (sustanciada en la publicación 1), seguida de una segunda fase cuantitativa (publicaciones 2 y 3).

Dada la ausencia de literatura sobre el modo de actuación real, fáctico, en que los profesionales sanitarios de salud mental toman decisiones sobre la instauración de tratamientos involuntarios ante pacientes con anorexia nerviosa, el primer acercamiento al objeto de investigación se ha realizado mediante un estudio cualitativo (Publicación 1) cuyo objetivo fue explorar la actuación y percepciones del personal facultativo en centros de salud mental en España respecto a la capacidad de decisión y la aplicación de un tratamiento involuntario ante pacientes con anorexia nerviosa.

Posteriormente, se dio paso a la fase cuantitativa de la investigación con la intención de generalizar a un nivel superior los hallazgos obtenidos en la fase cualitativa, detectar, en su caso, la presencia de algún sesgo subjetivo en los mismos, así como analizar la existencia de relaciones entre las características sociodemográficas de los profesionales de la salud mental y las actitudes objeto de estudio. Las publicaciones 2 y 3 dan cuenta del cumplimiento de los objetivos específicos de esta parte de la investigación, articulándose en torno a dos aspectos diferenciables:

Por un lado, medir las actitudes de los profesionales de la salud mental en España hacia el internamiento involuntario y la capacidad en pacientes con anorexia nerviosa y compararlas en función de determinadas variables sociodemográficas. Para ello, se procedió a la construcción y validación del cuestionario ACINOVAN, así como al análisis de sus resultados. Esta parte de la investigación se recoge en la publicación 2.

Por otro lado, analizar la opinión de los profesionales de la salud mental en España sobre aspectos relativos a voluntariedad, coerción informal, estrés de rol y atribución decisional en la asistencia a pacientes con anorexia nerviosa que rechazan el tratamiento, y establecer comparaciones en función de determinadas variables

sociodemográficas. El artículo 3 hizo público el estudio llevado a cabo para responder a esta pretensión.

Las publicaciones 1, 2 y 3 se presentan a continuación de los objetivos, en el apartado de resultados, integradas en capítulos temáticos. Cada uno de ellos contiene un comentario de la publicación incluida, con un resumen de los objetivos y las conclusiones.

Seguidamente, se ofrece una discusión integradora, con la toma de posición general del autor ante el conjunto de hallazgos obtenidos en la investigación, para finalizar con las conclusiones extraídas de la misma.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Anorexia nerviosa

2.1.1. Los trastornos de la conducta alimentaria y la anorexia nerviosa

Las descripciones clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) vienen de antiguo con Avicenne en el siglo XI o Simone Porta en el XIV (como se citó en Nandrino, 2015, p.3). Las clasificaciones actuales distinguen varias categorías de TCA, entre las que se encuentra la anorexia nerviosa. Las formas relevantes de las mismas que se incorporaron tanto al manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM) de la asociación americana de psiquiatría (APA), como al sistema de clasificación internacional de enfermedades mentales (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fueron primero la anorexia nerviosa y posteriormente la bulimia nerviosa. En la quinta edición del DSM o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) se añaden los criterios para el trastorno por atracón como forma independiente de TCA. Además, se recoge una categoría que reagrupa formas subsindrómicas no especificadas (TCANE), esto es, formas que no responden estrictamente a los criterios definidos para la anorexia o bulimia nerviosas, o formas mixtas.

El síntoma central de este grupo de trastornos aparece fundamentalmente reflejado en el llamativo cambio de la conducta alimentaria, en forma de incapacidad de tomar una alimentación suficiente en la anorexia nerviosa o en forma de ingesta compulsiva de alimentos en la bulimia nerviosa (Legenbauer y Vocks, 2014). Además, aparece una preocupación excesiva con el tema de la figura, la alimentación y el peso. Se añade una distorsión de la imagen corporal propia y problemas de autoestima y sentimientos de insuficiencia o vergüenza. Algunas características que acompañan frecuentemente estos trastornos son problemas psicosociales y sexuales, depresiones y orientación al rendimiento.

La primera descripción de la anorexia nerviosa se debe a R. Morton que en al año 1689 acuña el nombre de "consunción nerviosa" diferenciándola de otros cuadros consuntivos y considerándola una enfermedad fatal, cuya cura era compleja ya que el trastorno seduce y halaga al paciente lo que retrasa demasiado la consulta (Ruiz et al., 2000, p.495). Morton distinguía su origen respecto del de otros estados de malnutrición en que se trataba de una perturbación del sistema nervioso acompañada de tristeza y preocupaciones. En el siglo XIX se describe como cuadro psicopatológico individual similar al observado en la actualidad, aunque se pensaba que era una enfermedad del ánimo (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). La historia médica tiene por precursoras de la anorexia nerviosa las observaciones del fenómeno de Lasègue en Francia en 1873 y las de Gull en Inglaterra en 1874 (Nandrino, 2015), No se refiere a la anorexia como signo médico de deterioro

del estado general, ni vinculado a la depresión, la melancolía o la ansiedad, sino al síndrome específico descrito por Lasègue y Gull en 1873 (Brusset, 2016).

Ruiz et al. (2000, p.495) definen la anorexia nerviosa "como un Trastorno de la Conducta Alimentaria caracterizado por alteraciones en la dieta autoimpuestas, con una conducta dirigida a la pérdida de peso, un miedo intenso a engordar, con una alteración grave de la imagen corporal, patrones de manipulación de la comida peculiares y amenorrea[2], en el que interrelacionan entre sí factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales que dan lugar a un patrón cognitivo (una forma de pensar e interpretar el mundo) emocional (una forma de sentir) y conductual (una forma de actuar) complejísimos".

Esta tesis doctoral centra su estudio específicamente en la anorexia nerviosa. El motivo de la exclusión de otros TCA radica en que la anorexia nerviosa plantea unos desafíos éticos particulares. En efecto, la anorexia nerviosa puede ocasionar la muerte del paciente debido al estado de desnutrición y ello suscita la duda de nutrirle o no contra su voluntad, algo que no suele suceder con el resto de TCA.

2.1.2. Epidemiología de la anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno grave que causa tasas elevadas de morbilidad y mortalidad. Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida pueden ser de hasta un 4% entre las mujeres y del 0,3% entre los hombres (van Eeden et al., 2021), con una mortalidad de 5,1/1.000 personas-año (Arcelus et al, 2011). La anorexia nerviosa afecta principalmente al sexo femenino. La proporción se describe convencionalmente como un hombre por cada diez mujeres. En media, el 47 % de los individuos tratados de anorexia nerviosa se recupera, 34% mejora, el 21% cronifica el trastorno[3] y el 5% fallece. El resultado es mejor para sujetos tratados durante la adolescencia (Roux et al, 2013). La probabilidad de curación se reduce a medida que transcurre el tiempo sin alcanzarla, volviéndose muy poco probable pasados algunos años (Fernández-Hernández et al., 2021d).

En población española, la revisión de Peláez et al. (2010) señala que las cifras de prevalencia obtenidas en los diferentes estudios epidemiológicos españoles son similares a las obtenidas en otros países desarrollados (en torno al 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos; en torno al 4-5% en mujeres jóvenes y adoles-

[2] Como se verá en un epígrafe ulterior, la amenorrea ha dejado de considerarse un criterio diagnóstico en los manuales diagnósticos más recientes. Obsérvese que la definición ofrecida por Ruiz et al. (2000) es previa al DSM-5 y, naturalmente, al CIE-11.

[3] La investigación de Smith y Woodside (2020) encuentra que los pacientes considerados resistentes al tratamiento hospitalario del TCA difieren de los que obtienen buenos resultados en la admisión inicial. Estos resultados sugieren, según los autores, que, si bien la anorexia nerviosa resistente al tratamiento puede estar relacionada con la anorexia nerviosa grave y crónica, también puede ser un concepto diferente que justifique una investigación adicional.

centes). En la Comunidad de Madrid, Peláez et al. (2007) estudiaron la prevalencia de TCA en una muestra representativa de 1.545 alumnos de ambos sexos de 12 a 21 años matriculados en colegios, institutos y universidades de dicha comunidad autónoma. La tasa de prevalencia global de TCA fue del 3,43%. En mujeres, la tasa de prevalencia fue del 5,34%, correspondiendo el 0,33% a anorexia nerviosa (2,29% bulimia nerviosa; 2,72% TCANE). En varones, fue del 0,64% con un 0% de anorexia nerviosa (0,16% bulimia nerviosa; 0,48% TCANE).

Una particularidad la representan los estudios con gemelos. Estudios en el ámbito escandinavo ofrecen unas tasas de prevalencia incrementada en cohortes de gemelos que se sitúan en el 2,2% (Keski-Rahkonen et al., 2007). Junto al riesgo genético, otros aspectos como individuación y formación de la identidad pueden llevar a una elevación del riesgo (Fichter, 2008). Además, hay que mencionar algunas poblaciones de riesgo, entre las que se encuentran aquellas que por motivos profesionales precisan de un determinado aspecto exterior o peso corporal, lo que lleva a una mayor probabilidad de desarrollar el trastorno. En mujeres, se reporta el caso de las modelos, bailarinas y deportistas de competición (Sundgot-Borgen et al., 2003).

La causa de muerte más frecuente en anorexia nerviosa se halla en las complicaciones médicas que aparecen como consecuencia del trastorno (Sullivan, 1995). De acuerdo con Gibson (2019), las complicaciones médicas de la anorexia nerviosa generalmente se deben a la desnutrición y la pérdida de peso y sus compensaciones fisiológicas asociadas. Las complicaciones de la purga se deben a la frecuencia y al modo de estos comportamientos. La mayoría de las comorbilidades médicas en los TCA se tratan eficazmente con rehabilitación nutricional y restauración de peso, junto con el cese de las conductas de purga. En el metaanálisis de Sullivan (1995) sobre mortalidad en anorexia nerviosa, las complicaciones representaban un 54%, el suicidio un 27% y el 19% restante obedecía a otras causas o a causas desconocidas. Como causas de muerte en TCA y en especial en anorexia nerviosa se citan las infecciones (neumonía, sepsis), complicaciones por deshidratación y alteraciones hidroeléctricas, peritonitis y perforación intestinal y las que se deben al grave estado de malnutrición (Miján, 2004). Los riesgos inmediatos provienen de los efectos de la inanición en los sistemas cardiovascular y renal, con una función renal alterada que predispone al desarrollo de arritmias y muerte súbita (Sharp y Freeman, 1993). En aquellos pacientes que también vomitan o abusan de diuréticos o laxantes, los riesgos cardiovasculares aumentan debido a las perturbaciones electrolíticas bruscas y graves que se producen. Las principales causas de muerte súbita en los trastornos alimentarios son las relacionadas con las complicaciones cardiovasculares (Jáuregui-Garrido y Jáuregui-Lobera, 2012). La hipoglicemia también es una causa común de muerte súbita en anorexia nerviosa (Gibson et al., 2019).

2.1.3. Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa

En la actualidad, la anorexia nerviosa se diagnostica en el ámbito angloamericano y en el contexto de la investigación por medio del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013). La tabla 1 muestra los criterios correspondientes a las dos últimas ediciones del DSM; DSM-IV-TR (APA, 2000) y DSM-5 (APA, 2013)[4], en su traducción al castellano (APA, 2002, 2014). Téngase en cuenta que parte de la investigación sobre anorexia nerviosa se basa en el DSM-IV-TR y, además, el uso de uno u otro manual afecta a la incidencia y pronóstico, al variar los criterios de inclusión. En España, en la asistencia médica se utilizan normalmente los criterios de la CIE. Se presentan en la tabla 1 los criterios diagnósticos del CIE-10 (Organización mundial de la salud [OMS], 1994) y del CIE-11(OMS, 2018)[5], en vigor a partir del 1 de enero de 2022.

[4] Se puede observar que, respecto al DSM-IV-TR (APA, 2000), en la quinta edición del DSM (APA, 2013) el criterio A se reformula y no incluye la palabra rechazo que sugiere una intención difícil de valorar. El criterio del peso no se especifica con el porcentaje del 85% sino que sea inferior al normal. El criterio B amplía su espectro y tiene en cuenta que no todos los afectados han de presentar un intenso miedo a ganar peso, sino que incluye también a aquellos que presentan un comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso. El criterio C permanece con un contenido parecido. El criterio D se ha suprimido. Esto se debe a los conflictos que generaba su inclusión, por la dificultad de valorar la ausencia de menstruación en determinados casos, como aquellas jóvenes que aún no la presentan o toman anticonceptivos orales. A ello se agrega el hecho de que este criterio no podía utilizarse con hombres. Por ello, la amenorrea puede ser ciertamente una característica de la anorexia nerviosa, pero no un criterio diagnóstico obligatorio. Además, la mayoría de las diferencias entre los pacientes con anorexia nerviosa que cumplen o no con el criterio de amenorrea parecen reflejar en gran medida el estado nutricional y, en general, los dos grupos tienen pocas diferencias psicológicas (Attia y Roberto, 2009). Como puede apreciarse, también se contempla su supresión en el CIE-11.

[5] Como señalan Reed et al. (2019), la anorexia nerviosa en el CIE-11 no establece el requisito del CIE-10 sobre la presencia de un trastorno endocrino generalizado, porque la evidencia sugiere que esto no ocurre en todos los casos e, incluso cuando está presente, es una consecuencia del bajo peso corporal en lugar de una diferencia rasgo definitorio del trastorno. Además, los casos sin trastorno endocrino son en gran parte responsables de los diagnósticos de anorexia nerviosa atípica. El umbral para el bajo peso corporal en CIE-11 se eleva de 17.5 kg / m2 a 18 kg / m2, pero las pautas acomodan situaciones en las que el IMC puede no reflejar adecuadamente un cuadro clínico que empeora (por ejemplo, pérdida de peso precipitada en el contexto de otras características del trastorno). El diagnóstico tampoco requiere que se eviten alimentos que engordan como en el CIE-10, para permitir el espectro completo de razones culturalmente diversas para el rechazo de alimentos y expresiones de preocupación corporal (Reed et al., 2019). Se proporcionan calificadores para caracterizar la gravedad del bajo peso, dado que el IMC extremadamente bajo se asocia con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Se incluye un calificador que describe el patrón de comportamientos asociados, restrictivo y de atracón-purga (Reed et al., 2019).

Tabla 1. Comparación de criterios diagnósticos para anorexia nerviosa de acuerdo con DSM-VI-TR, DSM-5, CIE-10 y CIE-11

DSM-IV-TR	DSM-5	CIE-10	CIE-11
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).	A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.	A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet1 de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.	A. Peso corporal significativamente bajo para la altura, la edad y la etapa de desarrollo del individuo que no se debe a otra afección de salud o a la falta de disponibilidad de alimentos. Un umbral comúnmente utilizado es el índice de masa corporal (IMC) inferior a 18,5 kg / m2 en adultos y el IMC para la edad por debajo del percentil 5 en niños y adolescentes. La pérdida rápida de peso (por ejemplo, más del 20% del peso corporal total en 6 meses) puede reemplazar la pauta de bajo peso corporal siempre que se cumplan otros requisitos de diagnóstico. Los niños y adolescentes pueden exhibir una incapacidad para ganar peso como se esperaba en función de la trayectoria de desarrollo individual en lugar de la pérdida de peso.
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.	B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.	B. El peso corporal bajo se acompaña de un patrón persistente de comportamiento para evitar la restauración del peso normal, que puede incluir comportamientos destinados a reducir el consumo de energía (alimentación restringida), comportamientos purgativos (por ejemplo, vómito autoinducido, abuso de laxantes) y comportamientos destinados a incrementar el gasto energético (por ejemplo, ejercicio excesivo), típicamente asociados con miedo intenso a subir de peso.
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.	C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.	C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.	C. El peso bajo o la figura corporales son elementos centrales para la autoevaluación de la persona, o se perciben inadecuadamente como normales o incluso excesivos.
D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).		D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.	

Tabla 1. Comparación de criterios diagnósticos para anorexia nerviosa de acuerdo con DSM-VI-TR, DSM-5, CIE-10 y CIE-11

DSM-IV-TR	DSM-5	CIE-10	CIE-11
		E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.	

El DSM-5 (APA, 2013, 2014) pide especificar la gravedad, basándola en el índice de masa corporal (IMC). Así distingue cuatro niveles:

Leve: IMC ≥17 kg/m2

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m2

Grave: IMC 15-15,99 kg/m2

Extremo: IMC < 15 kg/m2

No obstante, la gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Además, se debe especificar el tipo de atracones/purgas o restrictivo (en virtud de que, durante los últimos tres meses, el individuo haya tenido o no episodios recurrentes de atracones o purgas).

En caso de remisión, se pide especificar si esta es total (cuando, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado) o parcial (cuando, el criterio A (peso corporal bajo) deja de cumplirse durante un período continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

El CIE-11 (OMS, 2018) establece consideraciones diagnósticas paralelas. Para las personas que cumplen con todos los requisitos de la definición para la anorexia nerviosa, distingue entre anorexia nerviosa con un peso corporal significativamente bajo (con un IMC entre 18,5 kg/m^2 y 14,0 kg/m^2 en adultos o entre el quinto percentil y el percentil 0,3 del IMC para la edad en niños y adolescentes), anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo (con IMC inferior a 14,0 kg/m^2 en adultos o por debajo del percentil 0,3 del IMC para la edad en niños y adolescentes). Ambas modalidades se subdividen en dos tipos; el de atracones y purgas y el restrictivo, según se presenten o no con episodios de atracones de comida o purgas. Además, se añade un diagnóstico de anorexia nerviosa en recuperación con peso corporal normal

(diagnóstico que debe mantenerse hasta que se logre una recuperación completa y duradera) para los individuos que se están recuperando y cuyo peso corporal es superior a 18,5 kg/m^2 en los adultos o superior al quinto percentil de IMC en niños y adolescentes.

2.1.4. Cuadro clínico

El término anorexia puede resultar engañoso ya que su significado etimológico apuntaría a una falta de apetito (deriva del griego "an", privación, "orexis", deseo, apetito) que no es tal, ya que la sensación de hambre puede estar presente. Lo que motiva la restricción alimentaria no es, pues, la ausencia de señales de hambre, sino el temor a aumentar el peso. En realidad, el apetito solo llega a perderse normalmente cuando la emaciación es avanzada (Bravo et al., 2000).

Efectivamente, lo que caracteriza a la anorexia nerviosa es el miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, además de una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal, entre otros aspectos (Félix et al., 2003). Por ese motivo, el paciente con anorexia nerviosa restringe de forma severa la ingesta de alimentos o adopta otros comportamientos orientados a la disminución del peso (Legenbauer y Vocks, 2014). La reducción de la ingesta calórica es habitual y puede consistir en la rebaja de la cantidad de alimentos o en la selección de los alimentos a consumir, evitando los considerados más calóricos, como grasas o carbohidratos (Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie [DGPM] et al., 2019). Otras estrategias para evitar el incremento ponderal pueden objetivarse en la realización de ejercicio excesivo, inducción del vómito, uso de laxantes, preparaciones tiroideas o diuréticos. Estas conductas conducen a un peso corporal inferior al que les correspondería por género, altura y edad (DGPM, 2019).

Afectivamente, el miedo a engordar es el síntoma principal (Legenbauer y Vocks, 2014). El terror que supone esa posibilidad se acompaña de una distorsión de la propia imagen corporal, de forma que suelen verse obesos aun estando realmente en situación de franco infrapeso. Sin embargo, el miedo no disminuye a pesar de los descensos ponderales inducidos por las conductas empleadas para conseguirlo y, de hecho, aumenta (Félix et al, 2003).

Ello se relaciona con la escasa conciencia de enfermedad que caracteriza cognitivamente a los pacientes con anorexia nerviosa (APA, 2000; Bruch, 1985; Legenbauer y Vocks, 2014; Vandereycken, 2006; Vitousek et al., 1998). Dado que no son capaces de apreciar su extrema delgadez, pueden reducir la ingesta gravemente. A la distorsión perceptiva del tamaño corporal se acompaña una insatisfacción con el mismo, que a veces es rechazado como tal (Ruiz et al., 2000). En ocasiones, los pacientes sí reconocen la delgadez general de su cuerpo, pero perciben de forma sobredimensionada partes específicas del mismo, habitualmente el abdomen, las nalgas y los muslos (Félix et al., 2003).

Es común que los pacientes con anorexia nerviosa nieguen el riesgo derivado de su bajo peso (DGPM et al., 2019). Ello explica, además, que la búsqueda de ayuda no sea resultado de su propia iniciativa, sino que sean los familiares, profesores, amigos, etc., quienes la promueven, preocupados ante el visible descenso ponderal. El incremento de la atención sobre el paciente podría actuar involuntariamente como amplificador secundario del trastorno (Salerno et al., 2016).

El cuadro se inicia con una serie de cogniciones relacionadas con el cuerpo y la valoración estética del mismo que se vuelven repetitivos hasta el punto de llegar a constituir una temática casi exclusiva (Ruiz et al, 2000). Una vez instaurado el trastorno, su pensamiento se caracteriza por presentar cogniciones distorsionadas o erróneas en relación con la comida, peso y figura, cifrando el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgado.

La autoestima de la mayoría de los pacientes depende en gran medida de su figura y peso corporal y el control de este significa un autocontrol exitoso (Félix et al., 2003). Los afectados viven la pérdida de peso de forma positiva, como un signo de extraordinaria autodisciplina (Félix et al., 2003), pudiendo mejorar su autoestima con el bajo peso (Brockmeyer et al., 2013). Sin embargo, la baja autoestima es característica en la anorexia nerviosa, aunque no específica de ella (Jacobi et al. 2000; Jacobi et al, 2003). Se ha planteado como factor de riesgo predisponente, precipitante y mantenedor (Button et al., 1996, Fairburn, Shafran et al., 1999; Williams et al., 1993; Karatzias et al., 2010).

Además, estos pacientes se caracterizan por una marcada orientación al rendimiento y un alto perfeccionismo (Fairburn et al., 2003; Hilbert et al., 2014, Pike et al., 2021; Stice et al., 2017). La autoestima tiene un efecto directo en el perfeccionismo (Cella et al., 2020), lo que para algunos autores es consistente con la hipótesis de que esforzarse por parecer perfecto es un intento de compensar la baja autoestima (Hewit et al, 1995).

La enfermedad, dado que comienza en la pubertad y la adolescencia en la mayoría de los casos, conduce a un deterioro del desarrollo psicológico y físico en una fase significativa de la vida (Herpertz-Dahlmann et al., 2015). No es raro que haya retrasos en la escuela y el trabajo. Con el transcurso de los años, el trastorno puede convertirse en una parte de la identidad a la que es difícil renunciar y que tienen que manejar simultáneamente con su faceta de enfermedad (Rich, 2006).

El pensamiento rígido, una fuerte necesidad de control (llegando al pensamiento obsesivo y conducta compulsiva), la evitación de conflictos, las dificultades para lidiar con los afectos negativos (especialmente la ira) y la falta de espontaneidad son a menudo importantes y se pueden reforzar con el bajo peso (DGPM et al., 2019).

Junto a la característica principal de la pérdida de peso son también frecuentes ciertas conductas anómalas en relación con la comida (Legenbauer y Vocks, 2014). Muchos pacientes desarrollan rituales de alimentación que a menudo consisten en

comer despacio, picar alimentos y una composición altamente selectiva de estos. En el curso de la enfermedad, algunos pacientes experimentan episodios de ingesta acompañados de comportamientos de purga como vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, etc. (DGPM et al., 2019). También es típica una elevada actividad y movimiento (Shroff et al. 2006), que varía desde agitación psicomotriz relacionada con el bajo peso (Ehrlich et al. 2009), al ejercicio compulsivo y excesivo (Davis et al. 1993; Meyer et al., 2011) o a la adicción al deporte (Cunningham et al., 2016; Zeeck y Schlegel, 2013), corriendo largas distancias, caminando durante horas o haciendo gimnasia (Holtkamp et al., 2004).

En el plano psicológico también hay que mencionar la alteración de la capacidad interoceptiva (Malighetti et al., 2020). La percepción interna del cuerpo, principalmente relacionada con la propiocepción y la interocepción podría verse afectada. Los pacientes con anorexia nerviosa tienen una alteración multisensorial de la percepción corporal que va más allá de la percepción visual errónea e involucra componentes sensoriales táctiles y propioceptivos. Además, el deterioro de los componentes táctiles y propioceptivos puede estar asociado con alteraciones de la corteza parietal (Gaudio et al., 2014).

Los adultos con anorexia nerviosa muestran deficiencias moderadas en el funcionamiento neuropsicológico (Stedal et al., 2021). Los pacientes rinden peor en todos los dominios, dándose los mayores efectos en atención, memoria y habilidades visuoespaciales. En cuanto a los subdominios, el mayor tamaño de efecto se da en coherencia central y memoria no verbal, siendo el de planificación el más pequeño y el único que no ofrece diferencias significativas. El IMC y la edad, tienen efectos moderadores significativos, especialmente en la función ejecutiva, la memoria y las habilidades visuoespaciales.

Los estudios de neuroimagen muestran una implicación generalizada del cerebro en la fisiopatología de la anorexia nerviosa (Alfano et al., 2020). La ínsula, la corteza cingulada, las áreas parietal y frontal están principalmente involucradas tanto estructural como funcionalmente. Además, se informa de alteraciones constantes en la integridad de la materia blanca y la actividad eléctrica cerebral. En las imágenes por resonancia magnética, el hallazgo más común es la reducción de las sustancias gris y blanca que se correlaciona con el grado de desnutrición y, en su mayoría, es reversible con la recuperación (Scharner y Stengel, 2019). En los estudios de resonancia magnética funcional los hallazgos más comunes son una mayor activación de la amígdala y una activación alterada de la corteza cingulada. En pacientes adolescentes y jóvenes se encuentran alteraciones estructurales y funcionales en el curso temprano de la enfermedad, siendo la mayoría de ellas parcial o totalmente reversibles (Kappou et al., 2021)

Las complicaciones médicas de la anorexia nerviosa generalmente se deben a la desnutrición y la pérdida de peso y sus compensaciones fisiológicas asociadas (Gibson et al., 2019). Afectan a gran parte de los órganos e incluyen a menudo alteraciones

fisiológicas tales como hipotensión, bradicardia e hipotermia (Brown y Mehler, 2015; Miller et al., 2005). El hambre induce el catabolismo de proteínas y grasas que conduce a la pérdida de volumen y función celular, lo que resulta en efectos adversos y atrofia del corazón, cerebro, hígado, intestinos, riñones y músculos. (Brown y Mehler, 2015).

En la siguiente tabla 2 se ofrecen algunas de las complicaciones médicas de la anorexia nerviosa.

Tabla 2. Complicaciones médicas de la anorexia nerviosa (Brown y Mehler, 2015)

CARDIO-VASCULARES	DERMATO-LÓGICAS	GASTROIN-TESTINALES	ENDOCRINAS Y METABÓLICAS	HEMATO-LÓGICAS	NEURO-LÓGICAS	OFTÁLMICAS	PULMONARES
Bradicardia e hipotensión Prolapso de la válvula mitral Muerte súbita-arritmia Síndrome de realimentación Cambios en ecocardiograma	Piel seca Alopecia Lanugo Prurito asociado a inanición	Estreñimiento Pancreatitis Dilatación aguda gástrica Gastroparesia Hepatitis Disfagia	Amenorrea Infertilidad Osteoporosis Alteraciones tiroideas Hiperticortisolemia Hipoglicemia Diabetes insípida neurogénica Detención del crecimiento	Pancitopenia Tasa de sedimentación disminuida	Atrofia cerebral	Lagoftalmos	Neumonía por aspiración Fallo respiratorio Neumotórax espontáneo Enfisema

La anorexia nerviosa supone una experiencia de vida particular para el paciente, en el sentido de estar sometido a ciertas cargas que dificultan su existencia. Hope et al. (2013) presentan un resumen de estas vivencias:

- Pánico a ganar peso e incluso a la comida en sí misma.
- Conflicto que surge del conocimiento de los peligros si este pánico no es afrontado.
- Agotamiento debido al conflicto, la constante lucha contra el miedo.
- Falta de control que conduce a la sensación de estar atrapado.
- Obsesión con la figura y el peso que, combinada con la falta de control, lleva a un empobrecimiento de la vida, tanto intelectual como socialmente.
- Debilidad y otras consecuencias físicas como resultado directo de la inanición.
- Herir a los demás, aquellos que los aman y que afrontan el dolor del daño que se autoinfligen.

2.1.5. Factores de riesgo

Los TCA se consideran trastornos complejos que se explican normalmente a través de la interacción de varios factores y, por lo tanto, desde una perspectiva multidimensional de los síntomas. En su desarrollo intervienen múltiples factores que

pueden dividirse en predisponentes, precipitantes y mantenedores (Gorab e Iñarritu, 2014):

Factores predisponentes: son aquellos que ponen en riesgo de padecer algún TCA, que preparan el terreno para el desarrollo de un trastorno alimentario aunque no por tenerlos se presentará necesariamente alguno de estos trastornos.

Factores desencadenantes o precipitantes: son las situaciones que llevarán a la manifestación del trastorno alimentario.

Factores mantenedores: son conductas compensatorias inapropiadas, como los atracones y las secuelas fisiológicas y psicológicas, que explican por qué el trastorno persiste.

Algunos modelos tratan de dar cuenta de ellos incluyendo modelos cognitivos (Vitousek y Hollon 1990), modelos de teoría del aprendizaje (Jansen 1998), modelos de regulación de afecto (Hawkins y Clement, 1984; Orleans y Barnett, 1984) o enfoques cognitivo-conductuales como el modelo transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003).

Factores predisponentes

Los factores predisponentes son características persistentes por parte de la persona o el medio ambiente, que forman la base para el desarrollo de un posible trastorno alimentario. Aun siendo esencial para la prevención y tratamiento de la anorexia nerviosa, la realidad es que su etiología no está clara (Le Grange, 2016) y probablemente implica una interacción compleja de efectos biopsicosociales (Kakhi y McCann, 2016; Sepúlveda et al., 2021).

Factores genéticos[6]

Según señalan Himmerich et al. (2019), la naturaleza familiar de anorexia nerviosa ha sido bien establecida; los familiares de primer grado de individuos con anorexia nerviosa tienen un riesgo de presentar un TCA aproximadamente 10 veces mayor que los familiares de individuos no afectados (Lilenfeld et al., 1998; Strober et al., 2000;

[6] Phelan et al. (2006) comentan que el hecho de aludir a las causas genéticas de las enfermedades mentales puede acarrear algunos efectos en la orientación del tratamiento profesional. Las atribuciones genéticas parecen dirigir la ayuda de las personas hacia las formas de intervención más extremas o biológicas, posiblemente porque las personas ven los trastornos genéticamente influenciados como más graves y crónicos. Al mismo tiempo, tales atribuciones conducen al pesimismo de que la intervención no será efectiva. También parece afectar a las actitudes. En Crisafulli et al. (2008) , los estudiantes de pregrado de enfermería fueron asignados aleatoriamente para leer información que enfatizaba factores biológicos y genéticos o socioculturales en el desarrollo de anorexia nerviosa. Luego completaron una serie de cuestionarios para evaluar sus actitudes hacia las personas con anorexia nerviosa. Aquellos que estuvieron expuestos a una explicación biológica y genética de las causas de anorexia nerviosa tendieron a culpar menos a los individuos con anorexia nerviosa que aquellos expuestos a una explicación sociocultural, aunque no todos los resultados fueron robustos para la corrección por comparaciones múltiples.

Strober, et al., 2001). Los estudios familiares no pueden determinar en qué medida la agregación familiar observada es debido a factores genéticos o ambientales (Himmerich et al., 2019). Los estudios con gemelos han arrojado estimaciones de heredabilidad para anorexia nerviosa que varían de 0.28 a 0.74 (Bulik, et al., 2019). No se conoce la existencia de estudios de adopción para anorexia nerviosa. Sin embargo, Klump et al. (2009) sí lo han hecho en relación con actitudes y conductas de alimentación alterada, encontrando influencias genéticas entre 59 y 82% en todas sus formas.

Watson et al. (2019) han realizado un estudio de asociación de genoma completo de 16.992 casos de anorexia nerviosa y 55.525 controles, identificando ocho loci significativos. La arquitectura genética de la anorexia nerviosa refleja su presentación clínica, mostrando correlaciones genéticas significativas con trastornos psiquiátricos, actividad física y rasgos metabólicos (incluyendo glucémicos), lípidos y antropométricos, independientemente de los efectos de variantes comunes asociadas con el IMC. Estos resultados fomentan una reconceptualización de la anorexia nerviosa como un trastorno metabo-psiquiátrico.

Factores neurobiológicos

Se han descrito un conjunto de anomalías cerebrales en la anorexia nerviosa, pero se desconoce si reflejan alteraciones asociadas a la desnutrición o anomalías primarias asociadas al trastorno (APA, 2013). La mayoría de los estudios neurobiológicos se han realizado en pacientes ya enfermos o recuperados, por lo tanto, las alteraciones pueden resultar de las consecuencias relacionadas con el estado de desnutrición (Zipfel et al., 2015).

Los cerebros de las personas con anorexia nerviosa muestran evidencia de un procesamiento de recompensa y mecanismos apetitivos alterados, que están vinculados a una serie de hallazgos dopaminérgicos[7] (Higgins, 2018). En pacientes recuperados de anorexia nerviosa se observa asociación positiva entre la liberación endógena de dopamina y la ansiedad en el caudado dorsal, lo que podría explicar por qué la liberación de dopamina relacionada con los alimentos produce ansiedad en la anorexia nerviosa, mientras que la alimentación es placentera en participantes sanos (Bailer et al., 2012). El funcionamiento serotoninérgico parece tener relación con la rigidez conductual y la obsesividad de los rasgos en la anorexia nerviosa (Bailer y Kaye, 2010; Higgins, 2018; Kaye, 2008). La investigación genética ha identificado una serie de posibles candidatos genéticos serotoninérgicos o interacciones de candidatos genéticos como factor de riesgo para la anorexia nerviosa (Frank et al., 2005; Urwin et al., 2002; Helder y Collier, 2010; Baker et al., 2009, 2017).

[7] En modelos animales, la revisión de Avena y Bocarsly (2012) sugiere que se producen alteraciones en los sistemas de dopamina, acetilcolina y opioides en áreas cerebrales relacionadas con la recompensa en respuesta a los atracones de alimentos sabrosos.

Nunn et al. (2012) proponen una hipótesis basada en la desregulación noradrenérgica [8] . Algunos hallazgos muestran en la anorexia nerviosa una desregulación de la anandamida, un endocannabinoide endógeno asociado al hambre, antes y después de la ingesta de alimentos, que persiste después de la restauración del peso (Piccolo et al., 2020).

Aunque muchos de los factores que influyen en la anorexia nerviosa parecen tener un correlato neural, sigue siendo imposible distinguir, entre las alteraciones estructurales y funcionales cerebrales, las que representan rasgos causales o primarios de las que son solo epifenómenos y, por tanto, secundarias a la inanición y la emaciación (Pietrini et al., 2011).

Factores físicos

Un mayor IMC parece asociarse con una imagen corporal más negativa. El IMC parece predecir el grado de insatisfacción física entre las mujeres (Swami et al. 2010). El inicio de la pubertad implica aumentos de adiposidad, lo que podría conducir a una mayor insatisfacción corporal y conductas alimentarias alteradas (Stice et al., 2001; Attie y Brooks-Gunn, 1989). Los datos parecen sugerir consistentemente que tanto el adelanto puberal como el momento temprano de la pubertad tienen un impacto significativo en el riesgo de la mayoría de los TCA en las niñas (Klump, 2013). Los estrógenos desempeñan un papel importante en el control de peso y la ingesta (Eckel, 2011).

Factores nutricionales

La percepción del hambre y la saciedad puede verse alterada y el comportamiento alimentario queda controlado externamente por estímulos desencadenantes en el entorno (por ejemplo, la disponibilidad de alimentos) o internamente debido a cogniciones que disciplinan el comportamiento alimentario como que hay que comer a la hora de la comida o que un plato de sopa es suficiente (Legenbauer y Vocks, 2014). Esto puede provocar un desacoplamiento de la ingesta de alimentos y la necesidad fisiológica o el hambre. La mala interpretación de las señales de hambre o saciedad podría generar evitación de alimentos y hábitos alimentarios alterados en anorexia nerviosa (Jacquemot y Park, 2020). Hay indicios de que las madres con TCA han

[8] De acuerdo con los autores, la desregulación noradrenérgica determinada genéticamente, interactuaría con factores epigenéticos y conduciría a altos niveles de ansiedad, neuroplasticidad deteriorada e hipoperfusión cerebral regional. Esta combinación resultaría en una disfunción de la ínsula. El deterioro resultante en la representación homuncular de la ínsula explicaría la distorsión patognomónica de la imagen corporal. Esta distorsión, combinada con altos niveles de ansiedad centrada en el cuerpo, daría lugar a dietas intensas, agotamiento de precursores noradrenérgicos y una reducción inicial e intermitente parcialmente reforzada de la ansiedad, seguida de una exacerbación de rebote y un ciclo de mantenimiento (Nunn et al., 2012).

alimentado a sus hijos de acuerdo con temporizadores externos en lugar de prestar atención a las señales de hambre de los niños (Evans y Le Grange, 1995).

Factores socioculturales

La idealización de la delgadez se toma a veces como una explicación para las tasas crecientes de TCA. Sin embargo, aunque la insatisfacción corporal se ha identificado como un factor de riesgo para el desarrollo de cualquier trastorno alimentario (Stice et al., 2011), los factores de riesgo asociados con la internalización del ideal de delgadez y las presiones socioculturales asociadas no se han confirmado para la anorexia nerviosa (Zipfel et al., 2015). La exposición al ideal occidental de belleza parece predecir el grado de insatisfacción física (Swami et al. 2010). Algunos aspectos sugieren que algo más que ese ideal ha de contribuir al trastorno. Una descripción de la etiología de los TCA firmemente arraigada en estas presiones socioculturales no explica el hecho de que, a pesar de la naturaleza omnipresente de estas presiones psicosociales, solo un número relativamente pequeño de mujeres llegan a desarrollar un TCA (Schmidt, 2003). En ese sentido también apunta la incidencia de la anorexia nerviosa fuera del contexto de idealización de la delgadez, así como que esta haya llevado a la insatisfacción corporal e intentos de pérdida de peso en muchas mujeres, pero los TCA solo afectan a una minoría muy pequeña (Keel, 2017). Por lo tanto, una explicación enraizada en ideales culturales no parece necesaria ni suficiente para comprender la etiología de los TCA, aunque es admisible que estas influencias puedan aumentar el número de individuos que participan en determinados comportamientos (como dietas estrictas o ejercicio excesivo), que pueden desencadenar un TCA en individuos con otras predisposiciones (Zipfel et al., 2015). Culpar a los medios de comunicación por la propagación de los TCA puede eclipsar un análisis más serio del problema (Giordano, 2015).

Factores familiares y grupo de pares

La familia y el grupo de pares pueden tener una gran influencia en el desarrollo de la insatisfacción corporal y la internalización de un ideal excesivo de adelgazamiento. La familia puede afectar de forma directa por comentarios críticos de los padres sobre la figura y el peso (Benedikt et al. 1998, le Grange et al., 2010), la imitación del comportamiento o la internalización de la preocupación por el peso y la figura (Fulkerson et al., 2002; Keery et al., 2006; Rukavina y Pokrajac-Bulian, 2006; Smolak et al., 1999; Spiel et al., 2012; Steiger et al. 1996; Stice, 1998; Wertheim, 2002). Incluso, las percepciones de las madres sobre el peso de las hijas llegan a predecir significativamente el comportamiento de las niñas en la dieta e imagen corporal (Byely et al., 2000). De forma indirecta, el modelo familiar también podría estar detrás de la aparición de los TCA, aunque las consideraciones con respecto a los patrones familiares en los TCA deben interpretarse con cautela, ya que no pueden comprobarse empíricamente (Webster y Palmer 2000).

La regulación de la frontera familiar, así como los déficits sociales en la familia y la dependencia de la familia primaria podrían ser factores en el desarrollo de los TCA. El campo de la relación familiar en el que crecen los pacientes con anorexia dificulta el desarrollo de una identidad estable, la autonomía y el desarrollo de una autoestima positiva (Legenbauer y Vocks, 2014). La sobreimplicación emocional familiar de ambos padres aparece como correlato familiar específico para un TCA (Sepúlveda et al., 2021). Los terapeutas de familia interpretan la negativa a comer como un grito de autonomía en un sistema familiar en el que las chicas sufren la intrusión y control excesivo por sus padres, quedando inconscientemente configuradas para satisfacer las necesidades y expectativas imposibles de cumplir de estos (Gans y Gunn, 2003).

Según Minuchin et al. (1978), las familias de pacientes anoréxicos se caracterizan por una fuerte cohesión, altos estándares y orientación al rendimiento, una mayor sobreprotección del niño, así como la evitación de conflictos con requisitos de armonía absoluta y una falta de habilidades para el manejo de las diferencias. Además, se informan enredos, trastornos fronterizos y problemas de alianza. No obstante, aunque se identifique un patrón discernible de organización en familias de un paciente con anorexia nerviosa o bulimia, ello no establece una conexión entre tales hallazgos y la etiología de su condición (Dare et al., 1994). Una estructura familiar consistente con ese patrón no necesariamente identifica un factor causante en el desarrollo de un trastorno alimentario.

En el grupo de pares operan mecanismos similares a los de la familia. Al comienzo de la adolescencia, el ideal de delgadez puede proporcionar una hoja de ruta para lograr la aceptación social, particularmente si los miembros de la familia y sus compañeros se adhieren de alguna manera a actitudes que contribuyen a la patología alimentaria (Keel, 2017, p.100). Una retroalimentación directa relacionada con el cuerpo, especialmente en forma de comentarios negativos (Tantleff-Dunn y Gokee, 2002) o incluso burlas (Cattarin y Thompson, 1994) transmite una imagen corporal negativa en la fase sensible de la adolescencia. Las burlas relacionadas con el cuerpo afectan tanto a la satisfacción física como al comportamiento alimentario (Menzel et al. 2010).

Baja autoestima

El deterioro de la autoestima parece ser un rasgo de personalidad etiológicamente significativo en el desarrollo de TCA (Cervera et al., 2003; Jacobi, 2000; Mora et al., 2017). La autoevaluación negativa se presenta como un antecedente particularmente común y característico (Cardi et al., 2014; Fairburn, Cooper et al., 1999). La autoeficacia, que está estrechamente relacionada con la autoestima, también influye en el comportamiento alimentario (Bardone et al. 2003; Harper et al., 2017). Los cambios en autoeficacia y autocomplacencia se asocian con cambios en el impulso por la delgadez (Surgenor et al., 2007). Las dificultades de autoestima son muy relevantes en el tratamiento de anorexia nerviosa (Biney et al, 2021; Kästner et al., 2019), pero no son suficientes (Collin et al, 2016).

Perfeccionismo

El perfeccionismo es un factor predisponente y sustentador bien documentado para los TCA (Shafran et al., 2002). Los diagnosticados con anorexia nerviosa son más perfeccionistas que el grupo no clínico y que otro grupo de diagnóstico psiquiátrico (Dahlenburg et al., 2019). Además, un alto grado de perfeccionismo se correlaciona negativamente con el resultado del tratamiento y el nivel de perfeccionismo no parece disminuir aunque los síntomas de los TCA se reduzcan significativamente, pudiendo reflejar un rasgo de personalidad que persiste tras la remisión del trastorno (Sutandar-Pinnock et al. 2003).

Impulsividad

Hay relación entre la impulsividad como factor de personalidad y el desarrollo de los TCA, especialmente la bulimia nerviosa. (Hawkins y Clement 1984; Welch y Fairburn 1996; Krug et al. 2011). Los pacientes con anorexia nerviosa de tipo purgativo no difieren de los pacientes con bulimia nerviosa en los niveles del rasgo de impulsividad del rasgo (Zalar et al. 2011).

Factores cognitivos

La sobrevaloración de la figura y el peso se considera un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA (Fairburn et al. 2003). Se supone que los procesos cognitivos disfuncionales juegan un papel en su evolución y mantenimiento (Bauer et al. 2017; Lawson et al, 2007; Legenbauer et al., 2007; Waller et al. 2000). Las personas que restringen su alimentación y los pacientes con TCA tienen dificultades para modificar su comportamiento debido a esquemas del yo altamente polarizados y rígidos en los que el peso se ha vuelto desadaptativamente central (Morris et al., 2001). A diferencia de los pacientes con bulimia nerviosa, los pacientes con anorexia nerviosa extienden la tendencia a pensar en términos absolutos del área de la alimentación al resto de sus vidas (Butow et al., 1993).

Factores psicológicos

La teoría psicoanalítica temprana se centró en la anorexia nerviosa como una expresión del miedo a la sexualidad de la chica, a la feminidad adulta, y a sus demandas representadas por el embarazo y la maternidad (Gans y Gunn, 2003). Hilda Bruch (1973, 1988) entendía la anorexia nerviosa como un esfuerzo por parte del individuo para definir su propia identidad y afirmarse.

En cuanto a los modelos cognitivos, de acuerdo con el resumen de Cooper (1997), algunos asignan a las creencias y actitudes inusuales un papel causal en el mantenimiento de la anorexia y la bulimia nerviosas (Garner y Bemis, 1982; Fairburn et al., 1986). Estas creencias y actitudes están relacionadas con la importancia y el significado del peso y la figura. Otros modelos llaman la atención además sobre las

estructuras de identidad personal o autoesquemas (Guidano y Liotti; 1983; Vitousek y Hollon, 1990), los procesos de desarrollo y experiencia temprana (Guidano y Liotti, 1983) y los procesos dirigidos por creencias centrales (Vitousek y Hollon, 1990).

La investigación ha revelado un alto grado de superposición entre los aspectos de la personalidad, el aprendizaje y las distorsiones perceptivas y cognitivas asociadas con el desarrollo de los TCA, donde altos niveles de emocionalidad negativa son característicos. Los síntomas alimentarios pueden servir como una solución desadaptativa a problemas que provocan intensos estados emocionales negativos (Keel, 2017).

Trastorno mental y trauma

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en general y del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en particular es mucho más alta en las personas con anorexia y bulimia nerviosas (Kaye et al., 2004). Los trastornos de ansiedad normalmente inician en la infancia antes del comienzo de un trastorno alimentario, lo que respalda la posibilidad de que sean un factor de vulnerabilidad para desarrollar anorexia o bulimia nerviosas. Las fobias y el TOC suelen preceder a los TCA, mientras que el trastorno de pánico tiende a seguirlos (Félix et al, 2003). Son comunes las fobias sociales. El TOC se encuentra en un 69% de los pacientes con anorexia nerviosa.

De acuerdo con Briere y Scott (2007), las personas con TCA son más propensas que otras a tener antecedentes de trauma y, a la inversa, aquellas con antecedentes de trauma tienen más probabilidades de informar patrones de alimentación desordenados. El abuso sexual infantil está especialmente implicado, así como el maltrato físico. Las pacientes con anorexia nerviosa purgativa muestran mayor ocurrencia de eventos traumáticos, grupos de síntomas postraumáticos, y desregulación emocional que las de tipo restrictivo (Longo et al., 2019). Se ha reportado que pacientes con TCA y antecedentes personales de trauma tienen una mayor actividad en las vías inflamatorias y características clínicas distintivas, lo que podría conducir a la identificación de nuevos endofenotipos de pacientes con TCA (Rodríguez-Quiroga et al., 2021).

Factores neurocognitivos

Algunos estudios han implicado disfunciones cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa. Este factor es relevante en el marco de la presente investigación, ya que ,en ocasiones, se justifican tratamientos involuntarios por dificultades de tipo neurocognitivo. Por ello, parece conveniente detallar esos hallazgos. De la revisión sistemática de Smith et al., (2018) se obtienen ciertas precisiones.

Control inhibitorio

La investigación sugiere que los TCA se encuentran en un espectro de inhibición-desinhibición, con los TCA de tipo atracón caracterizados por un control inhibitorio deficiente y los TCA de tipo restrictivo por un control inhibitorio excesivo (Wierenga et al., 2014). Los TCA de espectro bulímico están asociados con déficits de control inhibitorios en inhibición proactiva[9] (Smith et al., 2018). Sin embargo, la evidencia parece más inconsistente cuando se basa únicamente en inhibición reactiva, lo que puede sugerir que la inhibición conductual reactiva está menos asociada con la psicopatología del TCA que la inhibición proactiva (Bartholdy et al., 2016; Smith et al. 2018).

Aunque pocos estudios han incluido individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo o diferenciados entre subtipos de anorexia nerviosa, los resultados hasta ahora no han demostrado diferencias consistentes en el funcionamiento del control inhibitorio entre los subtipos de anorexia nerviosa (Bartholdy et al., 2016).

Cambio de tarea

Las dificultades en el cambio de tarea se han postulado como un endofenotipo neurocognitivo de la anorexia nerviosa que puede contribuir a comportamientos rígidos y compulsivos (Holliday et al., 2005). El metaanálisis de Wu et al. (2014) aporta evidencia de cambios de tarea deficientes en comparación con controles para todos los TCA (incluyendo anorexia nerviosa restrictiva) y menos evidente para la anorexia nerviosa purgativa. En cuanto a las diferencias entre subtipos, la investigación ha arrojado resultados mixtos. Los datos disponibles para posibles diferencias grupales no son lo suficientemente fuertes como para sacar conclusiones definitivas (Wu et al., 2014; Van Autreve y Vervaet, 2015).

Coherencia central

El déficit en coherencia central se considera un posible factor etiológico o de mantenimiento debido a la supuesta propensión de las personas con TCA a centrarse excesivamente en detalles individuales (por ejemplo, en el peso corporal) en oposición a conceptos más amplios (por ejemplo, un sentido más amplio de sí mismos), lo que a su vez influye en la conducta (Smith et al., 2018). La revisión de Smith et al. (2018)

[9] Como señalan Smith et al. (2018), la inhibición proactiva refleja la inhibición de una respuesta que no se ha iniciado (es decir, una acción de restricción) y, por lo general, se ha evaluado en TCA mediante la tarea "go / no-go" (hacer/no hacer). Esta tarea requiere que los participantes respondan a un objetivo presentado con frecuencia e inhiban las respuestas a un no objetivo presentado con menos frecuencia, y generalmente se cataloga por los tiempos de reacción para las pruebas de hacer y los errores de comisión (es decir, fallos de inhibición) en los ensayos de no hacer. La inhibición reactiva es la capacidad de detener una respuesta conductual ya iniciada (es decir, cancelación de la acción) y se ha evaluado con mayor frecuencia en los TCA con la tarea de señal de stop o parada. En ella, se instruye a los participantes para que retengan una respuesta prepotente cuando se presenta una señal de parada después de la aparición de un estímulo objetivo, con un tiempo de reacción de la señal de parada más lento que indexa un control inhibitorio más deficiente.

apoya, en general, la idea de que las personas con TCA, particularmente aquellas con anorexia nerviosa, muestran una coherencia central disminuida, con demasiada atención al detalle y capacidades de procesamiento global reducidas. No hay evidencia de diferencias significativas entre los subtipos restrictivo y purgativo de la anorexia nerviosa en coherencia central (Van Autreve y Vervaet, 2015).

Sesgo de atención

El sesgo de atención se refiere a una tendencia a enfocarse demasiado en las fuentes ambientales de información que se consideran relevantes para el trastorno. En conjunto, existe evidencia de un sesgo de atención en personas con TCA en (Brooks et al., 2011; Jáuregui-Lobera, 2013; Reville et al., 2016). Sin embargo, la investigación sugiere que su presencia, y que esta se caracterice principalmente por hipervigilancia o tendencias de evitación, depende probablemente de una combinación de tiempo de estímulo, tipo de estímulo y diagnóstico de TCA (Smith et al., 2018; Aspen et al., 2013).

Memoria de trabajo

Una revisión de Zakzanis et al. (2010) encontró que los grupos de anorexia nerviosa evidenciaron déficits en el funcionamiento de la memoria de trabajo en comparación con controles. Tomados en conjunto, hasta ahora hay alguna evidencia que sugiere déficits de memoria de trabajo entre los TCA, sin embargo, existe una heterogeneidad sustancial entre los estudios con respecto a la magnitud de los déficits, los tipos de medidas y los estímulos, y pocos estudios han examinado la influencia potencial de otros factores relevantes como la duración de la enfermedad, la gravedad de los síntomas o la psicopatología concurrente (Smith et al., 2018)

Toma de decisiones

La toma de decisiones es un constructo que involucra múltiples procesos que incluyen la evaluación del estímulo, la selección y ejecución de acciones, la evaluación de resultados y la formación de preferencias (Ernst y Paulus, 2005). De acuerdo con Smith et al. (2018), la evidencia convergente sugiere que las personas con anorexia o bulimia nerviosas muestran deficiencias en comparación con controles, con efectos de medianos a grandes. Hay alguna evidencia de mayor capacidad para retrasar la recompensa en anorexia nerviosa, aunque las revisiones señalaron inconsistencias en los hallazgos y en la escasa literatura existente. Con respecto a las posibles diferencias de subtipo de anorexia nerviosa, se informaron resultados inconsistentes. Además, la evidencia sugiere que las deficiencias en aquellos que actualmente padecen un TCA se reducen o están ausentes en las muestras recuperadas de un TCA, lo que parece apuntar a que los déficits estén relacionados con aspectos del estado de la enfermedad como, por ejemplo, la desnutrición.

Cognición social

Las personas con anorexia nerviosa tienen dificultades en el procesamiento socioemocional, mostrando sesgos atencionales, reconocimiento, regulación y

expresividad de las emociones deterioradas, y una pobre teoría de la mente (Caglar-Nazali et al., 2014). Estas dificultades están presentes tanto en el estado de trastorno como en forma silenciada después de la recuperación. Los estudios longitudinales prospectivos de niños con un alto riesgo familiar de TCA sugieren que algunas vulnerabilidades cognitivas, neurocognitivas y sociales están presentes desde una edad temprana (Kothari et al., 2013).

De acuerdo con la revisión de Kułakowska et al. (2014), los pacientes con anorexia nerviosa presentan incapacidad para reconocer las convicciones e intenciones de otras personas, es decir, déficits en la teoría de la mente, falta de adecuación de la respuesta y de la expresión emocional, así como trastornos de la percepción emocional, a saber, alteración de la precisión en adivinar las emociones sobre la base de la voz y la interpretación de las señales de mímica. Las personas con TCA presentan deterioro en el reconocimiento de emoción facial y en la comunicación facial, aumento de la evitación facial, alexitimia, deficiente comprensión de los estados mentales y sensibilidad al dominio social (Caglar-Nazali et al., 2014). Hay menos evidencia de problemas con la producción y recepción de comunicación no faciales.

Factores desencadenantes

La presencia de uno o algunos de los factores predisponentes anteriores en una persona puede aumentar el riesgo de desarrollar un TCA en el transcurso de su vida. Sin embargo, el tiempo de manifestación no se puede predecir. En este contexto, los eventos desencadenantes se vuelven relevantes (Legenbauer y Vocks, 2014). Según Nygaard (1990), para que se produzca la anorexia nerviosa, junto con una predisposición, debe producirse un factor desencadenante externo, que puede ser el adelgazamiento voluntario, circunstancias psicosociales difíciles, traumas físicos mayores y someterse a una intervención quirúrgica o similar, siendo el factor común en estas condiciones la pérdida moderada de peso.

Las dietas restrictivas son uno de los principales factores desencadenantes de TCA (Gorab e Iñarritu, 2014). El impacto de la dieta como factor de riesgo en el impulso por la delgadez disminuye a medida que los hombres envejecen y se mantiene estable a medida que lo hacen las mujeres (Brown et al., 2020). La obesidad también es otro factor que puede desencadenarlos, sobre todo por la influencia de la publicidad y el rechazo social de las personas obesas (Gorab e Iñarritu, 2014).

El estrés también puede estimular comportamientos relacionados con los TCA en una personalidad con predisposición (Sassaroli y Ruggiero, 2005).

Los comentarios positivos de familiares y compañeros debido a la pérdida de peso y a la restricción de alimentos pueden tener un efecto reforzador y estabilizar el vínculo entre la pérdida de peso y el aumento de la autoestima (Legenbauer y Vocks, 2014). El miedo a aumentar de peso nuevamente se establece y mantiene un comportamiento alimentario restrictivo. Las mujeres con anorexia nerviosa obtienen un refuerzo tan

positivo de la sensación de que tienen una autodisciplina excepcional que luchan por una mayor pérdida de peso y un comportamiento de control excesivo.

En un estudio cualitativo, Chen y Coutourier (2019) encuentran como desencadenantes de anorexia nerviosa la internalización del ideal de delgadez, la interpretación de la educación sobre dieta saludable[10], las burlas relacionadas con el peso (comentarios de familiares, amigos y compañeros), la mejora en el rendimiento deportivo[11] y las preocupaciones generales sobre el peso, la apariencia y la salud.

Factores de mantenimiento

Los factores de mantenimiento son los que perpetúan al paciente dentro del trastorno, sin permitirle salir, ya que afecta a las funciones físicas y psicológicas (Gorab e Iñarritu, 2014). Se asocian principalmente con factores predisponentes o son el resultado de los déficits subyacentes que conducen al desarrollo del trastorno alimentario (Legenbauer y Vocks, 2014). Cobran relevancia tras el inicio de los síntomas interactuando en forma de círculo vicioso. La mayoría de las veces tienen un efecto de refuerzo positivo a corto plazo.

Los factores mantenedores pueden operar a todos los niveles, como ya se vio con los factores predisponentes.

Factores neurobiológicos

Un factor de mantenimiento es la inanición crónica que conduce a la anhedonia y acentúa las comorbilidades existentes (Treasure et al., 2020).

El proceso de inanición en sí está asociado con alteraciones graves del metabolismo central y periférico, especialmente cambios neuroendocrinos y neurotransmisores, que se cree que afectan el cerebro adolescente durante el período vulnerable de reestructuración neuronal (Herpertz-Dahlman et al., 2011). La desnutrición prolongada durante la adolescencia y los inicios de la edad adulta asociada con disfunciones hormonales y de neuropéptidos puede producir cicatrices biológicas que mantienen y aceleran el trastorno y probablemente provoquen trastornos mentales crónicos en la edad adulta, así como un funcionamiento social deficiente. Las restricciones calóricas extremas mantenidas a lo largo del tiempo en estos adolescentes provocan efectos

[10] Parece que las clases de nutrición pueden actuar como un desencadenante ya que los adolescentes utilizan esta información como justificación para comportamientos alimentarios restrictivos y algunos participantes describen la aparición de obsesiones posteriores por comer de manera más sana y por evitar de manera estricta lo que se percibe como alimentos poco saludables (Chen y Couturier, 2019).

[11] En el estudio de Chen y Couturier (2019), algunos pacientes manifestaron querer estar más sanos con el fin de que la actividad física les resultase más fácil o mejorar su estado físico para participar en equipos o actividades deportivas. Para ellos, el entorno deportivo introdujo presiones y expectativas adicionales en las que tener una apariencia particular o tener un cierto peso podría tener más valor, ya sea para el individuo o para el equipo.

secundarios de la inanición, incluidas adaptaciones fisiopatológicas para conservar energía y también exacerbar rasgos premórbidos, como ansiedad, depresión y obsesión (Moreno-Encinas et al., 2021). Estos rasgos pueden aumentar las conductas de pérdida de peso, lo que lleva a un círculo vicioso que puede perpetuar el trastorno.

Algunos parámetros neuropeptídicos y hormonales de pacientes con anorexia nerviosa con bajo peso son significativamente diferentes de los controles, lo que puede contribuir a la perpetuación del trastorno (Brewerton y Dennis, 2016). Las alteraciones en los opiáceos que pueden reforzar el estado de inanición y producir una dependencia de esta.

Las imágenes cerebrales funcionales y los estudios de comportamiento han implicado circuitos cerebrales relacionados con el aprendizaje que pueden contribuir a la restricción de alimentos en la anorexia nerviosa (Frank et al., 2019). En particular, esos circuitos involucran regiones corticales estriatales, insulares y frontales que impulsan el aprendizaje a partir de la recompensa y el castigo, así como el aprendizaje de hábitos. Las perturbaciones en esos circuitos pueden generar un círculo vicioso que obstaculice la recuperación.

Se pueden detectar varios cambios en pacientes recuperados que apuntan a consecuencias irreversibles de la enfermedad o causas subyacentes que aumentan el riesgo de una recaída incluso después de la recuperación (Scharner y Stengel, 2019).

Factores genéticos

La continuidad y la presencia simultánea en el desarrollo del impulso por la delgadez, la bulimia y los síntomas de insatisfacción corporal a lo largo de la adolescencia y el inicio de la edad adulta se sustenta en gran medida en influencias genéticas estables, por lo que los efectos ambientales no compartidos tienden a ser más transitorios y contribuyen a cambiar los síntomas a lo largo del tiempo (Waszczuk et al., 2019).

El mantenimiento de un trastorno alimentario podría deberse a cambios epigenéticos que permiten a las personas escapar de los procesos fisiológicos que sustentan la regulación del apetito y el peso o, alternativamente, contribuir a la necesidad de atracones (Campbell et al., 2011)

Determinados endofenotipos como el deterioro en el funcionamiento ejecutivo, rigidez cognitiva, perfeccionismo y la actividad motora excesiva pueden ayudar a perpetuar el trastorno (Brewerton y Dennis, 2016).

Factores culturales

El entorno social y cultural actual aboga por la delgadez como belleza y la publicidad en los medios ha ejercido más presión sobre las mujeres (Pu y Jackson, 2016). La evidencia de la literatura destaca que la presión sociocultural y, en particular,

de los medios de comunicación es fundamental para el desarrollo de sentimientos negativos sobre el cuerpo (Dakanalis y Riva, 2013). Sin embargo, los hallazgos sugieren que así como la bulimia nerviosa es un síndrome ligado a la cultura, la anorexia nerviosa no lo es (Keel y Klump, 2003).

Los factores culturales pueden jugar un papel importante en la respuesta de la familia a un individuo con un trastorno alimentario debido a las diferencias en la estructura familiar, la interacción y la expresión emocional (Tsiaka, 2019).

Disfunción familiar

La idea de que ciertas actitudes de los padres o patrones familiares podrían ser anorexógenos ha perdurado a pesar de que el apoyo empírico para esta noción es débil en el mejor de los casos (le Grange et al., 2010).

La distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción del paciente con su cuerpo parecen relacionarse con aspectos del funcionamiento familiar (Benninghoven et al., 2007). Las diferencias en los puntos de vista entre padres e hijas con respecto al entorno familiar pueden tener un impacto negativo en el curso del tratamiento y contribuir a la continuación de los patrones familiares disfuncionales (Brewerton y Dennis, 2016). La forma en que los padres manejan los conflictos entre sí podría tener un papel en el mantenimiento de la anorexia nerviosa (Criscuolo et al., 2020).

Problemas interpersonales

En cuanto al entorno relacional, un problema interrelacionado que puede asociarse con el mantenimiento de los síntomas de la anorexia nerviosa o la falta de respuesta al tratamiento es la incapacidad para resolver o procesar por completo los conflictos interpersonales (Brewerton y Dennis, 2016). Las dificultades en las relaciones interpersonales predisponen al desarrollo de la anorexia nerviosa y también son consecuencia secundaria del trastorno, contribuyendo al mantenimiento de este (Treasure et al., 2020). Las dificultades interpersonales en personas con conductas restrictivas, incluyendo a los pacientes con anorexia nerviosa, parecen estar relacionadas con la evitación en la expresión de sentimientos a los demás y con dar prioridad a los sentimientos ajenos sobre los propios (Arcelus et al., 2013).

El funcionamiento socioemocional anormal (reconocimiento y regulación emocional, sesgo de atención y comparación social) coadyuva al mantenimiento de la enfermedad (Treasure et al., 2012). Estos síntomas tienen consecuencias en otras personas cercanas, creando un círculo vicioso de deterioro del funcionamiento socioemocional.

El personal sanitario puede desempeñar inadvertidamente un papel en la perpetuación de los TCA (Treasure et al., 2011). Las reacciones interpersonales son de particular relevancia ya que los médicos, al igual que los miembros de la familia, pueden reaccionar con una elevada emoción expresada y, sin saberlo, alentar a que

continúen los comportamientos de TCA. La hostilidad en forma de realimentación coercitiva en un hospital o en un entorno ambulatorio puede fortalecer la evitación condicionada de alimentos y el pesimismo puede obstaculizar la motivación para el cambio. El esquema negativo común a los TCA, por ejemplo, la baja autoestima, el perfeccionismo y la búsqueda de valor social, puede aumentar el comportamiento existente o iniciar un nuevo trastorno alimentario.

Refuerzo social

Algunos modelos destacan el papel del refuerzo social por estar delgado, la preocupación y atención de los miembros de la familia a medida que aumenta la pérdida de peso y el desarrollo de una identidad anoréxica en la que el individuo se vuelve cada vez más aislado, de modo que su pensamiento y comportamiento disfuncionales comprenden la esencia de su personalidad (Shafran y de Silva, 2003). La evaluación social negativa también se ha propuesto como un elemento clave en el origen y mantenimiento de los TCA (Rieger et al., 2010). Y el refuerzo social negativo también parece jugar un papel (Wang et al., 2020). El trastorno alimentario puede convertirse en un mecanismo para evitar la atención no deseada de los perpetradores potenciales y pasados del trauma (Breland et al., 2018). El miedo a la evaluación negativa puede predisponer y mantener la anorexia nerviosa (Cardi et al., 2018). Las personas con TCA muestran vigilancia ante el rechazo y evitan la recompensa social, lo que puede contribuir a la causa o mantenimiento de la enfermedad (Cardi et al., 2013). Algunos resultados sugieren un impulso motivacional anormal para los estímulos sociales e implican sistemas de recompensa y cognición social superpuestos que conducen a una interrupción de las respuestas adaptativas en el procesamiento de la recompensa social (Via et al., 2015). La asociación específica de regiones relacionadas con la recompensa con medidas clínicas y psicométricas hace pensar en la presunta participación de las estructuras de recompensa en el mantenimiento de conductas patológicas en la anorexia nerviosa.

Los servicios asistenciales pueden convertirse en una influencia reforzadora al proporcionar un entorno excesivamente protector y paliativo que garantice la seguridad y la aceptación, al tiempo que reduce la soledad y el aislamiento (Treasure et al., 2011). Esto sofoca la necesidad de que un individuo desarrolle su propio sentido de responsabilidad, autonomía e independencia permitiendo que la evitación domine.

Insatisfacción corporal

Los resultados sugieren que la insatisfacción corporal es un factor de riesgo para la dieta, el afecto negativo y la patología alimentaria y un factor de mantenimiento para la patología bulímica (Stice, 2002). Esta variable emerge como uno de los factores de riesgo y mantenimiento más consistentes y robustos.

Baja autoestima

Se vio más arriba que la baja autoestima se ha identificado como un fuerte predictor de aparición, mantenimiento y recaída en los trastornos alimentarios (Button et al., 1996, Fairburn, Shafran et al., 1999; Williams et al., 1993; Karatzias et al., 2010). Se propone, incluso, como un prerrequisito de los TCA (Silverstone, 1992).

Para los pacientes con baja autoestima, el cambio psicológico puede ser particularmente difícil de lograr. Estos pacientes tienen menos probabilidades de completar el tratamiento (Halmi et al., 2005). Además, los problemas de autoestima continúan en el tiempo, incluso cuando se produce una mejora en la conducta alimentaria y el peso (Button y Warren, 2002). Algunos resultados refuerzan la suposición de que el bajo peso corporal puede fomentar la autoestima en pacientes con anorexia nerviosa (Brockmeyer et al., 2013), lo que podría socavar la motivación para participar en un cambio[12].

Perfeccionismo

El perfeccionismo parece particularmente relevante en el mantenimiento de la anorexia nerviosa (Bizeul et al., 2001; Löwe et al., 2001) y predice un peor resultado a los años de seguimiento (Nilsson et al., 2008). En el estudio de Fitzgerald et al. (2020), niveles más elevados de perfeccionismo al inicio del mismo predijeron un mayor impulso a la delgadez a los 10, 20 y 30 años de seguimiento.

Comorbilidades psiquiátricas

Hay varios trastornos psiquiátricos comórbidos que pueden mantener los síntomas incapacitantes de la anorexia nerviosa grave y crónica (Brewerton y Dennis, 2016). Bajos niveles de psicopatología adicionales en el pretratamiento podrían ser indicadores de buenas posibilidades de reducción de la sintomatología del trastorno alimentario (Davies et al., 2011). Los trastornos psiquiátricos comórbidos, como la depresión, el trastorno de ansiedad o el abuso de alcohol, también tienen un efecto negativo sobre el resultado (Steinhausen, 2009). Igual sucede con la baja autoestima, mientras que los hallazgos sobre la impulsividad son equívocos. Los individuos con anorexia nerviosa tienen más probabilidades de estar deprimidos, tener síndrome de Asperger y trastornos del espectro autista, y sufrir trastornos de ansiedad, incluido el

[12] Las medidas específicas de autoestima pueden ser más relevantes para la predicción de patología alimentaria que una medida global de aquella (Smink et al., 2018). En Collin et al. (2016), la autoestima global no predijo el resultado del tratamiento, pero sí lo hicieron algunas de sus dimensiones. En población no clínica, en algunos estudios asocian positivamente la autoestima con una conducta alimentaria alterada (Zamani Sani et al, 2021), mientras en otros el patrón para lograr una mayor autoestima consiste en el rechazo de la identidad y las conductas anoréxicas (Cornelius y Blanton, 2015).

TOC (Berkman et al., 2007). La angustia emocional es común como predisposición y como consecuencia secundaria que perpetúa la enfermedad (Treasure et al., 2020). El afecto negativo es posiblemente un mecanismo decisivo en el mantenimiento de algunos síntomas de anorexia nerviosa (Engel et al., 2013). Los síntomas de personalidad límite se destacan claramente entre los factores desfavorables (Steinhausen, 2009). La presencia de un trastorno de la personalidad también puede contribuir a la persistencia de anorexia nerviosa (Touyz y Strober, 2016). Los dos trastornos de personalidad más comunes que se encuentran en la anorexia nerviosa son el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y el trastorno límite de la personalidad.

Función adaptativa

El comportamiento alimentario puede estar resolviendo un problema sin que necesariamente el paciente sea consciente de ello (Brewerton y Dennis, 2016). Debido a que estos síntomas tienen un propósito, se vuelven difíciles de abandonar. Algunas de las funciones adaptativas comunes encontradas en la anorexia nerviosa son:

Manejar los temores de madurez: Funcionaría hasta que el paciente se sienta lo suficientemente preparado para involucrarse en el mundo de manera independiente (Brewerton y Dennis, 2016). Sin embargo, un subconjunto de pacientes permanece atrapado indefinidamente en este estado dependiente, ansioso y evasivo que puede conducir a la anorexia nerviosa grave y crónica. Alguna evidencia apoya la teoría de que los miedos a la madurez predicen el mantenimiento de la anorexia nerviosa (Fichter et al., 2017). Sin embargo, los resultados no son consistentes (Bizeul et al., 2001; Löwe et al., 2001; Sohlberg et al., 1992). Mayor grado de miedo a la madurez al inicio del trastorno predice un mayor impulso a la delgadez a los 10, 20 y 30 años de seguimiento (Fitzgerald et al., 2020).

Manejar los conflictos sexuales: Las relaciones que vinculan los problemas alimentarios y sexuales son complejas (Strepetova et al., 2017). Las repercusiones sobre la sexualidad se hacen evidentes con el inicio de la pubertad. Además del rechazo del cuerpo sexual y la renuncia a la menstruación, a menudo son frecuentes la falta de deseo sexual y el vaginismo o el comportamiento sexual forzado y compulsivo. En los TCA graves y, en particular, en la anorexia nerviosa, una conducta alimentaria restringida puede basarse en un rechazo a la sexualidad.

Proporcionar estructura, previsibilidad y control: La intolerancia a la incertidumbre es un factor relevante en las habilidades de procesamiento social y emocional en la anorexia nerviosa, que finalmente dificulta el afrontamiento emocional (Abbate-Daga et al., 2015). La búsqueda de la delgadez no parece estar impulsada solo por una obsesión por el peso, sino por el deseo de tener el control del propio cuerpo y de la vida (Garner y Bemis, 1982; Goldner, 1989; Knight, 2019; Mitrany y Melamed, 2005; Selvini Palazzoli, 1963). La anorexia nerviosa puede considerarse como una conducta adictiva en la que el objeto de la adicción es el control que se ejerce sobre uno mismo

y el hambre (Gorwood et al., 2016). A nivel neuropsicológico, el deterioro en el cambio de tarea en anorexia nerviosa puede estar relacionado con una tendencia general a mantener un alto nivel de control cognitivo que interfiere con la regulación sensible al contexto de las prioridades de procesamiento (King et al., 2019). El recuento obsesivo del valor calórico de una comida, los comportamientos ritualizados relacionados con el consumo de alimentos, el control múltiple de la masa corporal y las mediciones, así como una serie de otros comportamientos compensatorios que también pueden convertirse en compulsiones, dificultan aún más el progreso en la terapia (Grzelak et al., 2017)

Consolidar la identidad propia: Las alteraciones en la identidad general son un factor importante que contribuye a la sintomatología del trastorno alimentario (Stein y Corte, 2007). Consolidar una autoestima positiva y adquirir una identidad propia estable e integrada es una tarea fundamental en la adolescencia (Brewerton y Dennis, 2016). Algunos estudios sugieren que los pacientes con anorexia nerviosa perciben a menudo la restricción calórica y la pérdida de peso como un logro positivo que contribuye al orgullo y al sentido de identidad (Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007; Vitousek et al., 1998). La naturaleza evolutiva del orgullo juega un papel central en el desarrollo y mantenimiento del trastorno (Faija et al., 2017). El orgullo por la anorexia nerviosa se convierte en una emoción que interfiere con la motivación para cambiar. Para quienes describen la anorexia nerviosa como parte de su identidad personal, la decisión de aceptar el tratamiento para el trastorno resulta difícil y dolorosa (Tan, Hope y Stewart., 2003b).

Anestesia emocional: Centrarse en la comida y la alimentación se asocia con emociones menos prominentes y, clínicamente, muchos pacientes informan que se sienten algo anestesiados (Schmidt y Treasure, 2006). Es una sensación que valoran ya que muchos tienen dificultad para tolerar cualquier emoción y tienden a evitarlas. La inanición, con la pérdida de peso concomitante, puede servir como un comportamiento disfuncional para atenuar los estados afectivos negativos en la anorexia nerviosa (Brockmeyer et al., 2012). La anorexia nerviosa puede considerarse una adicción (Brewerton, 2014; Rojo, 2020) que promueve la aparición de refractariedad y el desarrollo de la anorexia nerviosa grave y crónica.

Regulación emocional: Se comentó más arriba que el afecto negativo puede ser un mecanismo decisivo en el mantenimiento de algunos síntomas de la anorexia nerviosa (Engel et al., 2013). Se cree que el procesamiento y la regulación emocionales disfuncionales sustentan muchos trastornos psicológicos (Aldao et al., 2010), incluidos los TCA (Aldao et al., 2010; Hatch et al., 2010b; Arcelus et al., 2013; Lavender et al., 2015; Oldershaw et al., 2015; Mallorquí-Bagué et al., 2018) y desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa (Schmidt y Treasure, 2006; Haynos y Fruzzetti, 2011; Treasure y Schmidt, 2013; Wildes et al., 2014; Racine y Wildes, 2015).

Reducción del estrés y manejo de la ansiedad: Varios modelos etiológicos de anorexia nerviosa consideran la ansiedad relacionada con el aumento de peso y no comer como un factor relevante para la aparición y el mantenimiento del trastorno (Lloyd et al., 2018). Lloyd et al. (2017) hacen hincapié en la importancia particular de los efectos ansiolíticos de la inanición para fomentar la continuación de la misma, y proponen un modelo en que la ansiedad opera en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia nerviosa.

Factores neurocognitivos

El procesamiento cognitivo ineficiente probablemente desempeña un papel como factor de mantenimiento en la anorexia nerviosa (Lang et al., 2016). Existe alguna evidencia que sugiere que la coherencia central y el cambio de tarea deficientes son vulnerabilidades heredadas de anorexia nerviosa (Treasure y Schmidt, 2013). El cambio de tarea y la integración global se encuentran disminuidos durante el trastorno y contribuyen a una coherencia central deficitaria. Ésta puede ser una consecuencia secundaria de la enfermedad que contribuye a su mantenimiento al impedir la adaptación a las demandas ambientales. La dificultad en el cambio de tarea y el déficit en coherencia central pueden ser rasgos heredados, parte de un endofenotipo para anorexia nerviosa y podría representar un factor mantenedor (Brown et al., 2018). Se requieren estudios longitudinales para determinar si un cambio de tarea deficiente se intensifica por la enfermedad, actuando así como un factor precipitante y perpetuador dentro del trastorno (Westwood et al., 2016). Los altos niveles de inflexibilidad cognitiva y un enfoque excesivo en los detalles dentro de las familias que cuidan a un individuo con anorexia nerviosa podrían mantener aún más el trastorno al promover respuestas y comportamientos desadaptativos que, inadvertidamente, sirven para acomodar y mantener el trastorno (Lang et al., 2016). La capacidad de ver el panorama general en vez de centrar la atención sobre sí mismo puede ser un componente clave para apoyar la recuperación de la anorexia nerviosa (Leppanen et al., 2020)

El entorno altamente estructurado de la atención hospitalaria puede apoyar la rígida atención al detalle y la inflexibilidad que es característica de las personas con TCA, permitiendo que prosperen estos comportamientos negativos (Treasure et al., 2011).

La neurociencia cognitiva ha descrito dos procesos relacionados pero distintos que subyacen a la adquisición de nuevos patrones de comportamiento, a saber, el aprendizaje acción-resultado y estímulo-respuesta (Walsh, 2013). Es probable que ambos procesos estén implicados en el desarrollo de la anorexia nerviosa y que el aprendizaje de estímulo-respuesta (es decir, la formación de hábitos) sea fundamental para la persistencia de la conducta dietética.

2.1.6. Tratamiento

Existe una homogeneidad significativa entre las directrices internacionales sobre recomendaciones derivadas de la evidencia existente (Resmark et al., 2019). Parece haber acuerdo en que no existe un tratamiento superior para la anorexia nerviosa si se comparan enfoques especializados. Sin embargo, existen algunas inconsistencias con respecto a aspectos como la medicación y el manejo nutricional.

Las distintas revisiones y guías médicas (Jassogne y Zdanowicz, 2018; Sánchez et al., 2016; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017; Luque et al., 2018) parecen coincidir en la centralidad de la rehabilitación nutricional en el tratamiento de la anorexia nerviosa acompañada de psicoterapia. Al tratar la anorexia nerviosa, ayudar a las personas a alcanzar un peso corporal o un IMC saludable para su edad es un objetivo clave para respaldar otros cambios psicológicos, físicos y de calidad de vida que se necesitan para mejorar o recuperarse (NICE, 2017).

La asistencia en anorexia nerviosa debe incluir psicoeducación sobre el trastorno, incluida la supervisión del peso, la salud mental y física y cualquier factor de riesgo, ser multidisciplinar y coordinada entre los servicios e involucrar a los familiares o cuidadores de la persona según corresponda (NICE, 2017). La hospitalización a veces es necesaria y debe incluir realimentación gradual y estrechamente controlada para evitar el síndrome de realimentación potencialmente fatal (Jassogne y Zdanowicz (2018).

Aunque a menudo se asume que el cumplimiento estricto de los manuales conduce a los mejores resultados del tratamiento, parece desprenderse de la investigación que trabajar de manera flexible y colaborativa con los pacientes, con un diseño individualizado, ajustándose al estadio en que se encuentran y generando confianza y comprensión, puede ser la mejor manera de mejorar la experiencia y los resultados del tratamiento (Robertson y Thornton, 2021).

Tratamiento nutricional

Como se ha indicado, la restauración nutricional y del peso corporal es considerada uno de los objetivos terapéuticos más importantes. Un mayor aumento ponderal durante el tratamiento hospitalario o un mayor peso al alta es un factor pronóstico favorable para el curso de la enfermedad a corto y largo plazo (Baran et al.,1995; Herpertz-Dahlmann et al. 2015), aunque para algunos pacientes con una forma crónica de la enfermedad la mejora nutricional puede no mantenerse después del alta (Hibbs et al., 2015). No parece existir un enfoque uniforme y basado en la evidencia para el manejo de la nutrición (Marzola et al., 2013) y las pautas se implementan de manera desigual en las diferentes instituciones y países (Herpertz-Dahlmann et al. 2015).

Los métodos nutricionales incluyen comidas supervisadas, suplementos líquidos orales de alto contenido energético y proteico, y alimentación nasogástrica (Hay et al.,

2014). En las muy raras ocasiones en que los métodos anteriores no son utilizables, puede estar indicada la nutrición parenteral. Se debe utilizar el método de nutrición menos intrusivo y más normal que pueda proporcionarse de manera fiable.

La fase temprana de la renutrición después de un largo período de desnutrición es compleja ya que pueden sobrevenir el denominado síndrome de realimentación, que consiste en una descompensación metabólica grave que puede ser fatal (Mehanna et al., 2008). Este síndrome, que ocurre principalmente en las primeras semanas de tratamiento, se caracteriza por cambios en los líquidos y electrolitos que pueden ocurrir en pacientes que reciben realimentación artificial, ya sea enteral o parenteral (Mehanna et al., 2008; Solomon y Kirby, 1990). Estos cambios son el resultado de variaciones hormonales y metabólicas y pueden causar complicaciones clínicas graves (Mehanna et al., 2008). La característica bioquímica distintiva del síndrome de realimentación es la hipofosfatemia, si bien el síndrome es complejo y también puede presentar un equilibrio anormal de sodio y líquidos, cambios en el metabolismo de glucosa, proteínas y grasas, deficiencia de tiamina, hipocalemia e hipomagnesemia. La incidencia de hipofosfatemia durante la renutrición es del 14% en pacientes adolescentes (O'Connor et al., 2016) y del 28% en adultos (Ornstein et al., 2003).

Tratamientos psicológicos

Como tratamientos psicológicos de primera elección para la anorexia nerviosa en adultos, el NICE (2017) recomienda la Psicoterapia cognitivo-conductual individual focalizada en el trastorno alimentario (TCC-TCA), la Psicoterapia basada en el modelo Maudsley para adultos con anorexia nerviosa y el tratamiento clínico de apoyo especializado. Si las anteriores son inadecuadas, contraindicadas o ineficaces para adultos con anorexia nerviosa, el NICE sugiere considerar la psicoterapia psicodinámica focal centrada en el trastorno alimentario. Se recomienda asimismo la terapia familiar en personas adultas con relaciones familiares conflictivas y la psicoterapia grupal (Luque et al., 2018).

Como tratamiento psicológico de primera elección para niños y jóvenes el NICE (2017) recomienda la terapia familiar centrada en la anorexia nerviosa para niños y adolescentes, administrada como terapia única o una combinación de terapia única y multifamiliar, ofreciendo a los niños y adolescentes la opción de tener algunas sesiones unifamiliares por separado de sus familiares o cuidadores. Cuando la terapia familiar es inadecuada, contraindicada o ineficaz para niños o jóvenes con anorexia nerviosa, la TCC-TCA y la psicoterapia centrada en adolescentes pueden ser alternativas viables. También se recomienda la psicoterapia grupal (Luque et al., 2018).

La revisión de van den Berg et al.(2019) no encuentra diferencias significativas entre el tratamiento psicológico y la condición de control en el aumento de peso, en la patología del trastorno alimentario y en la calidad de vida.

La elección y aplicación de una u otra intervención psicoterapéutica ha de tener en cuenta la etapa de la enfermedad, las pautas alimentarias alteradas, los problemas y factores intra e interpersonales precipitantes y mantenedores, las comorbilidades psicopatológicas, las defensas psicológicas, las relaciones familiares e interpersonales y la situación educativa y laboral (Luque et al., 2018). El aumento de la conciencia de enfermedad se acompaña principalmente de mejoras en el dominio emocional, por lo que este último podría representar un objetivo potencial para los pacientes con falta de conciencia sobre su trastorno alimentario (Gorwood, et al., 2019).

Una alternativa psicoterapéutica prometedora y cardinal en la presente investigación, viene de la concepción de que un aprendizaje de miedo alterado, tanto en términos de procesos de condicionamiento como de extinción, pueda estar implicado causalmente en el desarrollo de la anorexia nerviosa[13] (Koskina et al., 2013; Schaumberg et al., 2020; Strober, 2004). Sobre la base de esta idea, los tratamientos utilizan la exposición a estímulos alimentarios para tratar el trastorno (Cardi et al., 2019; Farrell et al., 2019; Glasofer et al., 2016; Levinson et al., 2015; Steinglass et al., 2014). Esta es, precisamente, la cualidad que otorga cierta trascendencia ética y legal a esta alternativa terapéutica; la alimentación no (solo) se dirige a tratar la desnutrición, sino la psicopatología en sí[14]. Hasta la fecha se ha realizado poca investigación, aunque los resultados son prometedores (Cardi et al., 2019; Koskina et al. 2013; Schaumberg et al., 2020).

Tratamiento farmacológico

Algunos fármacos (antidepresivos, antipsicóticos, litio, etc.) se han utilizado para el tratamiento de la anorexia nerviosa, respondiendo a una lógica (Miniati et al., 2016). La razón del uso de antidepresivos tricíclicos[15] vendría de sus similitudes biológicas y psicopatológicas con la depresión y la de los inhibidores de la recaptación de la serotonina, de sus similitudes tanto con la depresión como con el TOC. La justificación del empleo de antipsicóticos se ha relacionado con el control de la hiperactividad psicomotora (con la inducción del aumento de peso) o con la regulación del sistema de recompensa. Además, varios síntomas centrales de la anorexia nerviosa, incluidos

[13] Algunos modelos extraen paralelismos entre anorexia nerviosa, TOC y trastorno de ansiedad fóbico (Hildebrandt et al., 2012; Hildebrandt et al., 2014; Palmer y Jones, 1939; Serpell et al., 2002; Steinglass et al., 2011; Steinglass y Walsh; 2006).

[14] Como se verá más adelante, la legislación establece que la persona que sufre un trastorno mental grave sólo puede ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno. Por esta razón, aunque los miedos relacionados con la imagen corporal o el aumento de peso representan también objetivos para los procedimientos basados en la exposición en anorexia nerviosa (Koskina et al. 2013; Schaumberg et al., 2020) incluso con apoyo de realidad virtual (Porras-García et al., 2020; Porras-García et al., 2021), la relevancia jurídica y bioética es diferente. Por ello, se retomará el tema en el capítulo que aborda el problema ético.

[15] Los antidepresivos tricíclicos ya no se estudian ni se recomiendan para la anorexia nerviosa, principalmente porque pueden inducir arritmias mortales en pacientes con bajo peso corporal, especialmente en pacientes más jóvenes (Miniati et al., 2016).

la alteración de la imagen corporal y el miedo del aumento de peso, se han relacionado estrechamente con una desregulación dopaminérgica subyacente. La razón de la utilización de litio[16] en pacientes con anorexia nerviosa resistente al tratamiento se relacionó principalmente con su inducción al aumento de peso.

No obstante, la evidencia sobre la eficacia de la farmacoterapia en el tratamiento de la anorexia nerviosa es insatisfactoria (DGPM et al., 2019; Miniati et al., 2016; Resmark et al., 2019). Se aconseja "demorar la prescripción de psicofármacos para el alivio de los supuestos síntomas comórbidos (ansiedad, alteraciones anímicas) hasta no tener la suficiente seguridad de que dichos síntomas no son derivados (consecuencia directa) del propio proceso orgánico de desnutrición" (Luque et al., 2018, p.36). El NICE (2017) recomienda no ofrecer medicación como único tratamiento para la anorexia nerviosa.

El uso actual de medicamentos en niños y adolescentes con TCA se limita al tratamiento de afecciones comórbidas, como trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Campbell et al., 2019).

Tratamiento hospitalario

Dados los riesgos médicos asociados con los síntomas de la anorexia nerviosa y el mayor riesgo de fallecimiento, el internamiento y el hospital de día son tratamientos ampliamente utilizados y, a menudo, se consideran las formas más seguras de lograr un aumento de peso en esta población por su capacidad de proporcionar un ambiente controlado (Bodell y Keel, 2010). Tanto los programas para pacientes hospitalizados como los diurnos son enfoques multidisciplinarios intensivos que generalmente comprenden programas de realimentación conductual específicos con los objetivos finales de estabilidad médica y normalización del peso y de los patrones de alimentación. Aunque los programas de hospitalización suelen ser eficaces para normalizar el peso, las tasas de recaída son altas.

Si bien existe un consenso internacional y nacional sobre las indicaciones de hospitalización y las principales líneas de atención multidisciplinar a desarrollar en este marco, la aplicación de estas indicaciones puede ser heterogénea. El estudio de Lasfar et al. (2021) revela distintas modalidades de atención hospitalaria. Los equipos especializados desarrollan estrategias de gestión que surgen de su cultura de equipo.

Otros tratamientos

No se va a reproducir aquí la serie de tratamientos experimentales prometedores que se están llevando a cabo (Véase Zipfel et al., 2015; Treasure et al., 2015), pero sí parece interesante describir algunos que pueden dar lugar a cierta reflexión bioética,

[16] El uso de litio en pacientes con anorexia nerviosa resistente al tratamiento ya no se recomienda (Miniati et al., 2016). El agotamiento de sodio y líquidos puede conducir a una reducción de la depuración de litio, lo que resulta en un aumento de la toxicidad potencial.

al incorporar una serie de matices relacionadas con la la capacidad y la invasividad de las intervenciones, especialmente si se comparan con la nutrición forzada[17].

Terapia electroconvulsiva

El efecto de la terapia electroconvulsiva (TEC) se basa en el desencadenamiento de un ataque epiléptico mediante un pulso eléctrico corto en estado de anestesia y relajación muscular (Folkerts, 2001). Durante la TEC, el estímulo eléctrico pasa brevemente a través del cerebro por medio de electrodos que se colocan sobre el cuero cabelludo, en la región fronto-temporal ya sea de manera bilateral o unilateral (Lamas et al., 2020). La TEC se ha utilizado durante mucho tiempo para tratar trastornos mentales, particularmente en pacientes que requieren la resolución inmediata de síntomas graves y potencialmente mortales (Folkerts, 2011). Se considera una terapia de primera línea para su uso en trastorno depresivo mayor, manía y esquizofrenia (APA, 2008). La revisión de la literatura y la evidencia actual sugiere que la TEC tiene un impacto demostrable en la estructura y función del cerebro, pero no existen pruebas que sugieran que cause daño cerebral (Jolly y Singh, 2020).

Se ha utilizado poco en el tratamiento de la anorexia nerviosa y por ello la literatura también es escasa. Sin embargo, hay evidencia para apoyar que la TEC es segura en esta población y ha sido efectiva en casos de pacientes con anorexia nerviosa con y sin comorbilidades psiquiátricas (Pacilio et al., 2019).

El uso de la TEC no es pacífico y encuentra tanto defensores como detractores (González-Pando et al., 2020a, 2020b; Romero-Tapia y Gamboa-Bernal, 2018; Surya et al., 2019).

Neuromodulación

Las técnicas de neuromodulación son procedimientos que pueden utilizarse para estimular o inhibir la actividad neural (McClelland et al., 2013). Estas técnicas varían desde procedimientos relativamente no invasivos, como la estimulación magnética transcraneal (EMT) y la estimulación transcraneal de corriente directa (ETCD), a otros más invasivos que requieren cirugía como la estimulación del nervio vago y la estimulación cerebral profunda (ECP). Estas técnicas son ventajosas si se compara con los antiguos enfoques de tratamiento directo sobre el cerebro, ya que no lesionan, son ajustables y no tienen graves efectos adversos.

La EMT es una forma no invasiva de estimulación de la corteza cerebral (McCleland et al., 2013). Consiste en la aplicación de campos magnéticos en el cerebro a través de una corriente eléctrica de determinada fuerza y duración, proveniente de una bobina de estimulación ubicada sobre el cuero cabelludo. La ETCD utiliza dos electrodos de superficie (ánodo y cátodo) colocados por encima del cuero cabelludo, que

[17] Se invita al lector a valorar moralmente la aplicación de los tratamientos para la anorexia nerviosa, tanto si su dispensación se realiza con o sin consentimiento del paciente.

administran una corriente eléctrica directa de baja amplitud que atraviesa el hueso craneal y modula el área cerebral seleccionada, lo que permite, en comparación con la EMT, múltiples diseños de estimulación. Sin embargo, a pesar de ser más segura, barata y fácil de administrar que la anterior, no ha sido ampliamente investigada.

Las otras formas de neuromodulación son más invasivas y requieren procedimientos quirúrgicos (McClelland et al, 2013). La estimulación del Nervio vago implica la implantación de un dispositivo estimulador. El generador se sitúa bajo la clavícula, en el pecho y se conecta a electrodos envolviendo el nervio vago.

La ECP es una técnica neuroquirúrgica que consiste en la aplicación de estímulos eléctricos a través de electrodos intracraneales (normalmente dos, implantandos bilateralente) que sirve para modular la actividad de los circuitos cerebrales que se cree que impulsan la actividad patológica (Liu et al., 2020). Hasta la fecha, se han realizado varios estudios de ECP para la anorexia nerviosa con resultados prometedores (Dalton et al., 2018; Lee et al., 2019; Liu et al., 2020; Whiting et al., 2018).

Cirugía estereotáxica ablativa

Por último, cabe mencionar las técnicas ablativas. Se entiende por ablación la "Destrucción completa de un órgano, un tejido o un tumor, o anulación de sus funciones, mediante una intervención quirúrgica o por la aplicación de medios físicos (radiación, frío, calor) o compuestos químicos (medicamentos)" (Real Academia Nacional de Medicina de España, s. f.-a, definición 2). Los procedimientos empleados en neurocirugía psiquiátrica se basan en la técnica estereotáctica, que buscan la lesión (ablación) o desconexión de una región determinada del cerebro para modificar las conductas o estados afectivos anómalos propios del trastorno psiquiátrico (Pedrosa-Sánchez y Sola, 2003). Se incluyen dentro de la denominada neurocirugía funcional, ya que tratan de mejorar o restaurar la función de algunos circuitos neuronales.

La anorexia nerviosa ha sido objeto de tratamiento quirúrgico desde los primeros días de la neurocirugía (Lipsman et al., 2013). Los primeros procedimientos ablativos han dado paso a enfoques más precisos y reversibles que fijan como objetivo la actividad patológica en amplios circuitos neuronales. Las mejoras se basan en el refinamiento de las técnicas quirúrgicas, el uso de tecnologías de neuroimagen y métodos estereotáxicos para situar con precisión las lesiones, y la introducción de radiocirugía (Müller et al., 2015). Müller et al. (2015) analizaron 27 casos publicados entre 1990 y 2014. La mayoría de los pacientes se beneficiaron de los tratamientos neuroquirúrgicos en términos de restauración del peso corporal y morbilidad psiquiátrica. La anorexia nerviosa remitió en un 61% de los pacientes tratados con EMT y un 100% de los pacientes tratados con cirugía ablativa y consideran que la evaluación riesgo-beneficio es positiva.

De acuerdo con la revisión de Murray et al. (2020), los hallazgos de las intervenciones neuroquirúrgicas, como los procedimientos ablativos y la ECP, muestran un potencial de eficacia, por lo que presentan una promesa para la

investigación futura en el tratamiento neuroquirúrgico de la anorexia nerviosa. Sin embargo, los estudios existentes se han visto limitados por tamaños de muestra pequeños y períodos de seguimiento relativamente breves. En contraste, las intervenciones neuromoduladoras no invasivas como la EMT repetitiva y la ETCD han arrojado resultados modestos y generalmente más desiguales.

Dada la naturaleza invasiva de algunas intervenciones, en particular la neurocirugía y la ECP, y las consideraciones éticas [18] inherentes, hacen de estas formas de tratamiento un último recurso[19] para un grupo de pacientes que se han mostrado resistentes a los tratamientos convencionales (Coman et al., 2014). Por ello, las técnicas de neuromodulación están siendo propuestas cada vez más para el tratamiento de la anorexia nerviosa grave y crónica que se ha mostrado refractaria al tratamiento convencional.

[18] Hay cierta literatura bioética sobre su utilización en AN (Maslen et al., 2015; Müller et al., 2015: Pugh et al., 2018; Zhang et al., 2019; Zrinzo et al., 2019). Respecto a la ECP, Maslen et al. (2015), plantean algunas cuestiones interesantes más allá de la necesaria calidad del consentimiento del paciente para someterse a la intervención. Sugieren que, aunque la ECP podría mejorar su capacidad para la toma de decisiones autónomas, el uso de esta tecnología con el fin de alterar los deseos motivadores de primer orden o los rasgos emocionales del paciente puede también conllevar daños relevantes. Deben tenerse en cuenta los diferentes mecanismos en que pueden verse afectadas las experiencias de sí mismos y su capacidad para ser autónomos. Además, los médicos deben ser cautelosos con las formas en que el uso o la mera perspectiva del tratamiento con ECP puede introducir cauces de coerción percibida y problemas con respecto a la autenticidad de los deseos de los pacientes respecto al tratamiento continuado y a las conductas alimentarias. El empleo de la lesión cerebral genera mayores cautelas. Pugh et al. (2018) entienden que la ECP debe favorecerse a pesar de su mayor costo debido a su capacidad de ajuste y reversibilidad. Consideran que, por el hecho de que la lesión del cerebro es irreversible y no existe una base de evidencia para un objetivo efectivo en la anorexia nerviosa, los procedimientos de lesión no son éticos en esta etapa del conocimiento y son seriamente problemáticos para un grupo de pacientes en que el autocontrol es particularmente fundamental en su bienestar. Sin embargo, Zrinzo et al. (2019) opinan que restringir la investigación quirúrgica en anorexia nerviosa grave y crónica a la ECP impone mayores límites a la elección de las personas que dan gran valor al control, tienen pocas opciones y se sienten desesperadas. Los participantes adultos bien informados y con capacidad deben tener la libertad de decidir si desean o no participar en un proyecto de investigación aprobado éticamente. Las personas con anorexia nerviosa grave y crónica pueden ver el equilibrio de riesgos de la ablación estereotáctica como preferible a la ECP en su situación particular. Según los autores, es inapropiadamente paternalista imponer lo contrario.

[19] Como señalan Stevens y Gilbert (2021), las intervenciones neuroestimuladoras se describen como una opción de último recurso para pacientes psiquiátricos. Sin embargo, el estatus de último recurso de estas intervenciones rara vez se desarrolla. Según los autores, la autonomía del paciente sería un principio fundamental si algún día se implementan estos dispositivos en varios puntos a lo largo de la línea de tiempo de una enfermedad psiquiátrica. La aclaración del estatus de último recurso puede servir para comprender mejor las tensiones éticas de las intervenciones tempranas de la ECP y ayudar a proporcionar a los pacientes psiquiátricos más años de calidad de vida de acuerdo con sus valores.

Predictores de la aceptación del tratamiento

Tasca et al. (2012) trataron de encontrar predictores de aceptación del tratamiento intensivo en mujeres con anorexia nerviosa. Aquellas con anorexia nerviosa purgativa en comparación con las de anorexia nerviosa restrictiva tenían más probabilidades de aceptar el tratamiento, aunque el tamaño de este efecto fue pequeño.

Una historia vital de trastornos del estado de ánimo y TCA más graves predicen la utilización del tratamiento (Halmi et al., 2005; Keel et al., 2002).

Factores pronósticos del éxito del tratamiento

Se considera que el mejor tratamiento para la anorexia nerviosa se consigue por medio de un trabajo en equipo multidisciplinar, siendo el elemento nuclear el psicoterapéutico y que la psicoterapia involuntaria no es aplicable (Douzenis y Michopoulos, 2015). El tratamiento es más efectivo si los pacientes son tratados tempranamente en el curso de su enfermedad y si se someten a un curso completo de tratamiento (Guarda, 2008). La intervención temprana en anorexia nerviosa predice la posterior remisión de los síntomas (Nazar et al., 2017).

Se ha hallado asociación entre la corta duración del tratamiento hospitalario, la corta duración del trastorno, la edad temprana en el primer tratamiento hospitalario, la conciencia de enfermedad y la recuperación clínica (Errichiello et al., 2016). Aunque algún resultado sugiere que la impulsividad es un factor de pronóstico positivo (Zerwas et al., 2013), otros estudios lo presentan como factor negativo[20] (Fichter et al., 2006).

Algunos elementos parecen reducir la probabilidad de recuperación como los vómitos autoinducidos y una mayor ansiedad (Zerwas et al., 2013), el bajo peso al ingreso, fracasos de tratamiento anteriores, duración prolongada de la enfermedad, patología comórbida psiquiátrica, gran distorsión corporal, conducta purgativa y rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos, inicio tardío y abandono del tratamiento (Holm et al., 2012), el trastorno por consumo de alcohol (Keel et al., 2003), adultez y cronicidad de la enfermedad (Guarda, 2008), un bajo IMC, una mayor severidad de problemas sociales y psicológicos (Löwe et al., 2001), larga duración del cuidado hospitalario (Hjern et al., 2006) y trastorno grave y duradero (Westmoreland y Mehler, 2016). Varios de los parámetros son susceptibles de un razonamiento circular (Holm et al., 2012). La hospitalización repetida puede estar asociada con un resultado menos favorable en relación con los TCA, mayor comorbilidad y un funcionamiento peor (Mekori et al., 2017; Steinhausen et al. 2008; Yackobovitch-Gavan et al. 2009).

[20] Zerwas et al. (2013) comentan que estos hallazgos aparentemente contradictorios pueden deberse a diferencias en la evaluación de la impulsividad que puede capturar diferentes constructos psicológicos.

En cuanto al abandono, los investigadores han informado resultados contradictorios según subtipos; mientras algunos muestran mayor tasa de abandono del tratamiento hospitalario en pacientes con anorexia nerviosa purgativa (Woodside et al., 2004), otros no hallan diferencias en las tasas de abandono del tratamiento diurno entre subtipos (Tasca et al, 2004). Estos últimos autores encontraron que la ansiedad por el apego, caracterizada por una gran preocupación por las relaciones, puede facilitar la permanencia en tratamiento para aquellos con anorexia purgativa.

2.1.7. Cronicidad, reducción del daño y cuidados paliativos

La anorexia nerviosa tiene altos índices de cronicidad, que alcanzan aproximadamente el 20% (Steinhausen, 2002). Además, la probabilidad de curación se reduce a medida que transcurre el tiempo sin lograrlo, volviéndose muy improbable al cabo de los años (Fernández-Hernández et al., 2021d)[21]. Se habla de "anorexia nerviosa grave y crónica"[22], del inglés "severe and enduring anorexia nervosa", aunque no existe una etiqueta ni una definición consensuada al respecto (Broomfield et al., 2017).

Hay y Touyz (2018) proponen una definición basada en tres criterios: un impacto funcional clínicamente significativo, una duración mínima de tres años y la exposición a al menos dos tratamientos basados en la evidencia. Yager (2020), en cambio, considera necesario recibir múltiples tratamientos en diferentes entornos para otorgar tal denominación. Tampoco existe acuerdo en cuanto al tiempo de padecimiento y algunos autores establecen plazos temporales superiores; 4 años (Saeidi et al., 2013), 7 años (Conti et al., 2016; Gaudiani et al., 2016; Treasure et al., 2015), 10 años (Robinson, 2009) u 8 a 12 años (Yager , 2020).

Más allá de la falta de acuerdo terminológico, la situación que se presenta es que una parte de los pacientes que debutan con anorexia nerviosa no van a alcanzar una recuperación completa y esa probabilidad de fracaso se va a ir incrementando a

[21] Precisamente por ello, Fernández-Hernández et al. (2021d) consideran inadecuado ofrecer datos epidemiológicos sobre probabilidades de curación referidos únicamente al inicio del curso del trastorno. Las posibilidades de éxito disminuyen ostensiblemente a medida que avanza el curso del trastorno sin que la curación llegue. Esta información es necesaria para una toma de decisiones prudente y no es sensato pensar que todos los agentes son conocedores de ello.

[22] Se ha encontrado la expresión "anorexia nerviosa severa y duradera" para el término inglés "severe and enduring anorexia nervosa" en la traducción al castellano del resumen del artículo de Broomfield et al. (2017). Este calco parece poco satisfactorio. El término "severa", en castellano, no equivale a grave (Fundéu, 2021; Real Academia Española, s.f.-a; Real Academia Nacional de Medicina de España, s. f.-b). El adjetivo "duradera" no tiene la connotación médica que conlleva el adjetivo "crónica" (Real Academia Española, s.f.-b, s.f.-c, definición 1). En opinión del autor de la presente tesis doctoral, resulta más adecuado una traducción del tipo "anorexia nerviosa grave y crónica", que se corresponde mejor con la idea que se pretende transmitir y con el empleo de los significantes en castellano. El uso conjunto de los adjetivos "grave y crónico" no es nuevo en salud mental (Saiz y Chévez, 2009; Salgado, 2014; Prefasi et al., 2011).

medida que pasa el tiempo sin curación (Fernández-Hernández et al., 2021d). El término futilidad médica se aplica a los casos en que las posibilidades de éxito de una opción de tratamiento son muy bajas y no beneficia al paciente aun siendo fisiológicamente eficaz (Westermair et al., 2020). En estas circunstancias, es normal que los agentes implicados (pacientes, familias y clínicos) busquen otros modelos de cuidado, incluyendo los de reducción del daño y cuidados paliativos y los pacientes con anorexia nerviosa grave y crónica pueden llegar a considerar la muerte compasiva mejor que una vida de sufrimiento (Westmoreland y Mehler, 2016).

Los tratamientos psiquiátricos no son curativos en muchas ocasiones y, por ello, la psiquiatría no deja de ser en ciertos aspectos una forma de cuidado paliativo (Balon et al., 2016; Lindblad et al., 2019; Trachsel et al., 2016). No es necesario considerar como enfermos terminales a los pacientes psiquiátricos para administrarles cuidados paliativos, ya que el enfoque paliativo entra en acción si la curación no es alcanzable, sin que ello implique la necesidad de una situación terminal (Trachsel et al., 2016). La figura 1 ofrece una representación gráfica del modelo de cuidados paliativos (Lynn y Adamson, 2003).

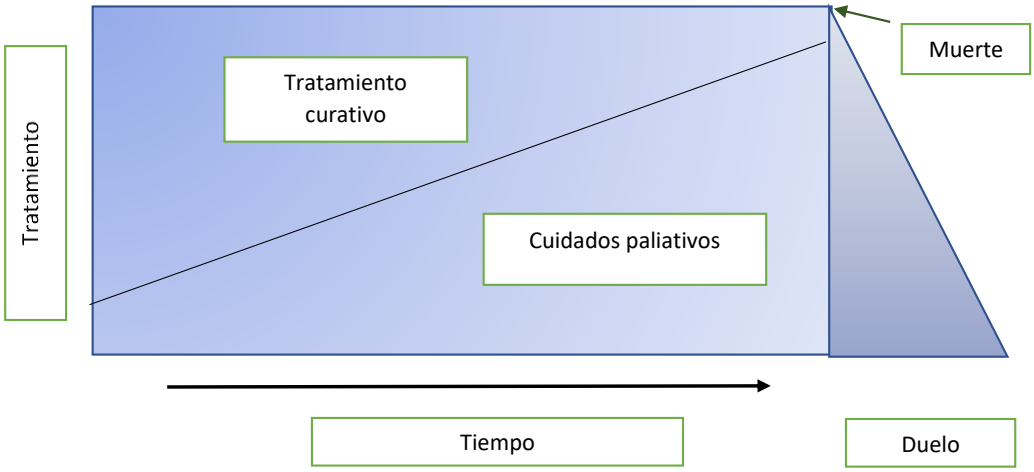


Figura 1 Modelo de intervención paliativa, adaptado de Lynne y Adamson (2003, p.7)

Los modelos de reducción de daños se rigen según el principio general de reducir el impacto negativo del trastorno alimentario para mejorar la calidad de vida, sin la expectativa de la eliminación completa de los síntomas (Pike y Olmsted, 2016). El objetivo es alcanzar un nivel razonable de funcionamiento, en lugar de someter al paciente a un curso completo de tratamiento hasta conseguir un peso ideal que normalmente llevaría aparejada una prolongada estancia hospitalaria (Westmoreland y Mehler; 2016). Por su parte, la finalidad de los cuidados paliativos es aliviar el sufrimiento y se destina a aquellos pacientes para los que el tratamiento activo adicional difícilmente solucionará su trastorno. Va más allá del modelo de reducción

del daño, ya que el intento de conseguir un peso es más dañino que beneficioso y no se dan las condiciones necesarias para que ese modelo opere a su favor.

Aguirre et al. (2017)[23] recomiendan, en el tratamiento de los pacientes con anorexia nerviosa grave y crónica, optar por un modelo de tratamiento no coercitivo, sin forzar la alimentación ni el ingreso hospitalario salvo en casos de urgencia médica, para centrarse en un modelo de reducción del daño y mejora de calidad de vida.

[23] Aguirre et al. (2017) presentan un caso clínico de lectura muy aconsejable.

2.2. La situación legal del tratamiento involuntario en España

El conocimiento de la legislación que regula una determinada actividad se antoja relevante al realizar un análisis bioético de la misma. Ello no sólo otorga una idea de los límites de acción que legalmente cabe emprender, sino que, además, es susceptible de valoración moral. Norma jurídica y moral no se solapan y el conocimiento de ambas facetas es indispensable en la toma de decisiones.

El propio procedimiento deliberativo (Gracia et al., 1995) establece una suerte de prueba de legalidad como paso necesario para adoptar la decisión final, en el bien entendido que la superación de este filtro no otorga moralidad a la decisión adoptada, sino, únicamente, su aparente adecuación al derecho positivo. Simplemente se trata de abordar la cuestión sin ignorar la legislación vigente (Labad, 2017). No cabe perder de vista, no obstante, la influencia que la propia regulación legal puede ejercer en las actitudes sobre sobre la moralidad subyacente de los comportamientos (Huang, 2019; Bilz y Nadler, 2014).

Sea como fuere, de cara a la acción, resulta necesario conocer el marco jurídico de la actividad en que se encuadra la deliberación y a ello se dedica el presente capítulo.

2.2.1. Consideraciones previas

El marco normativo de la salud mental en España es amplio. Son varias las disposiciones que, desde determinados ámbitos, se acercan a regular la enfermedad mental. Un estudio exhaustivo excede las pretensiones de este capítulo[24], pero sí es preciso detenerse en aquellos elementos que inciden más directamente en el objeto de la presente investigación.

Un primer aspecto importante lo constituye el tratamiento legal del suicidio[25] en España. Independientemente de la valoración moral que se otorgue al mismo, el derecho positivo español no lo castiga[26] (Atienza et al., 2012). La tolerancia legal ante

[24] Puede encontrarse un interesante resumen del marco normativo de la enfermedad mental en el documento de conclusiones del Taller II de las XVII jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo sobre la protección de las personas con enfermedad mental (XXVII Jornadas, 2012).

[25] Lo que sea un suicida dista de ser algo pacífico en la doctrina, aceptándose, en general, que la decisión suicida puede representar una forma racional de afrontar determinados problemas vitales (Faraldo, 1999).

[26] Los ordenamientos jurídicos actuales no castigan la tentativa ni el suicidio frustrado porque no se cumplirían los fines de la pena; el suicida parece más digno de compasión que de castigo y ninguna pena puede disuadir a quien ha decidido quitarse la vida (Miranda-Montecinos et al., 2015). Eso no es así en aquellos países donde se considera a la persona como un bien o propiedad del Estado (Atienza et al., 2012). Por otra parte, no es posible castigar el suicidio consumado (Miranda-Montecinos et al., 2015).

la conducta suicida no aparece como tal en el derecho objetivo[27], sino que se deduce de acuerdo con el principio de permisión según el cual "lo que no está prohibido, está permitido" admitido en nuestra cultura jurídica a modo de metanorma del ordenamiento jurídico (Iturralde, 1998). Además, existe "un derecho a disponer de la vida en el sentido de derecho a rechazar el tratamiento o medida salvadora" (Bajo, 2005, p.1143).

Estos aspectos ponen de manifiesto el no solapamiento entre leyes y ética a que se hacía alusión, pues en determinadas morales se manifiesta la no disponibilidad de la vida (Aramini, 2007). Bien es cierto que tampoco las distintas morales se solapan en cuestiones relevantes (Casini, 2011; García, 2013; Lebacqz, 2004).

La mención al suicidio obedece a que nuestro objeto de estudio va a tener que enfrentarse a la decisión de tratar o no, de manera involuntaria, a una persona con un trastorno que pone en riesgo su vida y podría considerarse una forma de suicidio lento (McCartney, 1979; Schurrer, 2018).

2.2.2. Marco Constitucional

Dos son los ejes sobre los que va a girar la aproximación al marco constitucional; por un lado, la libertad, en sus manifestaciones genérica y deambulatoria, y por otro, el conflicto entre libertad y protección de la salud.

El derecho a disponer de la propia vida entronca directamente con lo establecido en el art. 1.1 de la Constitución Española (CE), que consagra la libertad como valor superior del ordenamiento jurídico. Ello "implica el reconocimiento, como principio inspirador del mismo, de la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se le presenten, de acuerdo con sus propios intereses y preferencias" (XXVII Jornadas, 2012, p.7). Dentro de la libertad de las personas se encuentra el derecho a decidir si someterse o no a un tratamiento médico (Gías, 2013), lo que, a la postre, forma parte de la denominada autonomía del paciente.

[27] Según establece en su propio Preámbulo, La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia "introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia". De acuerdo con Rey (2021, p. 492), "La delimitación precisa del contexto eutanásico es crucial. Ese contexto es el muro de separación de la eutanasia y el suicidio asistido con un derecho al suicidio en general de todos aquellos que por cualquier motivo estén cansados de vivir". Molero (2021) considera incoherente la nueva Ley de Eutanasia porque, a pesar de afirmar que el derecho a la vida debe ponderarse y que en ocasiones debe ceder para proteger otros intereses como la libertad, la autonomía de la voluntad, la libertad ideológica y de conciencia, la libertad de decisión, etc., exige que exista una enfermedad grave junto con otros elementos (crónica, incurable…) para que la petición sea atendida. En opinión de la autora, "si abrimos la libertad debemos entender que se abre para todo. Si hablamos en nombre de la libertad para dar luz verde a este tipo de actuaciones, debe serlo de igual forma para cualquier persona que así lo pida. No creo que el legislador tenga la capacidad para decidir qué padecimientos son merecedores de ayuda, en perjuicio de otros; máxime cuando se usa la libertad como sustento principal" (p. 320).

Igualmente, en relación con la libertad en un sentido genérico, el art. 10.1 establece "la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad" como fundamento del orden político y de la paz social. Dignidad de la persona y libre desarrollo de la personalidad, sin mención excluyente por situación de salud física y mental, se establecen como la base para establecer la convivencia.

El término libertad adquiere en la CE dos acepciones que conviene distinguir meridianamente, tanto más cuanto que ambas inciden plenamente en el tratamiento o internamiento involuntario. El art. 1.1. CE previamente mencionado habla de una libertad genérica, en la que se da cabida a la autonomía del paciente. La libertad puede contemplarse en la CE también desde otras manifestaciones más concretas (Martínez, 2006). Aquí interesa la referida a la libertad deambulatoria del art. 17[28], dirigida a la persecución del delito, pero cuyos principios también informan el resto de supuestos de privación de libertad[29]. Como señala Barrilao (2013), el marco normativo-constitucional básico del internamiento involuntario y urgente por trastorno mental viene determinado por el derecho fundamental a la libertad personal (art. 17.1 CE), así como por las garantías directamente determinadas en relación a su limitación; y ello es así porque, en definitiva, este derecho se proyecta ante cualquier tipo de limitación de la libertad física y no solo ante intervenciones públicas de carácter punitivo.

Con respecto a la protección de la vida y la salud, el art. 15 establece que "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes". Como ya se señaló anteriormente, quien atenta contra su propia vida no vulnera ningún mandato constitucional. El art. 15 obliga al Estado y a los terceros a respetar la vida de los ciudadanos, pero ni éste, ni ningún otro precepto impone la obligación de vivir (Méjica, 2014). Que el suicidio no esté penalizado no implica que se tenga derecho al mismo o que exista un derecho subjetivo a morir.

Respecto a la posible vulneración del derecho a la libertad recogido en el art. 17 CE, El Tribunal Constitucional ha reiterado que, en su colisión el derecho a la salud, ha de primar este (Noriega, 2020). La restricción de los derechos fundamentales por la intervención involuntaria sería constitucionalmente legítima por estar encaminada a la preservación de otro bien jurídico de especial trascendencia constitucional como es la vida humana (Arruego, 2007).

[28] El art. 17 CE establece en su punto 1 que "toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley".

[29] "El Tribunal Constitucional (STC 341/1993) distingue entre restricciones y privaciones de libertad, y dentro de éstas últimas, entre la detención preventiva, a la que habría que aplicarse los apartados 2 y 3 del artículo 17 CE y el resto de supuestos de privación de libertad, distintos a la detención preventiva, a los que no les serían de aplicación las garantías establecidas en el artículo 17, sino los principios que lo informan."(Martínez, 2006).

Como señala Méjica (2014), el derecho a la vida no sirve como argumento único para impedir que el paciente con anorexia nerviosa persista en su idea de no tomar alimento. Una persona puede negarse a recibir un tratamiento que necesita, aunque sea vital, siempre que su decisión sea libre y consciente. Sin embargo, según el autor, cuando el paciente con anorexia nerviosa se niega a comer, no se puede hablar de una libertad libre y consciente y, por ello, su negativa no es protegible (Méjica, 2014). De forma similar, Martínez-Zaporta y Fernández-Delgado (2011) entienden que las reticencias del paciente con anorexia o bulimia nerviosas no tienen basamento constitucional ya que, aunque se halle convencido de estar perfectamente de salud, "es fácil constatar que no es así, y que tanto su aspecto externo como su voluntad están enfermos" (p. 48). Sin embargo, no existe una definición legal de lo que se entiende por trastorno psíquico que imposibilita a la persona a prestar válidamente el consentimiento (Julve, 2017). El Tribunal Constitucional (STC 141/2012) remite a los conocimientos propios de la ciencia médica, pero la ciencia médica tampoco da una definición global del término.

Por último, el art. 43 CE reconoce el derecho a la protección de la salud y determina que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, encomendándoles el art. 49 la realización de "una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran" además de ampararlos especialmente "para el disfrute de los derechos que este Título[30] otorga a todos los ciudadanos".

A continuación, se presenta el desarrollo legislativo de estos principios constitucionales.

2.2.3. Art. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil

La norma que regula específicamente el internamiento involuntario es el art. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (LEC), que lleva por título "Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico". El título del artículo puede llevar a confusión ya que no regula el internamiento de la persona con trastorno psíquico que no quiere ser internada. En realidad, dicho precepto establece el procedimiento de internamiento por razón de trastorno psíquico de aquella "persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí ". Por ello, cuando la persona con trastorno psíquico no se encuentre en situación de decidir, debe aplicarse el citado art. 763 LEC, con independencia de su voluntad contraria o favorable al internamiento[31] (Berenguer, 2014; Ramírez, 2006).

[30] El artículo 49 pertenece al Título I "De los derechos y deberes fundamentales".

[31] Este aspecto va a ser relevante en el desarrollo de la presente investigación. La interpretación práctica que se hace en el contexto clínico difiere de la interpretación jurídica del precepto.

Dos aspectos no deben pasarse por alto por su relevancia en el desarrollo de esta tesis doctoral. En primer lugar, el establecimiento de la condición del trastorno psíquico, aparte de la confusión por lo que al tipo de enfermo mental se refiere (López, 2020; Vico, 2019), plantea problemas relativos a la discriminación y estigmatización de esos pacientes[32]. Además la vaguedad de la expresión "que no esté en condiciones de decidirlo por sí" dificulta su delimitación y aplicación práctica.

El artículo establece que la autorización judicial será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hagan necesaria su adopción inmediata. Siendo éste el caso, se obliga al responsable del centro[33] a dar cuenta al juzgado competente con celeridad y en unos plazos[34] que, no por casualidad, coinciden con los establecidos para la institución de la detención[35]. Cuando no sea necesario mantener el internamiento, a juicio de los facultativos que atiendan a la persona internada, le darán el alta y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Aun siendo materia reservada a ley orgánica, el art. 763 ha regulado la libertad de los pacientes con trastorno mental desde el año 2000 hasta el 2015 sin tal rango[36]. En el año 2015 se regularizó esta situación por medio de la Ley Orgánica 8/2015.

[32] En palabra de Porxas (2018), "además de problematizar una noción de igualdad no discriminatoria, perpetúa unos imaginarios sociales concretos vinculados a las personas con problemas de salud mental" (p. 374).

[33] Aunque la solicitud de internamiento urgente corresponde al director del centro sanitario, señala de Miguel (2019) que es el médico quien acaba solicitándolo en todos los casos.

[34] El punto 1 del art. 763 establece que "el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal."

[35] "Desde el punto de vista jurídico, un internamiento es una detención, una imposición en contra de la voluntad de una persona, que, de no existir la norma que lo legitima, podría subsumirse dentro el tipo de las detenciones ilegales o de las coacciones y, ad fortiori, la existencia de dicha norma no exime de cumplir escrupulosamente las normas que en nuestro ordenamiento existen para ello" (Hernández y Hernández, 2018, p. 1047).

[36] El Tribunal Constitucional dictó en 2010 la sentencia 132/2010 por la que declaraba inconstitucionales dos aspectos del artículo. Eran los siguientes: "el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometido a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial" y que "la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida". Sin embargo, los efectos de dicha inconstitucionalidad eran relativos, en el sentido de que la declaración de inconstitucionalidad no se acompañaba de la anulación de la norma (para no crear un vacío legal) y, de que, además, la razón de la inconstitucionalidad era formal y no material. Es decir, la Sentencia no cuestionaba que el contenido de la norma atentase contra los derechos fundamentales contenidos en el art. 17 de la Constitución. La inconstitucionalidad venía porque se trataba de una materia reservada a ley orgánica por imperativo constitucional.

2.2.4. Art. 20 de la Ley General de Sanidad

En ocasiones, la expresión tratamiento involuntario se asimila impropiamente al ingreso involuntario. No obstante, la autorización de un internamiento involuntario no implicaría necesariamente el suministro forzoso de determinada medicación o alimento (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2012). Correlativamente, el tratamiento involuntario no se reduce al internamiento involuntario, ni siquiera necesita de este. De hecho, el tratamiento ambulatorio involuntario[37] podría suponer una alternativa al ingreso involuntario.

La legislación de muchas naciones occidentales autoriza el tratamiento ambulatorio involuntario (Buchanon et al., 2017; Cañete-Nicolás et al., 2012; Ferreirós, 2006; Moleón y Fuertes, 2020; Kisely et al., 2019; Portero, 2010).

El art. 20 de la Ley General de Sanidad (1986) es relevante en este sentido ya que cabe interpretarlo como el marco sin desarrollar del tratamiento ambulatorio involuntario (Ferreirós, 2006). El artículo insta a las Administraciones Sanitarias a que la atención a los problemas de salud mental de la población se realice "en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización".

Sin embargo, las posibilidades terapéuticas obligatorias que incluye la legislación española son motivo de debate y dan lugar a desigual interpretación. En opinión de algunos autores y jueces, la única posibilidad de un tratamiento involuntario es en forma de internamiento (Fuertes et al., 2018), mientras que otros, con una interpretación extensiva de la norma, defienden que diferentes modalidades de tratamiento involuntario tienen cabida sin necesidad de cambio normativo (Cañete-Nicolás et al., 2012; Roig et al., 2012). En definitiva, la regulación actual deja mucho a la interpretación en ese aspecto (Gías, 2013).

[37] En cuanto al empleo del tratamiento ambulatorio involuntario, este se aplica con frecuencia a pacientes con trastornos psicóticos o esquizofrenia. Sin embargo, su uso es extensible a la anorexia nerviosa (Lera-Calatayud et al., 2014). Hay que tener en cuenta la existencia de alternativas potencialmente útiles en el manejo de pacientes con TCA, a medio camino entre el tratamiento ambulatorio tradicional (consultas, terapia individual y grupal) y la hospitalización completa (Gómez-Candela et al., 2018). El rechazo del tratamiento generalmente no es un rechazo total porque el paciente acepta alguna parte del tratamiento (Túry et al., 2019). Al igual que con los trastornos psicóticos, los TCA conllevan un alto riesgo de recaída al acompañarse de problemas de comportamiento y escasa conciencia de enfermedad (Lera-Calatayud et al., 2014). De esta forma, el tratamiento ambulatorio involuntario contribuiría a garantizar la continuación del tratamiento, las recaídas y la estabilización de la enfermedad.

2.2.5. Artículos 101 y 96 del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995)

El artículo 101 del Código Penal establece, en su punto primero, que al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal "se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie".

El artículo 96 del mismo cuerpo legal establece la posibilidad de imponer como medida de seguridad privativa de libertad el internamiento en centro psiquiátrico, centro de deshabituación o educativo especial. Algunos autores (Gías, 2013) consideran que ello introduce otra forma de tratamiento involuntario. Sin embargo, el propio art. 101.1 continúa estableciendo que "El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto", por lo que la finalidad de tratamiento queda relegada a un papel secundario y prima la privación de la libertad de quien no ha podido ser considerado responsable criminal[38].

2.2.6. Convenio de Oviedo

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (en adelante, Convenio de Oviedo), que pasó a formar parte de nuestro ordenamiento de acuerdo con el art. 96.1 de la CE, es de especial relevancia en la materia que nos ocupa. La ley 41/2002 de Autonomía del paciente (LAP) adapta para todo el territorio nacional los postulados de aquel. Por ello se presentan sucesivamente.

En ambos textos encontramos un aspecto importante en cuanto al alcance del consentimiento informado, de relevancia en el caso de personas que padecen anorexia

[38] La regulación de las medidas de internamiento se aparta del objeto de la presente investigación. No obstante, resulta difícil entender la lógica que subyace a la aplicación al inimputable de un periodo de tiempo máximo de privación de libertad en virtud de la hipotética pena privativa de libertad que le hubiese sido impuesta en caso de ser imputable. Como señala Campos (2013), la medida de seguridad se fundamenta en la peligrosidad de quien ha cometido un delito, pero no es criminalmente responsable de él. Por ello, solo estaría justificado el tiempo de privación de libertad necesario para que desaparezca la peligrosidad y, correlativamente, cabría imponer una medida de seguridad con mayor plazo temporal que el de la pena que le hubiese sido impuesta en caso de culpabilidad. Esa incongruencia genera otros problemas, como, por ejemplo, si se debe considerar para el cómputo del plazo máximo la pena abstractamente aplicable al hecho cometido o la que hubiera sido impuesta de haber sido declarado culpable el sujeto. La jurisprudencia se ha decantado por tomar como referencia la pena prevista en el artículo que define el delito, considerando el grado de ejecución y el de participación del sujeto, pero sin tener en cuenta las circunstancias agravantes o atenuantes de carácter genérico (González y Sánchez, 2015). Quizá sería conveniente revisar el fundamento de la norma.

nerviosa; los supuestos para las excepciones al mismo. El consentimiento informado es el procedimiento en que se sustancia el principio de autonomía del paciente, pero no se constituye como un derecho absoluto, sino limitado y sometido al principio de proporcionalidad, teniendo en cuenta otros derechos concurrentes, como pueden ser el interés general o colectivo, la defensa de los derechos o intereses de terceros, o incluso los del propio sujeto que se consideren más dignos de protección (Díez, 2012).

El Convenio de Oviedo dispone en sus artículos 6 y 7 un conjunto de medidas para proteger a quienes no tienen capacidad para expresar su consentimiento (art. 6) y quienes padecen trastorno mental grave (art. 7). En concreto, el art. 6.1. señala que "sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo"[39]. El art. 7 expone que "La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno[40], cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud".

Por su parte, el art. 8, se refiere a situaciones de urgencia, estableciendo que si, debido a esa situación, no puede obtenerse el consentimiento adecuado, "podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada", incidiendo más en la propia urgencia de la situación que en la gravedad (Cremades, 2018, p.57).

2.2.7. Ley 41/2002 de Autonomía del paciente

El paso del paternalismo al respeto a la voluntad del paciente se introduce como derecho positivo a través de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente. Muestras de esa concepción autonomista de la atención sanitaria la ofrecen el art. 8.1 al establecer que "Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado" o el art. 2.4 según el cual "Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento".

El art. 3 LAP define el consentimiento informado como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud". En esta definición se evidencian los tres elementos indispensables

[39] Sin entrar en la idoneidad del sintagma "capacidad para expresar" (pues parece que el problema radica en la expresión de un consentimiento, cuando la expresión de la decisión es sólo uno de los cuatro elementos que constituyen la capacidad para decidir, como se verá más adelante), cabe preguntarse qué es un beneficio directo y quién determina lo que es beneficioso para una persona. Gracia et al. (1995) entienden lo beneficioso como algo inseparable de la autonomía.

[40] Es de resaltar el inciso "que tenga por objeto tratar dicho trastorno", pues, como se verá más adelante, en anorexia nerviosa no está claro si una de las actuaciones involuntarias fundamentales, la alimentación forzada, tiene por objetivo el tratamiento del trastorno o el mantenimiento de la vida sin perspectivas realistas de curación psicopatológica (Westmoreland y Mehler, 2016).

para la realización de un consentimiento informado válido: el médico ha de ofrecer la información comprensible y necesaria, en un contexto que permita elegir libremente a un paciente con capacidad mental para tomar una decisión concreta relacionada con su salud (Ventura et al., 2014). Es reseñable el empleo de la expresión "en el pleno uso de sus facultades", ya que (de forma similar a lo expuesto al analizar el art. 763 del LEC) no especifica cuándo un paciente está en condiciones de decidir. En definitiva, el derecho solo señala que un paciente es capaz para dar un consentimiento informado cuando tiene entendimiento y voluntad suficientes, sin establecer criterios para su medición (Simón-Lorda, 2008).

El art. 9 LAP regula los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación. En su punto 2, indica que "Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento" cuando "existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él". El artículo establece una presunción, la de que a falta de consentimiento el sujeto hubiera aceptado la intervención[41]. Se altera de este modo el orden de prioridad de la vida o la integridad física frente a la autonomía del sujeto (Méjica, 2014). Los supuestos del artículo 9.2 de la LAP se deben entender como excepcionales, debiendo recabarse el consentimiento informado una vez modificadas las circunstancias que dieron lugar a la excepcionalidad (Agón, 2017).

El apartado 3 establece el consentimiento por representación en tres supuestos; el paciente incapaz, el paciente incapacitado[42] y el menor. El apartado 6 determina que la decisión de los representantes "deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor

[41] El consentimiento presunto es un derecho derivado de un estado de necesidad, en que no es posible o no es factible obtener el consentimiento válido del paciente, por ejemplo, ante un paciente inconsciente o incapaz de consentir sobre una intervención urgente o en el caso de la denominada ampliación de la operación *in tabula* (Puppe, 2007). Según Herranz (2000), "lo razonable es suponer que todos los que se encuentran en una situación de urgencia extrema desean seguir viviendo, por lo que puede presumirse más allá de toda duda razonable que darían su consentimiento al tratamiento. Esto se aplica a todos sin excepción, incluidos los que han intentado el suicidio. La experiencia demuestra que, en la gran mayoría de los casos, el que ha intentado suicidarse agradece la atención médica que le ha rescatado de la muerte". De acuerdo con Faraldo (1999) no existe obligación de intervenir en auxilio de un suicida si se trata de un sujeto responsable y que actúa libremente, sin embargo, en caso de duda, parece preferible la actuación ya que de esa forma no se produce nada irremediable al quedar abierta la posibilidad de otro intento de suicidio.

[42] El incapaz es el paciente que carece, en un momento concreto, específico (el de la toma de decisión), de capacidad de hecho o natural, y, como consecuencia de ello, pierde transitoriamente su capacidad de derecho, es decir, el paciente que no es "capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación" (art. 9.3.a LAP). El incapacitado es aquél que ha perdido de forma permanente su capacidad legal o de obrar ya que un juez así lo ha estimado en sentencia por tratarse de una situación no circunstancial. Esto es, "cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia" (art. 9.3.b LAP).

beneficio para la vida o salud del paciente" y cuando las decisiones sean contrarias a esos intereses y, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, "los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente". Según señala M. J. García (2018), esta mención supone la introducción de cortapisas a la autonomía del paciente, expresada por sus representantes legales, y a la lex artis del médico, al ser actuaciones presididas por el principio del mayor beneficio para la vida o salud del paciente. En el caso de instrucciones previas disponibles, que constituyen reconocimiento de los derechos de los pacientes y de su autonomía, habría que atenerse a las mismas (Arruego, 2009; Zabala y Díaz, 2010).

En suma, tres elementos identifican este tipo de situaciones: la gravedad, la urgencia y la imposibilidad de que el paciente manifieste su voluntad (Arruego, 2009). El último elemento incluiría la ausencia de directivas anticipadas. En definitiva, el ordenamiento jurídico "autoriza la realización de intervenciones médicas no contrarias a la voluntad libre y conscientemente expresada por el paciente, sino, precisamente, en su ausencia" (p.23).

En cuanto a quiénes corresponden las distintas actuaciones, el texto no es claro. El art. 9.3.a, establece que se otorgará el consentimiento por representación cuando, a criterio del médico responsable[43] de la asistencia, el paciente no sea capaz de tomar decisiones. En el punto 2 del art. 9, son "los facultativos" los que pueden llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables[44], lo que incluiría a los Psicólogos clínicos, por gozar de la condición de Facultativos especialistas (Escudero et al., 2003; Grupo de Psicología Clínica de la Oficina Regional de Salud Mental de da Comunidad de Madrid, 2008). Algunos autores consideran que la ley únicamente otorga la evaluación a los médicos, y no a otro tipo de profesionales sanitarios, como enfermeros o psicólogos clínicos[45] (Simón-Lorda, 2008). Para mayor confusión, ya se vio más arriba que el punto

[43] La LAP considera médico responsable al "profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales".

[44] Que lleven a cabo las intervenciones clínicas no implicaría necesariamente que decidan. Sin embargo, de la lectura del artículo completo se deduce esa interpretación, al menos cuando las circunstancias dificultan la consulta a familiares o personas allegadas: "Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento … Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él."

[45] En derecho comparado, otras legislaciones (Australia, EEUU, Canadá, Nueva Zelanda) establecen que una persona puede ser ingresada involuntariamente, en base a la decisión de un profesional de la salud mental, incluido el personal de enfermería (Patterson et al., 2016).

6 interpela a los "profesionales sanitarios"[46] a adoptar las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente.

En definitiva, la LAP reconoce al paciente la posibilidad de negarse al tratamiento y para los TCA sólo cabría la restricción de dicha elección en caso de riesgo inminente y grave para su integridad (Cremades, 2018) .

2.2.8. Directivas anticipadas y decisiones por representación

De acuerdo con el art. 11.1 LAP "Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo". Además, el punto 2 añade que "Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito" y no serán de aplicación las "contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas". Es decir, de acuerdo con la ley, si por la situación específica ha lugar a ello, habría que estar a lo indicado en las directivas anticipadas. Sin indicaciones al respecto, se entra en una situación de enorme complejidad ética y jurídica (Simón y Barrio, 2004).

Los pacientes con trastornos mentales episódicos pueden querer comprometerse previamente con el tratamiento, utilizando los denominados contratos de Ulises[47], es decir, directivas anticipadas de salud mental (Sarin, 2012). Se trata de una figura de

[46] Si bien la LAP establece la definición de algunos conceptos y expresiones que se emplean a lo largo del articulado, también utiliza otros que no han sido previamente definidos. Es el caso, por ejemplo, de los términos "facultativo" y "personal sanitario" (Berrocal, 2004, p.238; Ramos, 2002). En este sentido, el texto normativo presenta cierta imprecisión al no respetar ni los términos (*definiendum*) ni las definiciones (*definiens*) que el mismo diseña en el art. 3 (Seuba y Ramos, 2003).

[47] El término "Contrato de Ulises" deriva del poema Odisea de Homero (siglo VIII a. C./1982) y se refiere a un episodio de las aventuras de los Argonautas. Según la predicción de Circe, el barco de los Argonautas llegaría a las Sirenas que hechizan a los hombres que escuchan su voz dejándolos para siempre en sus prados. Por ello, le dice que si quiere escucharlas, haga que sus compañeros le agarren de pies y manos, y que si suplica u ordena que le suelten, que le sujeten con más cuerdas. Siguiendo esas advertencias, Ulises dijo a sus compañeros: "¡Oh amigos! No está bien que uno solo ni dos los oráculos sepan que me ha hecho, prolija, a mí Circe, la diosa entre diosas. Así a todos los he de contar, que quedéis enterados, ya nos toque morir, ya rehuyamos la parca y la muerte. Lo primero exhortóme a evitar a las magas Sirenas, su canción hechicera, sus prados floridos: yo solo escucharlas podré, pero antes habéis de trabarme con cruel atadura que quede sujeto en mi puesto. Bien erguido del mástil al pie me ataréis con maromas y, si acaso os imploro u os mando aflojar esas cuerdas, me echaréis sin piedad nuevos nudos" (p. 290).

instrucciones previas presente en la psiquiatría norteamericana, por la que el paciente autoriza un tratamiento o investigación para cuando la situación del paciente no permita hacerlo por sí. (Ayala et al., 2015). En nuestro país apenas se conoce ni se utiliza. La LAP no se pronuncia sobre esta posibilidad ni las normas de las comunidades autónomas lo han regulado de forma expresa.

En anorexia nerviosa, el proceso de desarrollo de este contrato puede resultar difícil, pero generalmente da como resultado una mejor comunicación, la desmitificación del trastorno alimentario, una mayor sensación de control sobre la toma de decisiones y un enfoque de gestión simplificado (Davidson y Birmingham, 2003). Puede ser prudente que el equipo clínico evalúe y establezca la capacidad del paciente en el momento de hacer el acuerdo (Tan y Richards, 2015).

Como se mencionó previamente, el consentimiento se otorgará por representación cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación (art. 9.3. LAP). Ramos y Robles (2019)[48] hacen un análisis sobre las distintas decisiones por representación (el criterio subjetivo, el del juicio sustitutivo y el del mayor beneficio o mejor interés)[49] para el caso específico de la anorexia nerviosa. Los autores cuestionan la legitimidad del criterio subjetivo en base a los problemas del paciente en la percepción de la realidad y los valores que toma como referencia. Igualmente, exponen las dificultades del criterio del juicio sustitutivo debido a los problemas de autenticidad e identidad personal que la anorexia nerviosa plantea. Por último, exponen la crítica que se hace al criterio del mayor beneficio o del mejor interés por ser demasiado individualista, por no ser posible saber cuáles serían esos mayores beneficios o mejor interés y por su vaguedad, al desconocerse qué valores mueven a la persona que enjuicia.

La sustitución del juicio no es sencilla. Algunos datos señalan que los familiares pueden errar en la decisión. En el estudio de Shalowitz et al. (2006), los sustitutos designados por el paciente y los familiares más cercanos predijeron incorrectamente las preferencias del tratamiento al final de la vida de los pacientes en un tercio de los casos. Estos datos socavan la afirmación de que la dependencia de los sustitutos se

[48] El texto de Ramos y Robles (2019) condensa una interesante panorámica del problema ético a que se enfrentan los profesionales de la salud mental ante el rechazo al tratamiento en anorexia nerviosa. Los autores analizan la competencia en la toma de decisiones, revisando aspectos relevantes, como la cuestión de la identidad personal y las peculiaridades de los distintos criterios de decisión por representación en su aplicación a la anorexia nerviosa. Se recomienda su lectura ya que recoge las principales ideas sobre el tema.

[49] Cabe presentar sucintamente el contenido de los tres criterios de decisión de la forma siguiente (Barrio y Simón, 2006; Ramos y Robles, 2019). El criterio subjetivo consiste en poner en práctica las instrucciones dadas anticipadamente por el paciente. Por el criterio del juicio sustitutivo el sustituto debe tomar la decisión que tomaría el mismo paciente en condiciones de competencia. El criterio del mayor beneficio o del mejor interés consiste en excluir a la persona de la toma de decisiones y hallar qué opción le beneficia más.

justifiue por su capacidad para predecir las preferencias del tratamiento de los pacientes incapacitados.

2.2.9. El requisito legal de enfermedad mental

El establecimiento de un artículo como el 763 LEC para regular la posibilidad de instauración del internamiento no voluntario de forma específica para pacientes con trastorno mental es controvertido. Villagrán et al. (2014) comentan la problemática que suscita el hecho de que la regulación actual obedezca a dos filosofías contrapuestas (art. 763 LEC y art. 9 LAP). Lo consideran discriminatorio al aplicarse automáticamente el art. 763 al paciente psiquiátrico que se niega a ingresar, sin que sea necesario atender a las garantías de la LAP. En opinión de los autores "la legislación sobre ingresos involuntarios está diseñada, fundamentalmente, para favorecer el tratamiento e ingresos urgentes, a la luz del objetivo principal de inmediata protección social" (p. 502).

La aplicación de una legislación específica para el paciente psiquiátrico también aparece en el derecho comparado (Saya et al., 2019). Mientras que, en opinión de algunos autores, su propósito es precisamente reconocer que el trastorno mental en ocasiones crea situaciones para las que son necesarias medidas y protecciones legislativas, para otros refleja estereotipos dañinos sobre las personas con enfermedades mentales y no es coherente con una asistencia sanitaria que se aleja del paternalismo y pone un énfasis cada vez mayor en la elección y la autonomía del paciente (Szmukler y Kelly, 2016)[50]. Por ello, demandan que se reemplace por un modelo centrado en las capacidades de toma de decisiones de la persona.

El modelo social de la discapacidad hacia el que ha transitado la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2006 (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2006)[51], basado en la dignidad de la persona y de los derechos humanos,

[50] El tema de la enfermedad mental y la discapacidad es complejo. Un abordaje serio requeriría mayor espacio del que es posible brindarle aquí. En cuanto al modelo a adoptar por la legislación de salud mental, se recomienda la lectura de la referencia que suscita esta nota, en que los autores, George Szmukler y Brendan D. Kelly, debaten si la legislación de salud mental convencional debe ser reemplazada por un modelo que se concentre en las capacidades de toma de decisiones de la persona.

[51] La Convención (ONU, 2006) asume la importante y exigente tarea de promover los derechos humanos de las personas con discapacidad en todo el mundo. No obstante, algunas publicaciones (Alemany, 2018 ; Appelbaum, 2019; Dawson, 2015; Freeman et al., 2015; Scholten y Gather, 2018; Scholten et al., 2021; Sociedad Española de Psiquiatría, 2020; Szmukler, 2019) alegan debilidades en el contenido de la Convención, y especialmente en la interpretación por parte del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014). Según Alemany (2018), el Comité adopta una ideología basada en el apoyo del modelo social de la discapacidad frente al tradicional modelo médico, que no considera la discapacidad un mal o un daño y que trata conjuntamente todas las formas de discapacidad. El autor entiende que "no cabe prescindir del concepto biomédico de enfermedad y discapacidad, es necesario tratar de forma diferente a las discapacidades mentales de otras que no suelen conllevar incapacidad para tomar decisiones, la enfermedad o la discapacidad sí cabe entenderla

exige que el sistema tradicional protector que trabaja con la idea de la sustitución en la toma de decisiones sea reemplazado por el de apoyo a la toma de sus propias decisiones (M. P. García, 2018). El artículo 12 insta a los Estados Parte a reconocer "que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida", lo que puede interpretarse en conflicto con gran parte de las leyes existentes basadas en el trastorno y la capacidad mentales (O'Shea, 2012).

En el caso específico español, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2019) recomienda que el Estado "revise o derogue todas las disposiciones jurídicas, incluido el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, "a fin de prohibir la institucionalización forzosa y los tratamientos forzosos por motivo de discapacidad y de garantizar que las intervenciones por motivo de salud mental se basen en los derechos humanos".

El propio comité de Bioética de España recomienda [52] impulsar una reforma legislativa para que la limitación excepcional de la dignidad y libertad de las personas quede circunscrita a un régimen general, al margen de la presencia o no de discapacidad en el individuo (Comité de Bioética de España, 2019). Entiende el Comité que la discapacidad del sujeto no puede resultar un criterio atendible y no justifica en ningún caso una privación de libertad por sí solo. Para ello establecen dos alternativas; o bien, la derogación del artículo 763 LEC, que llevaría aparejada la reforma, en su caso, del artículo 9 LAP[53] para incorporar las garantías que contiene aquél, pero sin vincular su aplicación a la concurrencia de un trastorno psíquico u discapacidad; o bien la redacción de un nuevo artículo 763 LEC, pero suprimiendo la mención al trastorno psíquico como criterio para determinar el internamiento.

M. E. Torres (2017; 2020) sugiere que, aparte de la derogación del artículo 763, cabría la posibilidad de reinterpretarlo de un modo acorde con el contenido de la Convención, entendiendo que el objeto del procedimiento sea la averiguación certera de la voluntad de la persona o, subsidiariamente, su mejor interpretación, para que la resolución sobre la autorización del ingreso en centro solo tuviese cabida si durante el procedimiento se concluyese que la voluntad de la persona fuera justamente la de ingresar[54].

como un mal o un daño (que debe ser superado) pero no entraña un desprecio moral para el enfermo o el discapacitado y, finalmente, es un error reducir la dignidad a la autonomía personal"(p. 201).

[52] Recomendación en respuesta a una petición realizada por el Secretario General de Sanidad y Consumo en marzo de 2019 solicitando una valoración sobre la Propuesta de Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo.

[53] Recuérdese que el art. 9 LAP es el que permite a los facultativos llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, "cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización".

[54] "En este caso debería desaparecer del precepto el calificativo de *no voluntario*, por lo menos como sinónimo de *contrario a su voluntad*, puesto que lo que habría que averiguarse en el

2.2.10. Impacto de la legislación en la calidad asistencial

La regulación de la asistencia sanitaria puede no ser inocua y dificultar su prestación. Muchos médicos consideran que la ley y sus reglas son contrarias a las necesidades de la salud mental de los pacientes (Elbogen y Tomkins, 1999), que es difícil aplicar los criterios medicolegales al internarlos involuntariamente (Røtvold y Wynn, 2014) y tiene muchas limitaciones (Mitchell et al., 1988). La ley en los libros y la ley en la práctica son a veces bastante diferentes (Shao et al., 2012)

La incidencia anual de hospitalizaciones involuntarias va en aumento en España, alcanzando en 2017 las 121,9 por cada 100.000 habitantes (Sheridan-Rains et al., 2019). Según de Miguel (2019)[55] la cifra asciende a 65.000 internamientos anuales en España, es decir 181 detenciones psiquiátricas diarias. Este autor considera que la causa del aumento de hospitalizaciones involuntarias radica tanto en el abuso del modelo biomédico en la atención de personas con discapacidad mental y psicosocial como de la autotutela ejecutiva de la administración sanitaria, capaz de transgredir la ley ordinaria y los derechos fundamentales. De Miguel critica, entre otras cosas, que sea habitual hacer pasar por internamiento urgente un internamiento de mera complacencia o conveniencia y que la solicitud de internamiento urgente recaiga en el médico cuando corresponde al director del centro sanitario. El médico se debe a la confianza legítima con el paciente y no puede contaminarse con decisiones que minan dicha confianza. El autor considera que si el internamiento lo solicita el médico (lo que ocurre en el 100% de los casos, según expone) es ilegal e inmoral.

Por último, la ley otorga al facultativo la evaluación de capacidad del paciente y la decisión de internamiento. Sin embargo, se sugieren otros modelos. Por ejemplo, algunos autores plantean la toma de decisiones compartidas (Elwyn et al., 2012; Knight, 2019), basado en apoyar un proceso de deliberación y en comprender que las decisiones deben respetar lo que más importa a los pacientes como individuos, y que ello, a su vez, depende de que desarrollen preferencias informadas. Se considera también que los cuidadores han de participar en la toma de decisiones compartidas con profesionales de la salud, para apoyar a la persona a la que ambos brindan atención (Wilhelm, 2020).

procedimiento sería la voluntad real de la persona para ingresar y, de comprobarse que éste sería su *deseo, preferencia o voluntad*, autorizar *forzosamente* ese ingreso" (M. E. Torres, 2017, p. 73).

[55] El artículo de de Miguel (2019) presenta una visión de la situación actual plagada de ejemplos que dan lugar a la reflexión. Si bien se adopta una perspectiva eminentemente jurídica, su relato de la realidad del internamiento y el tratamiento no voluntarios, con implicaciones más allá de lo estrictamente legal, es muy revelador y merece una detenida lectura.

2.3. El concepto de autonomía en Bioética

2.3.1. Concepto de autonomía

La aparición y preponderancia del concepto de autonomía en ética médica es relativamente reciente (Pellegrino y Thomasma, 1987). De acuerdo con Walker (2008), el requisito de respetar la autonomía del paciente se discute a menudo en la ética médica en ausencia de una explicación específica de lo que se entiende por autonomía de la persona o de sus acciones y elecciones. Arrieta (2016) advierte de la gran pluralidad de acepciones que cabe encontrar al aproximarse a la idea de autonomía y los distintos usos que alberga. El concepto de autonomía individual es uno de los términos más utilizados, y quizás menos comprendidos, del debate moral, político y legal actual (Christman, 1989).

Gracia (2012) ofrece cuatro significados diferentes al concepto de autonomía. El primero es político: la capacidad de las ciudades antiguas y los estados modernos de darse sus propias leyes. El segundo es metafísico, kantiano[56], y se entiende como una característica intrínseca de todos los seres racionales. El tercero es legal, en el que las acciones se denominan autónomas cuando se realizan con la debida información y capacidad y sin coacción. El cuarto es moral y se refiere, según el autor, a los actos postconvencionales, guiados por valores internos y responsables[57]. En bioética, el significado de autonomía más utilizado no es el moral, sino el legal.

2.3.2. Autonomía individual

La autonomía individual es una idea que generalmente se entiende referida a la capacidad de ser la propia persona, de vivir la vida de acuerdo con razones y motivos que se toman como propios y no producto de fuerzas externas manipuladoras o distorsionadoras (Christman, 2018). Es un valor central en la tradición kantiana de la filosofía moral, pero también se le otorga un estatus fundamental en la versión del liberalismo utilitario de John Stuart Mill. En Kant, la autonomía se asocia a la libertad individual, basada en la voluntad, y se considera propiedad constitutiva del ser humano (Ribeiro-Alves, 2012). La condición de ser moralmente autónomo es razón suficiente para merecer respeto. Sin embargo, la visión utilitarista de Mill ya no se basa en la voluntad sino en el actuar útil. En consecuencia, la diferencia radica en que infringir el principio de autonomía en Kant supone violar substancialmente a la

[56] Según Gracia (2012), contrariamente a lo que el propio Kant expresa, la autonomía no tiene un sentido moral en su obra, sino metafísico. La autonomía es la esencia de los seres humanos como entidades racionales, sin importar cómo manejen sus vidas morales o realicen sus actos morales.

[57] Postconvencional, usando la terminología acuñada por Lawrence Kohlberg; guiado por valores internos (inner-directed), como lo expresó David Riesman; responsables, según Hannah Arendt (Gracia, 2012)

persona humana, mientras que en la concepción utilitarista puede estar justificado si se tiene en cuenta el objetivo deseable y útil a la propia persona humana.

La autonomía personal o individual se distingue de la libertad en que esta última se refiere a la capacidad de actuar, sin restricciones externas o internas y también (en algunas concepciones) con suficientes recursos y poder para hacer efectivos los propios deseos, mientras aquella alude a la independencia y autenticidad de los deseos (valores, emociones, etc.) que mueven a uno a actuar (Christman, 2018).

2.3.3. Autonomía en Bioética

Como se señaló previamente, en Bioética, el significado predominante de autonomía no es el moral, sino el legal, configurado en torno a la idea de consentimiento informado y desarrollado principalmente por abogados y jueces (Gracia, 2012). La concepción de la autonomía imperante está fuertemente influenciada por construcciones legales y jurídicas que no se idearon específicamente para personas con una enfermedad o discapacidad, sino para proteger el derecho que los ciudadanos disfrutan en circunstancias normales de salud (Arrieta, 2019). El principio de autonomía se complica por la influencia del Derecho, centrada en la capacidad sobre las propias decisiones (Curbelo, 2013). Las concepciones amplias de la autonomía (que incorporan elementos más desarrollados en la literatura filosófica moral, como la autodeterminación, la reflexión crítica, la autenticidad, y que es sensible al contexto social y relacional de la persona) son distintas de una comprensión limitada de la autonomía, que se centra en el consentimiento informado como el proceso para lograr la autonomía (Dive y Newson, 2018).

Conviene, por tanto, distinguir entre la autonomía como facultad o condición sustantiva de la realidad humana frente a la autonomía como el acto de elección. La primera es menos relevante en bioética ya que personas autónomas pueden hacer elecciones no autónomas y personas no autónomas pueden llevar a cabo acciones autónomas (Gracia y Muñoz, 2006). De cara a un consentimiento informado, el interés se centra en la elección autónoma o, en general, en la acción autónoma (Faden y Beauchamp, 1986). No es lo mismo que las personas tengan capacidad de ser independientes y con control a que sus acciones reflejen el ejercicio de esas capacidades. Por ello, los criterios que determinan una acción como autónoma difieren de aquellos que caracterizan a una persona como autónoma.

No obstante, otros autores consideran que la cuestión de si determinadas acciones y decisiones son autónomas o no debería dejarse de lado. Lo importante sería respetar la autonomía de la persona (no sus acciones) y eso implicaría tanto atenerse a sus decisiones (autónomas o no) como crear un entorno propicio para la toma de decisiones autónomas (Walker, 2008).

Acepción de Beauchamp y Childress

Una de las acepciones más influyentes de la autonomía en Bioética se deriva de los Principios de Ética Biomédica de Beauchamp y Childress (Dive y Newson, 2018). Beauchamp y Childress (2001) consideran la acción autónoma en términos de decisores normales que actúan intencionalmente, con comprensión y sin influencias controladoras que determinen su acción. Intencionalidad significa que la decisión o acción no puede ser accidental; un agente debe tener la intención de actuar de esa manera, debe ser una acción deliberada y no es una cuestión de grado (es decir, entienden una dicotomía perfecta, la acción es intencionada o no lo es). Una persona comprende si ha adquirido información pertinente y creencias relevantes y justificadas sobre la naturaleza y las consecuencias de su acción[58]. Tal comprensión no necesita ser completa: una comprensión sustancial de los hechos centrales y otras descripciones es generalmente suficiente. En cuanto a la voluntariedad, los autores se centran en la independencia de una persona de las influencias manipuladoras y coercitivas de los demás. Entienden que, mientras que los actos son intencionales o no intencionales, las condiciones de comprensión y la ausencia de influencias controladoras pueden satisfacerse en mayor o menor medida, existiendo para ambas un amplio espectro que va desde la presencia total hasta la ausencia total de ellas. Para que una acción sea autónoma, solo debe requerirse un grado sustancial de comprensión y estar libre de restricciones, no una comprensión total o una ausencia absoluta de influencia. Los umbrales que marcan decisiones sustancialmente autónomas pueden fijarse cuidadosamente a la luz de objetivos específicos. En consecuencia, los criterios apropiados de autonomía se abordan mejor en un contexto particular, en lugar de precisarse a través de una teoría general.

Esta noción de autonomía no está exenta de críticas. Según Walker (2008), es inadecuada en tres frentes: no identifica adecuadamente las acciones y elecciones no autónomas, da una explicación falsa de qué características de las acciones y elecciones las hacen autónomas o no autónomas y no proporciona ninguna base para el requisito moral de respeto por la autonomía. Este último aspecto se aborda a continuación.

Principio de respeto por la autonomía

El concepto imperante de autonomía no se refiere a la autonomía en sí, sino al principio de respeto por la autonomía, según el cual deben respetarse las decisiones autónomas de las personas (Curbelo, 2013). No es lo mismo ser autónomo que ser respetado como agente autónomo. Respetar a un agente autónomo es, como mínimo, reconocer el derecho de esa persona a tener opiniones, a tomar decisiones y a

[58] De acuerdo con Walker (2008), a pesar de estos altos estándares para cumplir con el requisito de comprensión, no hay condiciones de racionalidad discutidas con respecto a la comprensión o cualquiera de los otros elementos de la autonomía. Por lo tanto, no se requiere que las creencias de la persona que son relevantes para sus elecciones sean racionales, que las elecciones se alcancen a través de un proceso racional o que las acciones sean en general racionales en la práctica.

emprender acciones basadas en valores y creencias personales (Beauchamp y Childress, 2001). El principio de respeto por la autonomía puede enunciarse, en su forma negativa, como que las acciones autónomas no deben estar sujetas a restricciones de control por parte de otros. Además, no solo requiere negativamente la libertad de la coerción externa y la influencia manipuladora, sino que también promueve positivamente la capacidad de toma de decisiones y la asistencia para lograrla (Marckmann, 2015). Como resultado, el médico no tiene únicamente la obligación de respetar las decisiones del paciente, sino también la obligación de apoyar el proceso de toma de decisiones en sí mismo, proporcionando información completa que se adapte a las necesidades del paciente.

Cabe plantearse por qué ha de merecer respecto la autonomía de las personas. Beachamp y Childress (2001) lo justifican acudiendo a Kant y Mill. En su opinión, ambas filosofías brindan apoyo al principio de respeto por la autonomía[59].

Walker (2008) entiende que, aunque las explicaciones contemporáneas de la autonomía estén influidas por consideraciones tanto kantianas como millianas, no ofrecen ni la explicación de Kant ni la de Mill. Por lo tanto, no pueden reclamar justificación para su principio particular de respeto a la autonomía de ninguna de estas fuentes. Como se señaló con anterioridad, esta es una de las críticas que, según la autora, cabe oponer a la acepción de Beauchamp y Childress, ya que no ofrece una justificación específica para la afirmación de que la autonomía, tal como ellos la entienden, debe respetarse como una cuestión de principio moral.

Críticas al papel del valor autonomía

Señala Varelius (2006) que, si bien la autonomía es un valor central en la medicina occidental y la ética médica, no está claro qué papel debe tener. No hay consenso en si la autonomía deba valorarse independientemente de su papel en la promoción del bienestar de los pacientes. Incluso entre quienes consideran admisible que la autonomía anule el bienestar en determinadas ocasiones, no hay acuerdo sobre cuáles son estos casos.

Además, muchos autores recelan, desde diversos puntos de vista, del valor adquirido por el principio de autonomía en el debate bioético (Butkus, 2015; Coope, 2009; Foster, 2009; García-Sánchez, 2019; Garrafa, 2005; Gaylin y Jennings, 1996; Jennings, 2016; Lepping y Raveesh, 2014; Martínez, 2017; Nahmias, 2007; O'Neill, 2002, 2003; O'Shea, 2012; ; Pardo, 2003; Rendtorff ,1998; Schneider, 1998; Smail, 2005;

[59] Beauchamp y Childress (2001) examinan ambas filosofías. Kant argumenta que el respeto por la autonomía se deriva del reconocimiento de que todas las personas tienen un valor incondicional, y que cada una tiene la capacidad de determinar su propio destino. Mill considera que a los ciudadanos se les debería permitir desarrollarse de acuerdo con sus convicciones personales. La posición de Mill requiere tanto la no interferencia como un fortalecimiento activo de la expresión autónoma, mientras que la de Kant implica un imperativo moral de respeto, el tratamiento de las personas como fines y no simplemente como medios.

Stanfield, 2019; Stirrat y Gill, 2005; de Wit, 2012). Se presentan a continuación algunas de ellas, sin pretensión de exhaustividad.

Las concepciones de la autonomía individual en que se basan son filosófica y éticamente inadecuadas, y socavan más que apoyan las relaciones de confianza (O'Neill, 2002). Es imposible o impracticable de lograr (O'Shea, 2012). La protección de la autonomía individual ha llevado a límites que violan el sentido común y las intuiciones morales ordinarias (Gaylin, 1996). Su sobredimensionamiento provoca una visión singular e individualizada de los conflictos, junto con una verdadera industria del consentimiento informado como si todas las personas, independientemente del nivel socioeconómico y la educación, fueran verdaderamente autónomas (Garrafa, 2005). En contextos de enfermedad, deberían excluirse "de la capacidad de decisión del sujeto ciertos bienes e intereses esenciales a la dignidad humana, a los que nadie debería verse en situación de renunciar" (Martínez, 2017, p. 339). El paciente, como consecuencia de la enfermedad, no puede ser realmente autónomo: su vida se convierte por la enfermedad en algo no autónomo y le hace depender de quienes le ayudan y cuidan (Pardo, 2003). Un enfoque ético equilibrado consideraría el derecho del paciente al tratamiento, sus relaciones e interacciones con la sociedad y no únicamente el derecho del paciente a la libertad y la toma de decisiones autónoma (Lepping y Raveesh, 2014). La protección adecuada de la persona humana debe tener en cuenta las otras dimensiones de la protección: los principios de dignidad, integridad y vulnerabilidad (Rendtorff, 1998). Schneider (1998) señala que muchos pacientes rechazan la carga que supone decidir por sí mismos y, aunque quieran estar informados, prefieren confiar sus decisiones a los médicos.

Desde una perspectiva más específicamente psicológica, Butkus (2015) alerta de que el sentido correcto de la autonomía es mucho menos racional y más determinista de lo que los modelos actuales muestran. Deben tenerse en cuenta elementos más allá de la consciencia que sesgan las decisiones de los pacientes. No prestar atención a los mismos puede tener consecuencias fatales y va en contra de los mismos principios de la ética médica. Nahmias (2007) señala algunas amenazas basadas en teorías y evidencia de la psicología social (el principio de situacionismo, la desaparición de los rasgos de carácter y los errores de la psicología popular y la introspección) que sugieren que el comportamiento humano no se rige de acuerdo con principios elegidos conscientemente[60].

[60] Nahmias (2007) señala tres tesis interrelacionadas. La primera es el principio del situacionismo: el comportamiento está influenciado en gran medida por factores situacionales externos que no se reconocen, sobre los cuales se tiene poco control y cuya influencia, de ser conocida, sería frecuentemente indeseada. La segunda, la desaparición de los rasgos de carácter: los estados de disposición internos no son estables en las distintas situaciones y no son buenos predictores del comportamiento. Por ello, los principios constantes que se aspiran a desarrollar tienden a ser ineficaces dado el poder de ciertos factores situacionales. La tercera tesis es la de los errores de la psicología popular y la introspección: generalmente las explicaciones del comportamiento propio y ajeno se basan en teorías populares erróneas o en una introspección inexacta. La introspección no da un acceso privilegiado a lo que realmente motiva la conducta.

Según Tress y Erny (2009), en el caso de la enfermedad mental en particular, la capacidad básica para tomar decisiones a menudo se reduce o elimina significativamente debido a limitaciones cognitivas, pero sobre todo emocionales. El trabajo terapéutico debe, en primer lugar, procurar que el paciente pueda ejercer su derecho a la autonomía mediante un acompañamiento instructivo, posiblemente también determinante, del terapeuta. Stirrat y Gill (2005) opinan que la predominancia de la autonomía, en lugar de eliminar cualquier residuo de paternalismo médico, lo reemplaza por un paternalismo bioético igualmente inaceptable. Además, puede llevar a que algunos profesionales consideren erróneamente que la aquiescencia irreflexiva a una intervención solicitada en contra de su juicio clínico sea honrar la autonomía del paciente cuando, de hecho, es la inobservancia de su deber como médicos.

Donnelly (2006) identifica dos limitaciones en el paradigma de la autonomía con especial referencia a la forma en que opera en el contexto del rechazo al tratamiento y que cobran especial relevancia en el contexto de la presente investigación. En primer lugar, el paradigma de la autonomía se basa en una división binaria de los pacientes en las categorías de capaces e incapaces, colocándose los pacientes incapaces fuera del ámbito del principio de autonomía y, en consecuencia, considerados en gran medida como irrelevantes dentro del modelo. Esta división no tiene en cuenta la complejidad de la toma de decisiones y el continuo de las capacidades humanas. La segunda dificultad es que el proceso de evaluación de la capacidad no es el procedimiento neutral libre de valores que requiere el paradigma de la autonomía. En realidad, no se determina que los pacientes sean capaces o incapaces sin hacer referencia a la naturaleza de las decisiones que están tomando y de las consecuencias de estas decisiones para ellos. Por tanto, el paradigma de la autonomía se basa en una visión idealizada del requisito de capacidad que no se puede cumplir en la práctica.

Autenticidad

Los bioeticistas suelen invocar dos nociones principales con respecto a la autonomía de los pacientes; capacidad de decisión y voluntariedad. A veces se plantea una tercera noción; la autenticidad (Ahlin, 2018). Esta alude a que la actitud proactiva desde la que uno actúa puede ser más o menos auténtica, es decir, autodeterminada o verdaderamente propia (Sjöstrand y Juth, 2014).

Hay varias teorías sobre la autenticidad. En las teorías iniciales, la idea estribaba en la armonía entre los deseos de orden inferior y superior (Frankfurt, 1971; Dworkin, 1988). La actitud proactiva de un agente es autónoma cuando encaja en la estructura más amplia del resto de sus actitudes proactivas (Bublitz y Merkel, 2009). La autenticidad de un acto, decisión o deseo depende de la actitud del agente hacia la misma (Ahlin, 2020). Una crítica a estas teorías jerárquicas es que los deseos en el nivel superior también deben ser respaldados en un nivel aún más alto para ser auténticos y así sucesivamente en una regresión infinita (Noggle, 2005). Otras teorías de la

autenticidad dan importancia a la historia causal de los deseos y las que se centran en la coherencia de conjuntos completos de deseos (Ahlin, 2018). Sin embargo, el significado preciso del término autenticidad parece difícil de alcanzar y los procesos psicológicos han sido relativamente poco estudiados (Newman, 2019; Newman y Smith, 2016).

El concepto es muy problemático de utilizar como criterio para la toma de decisiones autónomas en la atención sanitaria. (Sjöstrand y Juth, 2014). Los pacientes a veces toman decisiones que parecen no ser auténticas, como cuando personas con anorexia nerviosa (capaces para tomar decisiones según una evaluación estándar) rechazan el tratamiento para evitar aumentar de peso, a pesar de que el riesgo para la salud es muy elevado (Ahlin, 2020). Si tales decisiones no son auténticas y, por tanto, no autónomas, cabría anularlas por razones paternalistas. La toma de decisiones autónoma requeriría entonces que los deseos del decisor sean auténticos, genuinos, verdaderamente suyos, etc. (Ahlin, 2018). No obstante, no está claro cómo se debe conceptualizar el concepto de autenticidad (Ahlin, 2020).

Otras dimensiones de la autonomía

Hasta ahora se ha considerado únicamente un aspecto de la autonomía referido a la toma de decisiones. Recuérdese que Beauchamp y Childress (2001) consideran la acción autónoma en términos de decisores normales que actúan intencionalmente, con comprensión y sin influencias controladoras que determinan su acción. Sin embargo, algunos autores consideran que la autonomía decisional no es suficiente para dar cuenta de la situación real de muchos pacientes. Entienden que esta debería expandirse incluyendo la autonomía relacional (Mackenzie y Stoljar, 2000), la autonomía funcional o ejecutiva (Naik et al., 2009), la autonomía informativa (Seoane, 2010) y la autonomía narrativa (Casado y Etxebarria, 2014).

Autonomía relacional

De acuerdo con Mackenzie y Stoljar (2000), las dificultades generadas por brindar una explicación adecuada de la afectación de la autonomía en contextos de socialización opresiva, junto con las críticas feministas a las nociones tradicionales de autonomía, han proporcionado el principal impulso hacia el desarrollo de un enfoque relacional.

En un modelo de identidad social, el individuo no puede entenderse fuera de una red de relaciones familiares, comunitarias que crean y sustentan su identidad (Scully, 2021). Esta visión relacional de la identidad genera algunos problemas a la idea tradicional de la autonomía personal como capacidad esencialmente individual de actuar del decisor racional que protege sus intereses y actúa distanciado de influencias o preocupaciones por otros agentes. Para reconocer la imposibilidad de escapar a esa conexión entre los individuos, al medio social y cultural, el enfoque feminista desarrolla un modelo relacional de autonomía. Esta visión es escéptica ante la relevancia del modelo estándar de autonomía para grupos sociales marginados a

quienes las estructuras materiales y políticas pueden restringir seriamente su ejercicio de autodeterminación.

Dado que la ética convencional privilegia la razón sobre la emoción y la mente sobre el cuerpo, los códigos convencionales ponen en duda la agencia moral de ciertos grupos, como las mujeres, las personas objeto de discriminación racial y las personas con discapacidades (Rice, 2015). Como contrapunto, la bioética feminista evita los marcos universales en las políticas y prácticas de salud que ignoran los desequilibrios de poder y las diferencias sociales y, en cambio, investiga las desigualdades sociales y los detalles de las situaciones de las personas que dan forma a la salud (Rogers, 2006; Scully et al., 2010).

Las críticas feministas se han centrado en la necesidad de una explicación más detallada y rica del agente autónomo, enfatizando que un análisis de las características y capacidades individuales no puede emprenderse adecuadamente sin prestar atención a los ricos y complejos contextos sociales e históricos en los que están inmersos los agentes (Mackenzie y Stoljar, 2000). Se apunta la necesidad de pensar en la autonomía como una característica de los agentes que son criaturas emocionales, corporeizadas, creativas, con deseos y sentimientos, además de racionales; y destacan las formas en que los agentes se diferencian internamente, tanto psíquica como socialmente, de los demás. Ello requiere una reconceptualización de ciertas nociones que son centrales en la literatura sobre autonomía, como la integración, la identificación, la reflexión crítica y la autorrealización.

Una preocupación del enfoque relacional señalada por Mackenzie y Stoljar (2000) corresponde a las formas específicas en que la socialización y las relaciones sociales opresivas pueden impedir la agencia autónoma, que se presenta en tres niveles interrelacionados. El primer nivel es el de los procesos de formación de los deseos, creencias y actitudes emocionales de un agente, incluidas las creencias y actitudes sobre sí mismo. Los enfoques relacionales están particularmente interesados en analizar el papel que juegan las normas e instituciones sociales, las prácticas culturales y las relaciones sociales en la configuración de las creencias, deseos y actitudes de los agentes en contextos sociales opresivos. El segundo nivel es el del desarrollo de las competencias y capacidades necesarias para la autonomía, incluidas las capacidades de autorreflexión, autodirección y autoconocimiento. El tercer nivel es el de la capacidad de un agente para actuar sobre deseos autónomos o para tomar decisiones autónomas. La autonomía puede verse obstaculizada en este nivel no solo por restricciones abiertas a la libertad de los agentes, sino también por normas sociales, instituciones, prácticas y relaciones que limitan efectivamente la gama de opciones significativas disponibles para ellos.

Autonomía funcional o ejecutiva

De acuerdo con Naik et al. (2009), el concepto de autonomía del paciente como autonomía decisional, está profundamente arraigado en la capacidad de tomar

decisiones informadas con respecto a las decisiones de atención médica intensiva, pero requiere un concepto ampliado de autonomía del paciente que incluya tanto la autonomía de decisión como la autonomía ejecutiva para la gestión de las enfermedades crónicas. La autonomía funcional o ejecutiva se refiere a la capacidad de realizar por uno mismo las decisiones adoptadas (Seoane, 2010). La autonomía de decisión puede existir sin que se acompañe de capacidad o libertad para ejecutar decisiones. Los individuos pueden ser intelectual y volitivamente autónomos, y aun así estar incapacitados, restringidos o, de otra manera, impedidos de actuar. Arrieta (2019) considera que la autonomía que debe considerarse no es independiente del contexto situacional. Así, según el autor, en situaciones de cuidados intensivos, es bastante apropiado ver la autonomía casi exclusivamente en términos de decisión para una situación terapéutica específica, siendo mucho menos satisfactorio cuando se trata de contextos de enfermedad crónica y medicina primaria.

Por ello, cabe cuestionar la idoneidad de un planteamiento evaluativo centrado únicamente en las cuatro habilidades de la capacidad de decisión[61] en el caso de la anorexia nerviosa. En definitiva, en los casos en que las personas viven con enfermedades crónicas o discapacidades, la pregunta es más bien qué significa ser una persona autónoma (Ringstad, 2016). La vida de una persona consiste en algo más que tomar decisiones. Cuando una lesión o enfermedad se convierte en parte de la vida cotidiana de la persona durante mucho tiempo, la autonomía se convierte más en tratar la enfermedad que en tomar decisiones sobre las intervenciones de atención médica.

Autonomía informativa

La autonomía informativa, a la que se va a prestar menor atención en el seno de este trabajo, consiste en "el poder del paciente para disponer y controlar su información de carácter personal, íntima, privada y pública, de modo que pueda decidir por sí mismo cuándo y en qué condiciones procede revelar situaciones referentes a la propia vida y salud" (Seoane, 2010, p.74). Es decir, la información debería despojarse de su carácter instrumental para reconocérsele un carácter autónomo en sí misma y no simplemente como medio al servicio de la autonomía decisoria.

Autonomía narrativa

Dado que la autonomía nace y se preserva en la comunicación y la interacción con otros agentes, Casado y Etxebarría (2014) añaden una cuarta dimensión; la autonomía narrativa. Complementa a la autonomía informativa, ya que la información se convierte

[61] La literatura (Appelbaum y Grisso, 1988; Marson et al., 1995; Roth et al., 1977) articula la capacidad para la toma de decisiones de tratamiento en torno a cuatro componentes o criterios (comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección). Este aspecto será objeto de estudio detenido análisis en el siguiente capítulo.

en una historia dirigida a otros, es decir, se construye narrativamente. Las personas son narrativamente autónomas cuando "son capaces de manifestar sus intenciones comunicativas y moldear la respuesta de su audiencia a las historias que cuentan"(pp.56-57). Lo llevan a cabo mediante narrativas que conectan el pasado, presente y futuro de su historia personal. En el contexto asistencial, es autónomo quien consigue integrar sus decisiones en una narrativa compartida con otros, complementando así la historia clínica con su visión personal. Se trata de un modelo de interacción dialógico y cooperativo. "La autonomía narrativa está orientada hacia la relación de la persona con su entorno social a lo largo del tiempo" (p. 57).

Cabe finalizar este capítulo dedicado a la autonomía reiterando la idea expuesta por Gracia (2012): en bioética, el significado usual de autonomía no es moral, sino legal, desarrollado en torno a la idea de consentimiento informado y determinado por tres condiciones; conocimiento, capacidad y voluntariedad. En la concepción legal, la agencia de un individuo o la capacidad de autogobierno se relaciona con la capacidad para tomar decisiones en un momento particular, con un umbral que no reconoce la autonomía como un continuo (Motloba, 2018, p.418). La capacidad del paciente merece pues especial atención y se desarrolla en los tres siguientes capítulos.

2.4. La valoración de la capacidad del paciente: principios, dificultades y alcance

El abordaje de la capacidad del paciente se presenta en dos bloques. El presente da entrada a la publicación 4 de la tesis doctoral, dejando el segundo para la exposición de algunos aspectos adicionales en torno a la capacidad del paciente y su valoración no tratados en el artículo publicado.

La publicación 4 es la última en ser admitida y responde a la compleción y refinamiento del marco teórico que se presenta en esta tesis doctoral. El proceso de elaboración del capítulo sobre capacidad del paciente ha dado lugar a un manuscrito susceptible de publicación y así ha sido considerado por el equipo editorial de la Revista DILEMATA[62], tras la pertinente revisión por pares.

Como se señala en el resumen del propio artículo, se inicia con un repaso del concepto de capacidad. Aparte de su definición y la confusión que su uso presenta con el término competencia, se presenta el modelo de los cuatro componentes de la capacidad, así como los principios, las dificultades y el alcance de la valoración de la capacidad.

Sin embargo, lo que articula la redacción del manuscrito es la defensa de dos ideas. La primera, rebate el principio ampliamente aceptado de que la capacidad de los pacientes para tomar decisiones médicas depende del riesgo. Se esgrime que la aplicación de ese principio puede ser la puerta de entrada a actitudes paternalistas. La segunda sostiene que la evaluación de la capacidad ha de plantearse como un espacio de colaboración en el que se otorgan ayudas al paciente para que este pueda decidir sobre su vida. Se cuestiona el planteamiento de la valoración como un dictamen pericial estático y se sugiere una visión alternativa, de "valorización" (en lugar de una mera valoración) de la capacidad; la valorización de la capacidad del paciente como un proceso orientado a posibilitarle tomar las riendas de su destino. Ello no obsta a que, en ocasiones, la evaluación de la capacidad pueda ser imposible o, incluso, intranscendente, dependiendo de otros valores implicados en el proceso asistencial.

La relevancia de estas ideas atañe particularmente al caso particular del paciente con anorexia nerviosa. En efecto, como se verá en capítulo ulterior, la valoración de su

[62] La revista DILEMATA hace la siguiente advertencia respecto a su política de acceso:

"Esta revista provee acceso libre inmediato a su contenido bajo el principio de que hacer disponible gratuitamente investigación al público apoya a un mayor intercambio de conocimiento global. Por ello, salvo indicación contraria, todos los contenidos de *DILEMATA* se distribuyen bajo una licencia de uso y distribución "Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 3.0 España" (CC-by-nc). Puede consultar desde aquí la versión informativa y el texto legal de la licencia. Se pueden copiar, usar, difundir, transmitir y exponer públicamente, siempre que: i) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); ii) no se usen para fines comerciales; iii) se mencione la existencia y especificaciones de esta licencia de uso. Esta circunstancia ha de hacerse constar expresamente de esta forma cuando sea necesario."

capacidad para la toma de decisiones de tratamiento se caracteriza por la dificultad. Por ello, la noción de incapacidad puede no ofrecer lo que se espera de ella (Miller, 2020). Además, dada la transcendencia de otras cuestiones implicadas (dignidad de la persona, perspectivas de éxito terapéutico, etc.) y las circunstancias excepcionales que caracterizan a la anorexia nerviosa, algunos autores consideran que hay razones morales para derogar parcialmente los principios habituales de la toma de decisiones éticas (Giordano, 2019).

La valoración de la capacidad del paciente: ni depende del riesgo, ni es un mero resultado

Assessing Patient Capacity: Neither Related to Risk Considerations, Nor Just a Score

José Luis Fernández Hernández
Universidad Complutense de Madrid
joself01@ucm.es

Pablo Herranz Hernández
Universidad Autónoma de Madrid
pablo.herranz@uam.es

Laura Segovia Torres
IES Carpe Diem de Fuenlabrada
laura.storres@gmail.com

ISSN 1989-7022

Resumen: Tras hacer un repaso del concepto de capacidad y su valoración, se analiza el principio de que la capacidad de los pacientes para tomar decisiones médicas depende del riesgo. Aun teniendo cierta aceptación en la literatura bioética, son muchas las críticas que suscita ya que puede ser la puerta de entrada a actitudes paternalistas. Por otro lado, se subraya la idea de la valoración de la capacidad como un espacio de colaboración en el que se otorgan ayudas al paciente para que pueda decidir sobre su vida. No parece éticamente aceptable plantear la evaluación como un simple dictamen. La evaluación de la capacidad puede ser a veces imposible o intranscendente. En definitiva, la evaluación de la capacidad es un procedimiento que, bien utilizado, puede permitir que el paciente pueda hacerse cargo de su vida. Mal utilizado, puede ser la puerta de entrada a actuaciones paternalistas injustificadas.

Palabras clave: bioética; competencia mental; consentimiento informado; ética médica; paternalismo

Abstract: After reviewing the concept of capacity and its assessment, the principle that patient's decision-making capacity depends on risk is analysed. Although it has some acceptance in the bioethical literature, it also arouses some criticism since it seems to give rise to paternalistic attitudes. In addition, the idea of capacity assessment as a collaborative space in which aid is given to the patient is emphasized so that they can decide about their life. It does not seem ethically acceptable to pose the evaluation as a simple report. Capacity assessment can sometimes be impossible or inconsequential. In short, capacity assessment is a procedure that, used wisely, can allow the patient to take charge of their life. Misused, it can be the gateway to unjustified paternalistic actions.

Keywords: bioethics; ethics, medical; informed consent; mental competency; paternalism

José Luis Fernández Hernández, Pablo Herranz Hernández & Laura Segovia Torres: "La valoración de la capacidad del paciente: ni depende del riesgo, ni es un mero resultado"
ILEMATA, Revista Internacional de Éticas Aplicadas, nº 35, 5-16

Es conocido el derecho básico de cada paciente de tomar decisiones autónomas con respecto a su atención médica (Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, LAP) y que el consentimiento informado se basa parcialmente en la capacidad de los pacientes para utilizar la información recibida y hacer con ella una elección significativa. Se entiende que la determinación de la capacidad es un elemento clave para cumplir con los requisitos de respeto a los principios de autonomía y beneficencia. En palabras de Navío y Ventura (2014, p.4) la evaluación de la capacidad "es fundamental para lograr un equilibrio adecuado entre el respeto de la autonomía de los pacientes que son capaces de tomar decisiones informadas, y la protección de las personas con deterioro en la capacidad para evitar consecuencias negativas de una mala decisión". Se trata, por un lado, de no saltarse la autonomía del paciente en salvaguarda de su bienestar y, por otro lado, de prevenirse ante un injustificable respeto a su autonomía que lo ponga en riesgo (Villagrán et al., 2014).

La necesidad de determinar la capacidad no tendría sentido en una relación clínica paternalista como la imperante hasta hace relativamente pocos años. Quizá a ello obedece el que la atribución de esta potestad a los médicos no haya hecho aparición en el derecho objetivo sanitario hasta la llegada de la LAP, y que sí ostentan, curiosamente, los notarios en el Código Civil desde el siglo XIX[1] (Simón-Lorda, 2008). Efectivamente, según la LAP, cuando, a criterio del médico responsable[2] de su asistencia, el paciente no sea capaz de tomar decisiones, se otorgará el consentimiento por representación. Por

Received: 19/11/2020
Accepted: 27/05/2021

ISSN 1989-7022

Dilemata, año 13 (2021), nº 35, 5-16

tanto, es el médico responsable quien ha de valorar la capacidad del paciente. Además, la ley es parca en la delimitación de la capacidad y se limita a enunciar que un paciente es capaz para dar el consentimiento informado cuando tiene entendimiento y voluntad suficientes, pero no establece criterio objetivo alguno, ni forma práctica de medición para llevarlo a cabo (Simón-Lorda, 2008).

1. Competencia y capacidad

Estos dos términos suelen generar confusión por el propio significado del concepto y por la influencia del inglés y sus entradas "competency" y "capacity". Una de las dificultades estriba en que estos vocablos del inglés se corresponden peor en significado con aquellos cuya voz en castellano tiene características gráficas y fonéticas más similares, convirtiéndose prácticamente en "falsos amigos" cruzados.

"Competency" sería un término jurídico, que haría alusión al reconocimiento legal de las aptitudes psicológicas para tomar determinadas decisiones. Sería equivalente a la capacidad de derecho o legal de nuestro sistema jurídico. Sin embargo, "capacity" sería más bien una expresión psicológica y clínica (no legal) referida a las aptitudes mentales necesarias para tomar determinada decisión, siendo evaluada por médicos, psiquiatras, psicólogos y notarios, equiparable a la "capacidad de hecho" o "natural" (Simón-Lorda, 2008). Esta se traduce a veces al lenguaje español como "competencia" y no como "capacidad", que sería lo más correcto en opinión de algunos autores (Navío y Ventura, 2014). Este artículo se ocupa de la aptitud psicológica y por ello se utiliza exclusivamente el término "capacidad". En las escasas ocasiones en que se alude al reconocimiento legal de la misma, el término se acompaña del adjetivo "jurídica" para su desambiguación.

Según señala Boyle (2019), se considera que existen tres bases potenciales para evaluar la capacidad: el enfoque de 'estado', donde la capacidad se determina por si alguien tiene o no una discapacidad mental, el enfoque de 'resultado', donde la capacidad se determina por la prudencia (o no) de la decisión tomada y el enfoque de 'función' (o "proceso"), donde se evalúa cómo se produce la toma de decisiones por la persona. La distinción no es ociosa ya que, si la forma en que la persona llega a la decisión es determinante, una persona puede ser capaz, aunque padezca algún tipo de discapacidad mental o a pesar de tomar una decisión que se considere insensata o imprudente. Este último es el adoptado en la mayoría de las jurisdicciones, incluida la española.

2. ¿Qué se entiende por capacidad de decisión?

La literatura (Appelbaum y Grisso, 1988; Marson et al., 1995; Roth et al., 1977) configura la capacidad en torno a cuatro componentes o criterios (comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección). En la actualidad, se los reconoce normalmente como dimensiones diferentes de un constructo general, la capacidad, y los cuatro deben estar presente para que se considere que una persona está en condiciones de tomar decisiones médicas. Por tanto, una persona es capaz si entiende el tratamiento y sus riesgos y beneficios, aprecia las

ISSN 1989-7022

Dilemata, año 13 (2021), nº 35, 5-16

consecuencias personales de su elección, toma una decisión racional de tratamiento y expresa adecuadamente esa opción. (Appelbaum y Grisso, 1998; Roth et al., 1977).

La comprensión precisa de cierta capacidad para recibir y retener información médica relevante, comprender el lenguaje, conceptos sofisticados relacionados con la enfermedad y las opciones de tratamiento, y recordar información para su aplicación en futuras decisiones médicas (Peterson, 2019)

Una característica definitoria de la apreciación es la capacidad de reconocer que la información médica se relaciona con la propia condición y tratamiento (Owen et al., 2009). Un paciente puede ser capaz de entender la información médica pero no ser capaz de referenciarla sobre sí mismo. Por ello, la comprensión no implica apreciación y ha de demostrarse de forma independiente (Peterson, 2019).

El componente de razonamiento se refiere a la presencia de un proceso de argumentación, por ejemplo, la capacidad de participar en un razonamiento consecuente y comparativo y de manipular la información racionalmente (Palmer y Harmer, 2016). Ya se indicó que, en un enfoque funcional (Boyle, 2019), la capacidad se determina por el proceso de toma de decisiones, no por el contenido de la decisión de un paciente. El paciente es capaz si puede explicar su decisión de una manera que sea consistente con sus propios objetivos y planes de vida, aunque esa contravenga el consejo médico.

El cuarto componente, la expresión, se refiere a la capacidad de comunicar una decisión. La expresión es la capacidad de indicar, verbalmente o de otra manera, una decisión médica. En principio, puede parecer un componente poco importante. Sin embargo, requiere al menos tener presentes dos precauciones. En primer lugar, un paciente con todos los componentes cognitivos de la capacidad intactos podría ser considerado incapaz porque no puede comunicarse verbalmente (Peterson, 2019). La segunda, plantea la situación inversa a la anterior. El paciente puede carecer de alguno de los otros componentes de la capacidad, pero ser capaz de expresar convincentemente una opinión (Abu Snineh et al., 2017).

Una de las críticas que se hacen a este modelo reside en su enfoque cognitivo, ya que deja escapar otros elementos de la enfermedad mental que socavan la autonomía decisional, como el impacto de estas enfermedades en las creencias y emociones (Charland, 1998; Mackenzie y Rogers, 2013). Algunos autores (Tan et al., 2006; Charland, 2001; Charland, 2006) señalan la necesidad de explorar los valores, puesto que comprometen la capacidad de toma de decisiones, pero no son convenientemente recogidos por los test de capacidad. Ello ha generado cierto debate[3] (Tan et al., 2006; Craigie, 2011; Foster, 2013; Grisso y Appelbaum, 2006).

3. Dificultades en la determinación de la capacidad

El consentimiento informado tiene su sostén principal en la posibilidad de determinar la capacidad del paciente. Sin embargo, la determinación de la capacidad de decisión plantea todo tipo de dificultades (Epstein, 2008; Bruno et al., 2013, Zürcher et al., 2019), especialmente en psiquiatría (Pouncey y Merz, 2019, p.274). El problema central es que se traza una línea

ISSN 1989-7022

Dilemata, año 13 (2021), nº 35, 5-16

entre aquellos que tienen capacidad para tomar decisiones de los que no la tienen, aunque la realidad de la capacidad psicológica para ejercer la elección no es binaria (Donnelly, 2006), fluctúa a lo largo de la vida (Jackson, 2018) y se desconocen sus procesos (Hubbeling, 2014). Además, la evaluación de la capacidad tampoco debe obviar la autonomía funcional, la posibilidad de ejecutar lo decidido (Seoane, 2010).

Las dificultades en la determinación de la capacidad también pueden venir del lado de quienes son llamados a realizarla. Cabe plantearse la idoneidad del médico, de cualquier médico, para valorar la capacidad del paciente. El hecho de que no se exija una formación en evaluación de la capacidad (o una titulación en psicología, neuropsicología o la especialidad de psiquiatría), sugiere que dicha atribución obedece más bien a criterios pragmáticos o consuetudinarios[4]. En este sentido, es relevante el estudio de Er y Sehiralti (2014) con pacientes psiquiátricos hospitalizados, en el que los autores quisieron comparar los resultados de las evaluaciones de la capacidad llevadas a cabo por médicos, enfermeras, familiares, así como los ofrecidos por el instrumento MacCAT. No solo encontraron que las evaluaciones realizadas presentaban un nivel de acuerdo deficiente o moderado, sino que, además, fueron las evaluaciones de las enfermeras psiquiátricas las que obtuvieron mayor grado de acuerdo con los resultados del MacCAT.

Adicionalmente, los profesionales no utilizan estándares uniformes para evaluar la capacidad de toma de decisiones (Volicer y Ganzini, 2003) y la presencia de elementos intersubjetivos abre un espacio para que los deseos que no se comparten o no se entienden no sean considerados autónomos (White, 2017). En la práctica, se sopesan varias dimensiones relevantes al mismo tiempo: las consecuencias dañinas, su importancia en cuanto a los propios valores relevantes de la persona, la vulneración de la autonomía y su capacidad de decisión (den Hartogh, 2016).

4. Alcance de la valoración de la capacidad

Una crítica fundamental a la valoración de la capacidad radica en que las intervenciones paternalistas no se justifican simplemente porque se descubra que un paciente no es capaz o que un deseo no es auténtico. El paternalismo requiere el apoyo de argumentos morales independientes (Ahlin, 2018). Martens (2015) considera que la capacidad de toma de decisiones[5] es un concepto estéril para justificar el paternalismo ya que requiere un salto de la evaluación de la forma a una conclusión del contenido. La forma no es contenido y cualquier posible relación entre estos dos aspectos de los valores necesita argumentos adicionales.

Los argumentos tradicionales en favor de intervenciones involuntarias, como pueden ser la falta de conciencia de enfermedad o capacidad y la eficacia del internamiento involuntario, están poco fundamentados (Høyer, 2000). Según el autor, la falta de conciencia de enfermedad se acepta acríticamente como una característica del trastorno mental grave, sin plantearse hasta qué punto está realmente afectada o en qué medida se relaciona con la capacidad. Los intentos por medir la conciencia de enfermedad no han pasado de tautologías del tipo: los que están de acuerdo con el psiquiatra tienen conciencia de enfermedad, los que no están de acuerdo no. En cuanto a la efectividad del internamiento, la considera más que discutible. Los estudios son complejos y, a menudo, tienen errores metodológicos. Es difícil

ISSN 1989-7022

Dilemata, año 13 (2021), nº 35, 5-16

elegir criterios de valoración adecuados y la enorme cantidad de factores que influyen en el curso de los trastornos mentales impide determinar cómo influye realmente la coerción. No está acreditado el deterioro de los pacientes no ingresados y, aunque lo estuviese, tampoco sería en sí mismo un motivo para ello. Y, por supuesto, es cuestionable que sea el psiquiatra el encargado de considerar los beneficios frente al daño potencial del tratamiento coercitivo.

Se ha argumentado que debe permitirse siempre a los pacientes tomar sus propias decisiones, y que cualquier uso de la coerción es poco ético por principio, independientemente de las circunstancias. La coerción puede ser considerada intrínsicamente errónea (Anderson, 2017). Algunos autores otorgan tal importancia al respeto a la autonomía que consideran que los pacientes han de tomar sus propias decisiones, aunque otros estén claramente en una mejor posición para velar por su bienestar (Varelius, 2006). Según Bach y Kerzner (2014, p.58) la pregunta no es si una persona tiene capacidad mental para ejercer su capacidad jurídica, sino qué tipos de apoyos se requieren para que la persona ejerza su capacidad jurídica. Fernández et al. (2020) consideran que declarar a una persona incapaz no ha de implicar automáticamente la retirada de su poder de decisión sobre su propia vida, sino que ha de servir como una señal de alerta ante la posibilidad de que, para determinadas decisiones, podría no ser el decisor óptimo ya que un paciente incapaz puede ser el mejor decisor posible. Hubbeling (2014) propone que, en el contexto de las urgencias, se trate a las personas en riesgo inmediato de muerte o discapacidad grave independientemente de su consentimiento. Ello supondría el abandono del respeto a las decisiones tomadas adecuadamente desde un enfoque de proceso o función, en que se evalúa el proceso de toma de decisiones independientemente del desenlace a que conduzca.

5. La incapacidad mental no depende de las consecuencias

Aceptando que la evaluación de la capacidad tenga un papel que jugar, cabe preguntarse cuáles son las guías de acción que rigen la valoración de la capacidad. En este sentido, se consideran una serie de principios. Ventura et al. (2014) señalan los de presunción de capacidad, maximización de la capacidad, libertad de tomar decisiones insensatas, relación (pero no identificación) de la capacidad con el deterioro mental o con el déficit funcional, la dependencia de las consecuencias y posibilidad de cambio de la capacidad, tanto material como temporal. Los autores añaden dos principios más, aunque no son evaluativos sino referidos a la actuación una vez determinada la incapacidad (lo que conecta directamente con la crítica expresada en el apartado inmediatamente precedente); la búsqueda del mayor interés del paciente y la elección de la alternativa menos restrictiva.

El principio de que la (in)capacidad mental depende de las consecuencias es el que se cuestiona en este artículo. Con más motivo, al observar que una reciente publicación científica sobre valoración de la capacidad (Palacios et al., 2020) continúa abrazándolo sin reservas, hasta el punto de afirmar que "para que el paciente pueda decidir, su grado de capacidad debe ser acorde con la complejidad y los riesgos del procedimiento propuesto" (p.260).

Este principio, presente en la literatura bioética española (Simón-Lorda, 2008; Ventura et al., 2014), recoge la idea original de Roth et al (1977), quienes afirman que la capacidad se rela-

ISSN 1989-7022

Dilemata, año 13 (2021), nº 35, 5-16

ciona directamente con el tipo concreto de decisión que hay que tomar, y que posteriormente dará lugar al concepto de escala móvil de capacidad de Drane (1985) que hace depender la capacidad de la complejidad de las decisiones a tomar. El punto de corte que establezca si el paciente es o no capaz ha de depender de cuál sea la decisión a que se enfrente. No existe un punto de corte fijo, sino que dependerá del nivel de dificultad de la decisión. Así, en decisiones de baja dificultad, la mayoría de las personas serían consideradas capaces, mientras que en las de alta complejidad muchas serían incapaces.

Sin embargo, la idea no está exenta de polémica. Algunos autores se han alzado en contra de esta visión (Wicclair, 1991; DeMarco, 2002; Hermann et al., 2016; Karlawish, 2013). El reproche que se le hace es que la posición paternalista no desaparece (DeMarco, 2002).

Wicclair (1991) cuestiona la afirmación de que un estándar relacionado con el riesgo logre un compromiso óptimo entre la autonomía del paciente y la preocupación por el bienestar del paciente. En efecto, allí donde el riesgo es alto, tal estándar amenaza con unos requisitos inalcanzables; y donde es bajo, no ofrece un mínimo establecido, lo que resulta en estándares demasiado bajos. Por ello, el autor concluye que el nivel de capacidad exigido para la toma de decisiones no debe variar según el riesgo percibido. Karlawish (2013) habla de la tiranía de la medición. Si la capacidad es un juego de números, entonces quien controla los números controla la capacidad y, a su vez, la autonomía.

Hermann et al. (2016) entienden que, en realidad, se trata de un juicio moral y no de una evaluación de la capacidad como habilidad inherente. Imponer mayores exigencias si hay consecuencias graves no es compatible con el concepto de capacidad de decisión como habilidad inherente, porque no estaría definida por un factor externo. Según los autores, la ponderación de los principios morales que dan peso a la protección del paciente juega un papel central en la definición de los valores límite que finalmente determinan lo que se considera capacidad de decisión. En definitiva, la capacidad para consentir puede ser vista como un medio para allanar el camino al paternalismo. No sería un requisito previo independiente de la intervención paternalista, sino un término construido a partir de las consideraciones éticas que la justifican.

Téngase en cuenta que el mayor riesgo que puede entrañar una intervención, el fallecimiento, es un concepto fácilmente comprensible por la mayoría de personas. De hecho, los niños parecen tener una asimilación bastante sofisticada de la muerte a los 6 años (Menéndez et al., 2020). En cuanto a la toma de decisiones de salud que les afectan, en general, los niños de 14 años no difieren de los adultos y los niños de tan solo 9 años parecen capaces de participar de manera significativa (Weithorn y Campbell, 1982).

Por ello, intentar justificar la elevación de los estándares de capacidad en virtud del riesgo parece, en línea con lo señalado por Hermann et al. (2016), una forma de introducir unos valores que van más allá de la estricta evaluación de la capacidad. Por tanto, no parece razonable establecer dependencias entre la capacidad del paciente con el riesgo que entraña la decisión que haya de tomar. En la evaluación de la capacidad, el evaluador debe limitarse a determinar si el paciente es consciente de los riesgos y si es capaz de integrarlos en su toma de decisión. No cabe aumentar el nivel de capacidad exigido en virtud del riesgo ya que sería

ISSN 1989-7022

Dilemata, año 13 (2021), nº 35, 5-16

una forma de vulnerar la autonomía del paciente. Si el paciente entiende y tiene en cuenta esos riesgos, independientemente de que sean elevados, y si el resto de habilidades funciona con normalidad, el paciente ha de ser considerado capaz.

6. No es un mero resultado: valorización de la capacidad

Otro de los principios de la evaluación de la capacidad enunciados por Ventura et al. (2014) es el de maximizar la capacidad de toma de decisiones, esto es, hacer todo lo posible para que las personas puedan tomar sus propias decisiones, antes de decidir la falta de capacidad. Y, efectivamente, cabe considerarlo como el eje sobre el que ha de vertebrarse la valoración de la capacidad. El proceso de valoración no ha de destinarse únicamente a dictaminar si el paciente es o no capaz para la toma de decisiones médicas. Muy al contrario, la misión del proceso ha de estar enfocada principalmente a administrar al paciente las herramientas necesarias que le permitan alcanzar un nivel suficiente en los cuatro elementos que componen teóricamente la capacidad (comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una opinión).

No obstante, esta noción de la evaluación de la capacidad no parece haber arraigado suficientemente. Sigue presentándose como un proceso consistente en categorizar al paciente como capaz o incapaz, lo que casa mal con el principio ético de respeto a la autonomía y con el mandato legal de participación del paciente en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario (art. 9.7 LAP). Para que la valoración de la capacidad encuentre acomodo ético y jurídico, es preciso sustituir el esquema categorizador, destinado a etiquetar al paciente para determinar qué se le deja hacer, por una concepción potenciadora y adquisitiva, orientada a solventar las dificultades de comprensión, apreciación, razonamiento o expresión encontradas y conseguir, de esta forma, que el paciente pueda hacer su propia elección.

Palacios et al. (2020) introducen el intento de mejora de la capacidad del paciente como un paso más en la secuencia que establecen para valorar la capacidad. Sin embargo, no lo integran como el elemento axial sobre el que ha de girar todo el procedimiento. De hecho, los autores parecen referirse únicamente a aquellas situaciones en que los pacientes presentan una pérdida transitoria de la capacidad "generalmente por problemas agudos", lo que deja fuera una parte considerable de pacientes que tienen dificultades para otorgar un consentimiento informado y que podrían conseguirlo con apoyo suficiente.

En efecto, factores como la edad, la gravedad de la enfermedad, el deterioro cognitivo, especialmente en pacientes de edad avanzada o con trastornos mentales, pueden afectar la capacidad de decisión de un paciente. La ansiedad del paciente, por su estado de salud o por el miedo a un nuevo procedimiento, puede afectar su capacidad de comprensión. Pero esto también puede deberse a técnicas inadecuadas de comunicación, a la falta de tiempo por parte de los profesionales, negación del problema, la falta de comprensión lectora, etc. (Kadam, 2017).

Obviamente, esta forma potenciadora o adquisitiva de entender la valoración conlleva el empleo de las ayudas necesarias. No es algo nuevo. El mismo artículo 9.7. LAP establece que a la persona con discapacidad[6], "… se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida

ISSN 1989-7022
Dilemata, año 13 (2021), nº 35, 5-16

la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento."

Ello conlleva que una guía de valoración de la capacidad tenga que abordar los procedimientos eficaces para la mejora de las habilidades integrantes de la capacidad. Dunn y Jeste (2001) presentan una variedad de intervenciones efectivas para incrementar la comprensión del consentimiento informado, que van desde la retroalimentación corregida o la multiplicación de los ensayos de aprendizaje a la confección y empleo de formularios de consentimiento más organizados o simplificados. Entre las personas con enfermedades psiquiátricas o deterioro cognitivo, se pueden remediar deficiencias en la comprensión por medio de ciertas intervenciones educativas. Kadam (2017) menciona también el empleo de presentaciones audiovisuales o de conversaciones más prolongadas. Obviamente, cada situación asistencial requerirá el empleo de las herramientas apropiadas al caso y sería aconsejable que el personal encargado de la evaluación las conociese.

Desde esta perspectiva, el proceso conlleva una secuencia de acciones algo diferentes. Jones et al. (2005) proponen comenzar con la búsqueda de un trastorno u otra alteración psiquiátrica que pueda afectar significativamente a la capacidad del paciente y determinar si es susceptible de tratamiento. A partir de ahí, se desarrollaría un plan de mejora de la capacidad del paciente para que pueda participar en el proceso de consentimiento informado. Lo que se trata es de evitar es utilizar la evaluación únicamente para declarar incapaz a un paciente.

En definitiva, para que el principio de maximización de la capacidad del paciente y, por ende, del respeto a su autonomía, no se quede en un formulismo estético sin compromiso ético, la valoración de la capacidad no puede tener como finalidad la simple obtención del resultado de unas pruebas evaluativas. Es necesaria la creación de un espacio de colaboración en el que se otorguen al paciente el máximo de ayudas para que pueda decidir sobre su vida. Muchas de las dificultades iniciales pueden ser superadas de esta forma (Morán-Sánchez et al., 2016). Una valoración éticamente aceptable no es aquella que se limita a estimar un valor, es aquella que incrementa el valor, que lo valoriza.

7. Imposibilidad o irrelevancia del juicio

Por último, y a pesar del esfuerzo que supone la valoración de la capacidad, hay situaciones en que no es posible conocer si el paciente alcanza o ha alcanzado el nivel de capacidad imprescindible para la toma de decisiones médicas. Esto es algo que ha de reconocerse abiertamente para poder determinar el curso de acción más prudente. De la misma forma, tampoco ha de obviarse la posibilidad de que la evaluación de la capacidad pueda ser irrelevante en determinadas ocasiones en las que la decisión óptima depende de otros valores (Giordano, 2019; Miller, 2020).

8. Conclusión

La valoración de la capacidad del paciente ni depende del riesgo, ni es un mero resultado. Se trata de un procedimiento que, bien utilizado, puede permitir al paciente hacerse cargo de su vida. Mal utilizado, puede ser la puerta de entrada a actuaciones paternalistas injustificadas.

Bibliografía

Abu Snineh, M., Camicioli, R. y Miyasaki, J. M. (2017). Decisional capacity for advanced care directives in Parkinson's disease with cognitive concerns. *Parkinsonism & related disorders*, *39*, 77–79. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.03.006

Ahlin, J. (2018). The impossibility of reliably determining the authenticity of desires: implications for informed consent. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *21*(1), 43-50. https://doi.org/10.1007/s11019-017-9783-0

Anderson, S. (2017). Coercion. En E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy* (Winter 2017 Edition). Recuperado de https://plato.stanford.edu/archives/win2017/entries/coercion/

Appelbaum, P. S. y Grisso, T. (1988). Assessing patients' capacities to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, *319*(25), 1635-1638. https://doi.org/10.1056/NEJM198812223192504

Bach, M. y Kerzner, L. (2014). *A new paradigm for protecting autonomy and the right to legal capacity*. Law Commission of Ontario. Recuperado de http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/449/L_BachM_NewParadigmAutonomy_2010.pdf?sequence=1

Boyle, S. (2019). How should the law determine capacity to refuse treatment for anorexia?. *International journal of law and psychiatry*, *64*, 250-259. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.05.001

Bruno, M. A., Laureys, S. et Demertzi, A. (2013). Coma and disorders of consciousness. En J.L. Bernat y H.R. Beresford (eds.) *Handbook of clinical neurology* (Vol. 118, pp. 205-213). Elsevier.

Charland, L. C. (1998). Appreciation and emotion: Theoretical reflections on the MacArthur Treatment Competence Study. *Kennedy Institute of Ethics Journal, 8,* 359–376. https://doi.org/10.1353/ken.1998.0027

Charland, L. C. (2001). Mental competence and value: The problem of normativity in the assessment of decision-making capacity. *Psychiatry Psychol. & L.*, *8*, 135. https://doi.org/10.1080/13218710109525013

Charland, L. C. (2006). Anorexia and the MacCAT-T test for mental competence: validity, value, and emotion. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *13*(4), 283-287. https://doi.org/10.1353/ppp.2007.0027

Craigie, J. (2011). Competence, practical rationality and what a patient values. *Bioethics*, *25*(6), 326-333. https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01793.x

DeMarco, J. P. (2002). "Competence and paternalism". *Bioethics, 16*(3), 231-245.

Donnelly, M. (2006). *Autonomy, capacity and the limitations of liberalism: An exploration of the law relating to treatment refusal* [Tesis Doctoral, Cardiff University]. Recuperado de https://orca.cf.ac.uk/56131/1/U584889.pdf

Drane, J. F. (1985). The many faces of competency. *Hastings Center Report*, 15(2), 17-21.

Dunn, L. B. y Jeste, D. V. (2001). Enhancing informed consent for research and treatment. *Neuropsychopharmacology*, *24*(6), 595-607. https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00218-9

Epstein, J. (2008). How Reliable is the Competency Assessment Process?. *AMA Journal of Ethics*, *10*(8), 511-515. https://10.1001/virtualmentor.2008.10.8.jdsc1-0808.

ISSN 1989-7022

ISSN 1989-7022

Dilemata, año 13 (2021), nº 35, 5-16

Er, R. A. y Sehiralti, M. (2014). Comparing assessments of the decision-making competencies of psychiatric inpatients as provided by physicians, nurses, relatives and an assessment tool. *Journal of Medical Ethics*, *40*(7), 453-457. http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2012-100928

Fernández, J.L., Herránz, P. y Segovia, L. (2020). Comentarios sobre el artículo de Ramos y Robles (2019): "Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico". *Dilemata* (31), 77-83. Recuperado de https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000330/658

Foster, C. (2013). Autonomy in the medico-legal courtroom: a principle fit for purpose?. *Medical law review*, *22*(1), 48-63. https://doi.org/10.1093/medlaw/fwt039

Giordano, S. (2019). Anorexia Nervosa: A Case for Exceptionalism in Ethical Decision Making. *Philosophy, Psychiatry y Psychology*, *26*(4), 315-331. https://doi.org/10.1353/ppp.2019.0047

Grisso, T. y Appelbaum, P.S. (2006). Appreciating Anorexia: Decisional Capacity and the Role of Values. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology 13*(4), 293-297. https://doi.org/10.1353/ppp.2007.0030

den Hartogh, G. (2016). Do we need a threshold conception of competence?. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *19*(1), 71-83. https://doi.org/10.1007/s11019-015-9646-5

Hermann, H., Trachsel, M. y Biller-Andorno, N. (2016). Einwilligungsfähigkeit: inhärente Fähigkeit oder ethisches Urteil?. *Ethik in der Medizin*, *28*(2), 107-120. https://doi.org/10.1007/s00481-015-0360-x

Høyer, G. (2000). On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(399), 65-71. https://doi.org/10.1111/j.0902-4441.2000.007s020[dash]16.x

Hubbeling, D. (2014). Decision-making capacity should not be decisive in emergencies. *Medicine, Health Care and Philosophy, 17*(2), 229-238. https://doi.org/10.1007/s11019-013-9534-9

Jackson, E. (2018). From 'doctor knows best'to dignity: placing adults who lack capacity at the centre of decisions about their medical treatment. *The Modern Law Review*, *81*(2), 247-281. https://doi.org/10.1111/1468-2230.12328

Jones, J. W., McCullough, L. B. y Richman, B. W. (2005). Informed Consent: It's Not Just Signing a Form. *Thoracic Surgery Clinics, 15*(4), 451–460. https://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2005.06.001

Kadam R. A. (2017). Informed consent process: A step further towards making it meaningful! *Perspectives in clinical research*, *8*(3), 107–112. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_147_16

Karlawish, J. H. (2013). Competence and autonomy: The cases of driving, voting, and financial independence. *Neuroethics in Practice*. Chatterjee A, Farah MJ. http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195389784.003.0006

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado* número 274 de 15 de noviembre del 2002. Recuperado de: https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188- consolidado.pdf

Mackenzie, C. y Rogers, W. (2013). Autonomy, vulnerability and capacity: philosophical appraisal of the mental capacity act. *International Journal of Law in Context, 9(1),* 37-52. https://doi.org/10.1017/S174455231200047X

Marson, D. C., Ingram, K. K., Cody, H. A. y Harrell, L. E. (1995). Assessing the competency of patients with Alzheimer's disease under different legal standards: A prototype instrument. *Archives of neurology*, *52*(10), 949-954. https://doi.org/10.1001/archneur.1995.00540340029010

Martens, A. (2015). Paternalism in psychiatry: anorexia nervosa, decision-making capacity, and compulsory treatment. In *New Perspectives on Paternalism and Health Care* (pp. 183-199). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17960-5_12

Miller, A. J. (2020). Narrative Coherence and Mental Capacity in Anorexia Nervosa. *AJOB neuroscience*, *11*(1), 26-28. https://doi.org/10.1080/21507740.2019.1704921

Morán-Sánchez, I., Luna, A. y Pérez-Cárceles, M. D. (2016). Enhancing the informed consent process in psychiatric outpatients with a brief computer-based method. *Psychiatry research*, *245*, 354-360. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.045

Navío, M. y Ventura, T. (2014). *Manual de Consulta en Valoración de la Capacidad*. Editorial Médica Panamericana.

Owen, G. S., Freyenhagen, F., Richardson, G. y Hotopf, M. (2009). Mental capacity and decisional autonomy: an interdisciplinary challenge. *Inquiry*, *52*(1), 79-107. https://doi.org/10.1080/00201740802661502

Palacios, G. J., Pinto, P., Marquez, O. y Herreros, B. (2020). Valoración de la competencia de los pacientes para tomar decisiones. Revista Clínica Española, 220(4), 256-262. https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.04.009

Palmer, B. W. y Harmell, A. L. (2016). Assessment of healthcare decision-making capacity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *31*(6), 530-540. https://doi.org/10.1093/arclin/acw051

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. *Gaceta de Madrid 206*.Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con

Roth, L. H., Meisel, A. y Lidz, C. W. (1977). Tests of competency to consent to treatment. *American journal of psychiatry*, *134*(3), 279-284.

Seoane, J. A. (2010). Las autonomías del paciente. *Dilemata*, (3), 61-75. Recuperado de https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/35/29

Peterson, A. (2019). Should neuroscience inform judgements of decision-making capacity?. *Neuroethics*, *12*(2), 133-151. https://doi.org/10.1007/s12152-018-9369-4

Pouncey, C. y Merz, J. F. (2019). Informed Consent in Psychiatry: Philosophical and Legal Issues. En S.Tekin y R.Bluhm (Eds.) *The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry* (pp. 257-282). Bloomsbury Academic.

Simón-Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *28*(2), 327-350. Recuperado en 26 de septiembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000200006&lng=es&tlng=es.

Tan, J. O., Hope, T., Stewart, A. y Fitzpatrick, R. (2006). Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philosophy, psychiatry, & psychology: PPP*, *13*(4), 267-282. http://dx.doi.org/10.1353/ppp.2007.0032

Varelius, J. (2006). The value of autonomy in medical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *9*(3), 377-388. https://doi.org/10.1007/s11019-006-9000-z

Ventura, T., Acosta, M., Álvarez, I., y Baón, B. (2014). La evaluación de la capacidad y sus problemas. *Eidon: Revista De La Fundación De Ciencias De La Salud,* (41), 3. https://doi.org/10.13184/eidon.41.2014.12-27

Villagrán, J. M., Lara, I. y González-Saiz, F. (2014). Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *35*(127), 455-472. http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300002

Volicer, L. y Ganzini, L. (2003). Health professionals' views on standards for decision-making capacity regarding refusal of medical treatment in mild Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(9), 1270-1274. https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51412.x

Weithorn, L. A. y Campbell, S. B. (1982). The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child development*, 1589-1598. https://doi.org/10.2307/1130087

White, L. (2017). How autonomy can legitimate beneficial coercion. En J. Gather, T. Henking, A. Nossek y J. Vollmann (Eds.), *Beneficial coercion in psychiatry? Foundations and challenges* (pp. 85–99). Münster: Mentis.

Wicclair, M. R. (1991). Patient decision-making capacity and risk. *Bioethics*, *5*(2), 91. https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.1991.tb00150.x

Zürcher, T., Elger, B. y Trachsel, M. (2019). The notion of free will and its ethical relevance for decision-making capacity. *BMC medical ethics*, *20*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s12910-019-0371-0

ISSN 1989-7022

ISSN 1989-7022

Dilemata, año 13 (2021), nº 35, 5-16

Notas

1. El art. 685 del Código Civil, con una redacción proveniente del año 1889, deja la evaluación de la capacidad testamentaria en manos de los notarios. Esta situación, que pudo tener sentido en el siglo XIX, no se comprende en las actuales circunstancias, dada la especialización psicológica y neuropsicológica que requiere la tarea.

2. La LAP considera médico responsable al "profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales".

3. Tan et al. (2006) señalan que los pacientes con anorexia nerviosa presentan una serie de valores patológicos que influyen en su pensamiento sobre el tratamiento y, sin embargo, no son recogidos en la escala de apreciación. Grisso y Appelbaum (2006) cuestionan esa idea ya que consideran que la noción de apreciación se basa sustancialmente en una evaluación de las creencias de la persona sobre su enfermedad y sobre la probabilidad de beneficio del tratamiento propuesto, creencias que, generalmente, forman parte de su sistema de valores. De acuerdo con Peterson (2019), la evaluación de los valores del paciente se incluye a menudo bajo la evaluación del razonamiento; para que un paciente razone adecuadamente, debe explicar por qué la decisión es mejor para ella y es generalmente en esas explicaciones donde se hace referencia a los propios valores.

4. Y recuerda, en cierta medida, a lo reseñado en la nota i respecto de la valoración de la capacidad testamentaria por parte de un notario.

5. Para Martens (2015), la capacidad de toma de decisiones es un concepto cargado de valores, aunque es neutral en términos de contenido de valor (no prescribe ningún valor determinado).

6. Este mandato no tiene más tacha que la de limitarlo a la persona con discapacidad; las medidas de apoyo han de ofrecerse a cualquier paciente que presente dificultades. Por ello, las categorías previas pueden ser innecesarias, sino dañinas, en el proceso de valoración. No obstante, en un marco de presunción de capacidad, sirven para alertar de que determinados pacientes podrían requerir mayores medidas de apoyo para hacerse cargo de su decisión.

2.5. La valoración de la capacidad del paciente: instrumentos, funciones cognitivas y conciencia de enfermedad

Se ha puesto ya de manifiesto que es un derecho básico de cada paciente tomar decisiones autónomas con respecto a su atención médica y que el consentimiento informado se basa parcialmente en la capacidad de los pacientes para utilizar la información recibida y hacer con ella una elección significativa. Por ello, se entiende que la determinación de la capacidad[63] es un elemento clave para cumplir con los requisitos de respeto a los principios de autonomía y beneficencia.

En el capítulo anterior se introdujeron ciertos aspectos sobre la capacidad que fueron recogidos en la publicación 4. En este capítulo se profundiza en su estudio y se abordan otras cuestiones relevantes. En primer lugar, se comentan los instrumentos utilizados para su evaluación. Especial referencia se hace al instrumento de evaluación de capacidad MacArthur para el tratamiento, (MacCAT-T; Grisso y Appelbaum, 1998), una de las escalas de entrevistas estructuradas más utilizadas en la literatura (Moberg y Rick, 2008) y ciertamente relevante en el contexto de la presente investigación.

A continuación, se ofrece una visión complementaria de la evaluación de la capacidad, desde la perspectiva de las funciones cognitivas necesarias para la toma de decisiones y se menciona el documento Sitges (Boada y Robles, 2009) como ejemplo claro de esta aproximación a la evaluación de la capacidad. Igualmente se analizan las posibles relaciones entre ambas perspectivas, es decir, qué tipo de relación puede establecerse entre las funciones neuropsicológicas y los cuatro clásicos componentes de la capacidad.

El capítulo se finaliza con la conciencia de enfermedad, un constructo muy complejo (David, 1990; Arbel et al., 2014; Vandereycken, 2006 Konstantakopoulos, 2019), cuya definición no encuentra consenso y del que, por tanto, los autores utilizan diferentes conceptualizaciones (Ruissen et al., 2012).

Este apartado es crucial en el debate bioético que motiva esta tesis, ya que la falta de conciencia de enfermedad es un fenómeno comúnmente asociado a los pacientes con anorexia nerviosa (Bruch, 1985; Vitousek et al.,1998; APA, 2000; Vandereycken, 2006) que muchas veces se identifica con la capacidad y se utiliza para justificar intervenciones involuntarias aunque no se superpongan completamente (López-Jaramillo et al., 2016; Ruissen et al., 2012). Dado que en anorexia nerviosa no hay

[63] Koch (2020) entiende que el consentimiento sería igualmente necesario para la propia evaluación de la capacidad para consentir, lo que da lugar a una paradoja: uno debe tener y demostrar capacidad para consentir, pero debe consentir para que se le reconozca la capacidad para tomar decisiones médicas. Como solución práctica a la misma, el autor propone un modelo de doble consentimiento tanto del paciente como del representante sanitario.

normalmente pérdida del juicio de realidad y los pacientes conservan una adecuada comprensión de lo que acaece alrededor y de su realidad vital, algunos autores cuestionan su utilidad en la toma de decisiones bioéticas (Fernández et al., 2020).

2.5.1. Instrumentos de evaluación de la capacidad

Aunque la mayoría de los clínicos que realizan exámenes para evaluar la capacidad de decisión emplean algún tipo de entrevista, se sabe muy poco acerca del umbral utilizado por los facultativos para tales juicios. Normalmente la mayoría de los clínicos confían en su intuición clínica general junto con una entrevista detallada para informar sobre la capacidad de un paciente individual (Moberg y Rick, 2008).

El principio séptimo para la evaluación de la capacidad enunciado por Ventura et al. (2014) se refiere a la capacidad del individuo para tomar una decisión específica (Dunn et al., 2007; Grisso y Appelbaum, 1998). Por lo tanto, la evaluación de la capacidad de consentimiento se realiza idealmente dentro del contexto de la decisión real que se le pide al individuo que tome.

Hay varios instrumentos de evaluación de la capacidad que han sido diseñados para adaptar la información presentada a la decisión específica en cuestión y todos emplean formatos estructurados o semiestructurados basados en entrevistas (Palmer y Harmell, 2016). Ya se ha señalado la relevancia en el contexto de la presente investigación del test MacCAT-T.

El instrumento MacCAT-T es quizás una de las escalas de entrevistas estructuradas más utilizadas en la literatura (Moberg y Rick, 2008). Esta medida fue desarrollada para satisfacer la necesidad de una herramienta práctica que ayudase a obtener y organizar información sobre las habilidades de toma de decisiones de los pacientes (Grisso y Appelbaum, 1998). Tarda aproximadamente de 15 a 20 minutos en completarse. El núcleo de esta prueba se basa en las cuatro áreas de capacidad de decisión mencionadas en la publicación 4. La entrevista MacCAT-T cubre los siguientes dominios específicos: 1) Comprensión del trastorno, 2) Apreciación del trastorno, 3) Comprensión de los riesgos / molestias del tratamiento, 4) Valoración del tratamiento, 5) Tratamientos alternativos, 6) Razonamiento y 7) Expresión de una elección. Aunque no se usa una puntuación total, el MacCAT-T produce cuatro subescalas generales (compresión, apreciación, razonamiento, expresión de una elección). Como señala Pose (2015), el MacCAT-T no ofrece puntos de corte que se correspondan directamente con la determinación de la capacidad o incapacidad de un paciente para tomar decisiones. Debe ser interpretada como un indicador más del nivel de actuación del paciente en la propia entrevista que ha de integrarse clínicamente con otras evidencias (Hernando et al., 2012).

Otro instrumento relevante es el ACE (Ayuda para la evaluación de la capacidad Aid to Capacity Evaluation) de Sessums et al., (2011). El ACE se estructura en siete dominios. Los dominios 1-4 evalúan si la persona comprende su problema médico actual, el

tratamiento, las alternativas de tratamiento y rechazo. Los dominios 5-6 evalúan si la persona aprecia las consecuencias de aceptar o rechazar el tratamiento. El dominio 7 plantea si la persona parece deprimida o psicótica y ello puede afectar a su decisión.

Estos instrumentos se adaptan a la situación particular, lo que los acerca más a los principios de evaluación de la capacidad, pero esa cualidad supone una dificultad a la hora de su estandarización y, por consiguiente, para su validación psicométrica.

Hay otros instrumentos que evalúan la capacidad de decisión con relación a un contenido preestablecido, es decir, emplean un enfoque de viñeta hipotético. Esto se separa de uno de los principios de evaluación de la capacidad, el de especificidad de la situación. En cambio, la validación psicométrica es menos problemática. Por ello, estos instrumentos pueden ser más apropiados para la investigación sobre los factores que influyen en la capacidad de decisión o como un suplemento estandarizado para una entrevista específica del contexto, como la proporcionada por MacCAT-T (Palmer y Harmell, 2016) . El Instrumento de Capacidad para Consentir al Tratamiento, (CCTI; Marson et al., 1995)[64] parece ser el más validado y ampliamente utilizado.

En España, hasta hace poco tiempo, los clínicos no han contado con ningún instrumento estandarizado para realizar la evaluación de la capacidad y se han guiado más por el sentido común y la experiencia. Son relativamente recientes las adaptaciones al español del ACE (Moraleda et al., 2015) y del MacCAT-T (Álvarez et al., 2014; Hernando et al., 2012).

Las revisiones sobre instrumentos de valoración parecen otorgar al MacCAT mayor apoyo empírico, aunque otros instrumentos podrían tener ventajas en determinados contextos o poblaciones (Dunn et al., 2006; Sturman, 2005). Por ejemplo, en una situación de evaluación o screening inicial, podrían ser más aconsejable el ACE, no siendo así en una evaluación global, continuada o más exhaustiva, en donde el MacCAT-T sería de elección (Villagrán et al., 2014).

[64] En contraste con el formato de entrevista general de MacCAT-T, el CCTI utiliza dos viñetas clínicas que presentan un problema médico hipotético y síntomas, y dos opciones de tratamiento con riesgos y beneficios asociados (Moberg y Rick, 2008). El CCTI fue diseñado para aproximarse a un diálogo de consentimiento informado y requiere que el paciente entienda la información oral y escrita sobre el problema médico en cuestión, así como las opciones de tratamiento y los riesgos y beneficios asociados, etc. Después de la administración de las viñetas, se plantean preguntas al paciente formuladas para probar su capacidad de consentimiento según los cuatro estándares establecidos (LS): LS1: expresión de una elección de tratamiento; LS3 - Apreciar las consecuencias prácticas y anticipadas de una elección de tratamiento; LS4 - Proporcionar motivos racionales, ya sea a favor o en contra, de la elección del tratamiento; LS5: comprensión de la situación del tratamiento, y las opciones de tratamiento, y los riesgos / beneficios respectivos. Además, en el CCTI también se formulan preguntas sobre la capacidad relacionada con el consentimiento (LS2: qué constituye una opción razonable). Después de completar y calificar, el CCTI asigna a cada paciente uno de tres resultados (es decir, capaz, marginalmente capaz o incapaz) para cada estándar.

2.5.2. Funciones cognitivas involucradas en la capacidad

Otra forma de observar la capacidad de la persona adopta la perspectiva de las funciones cognitivas necesarias para la toma de decisiones. Obviamente, no se trata de una forma incompatible con el modelo de los cuatro factores, sino complementaria. En realidad, observan el mismo fenómeno desde distinto plano.

El documento Sitges (Boada y Robles, 2009) es un ejemplo claro de esta aproximación a la evaluación de la capacidad. La lógica es que el deterioro de las funciones cognitivas afecta a la capacidad de la persona. Si el nivel de deterioro de determinada función alcanza un umbral, es probable que la capacidad esté suficientemente comprometida. Se presenta, como ilustración del *modus operandi*, una tabla extraída del propio texto en la que se muestra la alteración máxima permisible de las diferentes funciones mentales que participan en la toma de decisiones para reconocer la capacidad decisoria (ver tabla 3).

Tabla 3. Alteración máxima permisible de las diferentes funciones mentales que participan en las decisiones, para reconocer capacidad decisoria. Documento Sitges 2009, tomada de Boada y Robles (2009)

	P_s	P_t	$P_s + P_t$
Nivel de conciencia (Nc)	1	1	1
Percepción de estímulos (Pe)	3	3	3
Atención (At)	2	2	2
Gnosias (Gn)	3	2	2
Lenguaje: comprensión (L-C)	2	2	2
Lenguaje: expresión (L-E)	3	3	3
Cálculo (Cc)	5 (3[a])	2	2
Memoria episódica de hechos recientes (Me)	2	2	2
Memoria episódica autobiográfica (Ma)	3	2	2
Orientación espacial (Oe)	4	3	3
Praxia constructiva (P-C)	5 (3[b])	4	4 (3[b])
Funciones ejecutivas (Fe)	2	2	2
Razonamiento abstracto (Ra)	2	2	2
Motivación-autocontrol-introspección (MAI)	2	2	2
Ideación espontánea (Ie)	2	2	2
Afectividad-estado emocional (A-E)	2	2	2

Ps: decisiones personales de grado mayor; Pt: decisiones relacionadas con el patrimonio de grado mayor.
Ps + Pt: decisiones en las que concurren Ps y Pt.
a: puntuación aplicable cuando la decisión implica manejo de dinero o bienes materiales, que no alcanza el grado mayor de Pt. b: puntuación aplicable cuando la persona que decide debe realizar actividades manuales para ejecutar la decisión. Escala unificada de puntuaciones: 1: normal; 2: deterioro ligero; 3: deterioro moderado; 4: deterioro intenso; 5: función abolida.

Desde esta óptica, la evaluación práctica de la capacidad tendría como base los tests utilizados para las evaluaciones neuropsicológicas. El problema del Documento Sitges

es que se trata de un estudio realizado con metodología de consenso Delphi[65] (Helmer y Rescher, 1959) y responde a la opinión subjetiva de los expertos participantes. Por ello, los resultados no dejan de ser arbitrarios y faltaría comprobar su validez en una muestra controlada (Boada y Robles, 2009).

2.5.3. Relación entre los cuatro componentes y las funciones neuropsicológicas

El apartado anterior induce a plantearse el tipo de relación que pueda establecerse entre las funciones neuropsicológicas y los cuatro clásicos componentes de la capacidad. La literatura empírica no proporciona una base para extraer conclusiones firmes sobre el papel de los dominios cognitivos específicos en aspectos específicos de la toma de decisiones en el contexto clínico (Palmer y Harmell, 2016). No existe un patrón claro de asociaciones diferenciales que surja entre las capacidades cognitivas específicas y los componentes de la capacidad de decisión. Parece que la capacidad de toma de decisiones es un constructo multidimensional, basado en una combinación de habilidades cognitivas que incluyen atención, orientación, memoria, funcionamiento intelectual general, resolución de problemas y razonamiento abstracto (Moberg y Kniele , 2006). Aparte de estos componentes cognitivos, el estado de ánimo y la capacidad para regular las emociones pueden ser un aspecto importante de la capacidad de decisión (Charland, 1998; White, 1994).

En teoría, el consentimiento o rechazo válido de un tratamiento parece ser una tarea inherentemente cognitiva y es posible que diferentes habilidades tengan desigual importancia para cada uno de los dominios evaluados en la capacidad de decisión[66] (Marson, 2001).

[65] El método Delphi "se enmarca en las técnicas de investigación cualitativa que, a diferencia de las cuantitativas, se orientan hacia el análisis y explicación de los fenómenos, de forma comprensiva, dinámica, con el propósito de generar ideas, compartir experiencias e intuir tendencias para el futuro. Se trata de una técnica de consenso que pretende realizar una realidad, alcanzando acuerdos en temas de interés sobre los que no se dispone de información concluyente, cuando ésta resulta difícil de obtener y es necesario adoptar decisiones o determinar cursos de acción. Es especialmente útil cuando se trabaja con elementos muy subjetivos, en los que resulta difícil determinar su valor intrínseco." (Boada y Robles, 2009, p.121)

[66] Desde un análisis teórico especulativo, Palmer et al., (2012) realizan algunas consideraciones en relación con las cuatro habilidades que integran la capacidad. Respecto a la habilidad de comprensión, para comprender la información, la persona debe ser capaz de recibirla (atención y lenguaje receptivo) y mantenerla a disposición (memoria de trabajo) para su procesamiento. El conocimiento verbal cristalizado en general y los conocimientos sobre salud en particular, parecen ser elementos importantes para entender la información y las opciones de tratamiento. Por cuanto a la apreciación, en la medida en que se interpreta como el darse cuenta del significado que para uno mismo tiene la información, este componente puede estar muy relacionado con la cognición social, en particular con procesos cognitivos autoreferenciales. Tales procesos autoreferenciales pueden considerarse funciones ejecutivas, al menos en el grado en que estas incluyen procesos de autoregulación y autogestión. La habilidad de razonar, en la medida en que se interprete como la presencia de procesos de razonamiento

El constructo de comprensión parece tener la relación más sólida con el rendimiento de las pruebas neuropsicológicas, mientras que la apreciación está menos relacionada (Moye et al., 2006). Una posible explicación de estas diferencias es que la comprensión es más parecida a las habilidades evaluadas por las pruebas cognitivas estándar, mientras que la apreciación implica un nivel de abstracción o personalización que no capturan las pruebas cognitivas tradicionales.

La investigación muestra que las deficiencias en ciertas funciones cognitivas están asociadas con deficiencias en uno o más de los componentes de la capacidad de toma de decisiones (Peterson, 2019). Parece haber presencia de asociación general entre el estado cognitivo y capacidad de decisión, aunque la relación no sea lo suficientemente fuerte como para considerarlas funcionalmente equivalentes (Palmer y Savla, 2007). Los dominios cognitivos que parecen predecir la capacidad de decisión incluyen la memoria episódica, denominación por confrontación, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas, así como la velocidad psicomotora (Palmer y Harmell, 2016). Si bien las habilidades cognitivas a menudo tienen una fuerte correlación con los componentes de la capacidad, no existe un patrón claro de asociaciones diferenciales que surja entre las capacidades cognitivas específicas y los componentes específicos de la capacidad de decisión.

La evidencia de asociaciones también tiende a verse afectada por limitaciones psicométricas en los instrumentos disponibles. Los problemas de las propiedades psicométricas diferenciales no se limitan a las medidas de la capacidad de decisión; también se presenta en el establecimiento de patrones diferenciales de deterioro cognitivo, debido a la incertidumbre acerca de la equivalencia psicométrica de los medios por los cuales se han medido constructos neurocognitivos específicos (Chapman y Chapman, 1973, 2001).

Los trabajos experimentales han encontrado ciertas asociaciones entre capacidad y funciones neuropsicológicas [67]. A continuación se presentan algunas de dichas

consecuenciales y comparativos, parecería depender más directamente de la memoria de trabajo (la información debe mantenerse en línea para una comparación consciente), y ciertas funciones ejecutivas como pueden ser abstracción, planificación y previsión para vislumbrar las consecuencias. Por último, en lo referente a la expresión de una elección, para tomar una decisión final, uno debe ser capaz de desacoplarse del procesamiento y comparación de la información para pasar a la propia decisión. La habilidad de desvincularse parece, al menos superficialmente, reflejar aspectos de las habilidades de flexibilidad cognitiva y cambio de tarea de las funciones ejecutivas. Una vez tomada la decisión, los procesos cognitivos principales requeridos parecen ser funciones del lenguaje expresivo (vocal, escrito y gesticulación física).

[67] Los estudios que se mencionan establecen conexiones entre determinadas funciones cognitivas y la capacidad de decisión como una relación específica al tipo de población que estudian. Quizá resultaría más interesante y parsimonioso plantearse la transversalidad general que la influencia del desempeño adecuado de las habilidades neuropsicológicas tiene sobre la capacidad de toma de decisiones. Con esto se quiere indicar que, independientemente de la condición clínica (paciente psiquiátrico, alzhéimer, deterioro cognitivo esclerosis múltiple, persona sana, etc.) la afectación de determinada función neuropsicológica ha de afectar de manera similar a la forma de llevar a cabo la

asociaciones[68]. Un bajo nivel cognitivo general[69] se asocia a incapacidad para la toma de decisiones (Palmer et al., 2017; Morán-Sánchez et al., 2016; Mandarelli et al.,2018; Carabellese et al., 2018; Abu Snineh et al., 2017, Gerstenecker et al.,2017; Kolva, 2015; Mandarelli et al.,2017). Algún aspecto de la función verbal[70] se ha destacado como predictor de la capacidad para la toma de decisiones médicas (Stormoen et al., 2014; Triebel et al., 2016; Mendyk et al. 2015, Gerstenecker et al., 2017; Kolva, 2015; Mandarelli et al., 2017; Gerstenecker et al., 2015). La memoria[71] es un elemento que aparece de forma frecuente como predictor de incapacidad (Gerstenecker et al., 2017; Stormoen et al., 2014; Owen et al., 2015; Triebel et al., 2016; Kolva, 2015; Mandarelli et al., 2017). Esta fuerte relación ofrece un potencial uso de rastreo de la memoria para detectar el deterioro de la capacidad para la toma de decisiones de tratamiento. Las funciones ejecutivas[72] se correlacionan positivamente con la capacidad de toma de decisiones (Palmer y Savla, 2007; Mandarelli et al. 2012; Mandarelli et al., 2017; Stormoen et al., 2014; Gersternecker et al., 2015; Triebel et al.,2016).

Se hipotetiza la relación entre la red neuronal por defecto y la cognición social[73] (Mars et al., 2012). Algunos cambios neuronales parecen relacionarse con deterioro de las habilidades sociales, incluida la capacidad de evaluar las señales sociales de

toma de decisión médica. Una vez determinada esa influencia, sería más fácil comprender el funcionamiento diferencial en cada tipo de población.

[68] Se acompañan, en nota a pie de página, resultados obtenidos por pacientes con anorexia nerviosa en dichas habilidades neuropsicológicas. Dos consideraciones deben hacerse al respecto. La primera es que la información que ofrecen debe tomarse como una simple nota adicional de la que no cabe extraer ninguna conclusión sobre la capacidad del paciente con anorexia nerviosa. Es decir, no cabe presumir la misma asociación que la encontrada en los estudios originales llevados a cabo con otro tipo de población. La segunda es que, aunque se presentan en este epígrafe para no diseminar la información de forma que se haga difícil su comprensión, sería una información que se ubicaría mejor en los epígrafes posteriores, dedicados a la capacidad en anorexia nerviosa.

[69] Los pacientes con anorexia nerviosa obtienen resultados por encima del cociente de inteligencia promedio de la población normativa (Lopez, Stahl y Tchanturia, 2010).

[70] Los pacientes con anorexia nerviosa no presentan diferencias respecto al grupo control en función verbal (Bentz et al., 2017).

[71] En Nikendei et al. (2011) se encontraron déficits con respecto al recuerdo inmediato y diferido de la historia en pacientes con anorexia nerviosa, independientemente del subtipo. Estos déficits persistieron en pacientes restaurados de peso. Sin embargo, los pacientes con anorexia nerviosa y los recuperados de peso no difieren significativamente de los controles sanos con respecto a la memoria de trabajo (Lao-Kaim et al., 2014; Nikendei et al., 2011). En memoria de trabajo, aunque participantes con anorexia nerviosa y grupo control muestran poco diferencia en el rendimiento, aquellos producen más errores de omisión (Lao-Kaim et al., 2014).

[72] En anorexia nerviosa, se evidencia peor desempeño no verbal que verbal, estilos atencionales alterados en relación a los estímulos relacionados con el trastorno, deterioro del procesamiento perceptivo en la discriminación de imágenes corporales, deterioro en coherencia central, deficiencias en cambio de tarea en estado de bajo peso, deterioro en toma de decisiones y mayores recursos neuronales necesarios para memoria de trabajo (Reville et al., 2016).

[73] Los pacientes con anorexia nerviosa parecen tener una respuesta atencional diferente a los rostros, y la percepción y comprensión de sí mismos y de los demás (Reville et al., 2016). Con respecto a la red neuronal por defecto, los resultados son discordantes (Gaudio et al., 2016).

confianza y engaño, y la capacidad de evaluar decisiones con riesgo en contextos novedosos (Castle et al., 2012; Cassidy et al., 2013; Samanez-Larkin y Knutson, 2014). Esto puede ser de interés si, como Señala Peterson (2019), el deterioro en la cognición social puede tener implicaciones complejas para la toma de decisiones médicas.

Algunos trabajos no han encontrado relación significativa entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad de toma de decisiones (Kolva et al., 2020)[74].

2.5.4. Conciencia de enfermedad y capacidad

La conciencia de enfermedad en psiquiatría se refiere a la cantidad de comprensión que el paciente tiene de su propia condición (Lewis, 1934) y de cómo la enfermedad afecta las interacciones de las personas con el mundo (Marková y Berrios, 1992). La falta de conciencia de enfermedad alude a la ausencia de percatación de tener una enfermedad, la inconsciencia de los signos y síntomas específicos, la ignorancia de las consecuencias del trastorno y el desacuerdo con los profesionales de la salud sobre la indicación del tratamiento (Amador y Gorman, 1998). Aunque el concepto se usa ampliamente, ni siquiera hay una definición comúnmente aceptada para este término y los autores utilizan diferentes conceptualizaciones (Greenfeld et al.,1989; Marková, 2005; Ruissen et al., 2012).

La conciencia de enfermedad alude a un constructo asaz complejo que no parece caracterizarse como un fenómeno unitario sino, más bien, como la superposición de varias dimensiones o sistemas de conciencia (Arbel et. al. 2014, David, 1990; Konstantakopoulos, 2019; Vandereycken, 2006) con componentes relacionales y sociales (Curk et al., 2020). No debe considerarse como un síntoma aislado que está presente o ausente, sino como un continuo de pensamiento y sentimiento, afectado por muchas variables internas y externas (Marková y Berrios, 1992). Los mecanismos que subyacen a la capacidad de tener conciencia de una forma global del trastorno, de la necesidad de tratamiento y de las consecuencias sociales del trastorno pueden ser distintos de los que sustentan la conciencia de los síntomas del trastorno o para la atribución de los mismos (Ruiz et al., 2008).

Se suele considerar que la falta de conciencia de enfermedad implica incapacidad (Curk et al., 2020) y los resultados indican que hay correlación entre ellas, pero no se superponen completamente (López-Jaramillo et al., 2016; Ruissen et al., 2012). Ello no impide que se esgrima el argumento de la falta de conciencia de enfermedad para justificar, en base a ella, acciones involuntarias (Holm et al., 2012). Algunos opinan que negar la enfermedad implica incapacidad porque tales pacientes no tienen posibilidad

[74] El trabajo de Kolva et al. (2020) se llevó a cabo sobre una muestra de enfermos terminales con distintos diagnósticos de cáncer. Aunque la toma de decisiones deficiente fue común entre ellos, no se encontró ninguna asociación significativa entre el deterioro neurocognitivo y la toma de decisiones. Por ello, concluyen los autores que las baterías neuropsicológicas pueden no proporcionar información adicional a las evaluaciones de capacidad y ser, por lo tanto, una carga excesiva.

de decidir sobre los medios para mejorar su condición (Berghmans y Widdershoven, 2003). Esta visión supone que la persona que difiere de la opinión del facultativo que le atiende puede ser considerado incapaz por falta de conciencia de enfermedad. Pero el desacuerdo podría tener más que ver con la diferencia de ser paciente o miembro del personal que con los déficits cognitivos o la psicopatología del paciente (Roe et al., 2001). Aunque el paciente evalúe su situación de forma diferente a como lo hace el facultativo, ello no conlleva necesariamente que no esté apreciando la situación (Berghmans y Widdershoven, 2003). La valoración de las opciones y consecuencias está relacionada con los objetivos, valores y normas que un paciente en particular considera importantes en su vida y las emociones también juegan un papel, no necesariamente negativo.

La relación entre conciencia de enfermedad y neurocognición parece ser relativamente débil (Chan, 2016; Simon et al., 2009; Stefanopoulou et al., 2009; Subotnik et al., 2020; Zorlu et al., 2017), aunque algunos estudios han encontrado una relación significativa pero pequeña (Nair et al., 2014) y en TCA la conciencia de enfermedad parece depender parcialmente de una flexibilidad mental intacta (Konstantakopoulos et al., 2011).

Algunos autores (Arbel et al., 2013) manifiestan que la hipótesis de una relación entre el rendimiento en las pruebas ejecutivas de la función neuropsicológica con el deterioro de la conciencia de enfermedad es demasiado simplista y apunta a un nivel metacognitivo de funcionamiento. La metacognición podría ser un mediador importante entre los déficits cognitivos básicos y la conciencia de enfermedad y podría ser incluso más relevante que los déficits cognitivos per se. Según Konstantakopoulos (2019) la escasa conciencia de enfermedad puede ser en parte un fracaso de la autorreflexión, es decir, el proceso mediante el cual sintetizamos y comprendemos ideas sobre nosotros mismos. Esto puede deberse a déficits generales en las habilidades metacognitivas o puede representar disfunciones limitadas, específicas de dominio o transitorias en los procesos metacognitivos.

Fernández et al. (2020) consideran que, para la toma de decisiones éticas, conviene sustituir el uso del concepto de conciencia de enfermedad por el de "conciencia de vida con la enfermedad" [75], que definen como "la capacidad de valorar las circunstancias en que la propia vida transcurre, de mirar hacia el pasado y plantearse el futuro, de interrogarse sobre aquello que da significado y soporte a su existencia" (p.78).

[75] Los autores introducen la noción de "conciencia de vida con la enfermedad" (Fernández et al., 2020, p. 78) en una publicación precisamente centrada en la anorexia nerviosa, donde la distinción es especialmente relevante. En efecto, aunque la ausencia de conciencia de enfermedad se asocia comúnmente a los pacientes con anorexia nerviosa, estos suelen conservar una adecuada comprensión de lo que acaece alrededor y de su realidad vital. No obstante, esta situación también ocurre en otras condiciones médicas y, por ello, se ha preferido introducir la idea en este apartado.

2.6. La capacidad del paciente con anorexia nerviosa

Como se indicó en la publicación 4, según el enfoque funcional o procesual, el paciente tiene derecho a elegir opciones que a otros puedan parecer poco razonables si la forma en que se llega a esa decisión cumple determinados requisitos. Pero esta noción de capacidad se vuelve problemática cuando se aplica a pacientes con anorexia nerviosa, porque, aunque suelen tener pocos problemas para comprender las opciones de tratamiento, podría verse afectada su capacidad para tomar decisiones válidas (Tan, 2003). La evaluación de la capacidad puede ser complicada con un paciente diagnosticado de anorexia nerviosa ya que, a menudo, estas personas parecen bastante competentes en áreas de la vida que no están influenciadas por la obsesión por la comida o el peso (Gans y Gunn, 2003).

2.6.1. Evidencia sobre capacidad en anorexia nerviosa

Tres estudios han examinado la capacidad mental para consentir el tratamiento en pacientes con anorexia nerviosa, dos con adolescentes (Tan, Hope y Stewart, 2003a; Turrell et al., 2011) y uno con adultos (Elzakkers et al., 2016).

El de Tan, Hope y Stewart (2003a) muestra que los participantes poseen generalmente una adecuada comprensión de los elementos de su enfermedad, sus consecuencias y del tratamiento que se ofrece. El estudio en cuestión consistió en pasar el test de capacidad MacCAT-T[76] a 10 pacientes mujeres con edades entre 13 y 21 años y diagnóstico de anorexia nerviosa. Los resultados fueron comparables a los de población sana[77]. En términos de comprensión y razonamiento, las pacientes con anorexia nerviosa pueden considerarse capaces para hacer decisiones de tratamiento. Sin embargo, en el mismo estudio se muestra que, con respecto a procesos de pensamientos y valores, las participantes informan de dificultades que son relevantes para la capacidad. Los autores concluyen de los anteriores resultados que la capacidad para rechazar el tratamiento puede estar comprometida en pacientes con anorexia nerviosa en formas que no son apreciadas por los actuales test estandarizados de capacidad. No obstante, este estudio sólo tenía una población de 10 participantes y utilizó un diseño retrospectivo, sin evaluar la capacidad en el momento clínico

[76] Se recuerda que éste es el test de competencia comentado en el capítulo anterior, que ya ha sido adaptado al castellano (Álvarez et al., 2014; Hernando et al., 2012) y que consiste en un test administrado por el entrevistador formalizado y estructurado, siendo un instrumento clínico ampliamente aceptado para determinar la capacidad.

[77] En la categoría de "comprensión" los participantes obtuvieron un resultado medio de 6 sobre 6. Los participantes mostraron una puntuación media de 4 sobre 4 en el apartado de apreciación de la enfermedad. En razonamiento, obtuvieron una media de 6 de 8. Estos resultados reflejan un resultado excelente en el MacCAT-T (Tan, Hope y Stewart, 2003a).

relevante, por lo que sus resultados deben ser interpretados con precaución (Elzakkers et al., 2016).

En el estudio de Turrell et al (2011), con 35 mujeres con anorexia nerviosa y 40 sanas, ofreció unos resultados inconsistentes con los del estudio precedente. Las participantes con anorexia nerviosa fueron menos capaces en razonamiento consecuencial, menos aptas para generar consecuencias cotidianas de sus decisiones con respecto a las viñetas clínicas que se les presentaron. Además, tuvieron más dificultad en razonamiento comparativo y general cuando ello implicaba la propia enfermedad. Según los autores el patrón de resultados pone en tela de juicio las habilidades de razonamiento general en adolescentes con anorexia nerviosa. El hecho de que muchas afectadas perciban la anorexia nerviosa como un componente integral de su identidad contribuye a la naturaleza egosintónica[78] de la enfermedad y puede suponerles una dificultad para comparar y contrastar los pros y los contras de aceptar o rechazar el tratamiento.

En el estudio de Elzakkers et al. (2016), basándose en la evaluación clínica, se evidenció una capacidad mental reducida para consentir el tratamiento en 24 de 70 pacientes mujeres (34,3%). Un IMC medio más bajo, mayor número de ingresos hospitalarios y tratamientos previos para el trastorno alimentario se asociaron con una capacidad mental reducida. Los resultados medios en el MacCAT-T son indicativos de buena capacidad mental. Sin embargo, el grupo de capacidad mental reducida según la valoración del clínico mostró resultados significativamente bajos en apreciación de acuerdo con el MacCAT-T. Los resultados muestran que, aunque la comprensión puede ser adecuada, es la apreciación lo más importante en las evaluaciones de la capacidad mental en anorexia nerviosa (Elzakkers et al.,2016).

Elzakkers et al. (2016) resumen sus hallazgos indicando que varios factores parecen contribuir a la disminución de la capacidad mental. Un IMC bajo resulta un factor importante. Los antecedentes de tratamiento y el funcionamiento social deficiente también pueden indicar una disminución de la capacidad mental. La forma en que el funcionamiento social deficiente se relaciona con la capacidad mental disminuida es incierta. De hecho, los autores advierten de que no cabe excluir la posibilidad de que el médico pueda verse influido en su juicio clínico por el mismo. Por último, factores contribuyentes más sutiles son la incapacidad para cambiar de tarea, el enfoque en los detalles y la combinación de estados emocionales negativos. Junto con la mentalización disminuida, estos factores sutiles pueden conducir a una toma de decisiones poco ventajosa a nivel neuropsicológico[79] y una menor apreciación de la enfermedad y el tratamiento y, por lo tanto, una capacidad mental disminuida.

[78] El par egosintonía-egodistonía es profusamente utilizado sin definición razonable en términos operativos. A este respecto véase Sandia y Baptista (2020).

[79] Los factores neuropsicológicos y su relación con la capacidad se desarrollan con más detenimiento en el epígrafe subsiguiente.

Por último, la investigación muestra el poco acuerdo existente entre la evaluación clínica de los facultativos y el resultado obtenido utilizando el MacCAT-T en la valoración de la capacidad de pacientes con anorexia nerviosa. En el estudio de Elzakkers et al. (2018) las evaluaciones coincidieron solo en el 65% de los casos, con un coeficiente kappa[80] (Cohen, 1960) de $\kappa = 0.23$. Por ello, los autores sugieren que el MacCAT-T puede ser de ayuda a la hora de evaluar la capacidad en casos complejos.

2.6.2. Capacidad y funciones neuropsicológicas en anorexia nerviosa

Pocos trabajos han relacionado capacidad y funciones neuropsicológicas en anorexia nerviosa.

Elzakkers et al. (2016), en su estudio sobre capacidad de decisión, valoraron además el funcionamiento neuropsicológico con tres pruebas. En concreto, se administró la Tarea de juego de Iowa (Iowa Gambling Task; [IGT]; Bechara et al., 1994) para evaluar la capacidad de toma de decisiones, el test de figura compleja de Rey (Rey–Osterrieth complex figure test, [RCFT]; Osterrieth, 1944) para medir la fuerza de la coherencia central y la prueba de clasificación de cartas de Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test, [WCST]; Berg, 1948) para determinar la habilidad en el cambio de tarea[81]. Para determinar la capacidad de los pacientes, además del criterio clínico, examinaron las cuatro habilidades subyacentes a la capacidad mental con el MacCAT-T. Los autores midieron el rendimiento en la IGT a 60 pacientes (20 con capacidad disminuida y 40 con capacidad completa). El grupo con capacidad completa tuvo un mejor rendimiento general en la IGT que el grupo con capacidad reducida. Los grupos difirieron significativamente en la prueba de cambio de tarea, exhibiendo el grupo de capacidad reducida un cambio de tarea peor. En coherencia central, la tendencia también fue de un rendimiento inferior para el grupo de capacidad reducida, indicativo de una mayor atención al detalle en comparación con el grupo de capacidad preservada. Ninguno de los parámetros neuropsicológicos (IGT, WCST y RCFT) se correlacionó significativamente con las variables IMC o la subescala de apreciación de MacCAT-T.

Los resultados sugieren que los pacientes con capacidad mental disminuida también muestran un deterioro en la toma de decisiones del IGT, que evalúa el grado

[80] El coeficiente o índice de Kappa proporciona una estimación del grado de concordancia entre observadores. La máxima concordancia posible corresponde a $\kappa = 1$. El valor $\kappa = 0$ se obtiene cuando la concordancia observada es precisamente la que se espera a causa exclusivamente del azar (López-de-Ullibarri y Pita, 1999). La interpretación no deja de ser arbitraria, pero un valor de k entre 0,21 y 0,40 se considera una débil fuerza de concordancia (Altman, 1991).

[81] El motivo de utilizar estas tareas fue que en estudios anteriores (Tchanturia et al., 2012; Danner et al., 2012; Stedal et al., 2012; Lang et al., 2014) se habían mostrado diferencias entre pacientes con anorexia nerviosa y controles sanos, y estas diferencias podrían ser marcadores neuropsicológicos subyacentes asociados a problemas de capacidad mental.

en que las decisiones están guiadas por marcadores somáticos o intuiciones (Elzakkers et al., 2016). No hubo asociación del desempeño en la toma de decisiones con el IMC, por lo que el peor desempeño del grupo con capacidad disminuida no puede explicarse por su IMC significativamente más bajo. Del hallazgo de que los pacientes con capacidad mental reducida muestran un cambio de tarea peor y una tendencia hacia una coherencia central más pobre, los autores proponen que un estilo de pensamiento rígido puede obstaculizar la toma de decisiones al no poder cambiar la estrategia de resolución de problemas o ver el panorama general.

Teniendo en cuenta la importancia que se atribuye a la conciencia de enfermedad en la capacidad, cabe mencionar la conexión entre aquella y el cambio de tarea deficitario[82], de la que se concluye que la conciencia de enfermedad en los TCA parece depender parcialmente de la flexibilidad mental intacta (Konstantakopoulos et al., 2011). Además, Konstantakopoulos et al. (2020) reportan asociaciones moderadas pero significativas entre las deficiencias en teoría de la mente (capacidad general, componentes cognitivos y afectivos) y las creencias falsas sobre la imagen corporal, por lo que consideran que las dificultades para adoptar la perspectiva de los demás contribuyen al deterioro de la conciencia de enfermedad en anorexia nerviosa.

2.6.3. Relación entre el peso y la capacidad o las funciones neuropsicológicas

Conocer la relación entre el peso y la capacidad o las funciones neuropsicológicas es relevante ya que, en ocasiones, se recurre al argumento de deficiencias cognitivas por desnutrición (Holm et al., 2012) para justificar la intervención involuntaria.

En el estudio de Elzakkers et al. (2016), el IMC bajo resultó ser un factor importante. Los autores encontraron asociación entre un IMC medio más bajo y una capacidad mental reducida. No obstante, el 43% de las pacientes con anorexia nerviosa con un IMC inferior a 15 kg / m2 alcanzó una capacidad mental plena. Además, un 17% de pacientes con un IMC de 15 o mayor mostraron capacidad reducida. Por tanto, los efectos de la desnutrición por sí solos no explican la relevancia otorgada al IMC y los autores instan a los médicos a que no se confundan con la idea de que un IMC bajo significa falta de capacidad mental. Un IMC bajo es ciertamente informativo, pero no determinante.

En cuanto a las funciones neurocognitivas, los efectos de la desnutrición en pacientes con anorexia nerviosa no parecen claros. Mientras que algunos estudios informan de menor rendimiento cognitivo a menor peso corporal (Abbate-Daga et al., 2011; Hatch et al.,2010a; Keifer et al., 2010; Kingston et al., 1996; Kjærsdam et al., 2016; Lozano-Serra et al., 2014; Mathias y Kent, 1998; Moser et al., 2003), otros no encuentran

[82] Para medir el cambio de tarea, Konstantakopoulos et al. (2011) utilizaron una versión computerizada del Trail Making Test (Kravariti et al., 2003).

esa asociación (Bayless et al., 2002; Calderoni et al., 2013; Gillberg et al., 2010; Green et al., 1996; Mikos et al., 2008; Nikendei et al., 2011; Rylander et al., 2020; Seidel et al., 2021; Tamiya et al., 2018). La reciente revisión sistemática de Hemmingsten et al. (2021), que examina si los resultados cognitivos mejoran tras la restauración ponderal, tampoco obtiene resultados concluyentes en adultos[83].

Según Coman et al. (2014) el estado de infrapeso es un factor de confusión siempre presente en las investigaciones de anorexia nerviosa.

2.6.4. ¿Son suficientes los criterios estándares?

Ante el hecho de que la persona con anorexia nerviosa puede satisfacer los criterios que se utilizan para evaluar la capacidad del paciente, cabe plantearse si dichos criterios estándares son (in)suficientes.

Hope et al. (2013) proponen cuatro circunstancias en las que la Autonomía puede verse afectada. La primera, la agencia, se refiere a la autonomía funcional o ejecutiva que se introdujo más arriba. Se concreta en la capacidad de llevar a cabo la decisión adoptada. El paciente puede decidir poner fin a sus conductas restrictivas, pero no ser capaz de llevarlo a cabo. Como puede apreciarse, afecta a la autonomía (funcional o ejecutiva) y sin embargo no compromete la capacidad para tomar decisiones sobre el tratamiento (autonomía decisoria). Las otras tres circunstancias reseñadas por los autores se refieren a la decisión en sí y tienen en cuenta el papel de los estados afectivos en los procesos cognitivos, normalmente descuidados por los criterios estándar (Charland, 1998, 2006)[84]. Así, por un lado, la influencia de ciertas emociones, en particular la ansiedad y el miedo, puede condicionar las creencias hasta tal extremo que lo que se presenta como preferencias no son más que justificaciones, en forma de argumento racional, para un rechazo emocional[85]. La distinción entre una preferencia

[83] Sin embargo, para los niños y adolescentes con anorexia nerviosa, la velocidad de procesamiento parece mejorar después del aumento de peso. Por el contrario, la flexibilidad cognitiva no parece resultar afectada durante el seguimiento y es equivalente a un nivel normal o levemente alterado en niños y adolescentes (Hemmingsen et al., 2021).

[84] En opinión de Charland (2006), cualquier teoría clínica o test de capacidad mental que ignore la emoción y otros elementos generales de afectividad debe ser considerada inválida desde un punto de vista médico clínico, por omitir elementos relevantes para la capacidad. Queda abierta la cuestión de cómo puedan ser definidos e implementados en un instrumento de evaluación aspectos tan complejos como son las emociones y los valores (Vollmann, 2006).

[85] Señalan Hope et al. (2013) que las respuestas emocionales del paciente hacia su cuerpo son tan fuertes que, aun no percibiendo de forma directa su cuerpo con sobrepeso, le hacen verse obeso. El rechazo al tratamiento puede basarse en estas sensaciones unidas a la falta de saliencia de los peligros de la inanición, lo que claramente sería indicativo de incapacidad. Si se le presenta evidencia de que verdaderamente el infrapeso es grave, no puede negarlo racionalmente y presenta el argumento de que prefiere arriesgarse a morir que adelgazar, consiguiendo que su rechazo parezca capaz, aun no siéndolo. El problema es que ésta no es realmente su preferencia, sino el argumento racional buscado para justificar el rechazo.

y una creencia, que es central en el concepto de capacidad, puede ser muy problemática. Por otro lado, las interacciones entre los fuertes componentes afectivos y la más objetiva evidencia llevan a conflictos internos sustanciales dando lugar a una falta de estabilidad en las preferencias y las creencias en torno a la alimentación, el peso y los peligros de la anorexia nerviosa. Por último, esta falta de estabilidad conduce a problemas sobre la identidad y la autenticidad y sobre qué preferencias y creencias son auténticas. La identidad anoréxica es un tema recurrente al que se dedicará especial atención en un apartado independiente, por sus evidentes implicaciones éticas.

2.6.5. Valores, identidad y autenticidad

Se va a presentar a continuación el debate surgido en torno a los valores, la identidad y la autenticidad. La separación tiene simplemente un carácter expositivo cuyo objeto es respetar cierta terminología bioética. Como podrá comprobarse, son elementos estrechamente relacionados aunque aparecen desarrollados en epígrafes independientes.

Valores patológicos

Antes de nada hay que precisar que la utilización de la denominación "valores patológicos" es cuestionable y su empleo obedece únicamente al intento de conservar la traducción literal de la expresión "pathological values" empleada por Tan et al. (2006). Con ella, aluden más bien a creencias irracionales o preferencias disparatadas[86].

Tan et al. (2006) sostienen que la anorexia nerviosa presenta un desafío considerable a la noción actual de capacidad, basada principalmente en los criterios de comprensión y razonamiento. La anorexia nerviosa puede tener efectos complejos y variables en las creencias y en el procesamiento del pensamiento en formas que no son recogidas por el MacCAT-T. Adicionalmente, los pacientes también presentan alteración de valores, que van desde los típicos, relacionados con la obesidad, a la devaluación de otros aspectos de la vida, valores inusuales y a la integración de la anorexia nerviosa en la identidad personal (Tan et al., 2006). Hay evidencia empírica de que muchos pacientes no sostienen esos valores antes de padecer el trastorno y por ello algunos autores abogan por un modelo en que la autenticidad juegue un papel importante (Vollmann, 2006). Sin embargo, el problema con esta posición es que las personas deberían poder cambiar sus valores aunque a otros les resulten imprudentes (Hubbeling, 2014). Además, el papel de la autenticidad perdería consistencia cuando el trastorno se cronifica (Hermann et al., 2016b).

[86] No cabe confundirlos, por tanto, con los valores en conflicto en una deliberación que tiene por objeto saber cuál es la solución óptima a un problema moral y que, en el caso de la bioética, se traducen al lenguaje de los cuatro principios, aunque no todos los valores son principios (Gracia et al. 2014).

Grisso y Appelbaum (2006), en cambio, consideran que los criterios estándar sí son suficientes para evaluar la capacidad tal y como están planteados. En particular, sostienen que no sería necesario ajustar los criterios de capacidad en el caso de la anorexia nerviosa ya que estos pacientes no cumplen con el criterio de apreciación. De acuerdo con Hubbeling (2014), el peligro de su posición es que puede argumentarse que un paciente no aprecia lo suficiente la información en el caso de cualquier decisión imprudente. Si la idea detrás de la capacidad de toma de decisiones es que los pacientes pueden usar sus propios valores para tomar una decisión, una interpretación amplia de la apreciación chocaría con esa concepción.

Según Vollmann (2006), que la decisión se cimente sobre un valor patológico no implica que sea importante para la construcción normativa de la capacidad. El concepto de patología y la definición de trastorno mental no es en sí mismo un argumento ético. Sería una forma de trasladar el problema normativo desde el nivel de la capacidad al del trastorno. Sin embargo, Kious (2015) entiende que la voluntariedad, y por tanto la autonomía, pueden verse socavadas cuando los valores de una persona no reflejan con precisión su propio bien objetivo.

Identidad anoréxica

Se considera que la identidad personal puede verse afectada con algunos trastornos mentales (Hope, 1994) y que es importante en la autonomía y la toma de decisiones médicas (Tan, Hope y Stewart, 2003b). Un aspecto de la anorexia nerviosa que podría dar cuenta de la dificultad que encuentran los pacientes al aceptar el tratamiento lo constituye la sensación egosintónica, con muchos pacientes experimentando la anorexia nerviosa como algo que forma parte de sí mismos o de su identidad (Tan, Hope y Stewart, 2003b). Para la persona que padece el trastorno, la anorexia nerviosa suele verse como una parte esencial de su personalidad (Roncero et al., 2013).

Se sugiere que el control que se ejerce sobre la alimentación en anorexia nerviosa tiene como objetivo reforzar la autoestima, la confianza en sí mismo, el atractivo y compensar las ansiedades subyacentes con respecto a su capacidad para hacer frente a las relaciones interpersonales (Cruzat-Mandich et al., 2017). La alimentación restrictiva se convierte en una forma de definir la propia identidad y proporciona un medio para dar sentido a la propia experiencia. Levenkron (1983) describe cuatro etapas en el desarrollo de la anorexia nerviosa y una pseudoidentidad, la identidad anoréxica (como se citó en Morgan, 2008): la etapa de logro (sensación de éxito); la etapa de seguridad compulsiva (conductas compulsivas; distorsión corporal); la etapa asertiva (pérdida de contacto con la realidad e ilusión de omnipotencia); y la etapa de pseudoidentidad. De acuerdo con Levenkron, es en la cuarta etapa cuando el paciente adopta esta nueva pseudoidentidad y se siente empoderado e irreal. En este punto, la enfermedad se convierte en una parte valiosa de la personalidad de la persona con anorexia nerviosa. Perderla significaría perder la identidad propia.

La cuestión que se plantea es hasta qué punto son la misma persona y si deben respetarse sus deseos (Hope, 1994). En palabras de Ramos y Robles (2019, p. 192) "resulta difícil discernir si son o no deseos fiables, si son una característica básica en su identidad personal, y en tal caso plantea un desafío para discernir con claridad hasta qué punto hemos de adoptar medidas coercitivas".

Kendall (2014) considera que los pacientes con anorexia nerviosa están en posición desfavorable a la hora de contribuir al proceso de toma de decisiones porque su identidad y valores se enredan con la patología. Sjöstrand y Helgesson (2008) abogan por un escrutinio minucioso para determinar los valores auténticos o el yo auténtico como guía para intervenir o no. Según Garasic (2015) la cuestión de fondo es que la anorexia nerviosa se desarrolla a edades tempranas y hace muy difícil asegurar con precisión cuándo el paciente se ha recuperado del trastorno, porque la mayoría de los casos evoluciona como parte de la personalidad y la forma de ser. Siendo así, romper esa unión podría ser altamente desestabilizante. Tan, Hope y Stewart (2003b) plantean que, si la anorexia nerviosa tiene efectos significativos en la percepción de la identidad de los pacientes, en particular si se experimenta como una parte de la misma, ello afectaría a la capacidad o deseo de los pacientes de considerar la aceptación del tratamiento de una forma que no tiene que ver con la capacidad para entender o razonar. Por ello es importante entender los efectos que la anorexia nerviosa tiene sobre la identidad personal de los pacientes, en particular sobre jóvenes que no han completado el desarrollo de la identidad previamente al trastorno (Tan, Hope, Stewart y Fitzpatrick, 2003).

En Hope et al. (2011), muchos pacientes describen la anorexia nerviosa no como algo no separado de la propia identidad sino formando parte de ella . Para estas personas el tratamiento puede ser problemático. Sin embargo, algunos de los que han superado el trastorno informan que podrían mejorar y mantener aún algunos aspectos anoréxicos de su identidad, aunque puedan no desearlos. De esta forma, la anorexia nerviosa podría sentirse como parte de su propia identidad aun no siendo necesariamente deseado o de ayuda.

Cuando han de tomarse decisiones acerca del tratamiento es improbable que se tenga una comprensión suficientemente robusta sobre qué parte de la persona es auténtica y cuáles son sus auténticos deseos (Hope et al., 2011). Al aspecto de la autenticidad en anorexia nerviosa se dedica el siguiente epígrafe.

Autenticidad en anorexia nerviosa

La categoría trastornos mentales está íntimamente ligada al concepto de identidad personal: la persona no se comporta en la crisis objetiva y subjetivamente como antes, sino de forma aparentemente cambiada en el nivel del núcleo de su personalidad (Tretter, 2020). Se retoma de esta forma el concepto de autenticidad, que ya fue introducido en el capítulo dedicado a la autonomía en bioética, por su relevancia en anorexia nerviosa.

En un estudio cualitativo[87] con 29 pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa (Hope et al., 2011) el tema de la autenticidad parece importante para una amplia gama de participantes, aunque se considera de formas diferentes: como partes no auténticas, aunque poderosas, de su identidad, o como partes, en muchos sentidos indeseables y que causan problemas o sufrimiento, pero auténticas de su identidad. Los autores añaden otra posibilidad, aunque no fue adoptada por nadie en el estudio, pero que consideran posible en fases iniciales; las partes anoréxicas de la persona son auténticamente su identidad.

De acuerdo con White (2018), se podría pensar que el hecho de que hayan surgido nuevos valores desde la aparición del trastorno interfiere con los valores perdurables del paciente con anorexia nerviosa de una manera que podría comprometer su autonomía. Sin embargo, otros pacientes llegan a identificarse con estos deseos y los incorporan en una estructura de personalidad coherente. Si estos deseos se agregan en la identidad personal de esa manera, cualquier decisión basada en ellos, incluida la decisión de rechazar el tratamiento, contará como auténtica.

Lo que es difícil de evaluar es si la pérdida de la propia identidad precipita la aparición de la anorexia nerviosa o si se trata de un proceso gradual en el que cuanto más se involucra una persona en la enfermedad, más desarrollada se configura la identidad anoréxica (Morgan, 2008).

Mientras algunos autores consideran que la autenticidad de los deseos no se puede determinar de forma fiable y, por tanto, no debe emplearse en las prácticas de consentimiento informado en la atención médica (Ahlin, 2018), para otros, una noción de autonomía basada en la autenticidad es la forma de ejercer la autonomía en un sentido significativo (Hope et al., 2011; White, 2018) y debería ser incluida como una condición aditiva al modelo estándar de consentimiento (Villafranca, 2019).

No obstante, también hay autores que argumentan que las decisiones de los pacientes con anorexia nerviosa respecto a la comida pueden ser absolutamente racionales. Giordano (2020) entiende que, dependiendo de cómo se interpreten los deseos de primer orden, estos pueden fallar o no en la prueba de autonomía de varios niveles[88]. Además, los conflictos entre órdenes de deseos y voliciones afectan a todos y nadie es inmune a tomar decisiones que no son buenas para la salud[89].

[87] El enfoque del estudio fue la toma de decisiones sobre la anorexia nerviosa y su tratamiento. En ningún momento el entrevistador presentó las ideas de autenticidad o identidad. La mayoría de los participantes, sin embargo, plantearon estas ideas, de diversas maneras, en algún momento de la entrevista (Hope et al., 2011)

[88] Pone el ejemplo del escalador que decide perder peso para facilitar la ascensión. Algunos pueden considerar sus deseos y voliciones como absurdos, irresponsables o irracionales, y otros pueden considerar sus propósitos como comprensibles y admirables (Giordano, 2020)

[89] La autora lo ejemplifica con el caso de las personas obesas, quienes posiblemente no querrían comer, pero ello no implica que estén afectadas por una enfermedad mental y deban ser ingresadas obligatoriamente y forzadas a hacer dieta (Giordano, 2020).

2.6.6. Crítica a algunos argumentos recurrentes

Giordano (2019) trata de desmontar algunas de las razones que normalmente se aducen para considerar incapaz al paciente con anorexia nerviosa, a saber, el estado de desnutrición, la irracionalidad del miedo y la anorexia nerviosa como entidad causante. En primer lugar, rechaza la validez del argumento según el cual el paciente con anorexia nerviosa grave y crónica pierde sus capacidades cognitivas a causa de la desnutrición. La autora admite que la desnutrición puede deteriorar la capacidad, pero ello no ocurre repentinamente y viene precedido y originado por una etapa previa en que la persona también ha rechazado la comida y el tratamiento. En segundo lugar, su miedo a ganar peso puede considerarse racional si se interpreta como un miedo que es parte integral de la meta de ser delgado. Por último, la autora considera tautológico y vacío decir que el paciente tiene un miedo obsesivo al aumento de peso a causa de la anorexia nerviosa que padece, ya que precisamente se aplica ese diagnóstico como resumen de una serie comportamientos y experiencias entre las que se incluye el miedo a aumentar de peso. Por ello, es un argumento circular y sin sentido.

2.7. El empleo de la coerción en anorexia nerviosa

2.7.1. Delimitación conceptual

El estudio de la legislación sobre el tratamiento involuntario expuesto más arriba no agota las posibilidades de vencer la voluntad del paciente y, de hecho, no es frecuente el empleo de procedimientos legales en pacientes con TCA. Sin embargo, las estrategias coercitivas de menor escala se utilizan de manera ubicua para controlar la resistencia o el rechazo del tratamiento (Matusek y Wright, 2010). Monahan et al. (1995) ponen en evidencia la distancia existente entre la coerción subjetivamente percibida y su estatus legal. En su opinión, para comprender el papel de la coerción en el ingreso a un hospital psiquiátrico, la investigación debe trascender la dicotomía formal del estatus legal voluntario e involuntario.

Por ello, antes de seguir adelante, se estima conveniente establecer una aclaración sobre el concepto y la elección terminológica que se va a hacer a lo largo de esta tesis doctoral, ya que no parece haber acuerdo en la definición del término coerción, y su empleo en diferentes disciplinas o puntos de vista le otorga múltiples y variados matices[90] (Anderson, 2017; Norvoll y Pedersen, 2016, García, 2016; Hawkins y Emanuel, 2007; Inchauspe y Valverde, 2017; Wertheimer, 1993; Wall, 1988; Rosenbaum, 1986).

En la presente investigación se considera coerción al conjunto de estrategias utilizadas para modificar la voluntad o conducta del paciente. Ahora bien, se van a distinguir dos grandes tipos de medidas de coerción, la coerción formal y la coerción informal, y se van a diferenciar, fundamentalmente, en función de si la índole de actuaciones que conllevan están o no reguladas legalmente. Es decir, por coerción formal se va a aludir a aquellas medidas que se ejercen dentro de un marco normativo, dentro de las regulaciones de la legislación de salud mental dada, como pueden ser el ingreso involuntario, el aislamiento terapéutico, la inmovilización terapéutica o la adherencia forzada a medicación (Barrios, 2003). Estos mecanismos no son, sin embargo, los únicos que pueden atentar contra las decisiones voluntarias y autónomas de los pacientes, existiendo intervenciones fuera de la coerción formal que también lo consiguen (Valenti et al., 2015). Por coerción informal se hará referencia a aquellas estrategias coercitivas utilizadas como forma de presión sobre el paciente y que escapan a cualquier normativa o jurisprudencia. Consiste en la utilización de una serie de estrategias que buscan la adherencia del paciente a lo que el facultativo considera mejor y se encuentran en una zona intermedia entre las pautas éticas, el juicio clínico y la regulación formal (Cowan, 2020). Cuando se hace referencia a coerción informal se alude al continuo de interacciones que van desde la influencia y la persuasión hasta mayores grados de presión, como la inducción o la coacción o amenaza (Cowan, 2020;

[90] En castellano, se añade la dificultad de la existencia del término "coacción". García (2016) parece utilizar ambos términos indistintamente. Aquí, sin embargo, la coacción se va a considerar como una forma específica de coerción informal.

Dunn et al., 2012; García, 2016; Hiday et al., 2002; Hotzy y Jager, 2016; Jaeger et al., 2014; Inchauspe y Valverde, 2017; Lidz et al., 1995, 1998; Martin y Gurbai, 2019; Szmukler y Appelbaum, 2001,2008; Valenti et al, 2015; Wertheimer, 1993).

2.7.2. Coerción formal

El recurso a intervenciones coercitivas formales está sometido a debate. Son actuaciones que provocan enorme malestar en los pacientes (Armgart et al., 2013; Chieze et al., 2019; Krieger et al., 2018), siendo las emociones más frecuentemente reportadas ira, impotencia y desesperación (Krieger et al., 2018) y los pacientes más estables generalmente las evalúan peor (Armgart et al., 2013). Los pacientes que han sido sometidos a un internamiento involuntario no parecen estar agradecidos por la experiencia de la hospitalización, aunque hayan admitido posteriormente su necesidad (Gardner et al., 1999).

Pero la tensión emocional alta y el malestar también afecta a los miembros del personal (Berry et al., 2013; Bonner et al., 2002; DiFabio, 1981; Eriksson y Kjellin,1989; Gelkopf et al., 2009; Lützén, 1990; Krieger el al., 2020; Nocete et al., 2017; Olofsson, 2005; Olofsson et al.,1999; Wynn, 2003). La mayoría tienen una visión bastante crítica de la coerción, la consideran un mal necesario y creen que ciertos factores (incluido el estrés, la escasez de personal, una unidad completamente ocupada o la presencia de determinados miembros del personal) aumentan la probabilidad de recurrir a ella (Krieger et al., 2020).

Los factores del personal que más consistentemente parecen influir en la aplicación de medidas coercitivas son el sexo, la experiencia laboral, las aptitudes del personal, la comunicación y relación entre el terapeuta y el paciente, así como las características individuales del personal (Krieger et al., 2020). En cuanto a los pacientes, el diagnóstico principal es el predictor más fuerte de tratamiento psiquiátrico hospitalario involuntario, siendo otros predictores la ausencia de tratamiento ambulatorio previo al ingreso, su realización fuera del horario habitual de atención y el origen migratorio (Schmitz-Buhl et al., 2019). El predictor más significativo de readmisión son las hospitalizaciones previas (Donisi et al., 2016). Entre los posibles desencadenantes de conductas coercitivas se mencionan los entornos poco terapéuticos y tranquilizadores o los problemas en las relaciones entre profesionales y pacientes, si bien el personal parece atribuirlo a factores internos de los pacientes (Nocete et al., 2017).

2.7.3. Coerción informal

El hecho de que algunos internamientos se tramiten por medio del art. 763 LEC u otros textos legales de similar contenido en el derecho comparado no ha de dejar la falsa impresión de que el resto de internamientos u otras opciones terapéuticas aceptadas respondan indubitadamente a los deseos del paciente.

Ya en los años 70, Gilboy y Schmidt (1971) documentaron que los pacientes legalmente voluntarios, a menudo, habían sido coaccionados explícitamente por personas legalmente facultadas para ingresarlos involuntariamente. Encontraron que, en la mayoría de los casos en los que se utilizaron procedimientos de ingreso voluntario, las personas se enfrentaban a la amenaza de procedimientos de internamiento involuntario como principal alternativa al ingreso voluntario.

Los datos sugieren que los internamientos involuntarios formales representan solo una parte de los pacientes internados contra su voluntad (Lewis et al., 1984), pudiendo oscilar la prevalencia bruta de coerción percibida entre el 16% y el 90%, dependiendo del estudio (Newton-Howes y Stanley, 2012).

Como se señaló con anterioridad, existe un desajuste entre el procedimiento legal de involuntariedad y la voluntad real del paciente que aconseja trascender la dicotomía formal del estatus legal voluntario e involuntario para comprender el auténtico papel de la anuencia del paciente en el ingreso psiquiátrico (Hiday et al., 2002; Monahan et al., 1995).

Normalmente se presentan los medios de coerción informal como parte de un continuo, en función de la presión ejercida. Incluyen, dependiendo del autor, conductas identificables como persuasión, influencia interpersonal, inducción, "leverage"[91], coacción, amenaza... (Canvin et al., 2013; Cowan, 2020; Dunn et al., 2012, 2014; Hiday et al., 2002; García, 2016; Jaeger et al., 2014; Martin y Gurbai , 2019; Monahan et al. 2005; Moreno et al., 2017; Szmukler y Appelbaum, 2008; Valenti et al., 2015; Vera, 2016) que pueden sustanciarse en formas que van desde las maniobras más sutiles como el tono de voz, los gestos o las reacciones emocionales, pasando por intentos de convencer mediante incentivos de objetos o servicios deseados o contratos de comportamiento que permiten algunas actividades a cambio del cumplimiento o el logro de objetivos de tratamiento específicos, hasta interacciones abiertamente coercitivas como la restricción de privilegios, la amenaza de

[91] En la literatura sajona se utiliza el término "leverage" para el tipo de presión informal caracterizada por tres aspectos: (1) Un elemento de condicionalidad (por el cual surgirán diferentes consecuencias dependiendo de la respuesta del paciente a la presión aplicada), (2) alguna forma de incentivo que aumenta la presión, mejorando las posibilidades de influir en el paciente y (3) la comunicación directa de un agente con el poder percibido de seguir adelante con la acción percibida por el paciente como destinada a influir en su comportamiento (Canvin et al., 2013). Moreno et al. (2017, p.211) identifican el "leverage" con la coacción. Sin embargo, la RAE (Real Academia Española, s.f.-d, definición 1) atribuye al término coacción un componente de fuerza o violencia y de obligatoriedad ("Fuerza o violencia que se hace a alguien para obligarlo a que diga o ejecute algo") que no parece evidente en la concepción del "leverage" de Canvin et al. (2013). El propio Código Penal en su art.172 tipifica el delito de coacciones para aquel que "impidiere a otro con violencia hacer lo que la ley no prohíbe, o le compeliere a efectuar lo que no quiere, sea justo o injusto, …". Parece existir, pues, un matiz que distingue ambos; en el caso del "leverage", se ofrece un aliciente o premio al paciente para que realice o deje de realizar una conducta, pero no es necesaria la fuerza o violencia ni el paciente se ve obligado a hacer algo que no quiere (otra cosa es que se considere un acto de violencia moral la utilización del procedimiento como tal). Por ello, quizá una traducción para ese término podría ser incentivación, refuerzo o premio.

internamiento o de finalización del tratamiento (Elzakkers et al., 2014; Hiday et al., 2002; Matusek, 2011; Matusek y Wright, 2010; Ramjan y Gill, 2012; Szmukler y Appelbaum, 2008; Vera, 2016).

Vera (2016) distingue tres formas de influir en las personas; la persuasión, la manipulación y la coacción y añade una valoración moral a las mismas. La persuasión sería "el uso de argumentos razonables con la intención de inducir en otra persona la aceptación de una determinada opción" (p.62) sin anular la autonomía del paciente y sería éticamente aceptable si es leal y no obedece a intereses ajenos al paciente. La manipulación consistiría en la presentación de la información de forma que se empuja al paciente a tomar una decisión determinada, sin llegar a la amenaza. La manipulación puede ser informacional o psicológica y es, en general, inaceptable. Por último, la coacción consiste en la amenaza explícita o implícita de un resultado indeseable para el paciente y que es evitable si accede a las pretensiones del médico. La coacción es siempre inaceptable "cuando se ejerce sobre un paciente capaz de decidir por sí mismo" (p.63) .

La forma más frecuente de intentar influir en un paciente para que ingrese voluntariamente es la persuasión verbal (Lidz et al., 1993; Lucksted y Coursey, 1995). Ello no es de extrañar, si se tiene en cuenta que la persuasión racional se considera normalmente una alternativa moralmente exigible o deseable que muestra respeto por la agencia de una persona. (Altisent, 2013; Barilan y Weintraub, 2001; Bindman, 2004; MacLean, 2006; Savulescu, 1995). Para algunos autores, el uso de la persuasión puede ser una obligación moral y su omisión supone el abandono del paciente bajo el disfraz del respeto a la autonomía (Altisent, 2013). Para otros, también sería una obligación legal, ya que ayudar a los pacientes a alcanzar sus objetivos y ser coherentes con sus valores y elecciones distingue la autonomía de la libertad y la autodeterminación y facilita, en lugar de socavar, la autonomía (Maclean, 2006)[92]. La autonomía debería y podría respetarse sólo después de que se haya realizado tal intento persuasorio (Barilan y Weintraub, 2001).

Sin embargo, no todos los autores tienen una visión positiva de la misma y algunos lo consideran paternalista en determinados casos. Según Tsai (2014), la persuasión racional es paternalista cuando está motivada por la desconfianza en la capacidad del otro para reconocer o sopesar adecuadamente las razones que influyen en su bien, cuando transmite que no es lo suficientemente apto para comprometerse con esas razones, como se espera de una persona capaz de hacerlo, y cuando se le oculta la oportunidad de comprometerse de forma independiente con esas razones. Según Mayorga y Patiño (2016, p. 112), "A pesar que [*sic*] se procurara el bienestar del paciente, persuadiéndolo para que tome la decisión que a juicio de los expertos parece

[92] Según Maclean (2006), cuando los pacientes toman decisiones aparentemente imprudentes, los profesionales de la salud deben desafiar la decisión y entrar en un proceso de persuasión mutua para obtener las razones de la decisión y determinar si es irracional. De acuerdo con el autor, la ley debería rechazar el concepto de divulgación no directiva.

la más adecuada, no parece ser un criterio que respete la autonomía del paciente, ya que no es propiamente el persuadir sino la convicción racional lo que refleja el respeto a la autonomía".

Algunas narrativas de médicos también describen la persuasión como una forma de coerción que les resulta muy difícil de llevar a cabo (Olofsson et al., 1999).

Pero, más allá de la valoración de la persuasión como estrategia estrictamente racional, hay evidencia de que, en el contexto clínico, no es interpretada de la misma manera por las partes involucradas en la interacción[93]. Las diferencias de poder, la facultad del personal clínico de ingresar o tratar a los pacientes contra su voluntad, conlleva que lo que el personal interpreta como persuasión sea recibido como amenazas implícitas por los pacientes (Eriksson y Westrin, 1995; Lidz et al.,1993). De la misma forma que los pacientes voluntarios pueden experimentar coerción, no todos los pacientes involuntarios experimentan necesariamente cada aspecto de su tratamiento como imposición (Eriksson y Westrin, 1995; Matusek y Wright, 2010). La coerción informal, en forma de amenazas y supervisión constante, puede percibirse peor que la coerción formal, al menos entre algunos pacientes con conductas autolesivas (Gerle et al., 2019)

En cuanto a la conciencia de los profesionales del empleo de mecanismos de coerción informal, hay evidencia de que los niveles bajos de coerción se reconocen adecuadamente, mientras que los niveles más altos se subestiman. El grado de coerción inherente a las intervenciones que comprenden persuasión y presión es subestimado por profesionales con una actitud positiva y sobreestimado por aquellos con una actitud negativa hacia las respectivas intervenciones (Jaeger et al., 2014).

Una característica de la coerción informal es su ubicuidad. La coerción informal o encubierta existe en todos los países estudiados y en todas sus formas evaluadas: persuasión, influencia interpersonal, inducción y amenaza, pero también en otros modos como el engaño, chantaje o la actitud directiva (García, 2016; Valenti et al., 2015).

Algunos resultados sugieren que tanto el tratamiento obligatorio como las presiones informales continuas para adherirse al tratamiento pueden ser barreras importantes al mismo (Swartz et al., 2003).

Por último, el advenimiento de la idea de paternalismo libertario[94](Thaler y Sunstein, 2003), ha hecho que algunos autores aboguen por que, durante el proceso de

[93] La investigación sobre coerción se ha centrado cada vez más en la experiencia subjetiva de los pacientes (Aguilera-Serrano et al., 2018; Bindman, 2004; Bindman et al., 2005; Cascardi y Poythress, 1997; Gardner et al., 1993; Hoge et al., 1997; Hotzy y Jaeger, 2016; Hiday et al., 1997; Høyer, 1999; Iversen et al., 2002; Jordan y McNiel, 2020; Kjellin et al., 2006; Lidz et al., 1995; Monahan et al. 1995; O'Donoghue et al., 2014; Sheehan y Burns, 2011; Sørgaard, 2004; Tingleff et al., 2017).

[94] Thaler y Sunstein (2003), en su alegato por el paternalismo libertario animan a repensar los puntos de vista sobre el paternalismo. Consideran que el fervor antipaternalista se basa en la combinación de

obtención del consentimiento informado, los médicos empujen ("nudge" [95]) a sus pacientes a que elijan la opción que aquellos consideran más conveniente (Cohen, 2013; Douglas y Proudfoot, 2013; Munoz et al., 2015; Thaler y Sunstein, 2009). El paternalismo libertario es paternalista en el sentido de que tiene como objetivo influir en las personas a través de medios distintos de la persuasión racional para que tomen decisiones que se perciben como buenas para ellos o incluso que los protegen de sí mismos (Cohen, 2013). Sin embargo, el empujoncito genera múltiples cuestiones éticas (Blumenthal-Barby y Burroughs, 2012)[96]. Algunos autores lo consideran una violación de la autonomía (Ploug y Holm, 2015; Simkulet, 2019). El empujoncito no apela a la deliberación racional del paciente, sino que explota los sesgos cognitivos del paciente (Ploug y Holm, 2015) y resulta incompatible con la verdad que requiere el consentimiento informado (Simkulet, 2019).

2.7.4. Coerción en anorexia nerviosa

En anorexia nerviosa, las intervenciones obligatorias formales ocurren con menos frecuencia que las más sutiles medidas de tratamiento coercitivo informales (Cowan, 2020). Los procedimientos obligatorios paradigmáticos en el tratamiento del trastorno alimentario son la alimentación involuntaria de sonda nasogástrica y la hospitalización. Sin embargo, hay muchos ejemplos de estrategias de tratamiento coercitivo y

una suposición falsa y al menos dos conceptos erróneos. La suposición falsa es que las personas siempre toman decisiones que son en su mejor interés. Los errores son creer que existen alternativas viables al paternalismo y que el paternalismo siempre implica coerción. Para explicar estos errores, los autores parten de la idea de que, en muchas situaciones, las organizaciones o agentes, públicos o privados, deben tomar una decisión que afectará a las decisiones de otras personas. Y ponen el ejemplo de una directora de la cafetería de una empresa que descubre que el orden en que se colocan los alimentos influye en las decisiones que toman las personas. En ese caso, lo normal sería disponerlos de forma que ella considere mejor para los clientes y no al azar o de forma que les perjudique (en el ejemplo propuesto por los autores, la disposición indeseable de los productos sería aquella que les hace obesos, lo que toma un matiz paradójico en el seno de la presente investigación). Además, entienden que, dado que la elección del orden en el que se presentan los alimentos no obliga a nadie a hacer nada, no implica coerción. A tales acciones las llaman paternalismo libertario.

[95] El paternalismo libertario opera a través del "nudge". Dar un empujoncito o "nudge" es, según Thaler y Sunstein (2009) cualquier aspecto de la arquitectura de elección que altera el comportamiento de las personas de una manera predecible sin prohibir ninguna opción o cambiar significativamente sus incentivos económicos. Para que se considere un simple empujoncito, la intervención debe ser fácilmente evitable. Los empujoncitos no son mandatos. Los autores exponen la doctrina del paternalismo libertario como un enfoque que dirige a la gente hacia decisiones que aumentan su bienestar y que pueden ayudar a corregir los miedos que conducen a las personas en direcciones equivocadas. La idea central del enfoque es que es posible compaginar el respeto a las decisiones (libertarismo) con un paternalismo que las encauza con suavidad hacia posiciones que incrementan su bienestar (Gil, 2014).

[96] Blumenthal-Barby y Burroughs (2012) analizan y despliegan una tabla (p.8) con distintos mecanismos de empujoncito y las cuestiones éticamente relevantes que suscita cada uno de ellos.

prácticas disciplinarias restrictivas que se emplean en el tratamiento de pacientes con TCA. Matusek y Wright (2010) citan las siguientes:

- Hospitalización involuntaria.
- Órdenes de tutela.
- Alimentación por sonda nasogástrica.
- Sustitutivos nutricionales forzados (suplementos líquidos en lugar de comida sólida).
- Alimentación suplementaria (refrigerios adicionales, complementos de comida o alimentación nocturna por sonda).
- Farmacoterapia no deseada (incluidos medicamentos con efectos secundarios de aumento de peso).
- Vigilancia en las comidas y en el baño.
- Reposo en cama y / o restricción de movimiento.
- Restricción de ejercicio.
- Restricciones de visitas y actividades que dependen del progreso y conformidad.
- Eliminación de artículos no permitidos (es decir, refrescos dietéticos, alimentos externos, píldoras dietéticas).
- Redireccionamiento de una conversación inapropiada a la hora de comer.
- Redireccionamiento de rituales con comida.
- Contratos de comportamiento.
- Medición de alimentos y calorías consumidas.
- Otras interacciones coercitivas o restrictivas con el personal.

En un estudio danés (Clausen et al., 2018) se analizaron las intervenciones involuntarias registradas entre 2000 y 2013. Sobre un total de 4.727 pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa que totalizaban 16.592 ingresos, el 18% experimentó al menos una medida involuntaria. Se utilizaron diversas medidas, siendo la alimentación por sonda la más frecuente, seguida de la inmovilización mecánica, la medicación involuntaria, la inmovilización física, la observación constante y la medicación sedante. Un 2,14 % de los pacientes (101 pacientes) se vieron sometidos a más de 100 medidas involuntarias y para un 0,5% (24 pacientes) la cifra superó las 500 intervenciones involuntarias.

Para algunos autores, las estrategias coercitivas psiquiátricas son incompatibles con el respeto a la libertad individual (Szasz, 1997), constituyen un mal uso del poder y no tienen cabida en la psicoterapia ya que se basa en principios de volición y una colaboración de trabajo conjunto con el clínico (Giordano, 2005; Rathner, 1998). Starzomska (2006) formula el paralelismo entre los pacientes con anorexia nerviosa y los presos para explicar muchas consecuencias adversas de la alimentación forzada.

2.7.5. Coerción informal en anorexia nerviosa

Kendall (2014) aduce el escaso uso del tratamiento involuntario en anorexia nerviosa y que sólo sea utilizado como último recurso en circunstancias de vida o muerte al empleo de la coerción informal. Esta haría que algunos ingresos voluntarios ocultasen cierta involuntariedad, vencida ante la presión ejercida. Ciertamente, la compulsión legal formal no es muy frecuente en pacientes con TCA, sin embargo, otras estrategias coercitivas informales se utilizan de manera generalizada para controlar la resistencia o el rechazo del tratamiento (Matusek y Wright, 2010).

La coerción informal en el tratamiento de los TCA también incluye a menudo formas de persuasión, presión, incentivos o amenazas incardinadas en las rutinas de la clínica, a través de prácticas integradas en el quehacer cotidiano; actividades diarias de comer y lavarse, contratos informales o escritos y otras medidas de comportamiento, vigilancia y medición regulares, interacciones con el personal, visitas y actividades, y todos los demás rituales de la vida institucional, incluyendo una serie de métodos como la manipulación lógica o emocional, promesa de recompensas o revocación de privilegios, amenazas de tratamiento involuntario u hospitalización, etc. (Carney, Ingvarson et al., 2006; Carney et al., 2007; Cowan, 2020; Guarda et al., 2007; Matusek, 2011; Ramjan y Gill, 2012).

Las medidas coercitivas informales son difíciles de determinar debido a la influencia que en ella tienen las percepciones subjetivas, que normalmente difieren entre el personal sanitario y el paciente (Boughtwood y Halse, 2010). La percepción de la coerción es compleja[97] y no está necesariamente asociada al grado de restricción en la libertad del paciente (Tan et al., 2010). De acuerdo con Túry et al. (2019) si el paciente niega la enfermedad, cada intervención terapéutica se percibe subjetivamente como obligatoria; por lo tanto, la falta de conciencia de enfermedad, tan característica en anorexia nerviosa, puede significar que algún tipo de coerción forma parte inevitable del tratamiento. La necesidad percibida de ingreso se asocia con una menor coerción y presión percibidas y con una mayor sensación de justicia del procedimiento (Guarda et al., 2007).

Sea como fuere, tanto médicos como pacientes constatan su presencia como componentes dominantes y cotidianos en el tratamiento de los TCA, en múltiples entornos y niveles de atención. (Cowan, 2020; Ramjan y Gill, 2012; Túry et al., 2019). Matusek y Wright (2010) apuntan que muchos médicos justifican el uso de estas estrategias coercitivas como límites necesarios para promover la seguridad y la recuperación, y algunos sugieren que las imposiciones a menor escala son preferibles a las medidas de tratamiento más restrictivas e invasivas.

[97] En Ramjan y Gill (2012), por ejemplo, el análisis temático reveló la metáfora de prisión en las descripciones del entorno y la cultura de tratamiento por parte de pacientes y enfermeros y afectó negativamente el desarrollo de las relaciones terapéuticas entre ellos.

A pesar de su ubicuidad, varios autores se muestran críticos y cuestionan la motivación de estas tácticas coercitivas. Kendall (2014) considera que el empleo de la coerción informal conlleva, por un lado, que se considere a los pacientes capaces si cumplen con el tratamiento, pero no si lo rechazan. Por otro lado, la amenaza del tratamiento involuntario puede estar detrás de muchos consentimientos sólo para evitar el ingreso como paciente involuntario, lo que lógicamente devalúa el consentimiento otorgado y complica cómo deba entenderse la voluntariedad. Las tácticas de miedo no parecen efectivas para el cambio (Geller el al., 2001) La alta tasa de conversión en pacientes hospitalizados con TCA que inicialmente no creían requerir hospitalización plantea interrogantes sobre la ética de la presión coercitiva para recibir tratamiento. (Guarda et al., 2007).

2.8. El problema ético: argumentos a favor y en contra del tratamiento involuntario en anorexia nerviosa

2.8.1. Planteamiento del problema

El tratamiento coercitivo para la anorexia nerviosa plantea serios problemas éticos[98,99], legales y clínicos ya que a veces es la única forma de prevenir la muerte, pero representa una forma grave de intrusión corporal y una violación de los deseos expresados por los pacientes, que a menudo son personas muy inteligentes y bien estructuradas (Giordano, 2019). La dificultad radica en que, a pesar del daño físico (y psicosocial) causado por la anorexia nerviosa, los afectados con frecuencia no consideran el bajo peso y la restricción calórica extrema como un problema y son ambivalentes hacia el tratamiento, pudiendo llegar a rechazarlo aunque presenten graves complicaciones médicas que ponen en serio peligro sus vidas (Milano et al., 2017).

Como se presentó en el capítulo dedicado a la situación legal, de acuerdo con la legislación española, el paciente tiene derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles y a negarse al tratamiento salvo que no sea capaz de tomar decisiones (arts. 3, 4 y 9.3 LAP) y prevé el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico cuando la persona "no esté en condiciones de decidirlo por sí" (art. 763 LEC). Por ello, podría pensarse que basta con conocer esta circunstancia para determinar si se respeta o no la decisión del paciente. Pero la cuestión no es tan sencilla cuando se acude a la ética, la ciencia y la práctica clínica.

En la publicación 4 se ha expuesto la dificultad de la determinación de la capacidad y el alcance de su valoración. Esta complejidad es especialmente relevante en el caso de la anorexia nerviosa (Carney, Crim et al., 2006; Elzakkers et al., 2016; Gans y Gunn, 2003; Miller, 2020; Ramos y Robles, 2019; Tan et al., 2006; Tan, Hope y Stewart, 2003a; Turrell et al., 2011), como ya se ha presentado en capítulo anterior. El problema se

[98] La bioética se sitúa más allá de los dilemas (Altisent, 2010). La RAE (Real Academia Española, s.f.-e, definición 1) define el dilema como la "situación en la que es necesario elegir entre dos opciones igualmente buenas o malas". No obstante, es corriente un uso laxo del término "dilema" que va más allá de dos únicas opciones, como puede comprobarse en la revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos de Ruíz-Cano et al. (2015). En la presente tesis doctoral se privilegia la expresión "problema ético" frente a la de "dilema ético", por considerar que los problemas éticos ofrecen varias soluciones posibles. El análisis deliberativo permite normalmente encontrar diferentes cursos de acción, que, según Gracia (2001), son como norma cinco o más.

[99] La formación ética es fundamental en Psicología (del Río, 2009). Sería deseable una mayor presencia de psicólogos en el debate bioético. El psicólogo tiene instrumentos para enriquecer la deliberación de los comités (Cataldo y Bogetti, 2015).

hace extensible a la posibilidad de dar directivas anticipadas (Boyle, 2019; Ip, 2019). Además, atribuir una falta de capacidad (y, por lo tanto, una falta de autonomía) no es suficiente para justificar las medidas de tratamiento obligatorio que anulan las decisiones de las personas con anorexia nerviosa (Martens, 2015) y algunos autores (Giordano, 2010, 2019) restan importancia al papel de la capacidad en la toma de decisión, supeditan su valor al del decisor óptimo (Fernández et al., 2020) o sugieren que lo mejor es prescindir del concepto de capacidad (Miller, 2020).

Sea como fuere, lo cierto es que la conducta anoréxica puede llegar a poner en peligro la salud y la vida del paciente (Brown y Mehler, 2015; McBride et al., 2015; Westmoreland et al., 2015), como también es cierto que, a diferencia de muchas otras enfermedades potencialmente mortales, los profesionales sanitarios tienen los medios técnicos para evitar el fallecimiento, por ejemplo, recuperando el peso mediante la alimentación nasogástrica (Boyle, 2019). Dado que esta opción está siempre disponible, a muchos les resulta particularmente molesto no detener lo que puede verse como una muerte evitable (Giordano, 2010).

2.8.2. Argumentos a favor y en contra del tratamiento involuntario

El tratamiento involuntario en anorexia nerviosa da lugar a opiniones enfrentadas. A continuación se recogen de forma más exhaustiva algunos de los argumentos habitualmente esgrimidos a favor y en contra de su aplicación.

Interesa señalar previamente que la distinta concepción de la anorexia nerviosa, predominantemente biológica, psicológica o social, puede determinar la posición adoptada en el debate. Douzenis y Michopoulos (2015) señalan que el tratamiento involuntario de los trastornos mentales es común cuando se consideran estos trastornos desde un punto de vista médico. Por el contrario, al abordarlos desde un enfoque psicoterapéutico, el tratamiento involuntario parece no solo innecesario sino, en ocasiones, perjudicial. Téngase en cuenta que algunos autores otorgan cierta entidad a la anorexia nerviosa y consideran que influye en la decisión que toma el paciente. Desde ese punto de vista, atender a la petición del paciente supone ceder a la propia enfermedad (Griffiths y Russell, 1998). Sin embargo, otros consideran que la anorexia nerviosa es una mera etiqueta que resume una serie comportamientos y experiencias, careciendo de capacidad explicativa (Giordano, 2019) o que la enfermedad mental como tal no existe, habiendo simplemente problemas en la vida (Szasz, 1960).

Salvar la vida

El principal argumento a favor del uso de la coerción se justifica en la necesidad de abordar las complicaciones médicas potencialmente mortales, es decir, salvar la vida del paciente (Holm et al., 2012; Carney, Yager et al., 2019; Clausen y Jones, 2014; Faith,

2002; Feiring y Ugstad, 2014; Fost, 1984; Goldner et al., 1997; Lopez, Stahl y Tchanturia, 2010; Melamed et al., 2003; Matusek, 2011; McKinney, 2015; Mitrany y Melamed, 2005; Tiller et al., 1993; Treasure et al., 1995; Werth Jr et al., 2003).

No obstante, no hay estudios que prueben que se salven más pacientes por medio del tratamiento obligatorio. Las complicaciones de la anorexia nerviosa se tratan generalmente en Medicina Interna (Douzenis y Michopoulos, 2015). Además, el tratamiento no es curativo y puede implicar una cronicidad más prolongada (Blikshavn et al., 2020). Latzer y Zohar-Beja (2014) apuntan que el tratamiento obligatorio puede causar daño a los pacientes simplemente por ir en contra de su voluntad. En algunos casos, si el paciente no está listo para participar, puede reaccionar al proceso de realimentación participando en una conducta suicida. Una de las razones que se esgrimen en contra del internamiento involuntario es que los pacientes involuntarios tienen más probabilidades de deprimirse y suicidarse[100] cuando son dados de alta (Griffith y Russell, 1998).

Autonomía

Apelando a diferentes consideraciones de la autonomía del paciente, los autores pueden posicionarse a favor o en contra de la idoneidad de las intervenciones involuntarias.

El argumento a favor de las intervenciones voluntarias consiste fundamentalmente en que la coerción puede ser un medio para ayudar al paciente a restaurar su capacidad y recuperar su autonomía. La interferencia no es tanto una amenaza para la autonomía, sino un medio para alcanzarla (Verkerk, 1999). La forma en que se entienda la autonomía puede respaldar el paternalismo de tres formas: si se equipara el respeto por la autonomía con el respeto por las personas; si los juicios sobre lo que califica como acción autónoma contienen elementos intersubjetivos (hay espacio para juzgar los deseos como no autónomos si no se está de acuerdo con ellos) y si se espera que la autonomía juegue un papel instrumental en la promoción o protección de su propio bienestar (White, 2017). Paternalismo y autonomía no son formas de cuidado necesariamente alternativas. Pueden y deben ser compatibles en función de determinadas características individuales de quien recibe el cuidado (Fernández-Ballesteros et al., 2019).

Gaudette (2018) considera que estas intervenciones en pacientes con anorexia nerviosa no tienen por objeto ignorar la autonomía del paciente, sino que fomentan que sea tratada como una virtud[101] y no como un principio. La autonomía debe

[100] En psiquiatría general, los pacientes involuntarios muestran tasas de suicidio más altas que los pacientes voluntarios (Kallert et al., 2008).

[101] De acuerdo con la autora (Gaudette, 2018), el hecho de que la noción de autonomía del paciente se considere una virtud en lugar de un principio en anorexia nerviosa presenta una desviación de la forma en que los sistemas éticos médicos y legales estándar valoran la autonomía. Esto se justifica debido a la naturaleza única del trastorno que tiene un pronóstico excelente cuando se trata, no es

ejercerse no solo de cualquier manera, sino de una manera que sea responsable e indique una apreciación adecuada de las consecuencias y preocupación por los demás.

El argumento en contra es que una intervención involuntaria viola los principios de autonomía y consentimiento informado y la autonomía ha de prevalecer ante cualquier otra consideración (Beumont y Vandereycken, 1998; Carney, Tait et al., 2006; Draper, 1998; Fedyszyn y Sullivan, 2007; Matusek y Whright, 2010; Selvini Palazzoli et al., 1998; Rathner, 1998). Aunque el tratamiento involuntario prolongue la vida, a largo plazo puede ser muy destructivo y contraproducente por la usurpación de la autonomía del paciente (Matusek y Whright, 2010). Las estrategias coercitivas psiquiátricas son incompatibles con el respeto a la libertad individual (Szasz, 1997). Las intervenciones involuntarias tienen un impacto negativo en la autonomía y la autoeficacia percibida de un individuo, mientras que las que apoyan la autonomía, la autoeficacia y el empoderamiento individual pueden ser más eficaces para reducir la gravedad de los síntomas y, al mismo tiempo, proteger o preservar los derechos del paciente (Cowan, 2020). Los profesionales han de utilizar los poderes que la ley les otorga para mejorar más que erosionar la ya frágil autonomía del paciente con anorexia nerviosa (Giordano, 2012).

Eficacia del tratamiento involuntario

La eficacia de un tratamiento es una cuestión fundamental a la hora de tomar decisiones contrarias a la voluntad del paciente. No tiene sentido la aplicación de una terapia fútil. Como ya se comentó previamente, la propia legislación proscribe actuaciones que no se dirijan al tratamiento del trastorno (art. 7 del Convenio de Oviedo).

Por tanto, en cuanto a si las estrategias coercitivas funcionan o no, una cuestión crucial con respecto a la administración de tratamiento involuntario en la anorexia nerviosa es si exhibe efectividad, no solo a corto, sino también a largo plazo. Debido a que los estudios catamnésicos de grupos de pacientes con ingresos involuntarios son insuficientes, es difícil evaluar la respuesta al tratamiento y el riesgo de mortalidad cuando se prolonga el período a considerar (Brunner et al., 2005). Tampoco está claro qué significa recuperación en los casos de anorexia nerviosa (Giordano, 2019). Las intervenciones involuntarias pueden mantener con vida al paciente sin que ello suponga necesariamente una mejora psicopatológica (Westmoreland y Mehler, 2016).

La investigación sugiere que el éxito relativo de las terapias actuales para los TCA con frecuencia conduce a un cambio de comportamiento temporal, con una proporción significativa de pacientes que nunca se recuperan (Matusek y Wright, 2010). El tratamiento involuntario no es útil aproximadamente el 25% de las veces (Westmoreland y Mehler, 2016). No parece haber diferencia en la tasa de recuperación

terminal y es reversible. La acción ética en estos casos requiere prudencia, no en aras de ignorar por completo la autonomía del paciente, sino de suavizarla con la información de las características clínicas de la anorexia nerviosa.

de peso para los pacientes tratados de forma voluntaria o involuntaria (Brunner et al., 2005; Ramsay et a., 1999; Watson et al., 2000). Sin embargo, la duración media de la hospitalización es de 3 semanas más entre los pacientes en tratamiento obligatorio aun no dando lugar a un aumento mayor del IMC (Atti et al. 2021). Además, los pacientes tratados involuntariamente pueden tener un resultado a largo plazo menos favorable (Elzakkers et al., 2014; Ramsay et al., 1999). El tratamiento hospitalario involuntario se asocia con un aumento en el número de muertes durante los siguientes 5 años en comparación con el ingreso no obligatorio (Ramsay et al., 1999), diferencia que se atenúa con el tiempo (Ward et al., 2015).

Esto no implica necesariamente que sea el tratamiento involuntario en sí mismo lo que origina un peor pronóstico, sino que puede asociarse a otros factores de selección ligados a la gravedad de la enfermedad (Ramsay et al., 1999). Los tratamientos obligatorios suelen estar destinados a pacientes con peores condiciones basales que los voluntarios (Atti et al., 2021). Los pacientes con anorexia nerviosa que reciben tratamiento involuntario tienen un peso de admisión más bajo, mayor tiempo de enfermedad y requieren un periodo más prolongado de hospitalización para lograr un peso saludable al alta (Watson et al., 2000). En los pocos casos en que se dispone de datos de seguimiento, los resultados se muestran peores a medida que se incrementa el plazo para los hospitalizados involuntariamente, lo cual no es sorprendente dado que estos pacientes suelen estar más enfermos, tienen mayores comorbilidades y están menos motivados para buscar atención después del alta del tratamiento hospitalario obligatorio (Carney, Yager et al., 2019).

El tratamiento es más efectivo si los pacientes son tratados tempranamente en el curso de su enfermedad y si se someten a un curso completo de tratamiento, por lo que el tratamiento involuntario puede al mismo tiempo salvar la vida y ser fundamental para la recuperación (Westmoreland y Mehler, 2016). Sin embargo, algunos autores consideran que el tratamiento no deseado solo puede agravar la condición al estimular la búsqueda de nuevos métodos para evitar el aumento de peso e intensificar la posición de resistencia (Dresser, 1984). Los intentos repetidos de realimentación pueden resultar improductivos e incluso traumáticos para el paciente, aumentando la probabilidad de que rechace futuras intervenciones (Wonderlich et al., 2020). Dichas actuaciones pueden implicar una cronicidad más prolongada (Blikshavn et al., 2020), mayor mortalidad a largo plazo (Ramsay et al., 1999) y pueden llevar al paciente a reaccionar con conducta suicida (Latzer y Zohar-Beja, 2014). Dado que, pasado cierto tiempo, las probabilidades de curación son realmente escasas (Fernández-Hernández et al., 2021d; Zipfel et al., 2000), se corre el riesgo de encadenar intervenciones coercitivas que, si bien pueden mantener con vida al paciente, no ofrezcan mejora alguna en la evolución psicopatológica del trastorno (Fernández et al., 2020).

Algunos autores sostienen que, dado que el tratamiento de la anorexia nerviosa grave parece tener solo un éxito limitado, la justificación ética para ignorar la autonomía del paciente en virtud del mayor interés también lo es (Carney, Tait et al.

2006; Draper 2000). No obstante, ni siquiera en caso de evidencia de eficacia se resolvería el problema. Podría estar éticamente justificado mantener las decisiones de pacientes particulares de rechazar el tratamiento o de retirárselo (Carney, Tait et al. 2006).

¿La alimentación forzada trata la anorexia nerviosa o la emaciación?

Se vio más arriba que una de las exigencias legales para proceder a un tratamiento involuntario es que el fin sea tratar el trastorno. Así, el Convenido de Oviedo en su art. 7 incide en que la persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno.

El problema en anorexia nerviosa radica en que no está claro si una de las intervenciones coercitivas fundamentales, la alimentación forzada, tiene por objetivo el tratamiento del trastorno o el mero mantenimiento de la vida con escaso pronóstico de curación psicopatológica. De ser así, la intervención arrojaría no sólo dudas éticas, sino también legales. Una dificultad radica en que la norma no especifica qué tipo de intervención puede considerarse orientada a tratar el trastorno.

La alimentación forzada es, en el mejor de los casos, un remedio para los síntomas secundarios de la inanición y, muy probablemente, una medida extrema para prevenir una posible muerte o para ganar tiempo, pero no está claro si puede ayudar a los pacientes a desarrollar relaciones más saludables con sus cuerpos, con la comida y consigo mismos[102] (Giordano, 2019).

Se plantea entonces la pregunta de si la alimentación forzada puede considerarse como un tratamiento para la anorexia nerviosa, lo que permitiría su utilización conforme a la ley, o si únicamente trata la emaciación, lo que aparentemente se hallaría fuera del marco que establece la legislación para la intervención involuntaria de persona que sufre trastorno mental[103].

La alimentación puede ser considerada como tratamiento de elección, sin más que el modelo que explique el trastorno así lo aconseje, y que se ponga el énfasis también en técnicas conductuales. Si bien es cierto que, hasta la fecha, la formulación básica

[102] Giordano (2019) puntualiza que se podría argumentar que si la única forma de mantener vivo a un paciente es alimentándolo por la fuerza, el tratamiento es necesariamente en el mejor interés del paciente. Sin embargo, de acuerdo con la autora, eso solo es cierto cuando le brinda de manera realista la oportunidad de mejorar su condición en general, ya que si no, equivaldría a decir que el mejor interés del paciente es que la vida debe preservarse independientemente de su calidad y de la carga que padece el paciente.

[103] No obstante, ya se ha visto que el art. 9.b. de la LAP deja en manos de los facultativos llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento "cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él".

del tratamiento se ha centrado en los aspectos cognitivos para facilitar cambios de comportamiento, colocando la preocupación por el peso como característica central (Fairburn, Shafran et al., 1999; Fairburn, 2005), ello no obsta a que se puedan conseguir cambios cognitivos a través de técnicas conductuales.

Como se comentó en el apartado relativo al tratamiento, este enfoque parte de la concepción de un aprendizaje de miedo alterado (Koskina et al., 2013; Schaumberg et al., 2020; Strober, 2004) y emplea la exposición a estímulos alimentarios para tratar el trastorno (Cardi et al., 2019; Farrell et al., 2019; Glasofer et al., 2016; Levinson et al., 2015; Steinglass et al., 2014) y no únicamente con el fin de conseguir la restauración ponderal.

Hasta la fecha se ha realizado poca investigación sobre el tratamiento de la anorexia nerviosa (Cardi et al., 2019; Koskina et al. 2013; Schaumberg et al., 2020; Steinglass et al. 2014; Levinson et al., 2015). Tampoco está claro si la alimentación que se recibe de forma regular y supervisada en la mayoría de programas hospitalarios o de día puede estar actuando como una forma de terapia de exposición efectiva[104] (Koskina et al., 2013).

Sin embargo, en lo que a la cuestión inicial respecta, lo relevante sería que la exposición a la alimentación obedeciese a un plan de terapia psicológica (conductual, en este caso) y no solo al mantenimiento de la vida. Desde este planteamiento, puede considerarse una técnica de intervención dirigida a tratar el trastorno y, por tanto, acorde con lo estipulado en el Convenido de Oviedo en su art. 7.

En definitiva, se trataría de analizar dos justificaciones diferentes de la intervención. Por un lado, la de alimentar al paciente contra su voluntad porque su vida corre peligro. Por otro, la de alimentarle contra su voluntad porque se considera una forma de terapia psicológica de elección y puede ser efectiva frente al trastorno, independientemente del riesgo vital. Téngase en cuenta que una acogida positiva a dichas razones tendría, sin embargo, implicaciones diferentes a la hora de legitimar intervenciones en fases iniciales de la enfermedad, en que la salud física no se ha visto aún maltrecha.

Conciencia de enfermedad

Como ya se ha mencionado, la ausencia de conciencia de enfermedad o de apreciación es una característica que se alega comúnmente para justificar el recurso a una intervención involuntaria (Holm et al., 2012) y se asocia con un incremento del riesgo de ingreso involuntario en psiquiatría general (Walker et al., 2019). Sin embargo, algunos autores (Fernández et al., 2020) apelan a centrarse en la conciencia de vida

[104] La aplicación correcta de la exposición con prevención de respuesta supone manejar con sutileza determinados factores. Téngase en cuenta la facilidad con que se puede quebrar la frontera habituación-sensibilización. La inadecuada utilización de la técnica puede suponer un retroceso en la evolución del paciente.

con la enfermedad en lugar de la conciencia de enfermedad, ya que esta tiene más utilidad clínica que bioética. La distinción es relevante, puesto que en anorexia nerviosa, no suele producirse pérdida del juicio de realidad, conservando los pacientes una adecuada comprensión de lo que acaece alrededor y de su realidad vital.

Problemas legales

La Psiquiatría es una ciencia empírica que utiliza el subjetivismo en gran parte de juicios y actuaciones, por lo que es difícil la defensa frente a reclamaciones en que es preciso demostrar con datos objetivos el método empleado en la actuación profesional (Martin, 2012). La intervención de una manera que los jueces o tribunales no consideran justificada puede dar lugar a problemas no solo éticos, sino también legales para los sanitarios (Cowan, 2020). Ello puede jugar en ambos sentidos, a favor o en contra de la intervención involuntaria, según el sentido en que juegue la presión legal.

No obstante, el riesgo de reclamación en Psiquiatría[105] como consecuencia de responsabilidad profesional médica es muy bajo y, además, el porcentaje de reclamaciones en que se considera probada la existencia de responsabilidad por parte del facultativo también lo es (Martín, 2012).

Necesidad de estabilización

El argumento es que el tratamiento psicoterapéutico no tiene sentido si la emaciación afecta significativamente a las respuestas psicológicas de la persona. No se puede formular una imagen real de los problemas psicológicos, ni la psicoterapia puede ser eficaz, hasta que se corrija la desnutrición y el paciente sea capaz de asimilar y procesar nueva información. (Bruch, 1982). Sólo una vez que su peso se ha estabilizado, puede iniciar un tratamiento terapéutico, comenzar la recuperación e intentar llevar una vida normal (Coggon, 2014; Lewis, 1999; Melamed et al., 2003).

En efecto, la investigación advierte de diversos alteraciones conductuales y neuropsicológicas relacionadas con el infrapeso. Sin embargo, hay que tener cierta cautela en cómo opera esa relación. Parece que las consecuencias de la inanición explican más bien conductas de atracón (Eckert et al., 2018) y que la relación entre la conciencia de enfermedad y el IMC puede dejar de ser significativa cuando se controlan posibles factores de confusión (Konstantakopoulos et al., 2011). Además, como se comentó más arriba, este argumento es rechazado por algunos autores, ya que la inanición no ocurre de repente y, aunque el paciente llegue a perder realmente

[105] "Las reclamaciones en Psiquiatría con frecuencia se interponen ante los tribunales, por la familia del presunto perjudicado más de un año después del evento adverso, resolviéndose aproximadamente en 2 años y medio sin consecuencias judiciales para el facultativo denunciado. Suelen relacionarse con disconformidades en el diagnóstico y/o tratamiento o la valoración del riesgo autolítico, el evento adverso reclamado es el fallecimiento del perjudicado" (Martin, 2012, p. 193).

la capacidad porque la inanición está afectando sus capacidades cognitivas, puede haber sido capaz para rechazar la comida y el tratamiento hasta ese momento (Giordano, 2019).

Mejor interés del paciente

La justificación para la intervención forzada en el mejor interés del paciente se emplea a menudo y su aplicación a la anorexia nerviosa es evidente: se puede ver fácilmente que el aumento de su peso corporal, por cualquier medio, evita riesgos potencialmente mortales (Radden, 2021). Sin embargo, según algunos autores, eso solo es cierto cuando le brinda de manera realista la oportunidad de mejorar su condición en general, ya que si no, equivaldría a decir que el mejor interés del paciente es que la vida debe preservarse independientemente de su calidad y de la carga que padece el paciente (Giordano, 2019). Según Tomasini (2010), puede haber algunos ejemplos en el caso de la anorexia nerviosa incurable, en que los intereses de bienestar (el cese del sufrimiento innecesario) pueden superar los intereses médicos (manteniéndolos con vida con la vana esperanza de que logren un avance psicológico). Esto tiene implicaciones para una noción más amplia de capacidad, una que va más allá de la definición terapéutica más convencional de lo que es lo mejor para el paciente.

Relación terapéutica

Se ha demostrado que la alianza terapéutica afecta a los resultados (Baier et al., 2020; Horvath et al., 2011). La terapia obligatoria compromete la relación con el terapeuta y otros profesionales y, por tanto, tendrá un resultado negativo a largo plazo (Giordano, 2005). La intervención involuntaria supone una ruptura de la alianza terapéutica y la disminución de la probabilidad de buscar tratamiento posterior después de un ingreso obligatorio (Costa et al., 2014; Dresser, 1984; Giordano, 2005; Lanceley y Travers, 1993; Richmond, 2001). Douzenis y Michopoulos (2015) llevaron a cabo una revisión de la literatura concluyendo que el tratamiento involuntario puede salvar vidas de pacientes jóvenes con anorexia nerviosa, sin embargo, en otros casos, puede romper la relación psicoterapéutica y hacer que el paciente abandone el tratamiento. En cambio, la provisión de opciones al comienzo del tratamiento puede reducir el abandono (Vandereycken y Vansteenkiste, 2009).

No obstante, algún estudio informa de que la intervención involuntaria no deteriora necesariamente la relación terapéutica (Russell, 2001; Schreyer et al., 2016; Serfaty y McCluskey, 1998).

Necesidad de colaboración

El argumento en este sentido es que la coerción no tiene cabida en la psicoterapia ya que la empresa misma se basa en principios de volición y una colaboración de

trabajo conjunto con el clínico (Beumont y Vandereycken, 1998; Giordano, 2005; Mitchell et al., 1988; Rathner, 1998). Esta falta de colaboración puede incrementarse con la coerción (Oliver, 1997).

Agradecimiento diferido

El agradecimiento diferido, retrospectivo o a posteriori[106] se esgrime a menudo como argumento de legitimación para intervenciones involuntarias. Consiste en que los pacientes, con posterioridad a la intervención, se posicionan a favor de la intervención involuntaria que rechazaban en el momento en que tuvo lugar, es decir, lo agradecen en un momento posterior (Fost,1984). Se refiere a una gratitud íntimamente experienciada, sin necesidad de reconocimiento expreso hacia el equipo médico (Fernández et al., 2020). Hay evidencia de que algunos pacientes agradecen retrospectivamente que se impusiera el tratamiento o reconocen que algunos aspectos de la coerción fueron útiles (Gabriel, 2016, 2017; Griffiths et al., 1997; Guarda et al., 2007; Katsakou y Priebe, 2007; Manley et al., 2001; Matusek, 2011; Matusek y Wright, 2010, Owen et al., 2009; Priebe et al., 2009; Priebe et al., 2010; Tan, Hope, Stewart y Fitzpatrick, 2003; Tan et al., 2006; Tan et al., 2010). El argumento del agradecimiento diferido, además, establece una divisoria con otras opciones médicas autónomas (por ejemplo, con los testigos de Jehová en el caso de una transfusión de sangre) en las que ese agradecimiento no tendría lugar y daría pocos motivos para anularla (Gaudette, 2018).

Los pacientes con TCA informan de percepciones tanto negativas como positivas asociadas a la coerción percibida (Matusek, 2011). En el estudio de Newton et al. (1993), se preguntó a los pacientes si consideraban que había sido bueno ser ingresados o detenidos contra sus deseos y el 50 % contestó afirmativamente.

Sin embargo, más allá de la opinión diferida de los pacientes, el agradecimiento retrospectivo ha sido puesto en tela de juicio conceptualmente por equiparar aceptación del tratamiento (en este caso, a posteriori) con mejoría clínica y ser posible el agradecimiento sin curación y la curación sin agradecimiento (Fernández et al., 2020).

Dignidad y no discriminación

Mientras algunos autores afirman que todo ciudadano debe tener derecho a ser admitido contra su voluntad, a ser tratado sin pérdida de dignidad, en un servicio psiquiátrico de primer nivel (Birley, 1991), otros entienden que la detención de

[106] No cabe confundir el agradecimiento diferido con la ratificación posterior de una intervención en caso de ausencia del acto médico del consentimiento informado. Como expone Lamo de Espinosa (2019), el consentimiento debe ser recabado antes de cualquier tratamiento y subsistir durante la realización del mismo. Esta exigencia no se satisface con la ratificación de la intervención, ya que, al ser posterior, no es eficaz para hacer desaparecer la arbitrariedad de la misma en el momento en que se llevó a cabo.

personas con deficiencias mentales no condenadas conlleva una categorización que limita sus derechos en comparación con el resto, lo que equivale a discriminación y debe prohibirse definitivamente (Sacco, 2021).

Ya se comentó en el capítulo dedicado a la situación legal del tratamiento involuntario en España que algunos autores consideran discriminatorio el requisito de la enfermedad mental establecido en el art. 763 LEC (Villagrán et al., 2014). Además, se vio que, tanto la LAP como el propio art. 763 LEC, aluden a cierta noción de capacidad a la que parece quedar condicionada la posibilidad de que el paciente pueda tomar sus propias decisiones de tratamiento. El problema es que vedar este derecho basándose en una evaluación de la capacidad puede ser igualmente discriminatorio. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014) entiende que no cabe negar la capacidad jurídica para adoptar una decisión concreta por la discapacidad de la persona o su aptitud para adoptar decisiones, independientemente del criterio adoptado para evaluarla (funcional, de estado o resultado), ya que el artículo 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [107] "no permite negar la capacidad jurídica de ese modo discriminatorio, sino que exige que se proporcione apoyo en su ejercicio"[108].

No obstante, algunos autores consideran que solo es discriminatorio cuando la evaluación de la capacidad se basa en un enfoque de estado o resultado, pero no cuando se utiliza un enfoque funcional (Scholten et al., 2021). Otros autores cuestionan que se pueda ignorar el papel de la capacidad de una persona para tomar una decisión, independientemente de las circunstancias (Szmukler, 2019) o manifiestan que determinada interpretación de los derechos puede violar otros derechos humanos como el derecho a la vida y el derecho a la salud (Steinert, 2019). La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad establece como principio que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona. Sin embargo, comprender y aplicar ese principio implica resolver numerosos debates teóricos y dilemas prácticos (Carney, Then et al., 2019).

En el ámbito específico de la anorexia nerviosa, Umezulike (2020) encuentra controvertido el llamamiento a la dignidad humana si se condiciona al nivel de capacidad. Los médicos a menudo buscan que el paciente se recupere de una

[107] Si bien la la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad es normalmente considerada como un importante paso adelante para los derechos de las personas con discapacidad, se ha producido un debate sobre su implementación (Cratsley et al., 2021). Los aspectos más críticos no parecen derivarse directamente del texto de la Convención, sino de las interpretaciones proporcionadas por el Comité de la ONU creado para monitorear su implementación (Galderisi, 2019; Szmukler, 2019).

[108] El Comité entiende que para asegurar el cumplimiento del artículo 12 de la Convención "La prestación de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica no debe depender de una evaluación de la capacidad mental; para ese apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica se requieren indicadores nuevos y no discriminatorios de las necesidades de apoyo".

enfermedad, en lugar del reconocimiento del principio de la dignidad humana. Por ello, la autora plantea un estudio significativo de la anorexia nerviosa, destacando los valores de la libertad individual y la necesidad de un enfoque del tratamiento involuntario basado en los derechos humanos.

Yager et al. (2016) plantean (de forma retórica) si a los pacientes con anorexia nerviosa crónica que gozan de juicio se les debe la misma dignidad de interrumpir el tratamiento que se otorga a otros pacientes[109] y si familias o profesionales están legitimados para prolongar el tratamiento indefinidamente a pesar de las fuertes objeciones del paciente.

Vázquez y Martell (2020) entienden que la atención en TCA debe ir más allá de la salvaguarda de la vida y procurar el bienestar y el respeto de la dignidad de los pacientes, considerándolos seres autónomos y responsables de sus propias decisiones.

Evento traumático o degradante

Aparte de la prohibición de negar la capacidad jurídica para adoptar una decisión concreta por la discapacidad de la persona o su aptitud para adoptar decisiones, existe una prohibición absoluta de la tortura y los tratos y penas inhumanos o degradantes[110]. Algunos autores abogan por el reconocimiento de las intervenciones psiquiátricas forzadas como una grave violación de los derechos humanos que puede facilitar la tortura y los malos tratos (Minkowitz, 2007; 2010).

En anorexia nerviosa, el hecho de que el paciente intente zafarse de una intervención que rechaza (por ejemplo, retirándose la sonda nasogástrica) puede llevar a que sea sometido, adicionalmente, a contención mecánica, medicación involuntaria, restricción física, observación constante y medicación sedante durante la alimentación (Clausen et al., 2018). Estos métodos administrados sin el consentimiento de los pacientes constituyen una profunda invasión personal, que puede llegar a ser inhumana y degradante (Umezulike, 2020).

Efectivamente, incluso los pacientes que, a posteriori, consideran que el tratamiento obligatorio fue la elección correcta, lo viven como algo traumático, con sentimientos de desempoderamiento, devaluación, horror, violación, miedo, irritación, desesperanza, impotencia, hostilidad y resentimiento (Bannatyne y Stapleton, 2016;

[109] Yager et al. (2016) ponen el ejemplo de los pacientes con enfermedad renal crónica que desean detener las medidas que implica la diálisis.

[110] El artículo 3 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (Consejo de Europa, 1950), bajo el título "Prohibición de la tortura", establece que "Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes". El artículo 5 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes" (Asamblea General de la ONU, 1948). Como se vio más arriba, el art. 15 CE recoge el derecho de todos "a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes".

Katsakou y Priebe, 2007; Matusek, 2011; Tan, Hope, Stewart y Fitzpatrick, 2003). Algunas intervenciones, accesorias a la principal, llevadas al límite (como dejar el plato limpio), pueden ser consideradas innecesarias para el paciente o una forma de maltrato (Matusek, 2011; Starzomska, 2006; Tan et al., 2010).

Abuso infantil

El abuso infantil es un factor de riesgo no específico para los TCA y los pacientes con TCA que informan abuso infantil tienen más probabilidades de purgarse, autolesionarse o tener comorbilidades psiquiátricas, por lo que el tratamiento de estos pacientes debe abordar el trauma (Dancyger et al., 2017). El clínico que contemple el tratamiento involuntario para un paciente con TCA con antecedentes de abuso sexual infantil debe proceder con especial precaución porque las imposiciones contra la voluntad del paciente recuerdan violaciones pasadas de sus derechos personales (Bentovim, 2000; Honig y Bentovim, 1996).

Compasión

Según Kraatz (2006), los TCA quizá solo pueden verse afectados positivamente por una interacción compasiva. En opinión de Giordano (2019), cuando se delibera sobre la suspensión de un tratamiento, la base moral para estas elecciones es principalmente la compasión, entendida como empatía con el paciente, respeto a su dignidad y su integridad.

Sin embargo, una decisión que algunos podrían considerar coercitiva puede resultar compasiva para otros (Lavoie y Guarda, 2021; Matusek y Whright, 2010). Por tanto, en nombre de la compasión, se pueden defender posturas contrapuestas. De hecho, esto dio lugar a un debate entre Giordano (2003) y Draper (2003). De acuerdo con Giordano (2003, 2005), la compasión permite que se dé al paciente una comprensión genuina, más atenta a los aspectos peculiares de cada caso individual, por lo que es fundamental a la hora de considerar la solicitud del enfermo de no ser alimentado e hidratado artificialmente. Draper (2003) responde a Giordano que también se puede sentir lástima y compasión y aún pensar que la persona con anorexia nerviosa debería verse obligada a seguir adelante con la esperanza de recuperarse, por difícil que sea para ella: puede ser esta dificultad la que motiva nuestra piedad y compasión[111].

Verkerk (1999) propone una perspectiva en la que la interferencia compasiva no sea considerada una amenaza para la autonomía, sino un medio para alcanzarla. También se apela a la compasión justificativa del tratamiento involuntario como una muestra de que los profesionales reconocen la gravedad de la enfermedad y que están

[111] Quizá lo realmente destacable de la respuesta de Draper es la justificación que la precede. Su objeción a la solución de Giordano es que la persona que forma el juicio sobre lo terrible de la vida del paciente es el cuidador y no el paciente, y el cuidador mantiene el control de si se tomará o no la decisión del paciente sobre la calidad de su vida (Draper, 2003).

preparados para contener las ansiedades provocadas por el aumento de peso y por el hecho de que, a menudo, pacientes y familiares se sienten inmensamente aliviados al traspasar la responsabilidad, temporalmente, al equipo profesional (Tiller et al., 1993).

Necesidad para el propio terapeuta

La preocupación y ansiedad del propio profesional sanitario por la seguridad del paciente con anorexia nerviosa pueden interferir con la eficacia de la terapia (Bruch, 1978). Algunos autores consideran que la intervención puede justificarse para que los propios profesionales (o la familia) puedan actuar como la situación requiere (Williams et al., 1998). Entienden que se deben prevenir situaciones en las que la salud física y emocional de los pacientes se deteriore hasta el punto en que las decisiones compasivas obstaculicen la prestación de una atención adecuada y familiares y médicos consideren el cese del tratamiento activo y la muerte como la única opción aceptable.

El argumento puede operar en contra del tratamiento obligatorio. Latzer y Zohar-Bejan (2014) apuntan que la necesidad de salvar una vida puede ser más por el bien del equipo de tratamiento que por el del paciente. Es imposible salvar a todos los pacientes. Por lo tanto, deben escuchar con atención su rechazo.

Control

La anorexia nerviosa plantea asuntos relativos al control que son problemáticos tanto cuando los pacientes intentan tomar sus propias decisiones autónomas como cuando los profesionales intentan hacerse cargo del tratamiento (Tan, Hope, Stewart y Fitzpatrick, 2003).

El control es un factor importante para muchas personas con TCA, por lo que los pacientes necesitan disponer de un mínimo de poder sobre su tratamiento (Malson, 1998; Reid et al., 2008; Williams y Reid, 2010). La búsqueda de la delgadez no parece estar impulsada solo por una obsesión por el peso, sino por un deseo de tener el control de su propio cuerpo y de su vida (Dignon et al., 2006; Garner y Bemis, 1982; Goldner, 1989; Knight, 2019; Mitrany y Melamed, 2005; Selvini Palazzoli, 1963; Williams y Reid, 2010).

Se postula que la restricción alimentaria actúa como un mecanismo para compensar la sensación de ineficacia y la falta de autocontrol y que ejercer control sobre sus cuerpos sería para el paciente motivador y gratificante per se, ya que indica una alta eficacia que va más allá de ser una mera forma de controlar el tamaño y el peso corporal (Fairburn, Cooper et al., 1999; Fairburn y Harrison, 2003). Algunos estudios parecen aportar evidencia al respecto (Barca y Pezzulo, 2020; Froreich et al., 2016).

La batalla por el control parece dar lugar al abandono del tratamiento, ya que, precisamente, recrea las condiciones de su pérdida (Eivors et al., 2003). Algún rechazo al tratamiento puede ser secundario a la necesidad de ejercer control y el control es la

esencia de la lucha en anorexia nerviosa (Rathner, 1998). Si los TCA son una lucha por la autonomía y el control, las intervenciones coercitivas pueden tener efectos contraproducentes (Selvini Palazzoli et al., 1998). Adlam (2015) presenta el rechazo no como un signo patológico, sino como el único lugar en que el paciente se puede mantener con relación a una comida que se le prescribe y se le impone[112]. En su opinión, el ingreso puede hacer más daño que beneficio. Algunos autores incluso apelan el uso de técnicas paradójicas, como la connotación positiva al síntoma, que induzca, precisamente, al abandono de esa conducta (Palazzoli, 1997; Selvini Palazzoli et al., 1998).

Responsabilidad social

El argumentario también puede llevarse al plano de la responsabilidad de la sociedad, tanto en uno como en otro sentido. Según apuntan Latzer y Zohar-Beja (2014), puede considerarse que la sociedad tiene un deber de intervención, ya que las formas de pensar individualistas pueden dejar al individuo con anorexia nerviosa solo en su angustia e inducirle a escapar letalmente de las presiones por el éxito y la perfección. Pero igualmente, puede aducirse en contra de la intervención que, en una sociedad de orientación individualizada, existe una ley sobre la libertad humana y la libre elección en la vida, donde es importante que el individuo elija vivir o morir, incluso si esto es difícil de aceptar o comprender.

El fin justifica los medios

En conjunto, el tema más prevalente para el apoyo de la coerción en el tratamiento de los TCA es que los fines probablemente justificarán los medios (Cowan, 2020).

Identidad anoréxica

Se ha abordado este tema más arriba. Muchos pacientes describen la anorexia nerviosa como algo ligado a su propia identidad (Hope et al., 2011; Tan, Hope y Stewart, 2003b), por lo que romper esta unión podría ser desestabilizante para el paciente (Garasic, 2015).

Calidad de la decisión del paciente crónico

Gran parte de autores coincide en que los pacientes crónicos están en una mejor posición para emitir juicios sobre los tratamientos propuestos ya que, debido a los años de experiencia con el trastorno, desarrollan un conocimiento profundo y adquieren conocimientos y experiencias personales sobre el mismo en términos, no

[112] Según el autor, el principal desafío a que se enfrenta el equipo sanitario es el rechazo en sí mismo, rechazo a comer, rechazo a cumplir con el tratamiento, rechazo a aceptar la explicación médica del trastorno o qué implica la mejoría. El rechazo tiende a ser mal reconocido y patologizado como un signo del trastorno en sí mismo o de la personalidad problemática percibida del paciente (Adlam, 2015).

solo de lo que funciona y lo que no funciona con respecto a su atención médica y recuperación, sino de las posibilidades que ofrece el sistema sanitario (Bamford y Mountford, 2012; Button y Warren, 2001 Campbell y Aulisio, 2012; Draper, 1998; Exworthy, 2004; Fernández et al., 2020; Kendall, 2014; Knight, 2019; Robinson, Kukucska et al., 2015; Yager, 2020; Yager et al., 2016). Esto sugiere que los pacientes con anorexia nerviosa grave y crónica han desarrollado un conocimiento y una comprensión profundos de su enfermedad y pueden tomar decisiones de tratamiento informadas sobre su atención médica general en función de su calidad de vida (Knight, 2019)

Futilidad, reducción del daño y mejora de la calidad de vida

El estudio de Clausen et al. (2018)[113] que se mencionó en el apartado de coerción en anorexia nerviosa ilustra claramente la posibilidad de encadenar intervenciones involuntarias sin perspectivas de éxito.

Hay un debate acerca de la futilidad[114] en anorexia nerviosa y sobre el recurso al tratamiento involuntario o la utilización, en su lugar, de modelos donde el objetivo no sea la recuperación sino la reducción del daño y el incremento de la calidad de vida (Campbel y Aulisio, 2012; Forbes, 2020; Geppert, 2015; Lopez, Yager y Feinstein, 2010; McKinney, 2015, Holm et al. 2012; Trachsel et al., 2015; Westermair et al., 2020; Wonderlich et al., 2020; Yager, 2015, 2020). Además, los pacientes con anorexia nerviosa grave y crónica pueden considerar la muerte compasiva mejor que una vida de sufrimiento (Westmoreland y Mehler, 2016).

Los defensores de los cuidados paliativos para la anorexia nerviosa citan la cronicidad de la enfermedad y la futilidad de un tratamiento adicional como una razón a su favor y en contra del tratamiento involuntario (Westmoreland et al., 2017). Según Westermair et al. (2020), las medidas para prolongar la vida sin perspectivas de mejora de la enfermedad subyacente son éticamente justificables si los pacientes las desean y/o tienen una calidad de vida al menos aceptable. Sin embargo, en la anorexia

[113] Se recuerda que en él se analizaron las medidas involuntarias registradas en Dinamarca entre 2000 y 2013. El estudio incluyó un total de 4.727 pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa que representan 16.592 ingresos. El dieciocho por ciento experimentó al menos una medida involuntaria. Se utilizaron diversas medidas, siendo la alimentación por sonda la más frecuente, seguida de la inmovilización mecánica, la medicación involuntaria, la inmovilización física, la observación constante y la medicación sedante. Un 2,14 % de los pacientes (101 pacientes) con AN se vieron sometidos a más de 100 medidas involuntarias y para un 0,5% (24 pacientes) la cifra superó las 500 intervenciones involuntarias (Clausen et al., 2018).

[114] Como se indicó más arriba, se emplea el término futilidad médica cuando la opción de tratamiento alberga muy bajas posibilidades de éxito y no beneficia al paciente aun siendo fisiológicamente eficaz (Westermair et al., 2020). El tema de la futilidad del tratamiento plantea de nuevo el interrogante de quién ha de determinarla, ya que puede considerarse desde la autonomía del paciente o desde la del médico (Helft et al., 2000).

nerviosa refractaria al tratamiento, la medida de prolongación de la vida no suele ser deseada y reduce la calidad de vida. Los cuidados paliativos pueden ser una alternativa humana (Lopez, Yager y Feinstein, 2010). La estrategia implica conocer el deseo de vivir de los pacientes (Yager, 2020).

Geppert (2015) cuestiona que los pacientes tengan adecuada capacidad para tomar decisiones de final de vida. Según la autora, la investigación neurobiológica sugiere que algunos casos en los que se ha emitido un juicio de futilidad por refractariedad al tratamiento pueden haberse debido realmente a una negación patológica inherente al trastorno.

Otros autores argumentan que, a pesar de la falta de capacidad respecto a la toma de decisiones, los pacientes tienen una dilatada experiencia con respecto a su enfermedad y su calidad de vida y son capaces de determinar si esa calidad de vida justifica los intentos continuados de tratamiento activo, modelos de reducción del daño o cuidados paliativos (Westmoreland y Mehler, 2019). Yager (2015) considera que los pacientes psiquiátricos, incluso aquellos con trastornos graves y crónicos, pueden ser capaces de tomar decisiones juiciosas sobre sus deseos a largo plazo y de evaluar con precisión su calidad de su vida.

A pesar de todo lo expresado anteriormente, la decisión de cambiar de un enfoque curativo a uno paliativo no tiene por qué ser irreversible (Strand et al., 2020). Cuando alcanzan un mayor nivel de funcionamiento en la vida cotidiana como resultado de cambiar a una alternativa paliativa, pueden experimentar una nueva motivación para participar en intervenciones tradicionales centradas en la cura.

Estadio de cambio

Una cuestión importante radica en la etapa en que se encuentra el paciente con anorexia nerviosa con relación al cambio; precontemplación (sin deseo de cambiar), contemplación (indeciso hacia el cambio) o determinación (preparado para el cambio) (Treasure y Wolff, 2008). Douzenis y Michopoulos (2015) entienden que para que los esfuerzos del tratamiento involuntario puedan beneficiar al paciente con anorexia nerviosa, este ha de encontrarse en el primer estadio de (no) cambio y que su vida esté amenazada. En los otros dos estadios podría resultar perjudicial para la participación del paciente en el tratamiento y la alianza psicoterapéutica.

2.9. El trabajo con pacientes con TCA y las decisiones del profesional sanitario

Al valorar la idoneidad del internamiento involuntario y la capacidad de decisión del paciente con anorexia nerviosa, los profesionales de la salud mental están, a su vez, tomando una decisión. Del mismo modo que las decisiones médicas de los pacientes pueden estar influenciadas por procesos no racionales, también pueden estarlo las de los médicos y hay abundante literatura que apunta hacia la existencia de factores que pueden incrementar o disminuir su calidad. En este capítulo se analizan algunos aspectos que pueden condicionar las decisiones de los profesionales.

2.9.1. El trabajo con pacientes con TCA

Los TCA son difíciles de tratar (Rosillo et al., 2018; Startup et al., 2015) con altos niveles de riesgo, recaída y resistencia (Jansen, 2016; Reilly et al., 2017; Zaitsoff et al., 2015).

El trabajo con personas con TCA provoca fuertes reacciones emocionales (Graham et al., 2020). Los profesionales de la salud que atienden a personas con TCA informan con frecuencia de sentimientos de ansiedad, angustia, ira y exasperación (Golan et al., 2009; Land, 2004), y a menudo tienen puntos de vista estigmatizantes sobre estos pacientes (Raveneau et al., 2014). Un menor funcionamiento y mayor desregulación de los pacientes (Satir et al., 2009), la inexperiencia del médico, mayor número de casos y un diagnóstico de anorexia nerviosa se asocian con más reacciones negativas entre los profesionales de la salud mental (Franko y Rolfe, 1996). La falta de conocimiento y falta de habilidades para atender a los pacientes con TCA lleva a la frustración (Reid et al., 2009).

De acuerdo con Graham et al. (2020), la vivencia de trabajar con personas con TCA se caracteriza por agotamiento, desmoralización y sensación de estar al límite debido al cambio en el rol habitual del personal sanitario en un contexto de complejidad, cronicidad y rechazo al tratamiento. Esto pone en primer plano los límites de la capacidad de los médicos para ayudar, dado que lo que ofrecen puede no coincidir con las necesidades o deseos de los pacientes. Los problemas pueden estar fuera de su poder de resolución debido al nivel de experiencia, relaciones dentro del equipo, tiempo disponible, contexto cultural, disposición del paciente para cambiar, etc.

En el estudio de Warren et al., (2012), los elementos que más contribuyen al agotamiento son las características comunes del trastorno alimentario (cronicidad, recaída, gravedad de los síntomas) y las características del paciente (síntomas egosintónicos, personalidades difíciles o inmadurez, comorbilidad, negación y falta de esfuerzo). Los profesionales se preocupan por la salud de sus pacientes, lo que con frecuencia resulta en un afecto negativo como ansiedad o tristeza.

La mayoría del personal de salud recibe comentarios directos e indirectos sobre su apariencia por parte de los pacientes y experimentan cambios notables en su visión de la comida, los comportamientos alimentarios y la vigilancia de su propia apariencia y la de los demás mientras trabajaban con estos pacientes (Warren et al., 2008). Algunos autores subrayan la importancia de incluir el cuerpo del terapeuta en el diálogo terapéutico como una herramienta para la recuperación (Lowell y Meader, 2005).

De acuerdo con Matusek y Whright (2010), es esencial que los médicos exploren sus propios valores, motivaciones y frustraciones que podrían estar debajo de sus esfuerzos para utilizar la coerción.

2.9.2. Sesgos médicos

El razonamiento humano y la toma de decisiones son a menudo procesos defectuosos. Una gran cantidad de evidencia ha puesto de manifiesto que los sesgos cognitivos se manifiestan automática e inconscientemente en una amplia gama de decisiones humanas (Croskerry, 2016).

En el ámbito de la salud, la literatura también ha identificado la existencia de sesgos en la toma de decisiones médicas (Bornstein y Emler, 2001; Trimble y Hamilton; Croskerry, 2016), incluyendo las decisiones sobre la capacidad de los pacientes (Braun et al., 2009). Los médicos en su práctica diaria no suelen realizar cálculos sofisticados para tomar decisiones de atención al paciente (McGee, 2018). Su juicio clínico es, más bien, producto de la combinación de una comprensión intuitiva de las probabilidades con una serie de atajos cognitivos o heurísticos. Las preferencias por tratar a distintos pacientes parecen estar relacionadas con la percepción de los pronósticos para los diferentes grupos de pacientes (Zivian et al.,1992). Aunque es uno de los principales orígenes del error médico, se presta poca atención al sesgo cognitivo tanto en la formación como en la práctica clínica (O'Sullivan y Schofield, 2018).

De acuerdo con De Silva (2015), en la práctica psiquiátrica, el sesgo en los juicios (por ejemplo, diagnóstico y evaluación de riesgos) y las decisiones (cuándo y cómo tratar) se debe probablemente a la ambigüedad inherente a las características de presentación y la incertidumbre del resultado. Algunos sesgos evidenciados en la psiquiatría son el pensamiento heurístico[115], el exceso de confianza en el propio juicio,

[115] El pensamiento heurístico hace referencia a reglas generales, conjeturas o atajos cognitivos. Implica el reconocimiento de patrones y depende de una integración inconsciente de parte de los datos de pacientes reunidos al azar con la experiencia previa, en lugar de la generación consciente de un diagnóstico diferencial riguroso que formalmente se evalúa mediante el uso de datos específicos de la literatura (McGee, 2018).

las decisiones reflejas[116], la escalada de compromiso[117], el pensamiento grupal[118], los sesgos emocionales y el análisis sesgado de resultados.

De acuerdo con McGee (2018), el pensamiento heurístico suele ser falible porque puede causar varios tipos de errores cognitivos inconscientes, entre los que describe los siguientes[119]: error de disponibilidad, error de representación, cierre prematuro, error de anclaje, sesgo de confirmación, errores de atribución y error afectivo. O'Sullivan y Schofield (2018) señalan además los sesgos cognitivos[120] de frecuencia

[116] La forma en que un profesional piensa y responde inconscientemente a las variaciones en la práctica es particularmente importante en situaciones de tiempo crítico, pero está sujeta a sesgos y errores que pueden llevar a decisiones incorrectas por ser una decisión emocional subconsciente y rápida (Barley, 2012).

[117] El aumento o escalada del compromiso es un patrón de comportamiento humano en el que un individuo o grupo que enfrenta resultados cada vez más negativos de una decisión, acción o inversión, sin embargo, continúa el comportamiento en lugar de alterar el rumbo, alineándose con decisiones y acciones anteriores (Staw, 1997)

[118] Como se verá más adelante, por pensamiento de grupo se entiende aquel modo de pensar de las personas inmersas en un endogrupo cohesivo, cuando sus esfuerzos en pos de la unanimidad son muy superiores a su motivación por evaluar de manera realista los cursos alternativos de acción (Janis, 1987).

[119] El significado de cada uno de esos errores sería el siguiente (McGee, 2018): Error de disponibilidad se produce cuando los médicos eligen lo primero que se les pasa por la cabeza. Esto a menudo subestima la probabilidad previa real de una enfermedad porque una experiencia reciente o impactante hace que un diagnóstico dado esté más accesible a la memoria. El error de representación tiene lugar cuando los médicos se centran en la presencia o ausencia de manifestaciones clásicas de una enfermedad obviando su prevalencia. El cierre prematuro consiste en saltar rápidamente a conclusiones. Se hace un diagnóstico rápido sin considerar otros diagnósticos posibles ni recopilar más datos. El diagnóstico probable a menudo ni siquiera se confirma mediante pruebas apropiadas. El error de anclaje hace alusión a la tendencia a aferrarse a una impresión inicial aun cuando acumulan datos conflictivos y contradictorios. El sesgo de confirmación es una selección, lo que significa que los médicos aceptan selectivamente los datos clínicos que respaldan la hipótesis deseada e ignoran aquellos que no concuerdan. A menudo, el sesgo de confirmación se combina con un error de anclaje cuando el médico utiliza datos confirmatorios para apoyar la hipótesis anclada aun cuando también se cuenta con evidencias claramente contradictorias. Los errores de atribución implican la toma de decisiones basada en los estereotipos negativos, que pueden llevar a los médicos a ignorar o minimizar la posibilidad de una enfermedad grave. El error afectivo implica dejar que los sentimientos personales (positivos o negativos) sobre un paciente afecten las decisiones.

[120] El sesgo de frecuencia base consiste en ignorar la información general y enforcarse en la específica. En medicina ocurre cuando las tasas incidentales subyacentes de afecciones o el conocimiento basado en la población se ignoran como si no se aplicaran al paciente en cuestión (Jenkins y Youngstrom, 2016). La regla de conjunción es la creencia incorrecta de que la probabilidad de que múltiples eventos sean verdaderos es mayor que un solo evento (Tversky y Kahneman, 1983). Una explicación simple y unificadora es estadísticamente más probable que múltiples explicaciones no relacionadas. El exceso de confianza consiste en un defecto de calibración, atribuyendo una calidad excesiva a la propia capacidad evaluadora, que no se corresponde con la precisión de los juicios (Renner y Renner, 2001). Es probable en escenarios de ambigüedad (de Silva, 2015). El sesgo de representatividad supone interpretar erróneamente la probabilidad de un evento teniendo en cuenta las similitudes clave con su población principal y las características individuales que definen ese evento (Brannon y Carson, 2003). El sesgo de búsqueda de satisfacción consiste en dejar de buscar más

base, de confirmación, la regla de conjunción, de exceso de confianza, representatividad, de búsqueda de satisfacción, de impulso diagnóstico, el efecto marco o encuadre y el sesgo de comisión. Se reportan también el sesgo del pensamiento desiderativo[121] (Poses y Anthony,1991) y el sesgo retrospectivo[122] que, a su vez, contribuye a reforzar el sesgo de confianza excesiva en el propio juicio (Arkes, 2013)·

A tenor de la revisión de Saposnik et al. (2016), los estudios que evalúan el exceso de confianza de los médicos, el efecto de anclaje y el sesgo de información o disponibilidad pueden sugerir una asociación con imprecisiones diagnósticas. Además, el error de anclaje, el sesgo de información, el exceso de confianza, el cierre prematuro, el sesgo de representatividad y de confirmación pueden estar asociados con errores terapéuticos o de manejo.

Algunas investigaciones han encontrado efectos de primacía/anclaje[123] en juicios clínicos de salud mental, nivel global de adaptación, inadaptación o pronóstico (Friedlander y Stockman, 1983; Mumma y Wilson, 1995; Pain y Sharpley, 1989; Richards y Wierzbicki, 1990), aunque otros no lo han encontrado (Ellis et al., 1990; Friedlander y Phillips, 1984).

Del resto de sesgos mencionados (aumento del compromiso, pensamiento grupal, sesgos emocionales y análisis sesgado de resultados), se va a prestar atención al

información o respuestas alternativas cuando se encuentra la primera solución plausible (O'Sullivan y Schofield, 2018). El error del impulso diagnóstico lleva a continuar un curso de acción clínica instigado por médicos anteriores sin considerar la información disponible y cambiar el plan si es necesario (particularmente si el plan comenzó por un médico más experimentado). Por el efecto marco se reacciona de forma diferente ante un problema de decisión dependiendo de cómo se presente la información. El sesgo de comisión se refiere a una tendencia a la acción más que a la inacción.

[121] El sesgo de pensamiento desiderativo describe la toma de decisiones y la formación de creencias basadas en lo que podría ser agradable de imaginar, en lugar de en la evidencia, la racionalidad o la realidad.

[122] El sesgo retrospectivo se manifiesta en la tendencia a exagerar la medida en que un evento pasado podría haberse predicho de antemano. Este sesgo tiene efectos particularmente perjudiciales en el dominio de la toma de decisiones médicas. (Arkes, 2013)

[123] Los efectos de primacía/anclaje en el juicio clínico son utilizados por algunos autores indistintamente para designar el fenómeno que se da cuando la información presentada en una etapa temprana influye indebidamente en un juicio en comparación con el efecto de la misma información presentada en una etapa posterior (Mumma y Wilson, 1995). Otros autores, en cambio, diferencian su significado. Lau y Coiera (2009) las utilizan de forma diferenciada. El efecto de anclaje ocurriría cuando una creencia previa tiene una influencia más fuerte de lo esperado en la forma en que se procesa la nueva información y se forman nuevas creencias. Sin embargo, el efecto de primacía se referiría estrictamente al orden en el que se presenta la información, como un efecto que ocurre cuando el orden temporal en el que se presenta la información afecta a un juicio final por el cual las impresiones de un individuo están más influenciadas por la información anterior en una secuencia. La identificación vendría de considerar la primacía como ancla en cualquier creencia a partir de evidencia obtenida previamente.

pensamiento grupal y a la influencia de la emoción y la contratransferencia en epígrafes aparte.

Como cierre del presente apartado, hay que señalar que no tiene otra pretensión que poner en evidencia la cantidad de factores desatendidos que pueden condicionar la toma de decisión. Ello es relevante si se tiene en cuenta que está en juego la libertad y la integridad física y moral de la persona y que, quizá, sus efectos no deseados pueden evitarse de algún modo. No obstante, no se ha encontrado literatura que específicamente documente errores cognitivos en la valoración de la capacidad de pacientes con anorexia nerviosa. Sin embargo, hay dos elementos que podrían señalar en esa dirección: la falta de consistencia en la valoración de la capacidad y la analogía con respecto a los contextos en que sí se ha verificado. En efecto, respecto a este último, parece plausible que algunos de los sesgos relatados puedan influir en la toma de decisiones ante pacientes con anorexia nerviosa, por ejemplo los sesgos de confirmación y el pensamiento grupal. El pensamiento grupal se desarrolla a continuación.

2.9.3. Pensamiento de grupo

Cabe plantearse si, según está conformado el manejo de la situación asistencial y la toma de decisiones en las unidades de TCA (UTCA), en las que es frecuente el trabajo en equipo, es posible la aparición de fenómenos de pensamiento de grupo (Whyte, 1952; Janis, 1971) y de polarización grupal (Sunstein, 2002).

Janis usa el término pensamiento grupal para referirse a un modo de pensar de las personas inmersas en un endogrupo cohesivo, cuando sus esfuerzos en pos de la unanimidad son muy superiores a su motivación por evaluar de manera realista los cursos alternativos de acción (Janis, 1987)[124]. La polarización grupal se refiere al

[124] De acuerdo con su definición, el pensamiento grupal ocurre solo cuando la cohesión es alta (Janis, 1991). Requiere que los miembros compartan un fuerte sentimiento de solidaridad y deseo de mantener las relaciones dentro del grupo a toda costa. Cuando los compañeros de trabajo operan en un modo de pensamiento grupal, aplican automáticamente la prueba de preservar la armonía del grupo a cada decisión que enfrentan. Janis (1972) señala 6 elementos que pueden contribuir al fracaso de un grupo para tomar buenas decisiones. : 1. Explorar solo un rango limitado de posibles soluciones 2. No reevaluar críticamente una solución que fue elegida por la mayoría 3. Fracaso en reevaluar las soluciones inicialmente rechazadas 4. Poco o ningún esfuerzo para obtener opiniones de expertos sobre los pros y los contras de un curso de acción particular 5. Un sesgo hacia la selección de información que respalde su solución elegida y 6. Ninguna deliberación sobre posibles obstáculos que podrían obstaculizar dicha solución. El autor vio estos seis comportamientos como obstáculos clave para tomar buenas decisiones grupales. Además, Janis (1991) enumera ocho síntomas que dan señales de que la lealtad grupal ha provocado que los miembros caigan en una mentalidad de pensamiento grupal. Los dos primeros provienen del exceso de confianza en la destreza del grupo (ilusión de invulnerabilidad y creencia en la moralidad inherente del grupo). El siguiente par refleja la visión del túnel que usan los miembros para ver el problema (racionalización colectiva y estereotipación del exogrupo). Los cuatro últimos son signos de una fuerte presión de conformidad dentro del grupo (autocensura, ilusión de unanimidad, presión directa sobre los disidentes y la presencia de los autoproclamados "mindguards" o miembros del grupo

fenómeno por el que los grupos toman decisiones más extremas que las que tomaría el integrante medio del grupo (Sunstein, 2002).

Los pequeños grupos o equipos pueden llevar a malas decisiones. El trabajo en equipo puede deteriorarse en una homogeneidad artificial. El pensamiento grupal es un sesgo de conformidad grupal[125] donde la presión de uno mismo, compañeros o líderes para producir consenso puede limitar la discusión porque los disidentes potenciales se autocensuran, cambian o suprimen una opinión o evidencia contraria a pesar del desacuerdo subyacente real (McLeod y Feller, 2019).

La presión de grupo puede interferir directamente con la capacidad de comunicarse de manera efectiva y tomar decisiones clínicas dentro de un equipo de atención médica, y afectar directamente la toma de decisiones interprofesionales y la seguridad del paciente (Kaba, Beran y White, 2016). Atributos que mejoran la cohesión dentro de los grupos, como la orientación del equipo y la confianza mutua, pueden aumentar el riesgo de pensamiento grupal y sesgo de conformidad grupal, lo que puede conducir a decisiones más pobres (Kaba, Wishart et al., 2016; Kaba y Beran, 2016; Kaba, Beran y White, 2016). Donde hay gente, existe la posibilidad de presión de grupo. La conformidad puede ocurrir entre compañeros de trabajo con estatus similar (horizontalmente) y estatus diferente (verticalmente) y se infiltra en la educación y en la práctica (Beran et al., 2014). La conformidad es un fenómeno generalizado en todas las disciplinas (Kaba, Wishart et al., 2016). El plan de estudios oculto puede estar enseñando que, para ser aceptados como miembros del equipo, necesitan tomar decisiones clínicas basadas en el consenso del grupo (Karnieli-Miller et al., 2010).

El fenómeno descrito también es susceptible de influir en las deliberaciones de los comités de bioética. Señala M. Torres (2020) que ello puede reducir la cantidad de información a valorar en las deliberaciones, al ser menos probable que se considere información discrepante y que los miembros del grupo expresen opiniones contradictorias con la opinión mayoritaria. El autor recomienda que la decisión sobre el curso óptimo de acción se tome mediante votación secreta, que exista la posibilidad

que protegen de ideas que pudieran dañar la confianza de las líneas de conducta con las que se está comprometido).

[125] La conformidad puede definirse como un cambio en el comportamiento o las opiniones de una persona como resultado de la presión real o imaginaria de una persona o grupo de personas. (Aronson, 2008). La conformidad ocurre cuando el sujeto muestra el mismo comportamiento o actitud que el objeto. El sujeto es el individuo que se conforma. Los objetos pueden ser individuos, grupos, organizaciones, políticas, reglas y regulaciones, o la experiencia o el instinto natural del sujeto. La conformidad se divide en 2 categorías: conformidad irracional (comportamiento de rebaño) y conformidad racional (acatamiento, cumplimiento y obediencia) (Song et al., 2012). Los estudios de Asch (1951, 1956) sobre la conformidad grupal demostraron que cuando un individuo encuentra información del grupo que es contraria a su propia comprensión, es probable que revise su respuesta para que coincida con la del grupo y que, cuando alguien más disiente, la presión grupal se reduzca. Cabe distinguir, según el cambio operado, entre la sumisión, cuando el individuo está de acuerdo públicamente con el grupo pero no cambia su propia actitud o creencia, y la aceptación, cuando la influencia social hace que el individuo interiorice la creencia o actitud expresada por el grupo de tal manera que se convierta en suya (Sowden et al., 2018).

de adjuntar a la decisión mayoritaria los votos, razones y argumentos de quienes no están de acuerdo, que se impulse el contacto con otros grupos para reducir los prejuicios y que la deliberación no se centre exclusivamente en teorías y principios morales, atendiendo al contexto particular de las prácticas.

Haque (2019) advierte del problema de pensamiento grupal en psiquiatría ética, donde psiquiatras y filósofos son poco representativos de los pacientes reales que atienden. Considera como un desafío importante para la ética psiquiátrica realizada en equipos o grupos traducir la investigación sobre pensamiento de grupo para evitar la polarización grupal.

No obstante, en el estudio cualitativo de Blackstone et al. (2019) con miembros de un comité de ética, estos no parecían ver el pensamiento grupal como una amenaza seria para el proceso de toma de decisiones. Expresaron su confianza en sí mismos y en los demás miembros en términos de su capacidad de pensar de forma independiente y plantear puntos de vista alternativos. Los autores advierten que el hecho de que los miembros del comité no expresasen preocupación al respecto no descarta por completo el pensamiento grupal, ya que pueden ignorarlo o no estar dispuestos a admitir que incurrieron en él.

El estudio de Husum et al. (2011), que investigó las actitudes hacia la coerción en 651 miembros del personal dentro de 33 unidades, o psiquiátricas agudas noruegas, mostró que una parte sustancial de la variación en las actitudes hacia la coerción podría atribuirse a factores de la unidad (8-11% de la variación total). Los autores consideran que la explicación puede estar en el liderazgo en las salas o en que las personas que trabajan juntas tienden a adoptar las mismas actitudes y opiniones.

2.9.4. Influencia de la emoción en la actuación profesional con TCA

Los procesos de toma de decisiones se ven afectados por las actitudes y las emociones[126] (Krieger et al., 2020; Valenti et al., 2015). La literatura clínica sugiere que los pacientes con TCA son muy difíciles de tratar porque pueden inducir emociones fuertes en terapeutas como ira, odio, desesperanza, pena, tristeza y amor, lo que puede ejercer un impacto considerable en el desempeño del personal, el proceso de

[126] Las emociones comportan beneficios y obstáculos en la toma decisiones (Loewenstein y Lerner, 2003). Las reacciones emocionales a menudo difieren de las evaluaciones cognitivas. En tal caso, las reacciones emocionales a menudo impulsan el comportamiento (Loewenstein et al., 2001). De acuerdo con Lerner et al. (2015), aunque las emociones pueden influir en las decisiones a través de múltiples mecanismos, una considerable evidencia revela que los efectos ocurren a través de cambios en el contenido y profundidad del pensamiento y el contenido de los objetivos implícitos. El efecto de las influencias emocionales no deseadas es difícil de reducir solo con esfuerzo. Las estrategias para reducir tales influencias pueden orientarse a reducir la intensidad de la emoción, reducir el uso de la emoción como una entrada para las decisiones o contrarrestar un sesgo basado en la emoción con un sesgo en la dirección opuesta.

tratamiento y el resultado (Colli et al., 2015). Las emociones de quienes cuidan a las personas con TCA pueden incluso influir en la propia etiología y mantenimiento de los TCA (Goddard et al., 2011; Robinson, Dolhanty et al., 2015; Schmidt y Treasure, 2006; Treasure et al., 2008).

Algunos modelos teóricos[127] destacan la importancia de la emoción del personal médico en el tratamiento de los TCA (Treasure et al., 2011; Waller, 2009). Estos modelos sugieren que algunas prácticas condicionadas por la emocionalidad que manifiesta el personal médico pueden contribuir involuntariamente al mantenimiento de los TCA y dificultar el progreso del tratamiento (Robinson y Kosmerly, 2015). Waller (2009) apunta que los médicos pueden verse guiados a participar en prácticas desfavorables como resultado de las emociones que experimentan. Los médicos pueden incurrir en conductas de evitación para reducir su experiencia negativa ante emociones como ansiedad, miedo, vergüenza y culpa. Del mismo modo, las emociones positivas y negativas pueden moldear el juicio de un clínico, ya que pueden inducir a error y distraer la información y las señales clínicas importantes.

Varios estudios han examinado el papel de las emociones de los médicos durante el tratamiento de los TCA. Waller et al. (2012) exploraron la relación entre la ansiedad autoinformada del terapeuta y el cumplimiento de un protocolo de tratamiento empírico para el trastorno [128] (la terapia cognitivo-conductual). Los resultados indicaron que la ansiedad del médico estaba relacionada con niveles más bajos de adherencia al protocolo de tratamiento, lo que sugiere que los médicos se desvían de las prácticas empíricamente respaldadas cuando la ansiedad es alta (Waller et al., 2012). El estudio cualitativo de Couturier et al. (2013) con médicos de urgencias de niños y adolescentes reveló que pueden sentirse intimidados y con ansiedad ante ciertas tareas terapéuticas (como pesar al paciente o hacer la comida familiar[129]) lo que puede interferir con el uso de estas técnicas. En un estudio en el ámbito de niños y adolescentes (Kosmerly et al., 2014), los médicos con mayores niveles de ansiedad tenían menos probabilidades de pesar al paciente al comienzo de la sesión.

Robinson y Kosmerly (2015) examinaron las percepciones de los médicos sobre la influencia negativa de las emociones en las decisiones clínicas cuando se trabaja con

[127] Dos modelos teóricos, el Modelo de mantenimiento iatrogénico para los TCA (Treasure et al., 2011) y el Modelo de deriva del terapeuta (Waller, 2009), identifican factores relacionados con la emoción que pueden influir negativamente en las prácticas de tratamiento de los TCA. El Modelo de mantenimiento iatrogénico (Treasure et al., 2011) propone que cuatro factores clínicos; el estilo emocional, los factores interpersonales, las creencias sobre el trastorno a favor de la alimentación y los estilos de pensamiento pueden afectar negativamente el tratamiento. El modelo Theiftist Drift (Waller, 2009) presenta tres factores clínicos que pueden interferir activamente con las decisiones y prácticas clínicas: emoción, cognición y comportamiento clínicos.

[128] Téngase en cuenta, no obstante, el cuestionamiento al cumplimiento estricto de los manuales de tratamiento (Robertson y Thornton, 2021).

[129] El modelo de tratamiento utilizado, basado en la familia, incluye una comida familiar observada por el terapeuta (Couturier et al., 2013).

TCA en niños y adolescentes. Aproximadamente un tercio de ellos percibieron cierta influencia negativa de las emociones en las decisiones clínicas. Los médicos informaron de incomodidad en decisiones relacionadas con la alimentación y el peso, seguidas de las decisiones con respecto a la autonomía y el control, y con respecto a la participación de la familia en el tratamiento. Las decisiones relacionadas con la intervención de la familia son las que se percibían con mayor carga emocional, en particular cuando esta participación se relacionaba con padres críticos o despectivos.

2.9.5. Contratransferencia y coerción

Los pacientes con anorexia nerviosa evocan intensas reacciones contratransferenciales (Herzog et al., 1987) y los consiguientes patrones de reacción (Satir et al., 2009)[130] . El terapeuta puede experimentar lástima, pero también molestia, irritación, frustración, o incluso desear no tener que tratarlo (Strober, 2004). Estas reacciones pueden manifestarse en su quehacer profesional con un incremento del control o la coerción (Herzog et al., 1987; McEneaney, 2007; Silber, 2011) o con un juicio de futilidad que oculta el deseo de no querer continuar tratando al paciente (Hébert y Weingarten, 1991). Según Tom Main (1957) se corre el peligro de ocultar una reacción humana primitiva bajo la apariencia de tratamiento.

Una respuesta contratransferencial común del personal de salud es reaccionar con coerción o fuerza (McEneaney, 2007). En la metasíntesis de Sibeoni et al. (2017), para la mayoría de los profesionales, la relación terapéutica con adolescentes incluía un aspecto de control. Esto puede dar lugar a una dinámica compleja ya que algunos pacientes no están dispuestos a cederlo (Zerbe, 1993). El fracaso en el tratamiento y la contratransferencia puede llevar a un abuso de poder, especialmente en enfoques que utilizan la modificación de conducta y la colocación de tubo nasogástrico (Silber, 2011).

Hébert y Weingarten (1991) alertan del riesgo contrario, es decir, de que tras el desistimiento al tratamiento por parte del personal sanitario o la familia pueda esconderse el deseo de no verse envueltos con estos pacientes y que decisiones irreversibles de limitación del tratamiento puedan ser hechas en base a sentimientos inconscientes.

Melamed et al. (2003) presentan una posibilidad contratranferencial, en contraposición al distanciamiento que puede generar otro tipo de paciente (que, por ejemplo, presente delirios), consistente en que el terapeuta se sienta más próximo, al considerarlo una persona inteligente y joven, que entiende la terminología psicológica y es ambicioso y competitivo. Los asuntos que preocupan al paciente, como imagen corporal, nutrición y deportes, pueden también despertar el interés y las emociones

[130] Satir et al. (2009) identificaron seis patrones de reacciones: enfadado / frustrado, cálido / competente, agresivo / sexual, fracasado / incompetente, aburrido / enfadado con los padres y sentimientos de involucración excesiva / preocupación.

del terapeuta[131]. Según los autores, esto podría explicar por qué es tan difícil para algunos profesionales considerar la hospitalización involuntaria para estos pacientes y por qué también, quizá, la anorexia nerviosa permanece fuera de los límites de los trastornos psicóticos.

Los efectos de la contratransferencia pueden pues orientar al profesional hacia el lado del desestimiento o del obstinamiento y conviene tenerlo presente. Sin embargo, los sentimientos de contratransferencia son a menudo difíciles de reconocer y discutir para los terapeutas, debido a la creencia de que está mal tener sentimientos negativos hacia los pacientes (Franko y Rolfe, 1996). A medida que los médicos se vuelven más conscientes de sus sentimientos y aprenden formas apropiadas de expresar y tratar su contratransferencia, es probable que tanto los pacientes como los terapeutas se beneficien. A través de interpretaciones apropiadas de actitudes y comportamientos con sus fundamentos transferenciales y contratransferenciales, el personal de tratamiento puede quizá crear un ambiente que mantenga los fenómenos negativos bajo control, que sea empático y receptivo a las necesidades subyacentes tanto de los pacientes como de los profesionales y que ofrezca alternativas más saludables para los pacientes (Golan et al., 2009). Es aconsejable fomentar la comunicación entre los integrantes del equipo orientada a reducir la posibilidad de intervenciones punitivas (Ciao et al., 2016).

En definitiva, es esencial que los médicos exploren sus propios valores, motivaciones y frustraciones. Una explicación plausible para la práctica continua de la coerción podría ser la contratransferencia provocada por los pacientes (Matusek y Whright, 2010).

2.9.6. Disonancia cognitiva

Leon Festinger publicó en 1957 "A Theory of Cognitive Dissonance" (Festinger, 1957). La disonancia cognitiva puede presentarse como esa tensión incómoda que se experimenta al mantener dos o más creencias inconsistentes, o cuando el comportamiento es inconsistente con las creencias. La existencia de disonancia, al ser psicológicamente desagradable, motiva a la persona a reducirla y conduce a la evitación de la información que aumenta la disonancia. Cuanto mayor es la magnitud de la disonancia, mayor es la presión para reducirla. La disonancia puede suavizarse eliminando las cogniciones disonantes, agregando nuevas cogniciones consonantes,

[131] Como se expuso con anterioridad, el personal sanitario puede ser objeto de comentarios sobre su apariencia por parte de los pacientes y experimentar cambios notables en su visión de la comida, los comportamientos alimentarios y la vigilancia de su propia apariencia (Warren et al., 2008), lo que, según algunos autores, ha de incorporarse como herramienta al diálogo terapéutico (Lowell y Meader, 2005). Algunos autores se plantean la idoneidad de los profesionales con historial de TCA para trabajar con pacientes con TCA (Johnston et al., 2005)

reduciendo la importancia de las cogniciones disonantes o aumentando la importancia de las cogniciones consonantes.

Desde que fue presentada, la teoría de la disonancia cognitiva ha generado controversia, siendo actualmente el área principal de desacuerdo la naturaleza de la motivación subyacente a los cambios cognitivos y otros resultantes de la disonancia (Harmon-Jones y Mills, 2019). A pesar de esa controversia, también hay bastante acuerdo en que se producen cambios cognitivos genuinos en los estudios de disonancia y se acepta que estos cambios cognitivos son de naturaleza motivada, siendo fuente de esta motivación una forma de malestar psicológico.

De acuerdo con Klein y McColl (2019), las circunstancias particulares más relevantes en las que es más probable que ocurra disonancia cognitiva para la práctica médica son aquellas situaciones en las que se toma una decisión, se encuentra información o se hace algo que contradice las creencias. En el caso de la toma de decisiones, elegida una alternativa (en el contexto de la presente investigación, bien podría tratarse de una decisión de internamiento no voluntario o la aplicación de sonda nasogástrica, por ejemplo), los aspectos negativos de la opción elegida y los aspectos positivos de las alternativas pueden generar disonancia. Por tanto, se tendería a ignorar o minimizar los aspectos negativos de la opción elegida y mejorar la visión de sus aspectos positivos, obrando del modo contrario para las opciones no elegidas. La elección tomada podría verse como la mejor opción a lo largo del tiempo, simplemente porque ha sido elegida en numerosas ocasiones en el pasado, aunque la evidencia no sugiera que es realmente óptima. Esta es una forma de perpetuar una opinión médica cuya revisión sería aconsejable[132].

Si se encuentra información contradictoria con las creencias, una herramienta para aliviar la disonancia es el ya mencionado sesgo confirmatorio[133] (Klein y McColl, 2019) que alude a la preferencia por aquella información que es consistente con una hipótesis más que por la información que la refuta (Plous, 1993). Ello significa que los

[132] Se mencionó en el epígrafe dedicado a los sesgos médicos la existencia de literatura (Staw, 1976) que informa ya desde los años 70 del comportamiento de intensificación o aumento del compromiso (escalation of commitment), consistente en la tendencia a mantener cursos de acción, incluso ante resultados negativos (Brockner, 1992; Staw, 1997). El estudio metaanalítico de Sleesman et al. (2012) encuentra, como factores que exacerban la escalada, la amenaza al ego y el tiempo que una persona ha invertido en un curso de acción fallido y, como factores que reducen la probabilidad de escalada, el arrepentimiento anticipado, la relevancia de la información sobre el costo de oportunidad y la adquisición de información.

[133] Término introducido por Wason (1960), si bien la idea está ya en 1620 en La Gran Restauración (Novum organum) de Bacon (trad. en 2011). El punto 46 del libro primero de aforismos sobre la interpretación de la naturaleza y el reino del hombre inicia con el siguiente fragmento: "El espíritu humano, una vez que lo han reducido ciertas ideas, ya sea por su encanto, ya por el imperio de la tradición y de la fe que se les presta, vese obligado a ceder a esas ideas poniéndose de acuerdo con ellas; y aunque las pruebas que desmienten esas ideas sean muy numerosas y concluyentes, el espíritu o las olvida, o las desprecia, o por una distinción las aparta y rechaza, no sin grave daño; pero preciso le es conservar incólume toda la autoridad de sus queridos prejuicios".

médicos aceptan selectivamente los datos clínicos que respaldan la hipótesis deseada e ignoran aquellos que no concuerdan (Wallsten, 1981; Scherer et al., 2015) y puede darse en la interpretación de la información disponible o en la búsqueda de nueva información posterior a una hipótesis favorecida o inicial (Klayman, 1995; Mendel et al., 2011; Gurmankin et al. 2002; Gambrill, 2005). Se espera que el sesgo de confirmación tenga una gran influencia en el razonamiento y la toma de decisiones, y es responsable de muchos errores de decisión (Croskerry, 2002; Nickerson, 1998). El sesgo de confirmación está presente en la búsqueda de información de algunos psiquiatras y estudiantes de medicina y conduce a una menor precisión diagnóstica (Mendel et al., 2011).

Por último, la realización de acciones que contradicen las creencias es otra forma de suscitar disonancia (Klein y McColl, 2019). Para reducirla, la persona busca la auto-justificación generando pensamientos y argumentos que racionalicen su comportamiento. Steinkühler et al. (2014) sostienen que la necesidad de auto-justificación afecta la escalada de compromiso, representando una fuerte motivación para la continuación de un proyecto fallido.

También se puede reducir la disonancia a través de una asimetría constante en las atribuciones que las personas hacen para sus resultados personales (Klein, 2017). En general, las personas hacen atribuciones internas para los resultados deseados y atribuciones externas para resultados no deseados [134]. La investigación parece confirmar que culpar a factores externos es una respuesta típica a la realización de un error médico, si bien, muchas dudas e incluso la culpa permanecen y los sentimientos problemáticos no se resuelven fácilmente (Mizrahi, 1984).

Como se verá más adelante en el apartado de actitudes hacia la coerción, la experiencia previa en este tipo de intervenciones parece ser un predictor positivo de una mayor predisposición hacia la misma (Wynn et al., 2006, 2007; van Doeselaar et al., 2008; Whittington et al., 2009). Algunas explicaciones a esta mayor adhesión actitudinal mencionan mecanismos de justificación, habituación, etc. (Al-Maraira y Hayajneh, 2020; Olofsson y Norberg, 2001; van Doeselaar et al., 2008; Vuckovich y Artinian, 2005). Un estudio reciente muestra que la presión interna, el conflicto ético, se reduce al estar expuestos a cualquier forma de coerción durante los últimos seis meses (Morandi et al., 2021).

[134] El nombre más común en literatura inglesa es self-serving-bias (Miller y Ross, 1975). En castellano puede encontrarse con denominaciones diversas, tales como sesgo favorable al yo (Navas et al., 1995) sesgo de atribución autodefensivo (López-Sáez et al., 1997), sesgo de autoservicio (Dobelli, 2016), sesgo de autobeneficio (Díez, 2017), sesgo autosirviente (Vázquez, 1986),sesgo autocomplaciente (Senín-Calderón et al., 2014), sesgo por interés personal (Ruiz, 2016), sesgo egoísta o interesado (Estebaranz, 2004), etc.

En este sentido, cabe señalar que algunos artículos enfermeros (Bowers et al., 2017; Pettit et al. 2017) mencionan explícitamente[135] la posibilidad de aparición de procesos de disonancia cognitiva. Por ejemplo, se alude a la posibilidad de que alguna forma de disonancia cognitiva podría ser la base de las justificaciones que dan los enfermeros involucrados, cambiando sus creencias para alinearse con su comportamiento.

Una explicación a estos procesos puede partir de la necesidad y la conveniencia del uso de la coerción que se acaba asumiendo como una práctica legítima y justificable (Olofsson y, Norberg, 2001). El uso frecuente de esta intervención impide ver a las personas sus efectos negativos y fortalece su propia creencia de que lo que están haciendo es una práctica buena por habituación a la coerción, convirtiéndose en parte de la cultura (van Doeselaar et al., 2008).

El recurso a la coerción podría reforzarse a sí mismo, lo que significa que el uso de la medida coercitiva se convierte en un hábito o una intervención aprendida, perpetuando su utilización (Al-Maraira y Hayajneh, 2020). Los enfermeros en unidades agudas desarrollan formas de enfrentar las situaciones y, debido a que funciona, continúan haciéndolo.

Graham et al. (2020) encuentran que quienes trabajan con TCA tienen una capacidad limitada para ayudar, lo que crea una disonancia, un desajuste entre su aspiración y la realidad. Se produce una tensión inherente al hecho de ser un profesional de la asistencia y no saber cómo hacerlo, o cuya oferta de ayuda es rechazada. La sensación de impotencia y subversión de roles puede dar lugar a disonancia cognitiva, ante la cual pueden darse distintas respuestas, desde evitar, luchar y culpar a los usuarios del servicio a enfrentar conscientemente la disonancia con humanidad y humildad, y buscando el equilibrio.

Dada la posibilidad de que se produzcan fenómenos de disonancia cognitiva, puede ser importante considerar qué elementos se pueden poner en práctica para prevenir su aparición y en el caso de que aparezca, evitar las autojustificaciones y las distorsiones o la escalada de compromiso, así como dar lugar una forma más saludable

[135] En otras publicaciones enfermeras (Olofsson y Norberg, 2001; Vuckovich y Artinian (2005), parecen relatarse procesos de reducción de disonancia cognitiva sin mención explícita al término específico acuñado por Festinger (1957). Así, el artículo antes citado de Vuckovich y Artinian (2005), cuyo título es bastante significativo ("Justifyng Coercion"), describe un proceso de reconciliación con la coerción en tres etapas: evaluación de la necesidad; negociación; y justificación y adopción de medidas coercitivas. El enfoque social no deja escapar evidentes reminiscencias festingerianas. Por ejemplo, se comenta que cuando la beneficencia y la autonomía están en conflicto y la coerción es necesaria para la salvaguarda de aquella, los enfermeros necesitan una forma de resolver el conflicto y retener su autoestima y experimentan la necesidad de justificar sus acciones tanto ética como legalmente. En Olofsson y Norberg (2001) igualmente, se señala que los enfermeros y los médicos a menudo enfatizan la justificación de sus acciones al decir que el paciente también estaba satisfecho, o comparan el evento narrado con experiencias previas de eventos más duros y complicados. Incluso cuando una enfermera evaluó una acción coercitiva como poco digna, justificaba la acción diciendo que tenía una buena relación con el paciente y que el paciente la abrazó cuando estaba dado de alta de la unidad.

de enfrentar los errores[136]. En este sentido, no se han comprobado posibles remedios a la disonancia cognitiva en contexto clínico, aunque sí se dispone de investigación en otros contextos (Harmon-Jones y Mills, 2019).

Klein y McColl (2019) ofrecen algunas sugerencias trasladando lo comprobado en otras áreas. Así, llaman a reducir la libertad de elección[137] para prevenir la aparición de la disonancia. Para prevenir la autojustificación y las distorsiones, sugieren reducir la amenaza a la identidad personal afirmando alguna otra cualidad importante del yo que refuerza la autoestima y, a nivel formativo, que los educadores médicos brinden comentarios sobre un error que incluye la identificación de un valor importante que el estudiante está mostrando en su trabajo. Para reducir el sesgo confirmatorio en el diagnóstico clínico proponen usar la técnica procesal de considerar lo contrario. Para dificultar la escalada del compromiso, señalan el enfocarse solo en los costes y beneficios futuros en la toma de decisiones, que los hospitales implementen medidas para que la información y las pruebas necesarias para poner fin a una práctica se tomen de antemano y que la que la persona que decida sobre la continuación de una práctica no sea la responsable de la decisión original. Por último, para modelar una respuesta saludable a los errores, los autores sugieren vencer ese currículum oculto que deslegitima el error.

Braun y Schmidmaier (2019) inciden en el último aspecto y consideran que se requiere una nueva cultura clínica con más tolerancia a las imperfecciones individuales, abordando el problema desde la facultad de medicina y trasladando el mensaje de que ser médico no implica ser perfecto, pero sí exige un aprendizaje permanente. No es un problema si se comente un error, pero sí es un problema grave si se repite el mismo error y se pierde la oportunidad de aprender de él. Por ello, afirman que el autoconocimiento es el primer paso para mejorar, así como confrontar a estudiantes y médicos con el hecho de que ocurrirá una disonancia cognitiva y que hay no hay más remedio que lidiar con ella.

2.9.7. Estrés de rol

En los años 60 se describió el estrés organizacional en general y el estrés de rol en particular (Kahn et al.,1964). El término estrés ocupacional (o relacionado con el trabajo

[136] Los métodos de reducción de disonancia no han de entenderse necesariamente como un mal del que la sociedad ha de prevenirse. La reducción del malestar puede ser un elemento que permita seguir adelante en una realidad vital que somete a la persona a circunstancias que le provocan incomodidad. Un buen manejo de esa desazón es fundamental para la salud mental y un mecanismo importante es la reducción de la disonancia cognitiva. La tesis doctoral de Byrne (2020) relaciona el déficit en el manejo de la disonancia cognitiva con la depresión.

[137] Los autores citan el trabajo de Linder et al. (1967). Estos autores utilizan 2 experimentos para mostrar que un incentivo bajo genera disonancia, lo que lleva a un cambio de actitud, solo cuando la persona permanece libre para decidir en contra del cumplimiento después de haber sido completamente informada sobre el incentivo. Si el incentivo se anuncia después de que la persona se compromete a cumplir, se obtiene un efecto de refuerzo.

o en el trabajo) describe algunas características de la situación laboral consideradas origen de la disminución de la salud o el bienestar del trabajador (Beehr, 2014). El núcleo de una experiencia de estrés ocupacional es, pues, la presunta relación causal entre las características del trabajo o el lugar de trabajo (estresores) y la disminución del bienestar del trabajador. El estrés de rol es un patrón de reacciones que ocurren cuando a los trabajadores se les presentan demandas laborales no ajustadas a sus conocimientos y habilidades, desafiando su capacidad de afrontamiento (Mukherjee, 2015). Se entiende que el estrés de rol resulta de la interacción entre el trabajador y las condiciones de trabajo.

El desempeño de roles supone un potencial desencadenante del estrés laboral, siendo conocidos y estudiados el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol (Piñeiro, 2013). La función o el rol que la persona desempeña en su trabajo puede ser una importante fuente de estrés laboral si el trabajador no sabe qué se le exige (ambigüedad) o las demandas son contradictorias o incompatibles entre sí (conflicto entre funciones) (Casas et al., 2002). Aunque cierta ambigüedad de rol en ocasiones podría resultar beneficiosa al aumentar la flexibilidad del puesto, el conflicto de rol siempre genera problemas (Osca et al., 2003). El conflicto de roles se define generalmente como la existencia de dos o más conjuntos de demandas o expectativas sobre la persona, de modo que el cumplimiento de una dificulta o imposibilita el cumplimiento de la otra (Beehr, 2014; Kahn et al., 1964). La ambigüedad de roles se define como la falta de claridad y previsibilidad de los resultados de la conducta de uno (House y Rizzo, 1972), debido, quizás, a una descripción del trabajo ambigua o mal definida o a objetivos organizacionales inciertos (McCormack y Cotter, 2013). La ambigüedad y el conflicto de rol se relacionan negativamente con la satisfacción laboral y el compromiso, y de forma positiva con la ansiedad, los trastornos psicosomáticos y el burnout (Bravo et al., 1993; Gil-Monte et al., 2005; McCormack y Cotter, 2013; Moura et al., 2014; Orgambídez-Ramos et al., 2014; Orgambídez-Ramos, et al., 2015).

El estrés laboral y el desgaste profesional ocasionan altos costes personales, sociales y organizacionales, por lo que prevención e intervención son de suma importancia (Rodríguez y de Rivas, 2011). Algunos procedimientos a este fin son la delimitación y especificación de los objetivos y procedimientos para cada grupo profesional, la clarificación en los procesos de toma de decisiones, líneas claras de autoridad, el rediseño de tareas, mejoras en el ajuste de los niveles de autonomía y responsabilidad del empleado , mejora de la supervisión, etc. De acuerdo con Casas et al. (2002), son fundamentales para el trabajador la identidad con la tarea, la autonomía, la variedad de habilidades necesarias para su desempeño y la retroalimentación. Intervenciones encaminadas a prevenir el estrés causado por el desempeño de roles conflictuales o ambiguos incluyen la participación de los trabajadores en la gestión de la organización, la negociación de roles y la clarificación de las expectativas de los trabajadores que asumen distintos roles interrelacionados entre sí.

Entre el personal sanitario, el estrés parece ser cada vez más frecuente y se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas y los recursos disponibles del sujeto (Piñeiro, 2013). El conflicto de roles y la ambigüedad de roles son problemas particulares en entornos hospitalarios y sanitarios (Levert et al., 2000; Stout y Posner, 1984 ; Sullivan 1989), si bien, los diferentes factores no afectan por igual a los distintos profesionales (León et al.,1991) ni en los distintos entornos sanitarios (García-Rodríguez et al., 2015).

El conflicto de roles puede surgir en respuesta a demandas incompatibles, la ambigüedad de roles puede surgir en respuesta a expectativas poco claras o incertidumbre con respecto a las responsabilidades (Deckard y Present, 1989). Existe un conflicto inherente entre las demandas instrumentales y orientadas a objetivos de hacer que el paciente esté bien y proporcionar apoyo emocional y terapéutico (Levert et al., 2000). Los médicos son vulnerables al estrés laboral excesivo debido a los roles emocionalmente exigentes (Locke y Lees, 2020). Además, un elemento característico del trabajo sanitario es la continua interacción con pacientes y sus familiares, que suele estar cargadas de emociones y tensiones, lo que aumenta la probabilidad de agotamiento (Alonso y Pozo, 2001; Jackson y Maslach, 1982; Maslach, 2003). El estrés del médico se ve agravado por demandas laborales como pacientes complejos (Linzer et al., 2002)

El trabajo en psiquiatría es particularmente estresante y emocionalmente agotador (Cramer et al., 2020; De Leo et al., 1983; Sullivan, 1989; Tummers et al., 2001; Yoshizawa et al., 2016). El personal psiquiátrico experimenta malestar cuando usa la coerción (DiFabio, 1981; Eriksson y Kjellin,1989; Lützén, 1990; Olofsson et al.,1999). El internamiento de pacientes es uno de los factores que produce estrés entre psiquiatras (Fothergill et al., 2004).

El trabajo con pacientes con anorexia nerviosa puede ser particularmente extenuante (Graham et al., 2020; Warren et al., 2008). Las reacciones negativas de los profesionales con respecto a los pacientes con TCA generalmente reflejan frustración, desesperanza, falta de competencia y preocupación (Thompson-Brenner et al., 2012). El conflicto de rol de quienes trabajan con pacientes con anorexia nerviosa también ha sido reportado, principalmente en publicaciones enfermeras (Snell et al., 2010; Zugai et al., 2019). El uso de la autoridad tensa las relaciones e interacciones terapéuticas y entra en conflicto con su función de enfermería interpersonal (Zugai et al., 2019).

2.9.8. Angustia e incertidumbre morales

Dado el enfoque adoptado por la presente investigación, es relevante detenerse en el malestar profesional originado por aspectos morales, ya que existe una correlación significativa entre la angustia moral y el estrés profesional (Borhani et al., 2014).

La literatura distingue entre la experiencia de incertidumbre moral (moral uncertainty) y la de angustia o sufrimiento moral[138] (moral distress). La incertidumbre moral se da cuando uno no está seguro de cuál es el problema o qué principios morales se aplican. La angustia moral surge cuando uno sabe lo que es correcto hacer, pero las limitaciones institucionales[139] hacen que sea casi imposible seguir ese curso de acción (Jameton, 1993). Es decir, saben qué es lo correcto, pero no pueden hacerlo o hacen lo que creen que es incorrecto (McCarthy y Deady, 2008).

La certeza moral puede tener diferentes resultados dependiendo del potencial para actuar sobre la creencia (Wurzbach, 1993). Si no existen limitaciones institucionales, se puede experimentar una sensación de seguridad. Por el contrario, si existen limitaciones institucionales que hacen imposible la acción, puede producirse angustia moral.

La falta de experiencia o conocimiento morales conduce a la incertidumbre moral (Wurzbach, 1993) y no se toman decisiones en condiciones de incertidumbre[140] (Corbin, 1980). Un aspecto negativo de la aceptación o tolerancia de incertidumbre podría ser la indiferencia hacia la resolución de problemas y a los nuevos conocimientos disponibles (Quinn y Smith, 1987). Las consecuencias de la incertidumbre moral no se han examinado en detalle aún, pero se consideran menos graves que las de la angustia moral (Dorman y Raffin Bouchal, 2020). Se ha reportado falta de control (Quinn y Smith, 1987), indecisión (Crisham, 1981), impotencia, incompetencia o incomprensión (Parker, 1990). Gran parte de la literatura anecdótica transmite una impresión de frustración, ira, depresión, estrés y ansiedad como resultado de la incertidumbre moral (Wurzbach, 1993).

Por su parte, los hallazgos revelan que la angustia moral afecta negativamente el bienestar y la permanencia del personal sanitario, ya que se relaciona con reducida satisfacción y compromiso laborales, baja satisfacción con la calidad de la atención brindada y agotamiento, pudiendo experimentar ira, frustración y culpa (Lamiani et al., 2017). Existe una correlación entre la angustia moral y el estrés profesional con respecto a la intención del empleado de permanecer en la institución (Cummings, 2009). Adicionalmente, una vez que termina la situación que provoca la

[138] En los textos científicos en castellano, la expresión "moral distress" puede encontrarse como "angustia moral" (Vargas y Concha, 2019) "sufrimiento moral" (Barth et al., 2018), "desasosiego moral" (Rodríguez et al, , 2019) "distrés moral"(Ramos et al., 2020), "distress moral" (Wood-Molina y Rivas-Riveros, 2017), etc.

[139] Aunque los teóricos e investigadores difieren en el énfasis, en general sugieren que los individuos pueden estar limitados debido a un defecto personal (por ejemplo, un miedo o falta de resolución) o que la limitación puede ser situacional (por ejemplo, toma de decisiones jerárquica o falta de recursos). En otras palabras, la restricción puede ser interna o externa al individuo (McCarthy y Deady, 2008).

[140] La decisión no se plantea, se aplaza y se rechaza toda alternativa si no se traspasan respectivamente unos límites de ambigüedad, incertidumbre e inaceptabilidad, incluyendo que haya una alternativa aceptable disponible (Corbin, 1980). Es decir, existe un sesgo conservador en la incertidumbre; ante la duda se opta por el mantenimiento del *statu quo*.

angustia moral, permanece una angustia reactiva (residuo moral), estrechamente relacionada con aquella, pero diferente, de forma que nuevas situaciones moralmente angustiantes pueden evocar reacciones más fuertes (Epstein y Hamric, 2009).

El paciente con enfermedad mental con quien es difícil comunicarse, difícil de ayudar o que incluso da miedo, aparece con frecuencia en las narrativas sobre situaciones que producen angustia moral (Berlinger, 2013). El personal de salud mental informa de sufrimiento moral relacionado con la coerción y su prevención, si bien, el nivel de angustia moral varía en gran medida (Hem et al., 2018). Además, puede producirse una brecha entre lo que consideran las creencias éticas de la persona y lo que dicta la experiencia clínica en la práctica (Kullgren et al., 1996)[141].

El tratamiento de los TCA plantea desafíos y los terapeutas a menudo se enfrentan a conflicto. La negación de la enfermedad y la falta de comprensión de la anorexia nerviosa plantean cuestiones prácticas y éticas relacionadas con la autonomía del paciente y la responsabilidad de la familia y los profesionales de la salud (Túry et al., 2019). Hay evidencia de angustia moral entre los profesionales de la salud que prestan atención a pacientes con TCA por la desconexión entre la responsabilidad profesional y el poder de actuar, como resultado de no mantener los estándares profesionales de atención (Wilson y Weaver, 2019). La frustración y la indignación alcanzan su punto máximo cuando la responsabilidad de actuar se ve obstaculizada por limitaciones sistémicas.

A pesar de los desafíos en el cuidado de pacientes con TCA, se sabe muy poco sobre cómo este entorno afecta la salud y el bienestar de los profesionales (Yorke et al., 2018). Se necesita comprender mejor cómo la experiencia clínica en los TCA puede afectar la salud de los sanitarios para desarrollar estrategias que les ayuden a preservarla, al tiempo que brindan la mejor atención de calidad posible a sus pacientes. La mejora de su bienestar resulta en un mejor cuidado del paciente (Fearon y Nicol, 2011).

Graham et al. (2020) señalan que las estrategias de afrontamiento que podrían defender contra la disonancia de cuidar sin curar, bloqueándola o atribuyendo el problema a los usuarios del servicio, también podrían exacerbar la angustia moral debido a la pérdida de refuerzo positivo incondicional.

Borhani et al., (2014) ofrecen algunas sugerencias para prevenir la propagación del malestar moral y el estrés profesional y sus consecuencias: educar y familiarizar con el malestar ético y el estrés profesional y los factores que los causan, constituir comités éticos en el ámbito clínico y universitario para la investigación sobre diversas dimensiones de la angustia ética, orientando la atención de la gerencia en identificar

[141] El estudio de Kullgren et al. (1996) muestra un ejemplo de esa divergencia entre las creencias éticas y la práctica clínica. Mientras el 74% de los psiquiatras encuestados recomendaría la TEC en contra de la voluntad del paciente si hubiera repetidos intentos de suicidio, el 37% de los encuestados consideraba poco ético forzar la TEC a un paciente que podría beneficiarse, pero se niega a ello.

casos de angustia ética y estrés profesional y encontrar los medios adecuados de mejorar la capacidad para afrontar tales situaciones.

2.10. Actitudes hacia los pacientes, la capacidad y el empleo de la coerción

Las actitudes son predisposiciones para actuar de una determinada forma a partir de respuestas que pueden tener una naturaleza afectiva, cognitiva o conductual, ya que esos tres elementos en interrelación conforman la actitud (Arnau y Montané, 2010). El componente afectivo consta de sentimientos y emociones relacionados con un objeto de actitud; el componente cognitivo está compuesto de creencias, pensamientos y atributos asociados con un objeto de actitud; el componente de comportamiento comprende conductas pasadas o experiencias con un objeto de actitud (Albarracín et al., 2018). Hay consenso en que los componentes cognitivos, afectivos y conductuales como facetas de las actitudes son las bases de las actitudes sin ser actitudes en sí mismas.

El estudio de las actitudes es importante porque hay una asociación entre actitud y conducta, que parece ser bidireccional (Kroesen, 2017). Los comportamientos individuales pueden predecirse bastante bien a partir de medidas de actitud compatibles, es decir, actitud hacia el comportamiento (Ajzen y Fishbein, 2005) y, a su vez, el comportamiento influye en las actitudes (Olson y Stone, 2005). Es probable que la retroalimentación a una conducta cambie las creencias conductuales, normativas y de control de la persona y, por tanto, afecte las intenciones y acciones futuras. (Fishbein y Ajzen, 2010). De acuerdo con Kroesen et al. (2017), el comportamiento podría influir más en las creencias más que las creencias en el comportamiento.

Ello no implica que actitudes y comportamiento sean siempre congruentes, pues aspectos situacionales (Ajzen y Fishbein, 1974, 1980; DeBono y Snyder, 1995; Fazio y Roskos-Ewoldsen, 2005; Jamieson y Zanna, 1989), sociales (Rhodes y Ewoldsen, 2013), individuales (Ajzen et al., 1982; DeBono y Omoto, 1993; Zanna et al., 1980) de accesibilidad o activación desde la memoria (Fazio, 1986; Fazio et al., 1986; Roskos-Ewoldsen y Fazio, 1992; Kallgren y Wood, 1986; Rhodes et al., 2014; Roskos-Ewoldsen y Fazio, 1997), importancia (Boninger et al.,1995) u otras características de las propias actitudes como certeza, estabilidad, consistencia afectivo-cognitiva, extremidad, conocimiento, intensidad, interés, experiencia directa, accesibilidad, latitudes de rechazo y no compromiso, y consistencia afectivo-cognitiva (Kraus, 1995; Krosnick et al., 1993), inciden sobre las actitudes y el comportamiento.

2.10.1. Actitudes hacia los pacientes con TCA

La sociedad en general parece mostrar poca empatía y comprensión hacia los pacientes con TCA, que se consideran trastornos autoinducidos y socialmente construidos (Crisp, 2005; Dimitropoulos et al., 2016; Holliday et al., 2005). Estas actitudes reflejan percepciones y estereotipos de que los sujetos con TCA son personalmente culpables de su enfermedad, que los TCA son menos graves o deben

tomarse menos en serio que otras enfermedades mentales o físicas y que las personas con TCA están activa y deliberadamente participando en un comportamiento asociado con la enfermedad para llamar la atención (Cowan, 2020). Los pacientes con TCA enfrentan actitudes más estigmatizantes[142] que los pacientes psiquiátricos que sufren otras condiciones (Crisp, 2005; Ramjan, 2004). El estigma de los TCA puede tener un impacto en la recuperación, ya que está relacionado negativamente con factores importantes para conseguirla como la salud psicológica, social y física, así como con una mayor psicopatología en el trastorno alimentario y una menor probabilidad de comportamientos de búsqueda de tratamiento (Foran et al., 2020). La construcción cultural generalizada de los TCA como una enfermedad que afecta a las mujeres conlleva que los hombres puedan no reconocer los síntomas hasta que las conductas se arraigan y son más difíciles de tratar (Raisanen, y Hunt, 2014).

El estigma también es un fenómeno presente entre los profesionales de la salud mental y parece confirmarse la existencia de diferencias entre psicólogos, psiquiatras, enfermeros y otros cuidadores, aunque no pueden establecerse generalizaciones (Navarro y Trigueros, 2019). Se observa una negatividad específica hacia los pacientes con TCA (Bannatype y Stapleton, 2015, 2017; Fleming y Szmukler, 1992; Lauber, et al., 2004; McNicholas et al., 2015). En el artículo de Seah et al. (2017), de los doce documentos que exploraron las actitudes de los profesionales de la salud hacia el trabajo con pacientes con TCA, la mayoría de los estudios informaron sentimientos negativos, mientras que solo dos estudios informaron sentimientos positivos.

El estigma volitivo, es decir, la responsabilidad personal percibida por padecer el trastorno, es el tipo más común de estigmatización asociado con los TCA y también se encuentra entre los profesionales de la salud, incluidos médicos, psiquiatras, terapeutas y psicólogos (Bannatyne y Stapleton, 2017; Roehrig y McLean, 2010; Ramjan, 2004). Además del estigma volitivo, los profesionales reportan actitudes que trivializan los TCA en comparación con otras afecciones psiquiátricas o médicas y establecen suposiciones sobre lo que podría motivar este comportamiento voluntario, siendo una de ellas la búsqueda de atención (Cowan, 2020; Roehrig y McLean, 2010).

[142] El estigma se refiere a un atributo que desprestigia profundamente (Goffman, 1963). El estigma social es estructural en la sociedad y puede crear barreras para las personas con un trastorno mental o del comportamiento (Ahmedani, 2011). El conocimiento de que el estigma está presente en la sociedad puede tener un impacto en un individuo incluso si esa persona no ha sido estigmatizada directamente. El autoestigma se define como la reducción de la autoestima o el sentido de autoestima de una persona debido a la percepción que tiene el individuo de que él o ella es socialmente inaceptable (Vogel et al., 2007). El autoestigma (interiorización de estereotipos negativos), junto con el estigma percibido (percepción de rechazo) y el estigma experimentado (experiencias de discriminación) componen el estigma personal (Bengochea-Seco et al., 2018). Muchas personas que se beneficiarían de los servicios de salud mental optan por no seguirlos o no participan plenamente una vez que han comenzado, y una de las razones de esta desconexión es el estigma (Corrigan, 2004). Para evitar la etiqueta de enfermedad mental y el daño que trae, las personas deciden no buscar o participar plenamente en la atención sanitaria. El estigma produce dos tipos de daño que pueden impedir la participación en el tratamiento: disminuye la autoestima y priva a las personas de oportunidades sociales.

Algunos estudios atribuyen a los hombres mayor estigma ante los TCA (Bannatyne y Stapleton, 2017; Winston et al. 2007; McArdle et al. 2016), quienes también establecen menores atribuciones causales biogenéticas (Bannatyne y Stapleton, 2017). La exposición a explicaciones biogenéticas parece reducir el estigma volitivo (Bannatyne y Stapleton, 2015; Crisafulli et al., 2010) y se ha sugerido que el estigma hacia las personas con TCA podría reducirse mediante la inclusión en campañas de promoción de la salud de mensajes que incidan en su condición biogenética y en que están involucrados factores fuera del control del individuo (Crisafulli et al., 2008; Crisafulli et al., 2010). Sin embargo, las explicaciones biogenéticas podrían afectar negativamente la recuperación al respaldar el fatalismo genético y alentar las profecías autocumplidas a través del esencialismo genético (Bannatyne y Stapleton, 2018). Mond (2013) cuestiona éticamente la inclusión de información sobre supuestas bases biogenéticas que no incluya evidencia sobre el papel de factores psicosociales en la etiología y mantenimiento del trastorno, además de señalar que la correlación y la causalidad son dos cosas diferentes.

Algunos datos más específicos los encontramos en los siguientes dos estudios:

En el estudio de Jones et al. (2013) con psiquiatras, casi la mitad (46.1%) vio la anorexia nerviosa como determinada culturalmente por el papel de la mujer en la sociedad, y un 7.8% de los encuestados consideraba que anorexia nerviosa representaba un comportamiento anormal en el contexto de una personalidad débil, manipuladora o inadecuada. Sólo un 1.7% lo consideraba como esencialmente imposible de tratar (con diferencias significativas según el grado de especialización, los no especialistas en mayor grado).

En la investigación de Tan et al. (2008), los psiquiatras encuestados fueron menos propensos a pensar que los pacientes con anorexia nerviosa grave participan intencionalmente en comportamientos de pérdida de peso, pueden controlar sus comportamientos, quieren mejorar o razonan adecuadamente en comparación con la anorexia nerviosa leve. Los especialistas en TCA mostraron menor tendencia que el resto de psiquiatras a considerar que los pacientes con anorexia nerviosa leve eligen participar en sus comportamientos o son capaces de controlarlos.

Aunque el estigma de la enfermedad mental se relaciona positivamente con actitudes positivas hacia las medidas coercitivas (Gaebel y Zäske, 2011), los resultados del estudio de Cowan (2020) sugieren que no existe una relación significativa entre las actitudes de estigma del personal de salud hacia las personas con TCA y los métodos de tratamiento coercitivos.

2.10.2. Actitudes hacia la coerción formal en psiquiatría

Las actitudes de los miembros del personal hacia la coerción son un factor individual importante que tiene un impacto en la aplicación de la coerción (Husum et al., 2011). Cuanto mayor es la puntuación en las actitudes sobre el internamiento más probable

es que el encuestado apoye cada motivo de internamiento (Brooks, 2006). Las actitudes del personal hacia la coerción juegan un papel vital en el manejo de esta, si bien este tema es complejo y los resultados no son concluyentes (Krieger et al., 2020). Sea como fuere, las actitudes hacia las medidas coercitivas en psiquiatría deben ser consideradas como fenómenos contextualizados, interactivos y multidimensionales que no pueden explicarse meramente a través de un conjunto definido de factores (Bregar et al., 2018).

Dado que hay poca información respecto a las actitudes hacia la coerción en el caso concreto de la anorexia nerviosa, se presenta, en primer lugar, un recorrido sobre las actitudes hacia la coerción en psiquiatría general. A parte de su interés en cuanto tal, servirá para establecer las hipótesis de la investigación.

Apoyo general

El hecho de que el personal tenga una visión crítica del empleo de la coerción (Krieger et al., 2020) no impide que, entre los profesionales de la salud mental, se encuentre un apoyo general al empleo de medidas coercitivas en determinadas situaciones, incluyendo el tratamiento ambulatorio involuntario (Brooks, 2007; Diseth et al., 2011; Kahle y Sales,1978; Kullgren et al.,1996; Laukkanen et al, 2019; Luchins et al, 2004; Moleón y Fuertes, 2020; Roberts et al., 2002; Romans et al., 2004; Stensrud et al., 2016; Wu et al., 2013; Wynn, 2003; Zogg et al., 2003). Hasta un 98% de psiquiatras considera ético hospitalizar al paciente contra su voluntad cuando no hacerlo supone un peligro para sí mismo o para otros (Kullgren et al., 1996). Muchos profesionales de la salud mental siguen convencidos de que es una herramienta necesaria y beneficiosa para los pacientes (Morandi et al., 2021). No obstante, el sentimiento general es que el tratamiento involuntario es problemático en sí mismo y algo que debe evitarse (Sjöstrand et al., 2015).

La literatura informa de intentos de encontrar diferencias de actitudes hacia la coerción en virtud de distintas características personales (Doedens et al., 2020; Krieger et al., 2020). Se presenta a continuación un breve compendio de los hallazgos más relevantes para el objetivo de la presente investigación.

Edad/experiencia

En cuanto a los años de experiencia laboral, los resultados no son consistentes. Algunos estudios encuentran que un menor número de años predice actitudes más positivas hacia la coerción (Bregar et al., 2018; Hemamalini et al., 2017; Korkeila et al.; 2016; Krieger et al., 2020), mientras que otros reportan el efecto contrario (Al-Maraira y Hayajneh, 2020; Molewijk et al., 2017; van Doeselaar et al., 2008; Wu et al., 2013).

En algunos estudios, el aumento de la edad es un factor predictivo positivo de disposición a la coerción (Falkum y Førde, 2001; Lepping et al., 2004; Steinert et al.,2005; Shao et al., 2012; Wynn et al., 2007), mientras que en otros sucede a la inversa (Alexius

et al., 2002; Husum et at., 2011). En el trabajo de Desviat et al. (1999) en España, por ejemplo, los psiquiatras de más edad consideraron con más frecuencia que no es ético hospitalizar involuntariamente pacientes no peligrosos para sí o para otros. Otros estudios encuentran diferencias difíciles de sistematizar. En Kullgren et al. (1996), mientras los psiquiatras más jóvenes consideraron menos ético usar neurolépticos en pacientes psicóticos crónicos que rechazan la medicación, los psiquiatras mayores consideraron menos ético contener físicamente a alguien que está fuera de control. Otros no encuentran diferencias (Diseth et al., 2011)

Whittington et al., (2009) señalan que es probable que haya una interacción entre la edad, la duración del tiempo que trabaja en psiquiatría y el período de formación (por ejemplo, alguien formado en la década de los 90 puede haber estado expuesto a un conjunto diferente de actitudes que si lo hubiera sido en los 80).

Grupo profesional

Dado el diferente enfoque y forma de establecer el tratamiento y la relación terapéutica con el paciente, parecería comprensible encontrar ciertas diferencias en la valoración de las intervenciones involuntarias en virtud del grupo profesional de pertenencia[143].

Algunos estudios presentan un mayor apoyo de las intervenciones coercitivas por parte de psiquiatras o enfermeros que por parte de psicólogos (Steinert et al., 2005; Aasland et al., 2018). Psiquiatras y enfermeros muestran puntuaciones más altas en puntos de vista autoritarios (paternalistas) y menos dialógicas (participación del usuario) que psicólogos u otros miembros del personal (Aasland et al., 2018). En Krieger et al. (2020), los enfermeros calificaron la coerción de forma significativamente más positiva que el resto del personal. En el estudio de Husum, et al. (2011), el personal especializado en atención de salud mental obtuvo una puntuación baja pero significativamente menor en la consideración de la coerción como subescala de tratamiento[144].

[143] Estas diferencias van más allá de la distinta concepción de trastorno, predominantemente biológica, psicológica o social, y que puede dar lugar a diferentes soluciones (Douzenis y Michopoulos, 2015). Los enfermeros tienen principios que son específicos del campo de la enfermería (Wurzbach, 1993). Breier-Mackie (2001) destaca la importancia de la comprensión de las diferencias entre los puntos de vista de los enfermeros y los médicos sobre la autonomía del paciente y el papel del enfermero como defensor del paciente. Al asumir el papel de defensor del paciente y adoptar su propio poder profesional a través del perfeccionamiento dentro de esta área de la ética clínica, el personal enfermero puede hacer una contribución significativa y valiosa para garantizar que los verdaderos deseos de los pacientes sean respetados o, al menos, escuchados.

[144] En Husum et al. (2011), la coerción como tratamiento (actitud positiva) es la visión de la coerción como una intervención de tratamiento. Los ítems afirman que el uso de la coerción es necesario cuando los pacientes carecen de conocimiento sobre su propia enfermedad o están en un estado de regresión, y que se debe usar más coerción.

Sexo[145]

Se han estudiado las diferencias en cuanto al sexo sin resultados concluyentes. En algunos estudios, el sexo femenino es predictor positivo de voluntad de coerción (Steinert et al., 2005; Wynn et al., 2006, 2007; Desviat et al., 1999; Shao et al., 2012; Wu et al., 2013; Hsieh et al., 2017; Bregar et al., 2018; Klinge, 1994), mientras que en otros ocurre al contrario (Kullgren et al., 1996; Lind et al., 2004; Wynn et al., 2011; Husum et al., 2008; Husum et al., 2011; Hemamalili et al., 2017; Laukkanen et al., 2020; Hottinen et al., 2012; Whittington et al., 2009). En algunos estudios no se han observado diferencias (Alexius et al., 2002; Diseth et al., 2011; Laiho et al., 2014; Romans et al, 2004) o han reportado resultados aparentemente contrapuestos. Así, Raveesh et al. (2016) estudiaron las actitudes de psiquiatras en India por medio del SACS[146], mostrando las mujeres mayores puntuaciones en la subescala que mide la coerción como algo ofensivo hacia los pacientes (actitud crítica a la coerción), pero también en la visión positiva (subescala de tratamiento).

En España, en el trabajo de Desviat et al. (1999), las mujeres se mostraron menos propensas a considerar que no es ético aplicar la TEC involuntariamente.

En China se ha encontrado que las actitudes hacia los ingresos involuntarios son más arbitrarias entre los profesionales de la salud mental de sexo masculino (Shao et al., 2012).

Con una terminología más propiamente bioética, se encuentra el estudio de Falkum y Førde (2001) en que las mujeres expresaron actitudes a favor de un menor

[145] Aunque el desarrollo moral escapa a las pretensiones de esta investigación, las diferencias hombre-mujer en problemas éticos invitan a mencionar las aportaciones de Gilligan (1982) y la ética del cuidado, íntimamente relacionada con la Enfermería (Feito, 2005, Feito y Gracia, 2000; García, 2015; Yáñez et al., 2021). La obra de Gilligan plantea un gran desafío a la teoría de Kohlberg (1976) al introducir una perspectiva feminista. Gilligan sugirió que los hallazgos de Kohlberg, según los cuales las mujeres alcanzarían un menor desarrollo moral, revelaban en realidad un sesgo de género (Muuss, 1988). Los hombres tenderían a organizar las relaciones sociales en un orden jerárquico y suscribirse a una moralidad de derechos. Las mujeres valorarían la conexión interpersonal, el cuidado, la sensibilidad y la responsabilidad con las personas. Sin embargo, los criterios de puntuación de Kohlberg otorgan a las orientaciones de cuidado interpersonal de las mujeres calificaciones más bajas que la orientación de justicia basada en principios. Por ello, Gilligan identificó diferentes etapas de desarrollo para las mujeres. La autora relacionó la ética de la justicia con los hombres, y la que denominó ética de la responsabilidad o del cuidado con las mujeres (García, 2015). La profesión enfermera, históricamente conformada por mujeres, ha cargado con los estereotipos asociados al género (Yáñez et al., 2021; Zúñiga y Paravic, 2009). Sea como fuere, la investigación en diferencias de género en distintas culturas no ha encontrado disparidades entre hombres y mujeres en razonamiento moral y la razón para preocuparse por los individuos y los grupos sería algo universal (Jensen, 2020). Estas diferencias parecen ser resultado de una diferente socialización, no diferencias biológicas ni innatas (Comins, 2003).

[146] La escala SACS, Staff Attitude to Coercion Scale (Husum et al., 2008) es un cuestionario de 15 ítems sobre la actitud del personal hacia la coerción. Comprende la coerción como algo ofensivo hacia los pacientes (actitud crítica), la coerción como cuidado y seguridad (actitud pragmática), y la coerción como tratamiento (actitud positiva).

paternalismo y más autonomía del paciente, y tuvieron más deliberaciones morales que los hombres. Mientras que en el perfil médico autonomista hubo más mujeres que hombres, en el paternalista moderno sucedió al contrario[147].

Experiencia previa en coerción

La experiencia previa en coerción parece ser un predictor positivo de una mayor predisposición hacia la coerción (Wynn et al., 2006, 2007; van Doeselaar et al. , 2008; Whittington et al., 2009). Las actitudes hacia la coerción pueden diferir según el nivel de presencia y participación en el acto de coerción (Dahan et al., 2018).

Algunos autores ofrecen explicaciones tentativas a esta relación positiva entre la experiencia previa y la predisposición hacia la coerción. Como se mencionó en el apartado sobre disonancia cognitiva, una justificación a esta actitud puede partir de la necesidad y la conveniencia del uso de la coerción, que se acaba asumiendo como una práctica legítima y justificable (Olofsson y Norberg, 2001), y a que el uso frecuente de esta intervención impide ver a las personas sus efectos negativos (Doedens et al., 2020) y fortalece su propia creencia por habituación, convirtiéndose en parte de la cultura (van Doeselaar et al., 2008), con lo que se reduce el malestar (Morandi et al., 2021).

Al-Maraira y Hayajneh (2020) señalan que el recurso a la coerción podría reforzarse a sí mismo, lo que significa que el uso de la medida coercitiva se convierte en un hábito o una intervención aprendida, perpetuando su utilización. Los enfermeros en unidades de agudos desarrollan formas de enfrentar las situaciones y, debido a que funciona, continúan haciéndolo.

Una investigación china reportó actitudes más arbitrarias hacia los ingresos involuntarios entre los profesionales de la salud mental que habían estado expuestos previamente a quejas por internamiento ilícito (Shao et al., 2012).

Nivel educativo

Los niveles académicos también se han estudiado en relación con las actitudes hacia las intervenciones coercitivas. El personal con niveles educativos más altos considera que las intervenciones coercitivas se usan en exceso en comparación con los miembros

[147] Para explorar el patrón de puntuaciones en las tres dimensiones identificadas en un análisis de componentes principales (paternalismo, autonomía del paciente y deliberación moral), los resultados se dicotomizaron y combinaron de ocho maneras diferentes (Falkum y Forde, 2001). La tipología resultante incluyó cinco perfiles médicos diferentes: (1) paternalistas clásicos (puntajes altos en paternalismo, puntajes bajos en autonomía del paciente y deliberación moral), (2) paternalistas modernos (puntajes altos en paternalismo y deliberación, puntajes bajos en autonomía del paciente), (3) autonomistas (puntuaciones altas en la autonomía del paciente, puntuaciones bajas tanto en el paternalismo como en la deliberación), (4) deliberacionistas (puntuaciones altas en la deliberación y la autonomía del paciente, puntuaciones bajas en el paternalismo) y (5) ambivalentes (altos o bajos puntajes en todas las dimensiones, o puntajes altos o bajos tanto en el paternalismo como en la autonomía del paciente).

del equipo con menor nivel académico (Klinge, 1994). En el trabajo de Wynn et al. (2006), la ausencia de educación universitaria es un predictor positivo de la voluntad de coerción. En Wynn et al. (2011), el personal no cualificado[148] es significativamente más propenso a elegir una intervención altamente restrictiva. En el estudio de Husum et al. (2011), los miembros del personal con educación universitaria aprecian la coerción como un delito en menor medida que los enfermeros[149].

En China, las actitudes hacia los internamientos involuntarios son más arbitrarias entre los profesionales de la salud mental con mayor nivel educativo (Shao et al., 2012). Los trabajadores sociales con grados universitarios presentan una mayor tendencia a considerar la hospitalización involuntaria como una forma de tratamiento que aquellos con títulos de máster (Wu et al., 2013).

Presión familiar

La presión familiar también se cuenta entre los elementos que ejercen influencia a la hora de establecer o no establecer intervenciones coercitivas (Kullgren et al., 1996; Desviat et al., 1999; Shao et al., 2012; Szabo et al., 2000). En otros estudios, sin embargo, no se da esa influencia (Alem et al., 2002).

Røtvold y Wynn, R. (2014) muestran que, en el ámbito de medicina general, muchos médicos sienten que es difícil aplicar los criterios medicolegales para derivar pacientes involuntariamente. La valoración que hacen los médicos que derivan a pacientes involuntariamente a un hospital psiquiátrico puede verse influida, entre otros, por la familia. El artículo de Desviat et al. (1999) señala que la presión familiar aumenta la probabilidad de ingreso involuntario incluso en el caso de que no haya trastorno psiquiátrico evidente. En Shao et al. (2012) el 32,5% de encuestados (miembros de la Asociación China de Psiquiatría) admitió que internarían pacientes involuntariamente simplemente en respuesta a las demandas de la familia. Los autores advierten que tal actitud puede deberse a las tradiciones culturales de China.

[148] En Noruega, un gran número de personal no cualificado trabaja en los servicios de salud (Flodgren et al., 2017).

[149] En Noruega, el título básico de enfermero registrado dura tres años o 180 puntos ECTS y los enfermeros que lo completan reciben una licenciatura y están autorizados para practicar. Después de la licenciatura, los enfermeros registrados pueden obtener posteriormente un Máster o ingresar a un programa de especialización en enfermería (60-90 puntos ECTS), por ejemplo, en cuidados intensivos o enfermería de quirófano. Para ser admitido a estudiar psicología, los solicitantes deben completar un programa de estudios universitarios de un año en psicología profesional. Un título en psicología se otorga después de seis años de estudio (incluido el programa de un año). Los médicos se cualifican directamente después de completar los seis años de la escuela de Medicina. El tiempo mínimo promedio requerido para completar una especialidad es de cinco años, pero en la práctica puede llevar mucho más tiempo (en promedio nueve años), con grandes variaciones entre las especialidades (Ringard et al., 2013)

Tipo de unidad

Husum et al. (2011) encontraron que una parte sustancial de la variación en las actitudes hacia la coerción podría atribuirse a factores de la unidad. Los autores proponen como posibles explicaciones el liderazgo en las unidades y que las personas que trabajan juntas tienden a adoptar las mismas actitudes y opiniones.

Posición en la institución

También se han buscado asociaciones con la posición en la institución. Así, en Shao et al. (2012) los psiquiatras con una posición baja en la institución mostraron actitudes más estrictas en el procedimiento de ingreso involuntario, mientras que aquellos con posición alta presentaron actitudes hacia los ingresos involuntarios más arbitrarias.

Duda moral y reflexión ética

Experimentar dudas morales[150] está relacionado con la actitud normativa hacia la coerción. Aquellos que experimentan con mayor frecuencia dudas morales son más críticos con el uso de medidas coercitivas (Molewijk et al., 2017).

Según algunos autores (Norvoll et al., 2017), la ética puede contribuir significativamente a la calidad de la coerción al ofrecer formas más sistemáticas de abordar las preocupaciones morales. Las consideraciones morales sobre el uso de la coerción son una actividad continua en la vida cotidiana de los profesionales y la teoría de la ética y la deliberación moral podrían apoyar la competencia profesional y la reflexividad al aumentar la conciencia y la capacidad del personal para describir sus supuestos subyacentes y las razones para actuar.

En este sentido, la introducción de la deliberación de casos morales contribuye a cambios relacionados con la calidad del tratamiento, la profesionalidad del personal de salud y la cooperación en el equipo de tratamiento (Voskes et al., 2014). Si bien la evidencia empírica del impacto concreto en la calidad de la atención al paciente es limitada y se basa principalmente en autoinformes (Haan et al., 2018), algunos estudios describen procesos de cambio en la opinión o actitud profesional (Molewijk et al., 2008; Grönlund et al., 2016).

Los grupos de reflexión ética tienen impacto en las actitudes de los empleados hacia la coerción. Hem et al., (2017) encontraron que, con la introducción de los grupos de reflexión ética, los empleados adoptaron una actitud más crítica en el uso de la

[150] Dentro del contexto del uso de medidas coercitivas, la duda moral de un empleado de atención médica con respecto al uso de la coerción consiste en hacerse preguntas como: ¿Cuándo es correcto usar la coerción? ¿Cuándo llegamos demasiado tarde o demasiado temprano con respecto al uso de una medida coercitiva? ¿Qué medida coercitiva es mejor (o menos mala) y cuáles son las alternativas apropiadas? ¿Cuándo se justifica moralmente el uso de la coerción y qué tipo de justificación se necesita? (Molewijk et al., 2017)

coerción, la participación de los pacientes aumentó, como también lo hizo el manejo constructivo de las diferentes percepciones y desacuerdos. Algunos empleados que no participaron en grupos de reflexión ética consideraron que los grupos de reflexión ética tuvieron efectos positivos más allá de los grupos mismos.

Los participantes en grupos de reflexión ética la describen como un proceso que los hace más conscientes de lo que expresan los pacientes y sus familiares, de las necesidades del paciente, pero sobre todo, más preocupados por el derecho del paciente a participar en los procesos de toma de decisiones (Lillemoen y Pedersen, 2015).

2.10.3. Actitudes hacia la coerción informal en psiquiatría

En general, las intervenciones con mayores grados de coerción son menos aceptadas y los resultados sugieren que la aprobación de la respectiva intervención de tratamiento está estrechamente relacionada con el grado de coerción que reconoce el profesional, sin que se encuentren asociaciones entre la capacidad de reconocer diferentes niveles de coerción con variables relacionadas con el dispositivo o el personal (Jaeger el al., 2014).

Valenti et al. (2015) trataron de identificar las actitudes y experiencias de los profesionales de la salud mental hacia el uso de la coerción informal en países con diferentes contextos socioculturales[151]. Algunos de sus hallazgos se resumen en las siguientes ideas:

La creencia entre los profesionales de que la coerción informal es efectiva junto al malestar generalizado con respecto a su uso, relacionado con un sentido general de disonancia entre las actitudes y la práctica. Cuando una acción parece ser coercitiva, los médicos reducen su sensación de malestar adoptando una definición diferente de sus acciones; en este ejemplo, redefiniendo una amenaza como una advertencia sobre las consecuencias.

La disonancia explícita[152] se aprecia en los participantes que reconocen que su malestar coexiste con sus convicciones de la necesidad de coerción informal. Esta inconsistencia tiende a surgir en situaciones clínicamente complejas. Los participantes mencionan una serie de justificaciones para utilizar la coerción informal a pesar de sus preocupaciones, incluidos los niveles de síntomas graves y la posibilidad de mejorar la conciencia de enfermedad del paciente. Las actitudes sobre la aceptabilidad de la

[151] Para ello realizaron grupos focales con profesionales de la salud mental en diez países con diferentes contextos socioculturales, en concreto, Canadá, Chile, Croacia, Alemania, Italia, México, Noruega, España, Suecia y Reino Unido (Valenti et al., 2015)

[152] La disonancia implícita también fue evidente, en aquellos participantes que desaprobaban el concepto y el término de coerción, pero describieron actuar de maneras que coincidían con las descripciones de la viñeta de coerción (Valenti et al., 2015).

coerción pueden verse afectadas por respuestas emocionales, como molestia y frustración.

La disonancia refleja una tensión subyacente entre paternalismo y autonomía como valores centrales en psiquiatría. La mayoría de los participantes, sin embargo, reconoció que el paternalismo y la autonomía están entrelazados en la práctica y que los enfoques paternalistas son ineludibles. Se sugirió que esto estaba impulsado por un sentido de responsabilidad y un deseo de protegerse a sí mismo y a la comunidad, y que las decisiones paternalistas a veces se emiten debido a la preocupación del médico al poder ser considerado responsable de las consecuencias negativas de la falta de adherencia al tratamiento de sus pacientes.

A diferencia de la coerción formal, no hay pautas profesionales claras sobre el uso de la coerción informal. Muchos participantes reconocieron diferencias sobre cómo se define la coerción informal en la práctica.

Valenti et al. (2015) concluyeron que la desaprobación teórica de la coerción informal a menudo se anula en la práctica. Esta disonancia ocurre en diferentes contextos socioculturales y tiende a hacer que los profesionales se sientan incómodos.

2.10.4. Actitudes hacia la coerción y la capacidad en anorexia nerviosa

Ha habido pocos estudios sobre actitudes de psiquiatras y psicólogos hacia la implementación del tratamiento involuntario en anorexia nerviosa en particular (Cowan, 2020; Tan et al., 2008; Jones et al., 2013).

En Tan et al. (2008) se encuestó un grupo de psiquiatras generales, psiquiatras infantiles y psiquiatras con experiencia en TCA. Los encuestados generalmente apoyaron el uso del tratamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa. Como se vio más arriba, los psiquiatras expertos en TCA creen en menor medida que los pacientes con anorexia nerviosa leve deciden participar en conductas de pérdida de peso y pueden controlar su dieta, ejercicio y conductas de purga, mientras que el resto se decantaron más por pensar que estos pacientes son capaces de controlar esos comportamientos. Además, hubo un fuerte consenso sobre el uso de la Ley para permitir la realimentación obligatoria en la anorexia nerviosa.

En Jones et al. (2013) una muestra de psiquiatras completó un cuestionario que mide el conocimiento y las actitudes hacia los TCA. Un 86.1% de los encuestados consideraron apropiado que la ley permita la realimentación obligatoria de pacientes con anorexia nerviosa. El 29.8% de los psiquiatras creían que la ley debería usarse con más frecuencia para proteger la salud y la seguridad de los pacientes con anorexia nerviosa y tan solo un 1.8% consideraba que no debe usarse para exigir el ingreso al hospital de pacientes con anorexia nerviosa. Hubo diferencias significativas en la

actitud según la antigüedad, con más psiquiatras veteranos considerando que la ley no debería usarse para exigir el ingreso al hospital en pacientes con anorexia nerviosa.

En Cowan (2020) se midieron las actitudes hacia el uso de métodos de tratamiento coercitivo tanto formal como informal sobre 254 participantes de profesionales, incluyendo psiquiatras, psicólogos y enfermeros, pero también médicos, terapeutas, trabajadores. Los participantes informaron actitudes agregadas ligeramente favorables hacia los enfoques de tratamiento coercitivo en general, aunque no se ofrecen datos desagregados por profesión ni por tipo de coerción, lo que obliga a tomarlo con cautela.

Por lo que respecta al impacto de la anorexia nerviosa en la capacidad, en el estudio de Tan et al. (2008), más de la mitad de los encuestados coincidió en que la anorexia nerviosa compromete la capacidad de un adolescente para tomar decisiones de tratamiento. Casi las tres cuartas partes (72%) de los encuestados estuvieron de acuerdo con que el rechazo del tratamiento se debe a la influencia de la anorexia nerviosa y no refleja completamente los verdaderos deseos o personalidad del paciente. Los encuestados en general consideraron que la anorexia nerviosa dificulta que los pacientes tomen decisiones de tratamiento. En cuanto a si los pacientes con anorexia nerviosa leve y grave quieren ayuda incluso cuando la rechazan, las opiniones se difunden en ambos sentidos. Los especialistas en TCA mostraron mayor tendencia a considerar que los pacientes son incapaces de controlar conductas de dieta, ejercicio y purga que otros psiquiatras. Sin embargo, sus respuestas no fueron significativamente diferentes con respecto a si los pacientes con anorexia nerviosa podían o no querer ayuda, razonar y si tenían dificultades para tomar decisiones.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. Objetivo general

El objetivo de la presente tesis doctoral fue descubrir los fundamentos de acción de los profesionales de la salud mental en España ante el rechazo al tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa, así como cuantificar y comparar sus actitudes ante el internamiento involuntario, la capacidad y otros aspectos vinculados a la prestación asistencial.

3.2. Objetivos estudio cualitativo (publicación 1)

Explorar el modo de actuación y percepciones del personal facultativo que atiende a pacientes con anorexia nerviosa en centros de salud mental en España en aspectos relativos a autonomía, capacidad de decisión y aplicabilidad de un tratamiento involuntario.

3.3. Objetivos estudio cuantitativo (publicaciones 2 y 3)

Cuantificar y comparar las actitudes y opiniones del personal sanitario de salud mental ante la instauración de una intervención involuntaria y la capacidad del paciente, y algunas cuestiones éticas vinculadas a dicha intervención.

3.3.1. Objetivos específicos estudio cuantitativo

1. Medir las actitudes de los profesionales de la salud mental en España hacia el internamiento involuntario y la capacidad en pacientes con anorexia nerviosa (artículo 2).
2. Comparar las actitudes de los profesionales de la salud mental en España hacia el internamiento involuntario y la capacidad en anorexia nerviosa en función de determinadas variables sociodemográficas (artículo 2).
3. Analizar la opinión de los profesionales de la salud mental en España sobre aspectos relativos a voluntariedad, coerción informal, estrés de rol y atribución decisional en la asistencia a pacientes con anorexia nerviosa que rechazan el tratamiento (artículo 3).
4. Comparar la opinión de los profesionales de la salud mental en España sobre aspectos relativos a voluntariedad, coerción informal, estrés de rol y atribución decisional en la asistencia a pacientes con anorexia nerviosa que rechazan el tratamiento en función de determinadas variables sociodemográficas (artículo 3).

3.3.2. Hipótesis estudio cuantitativo

1. Los profesionales de salud mental muestran una actitud favorable a la implementación de intervenciones involuntarias, a la ausencia de capacidad de decisión y autocuidado, y a la menor idoneidad de su aplicación en pacientes crónicos.
2. Se dan diferencias significativas respecto a las anteriores cuestiones en virtud del grupo profesional, la experiencia en TCA, la formación en bioética y el respaldo previo.
3. Los profesionales de la salud mental en España muestran una opinión consonante con el cambio de dinámica terapéutica, el empleo de medidas de coerción informal y la dificultad en la conciliación de demandas laborales y en contra de la posibilidad de objeción de conciencia.
4. Se dan diferencias significativas respecto a las anteriores cuestiones en virtud de la experiencia previa en coerción para los ítems relacionados con la misma (ítems 26, 27, 29, 32 y 33) y en virtud de la formación en bioética para los ítems sobre atribución decisional (ítems 35, 36 y 37).

4. RESULTADOS

4.1. Percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos en relación con la capacidad y el internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa

El desarrollo de este apartado toma como base la publicación 1, cuyo sustrato básico es la misma pregunta de investigación que sirve de fundamento a la presente tesis doctoral, es decir, ¿cómo piensan y actúan los facultativos de salud mental ante la toma de medidas involuntarias en pacientes con anorexia nerviosa? El interés de responder a esa cuestión surge de la constatación de las dificultades que, según se ha visto en el marco teórico, parecen rodear esa actuación, y el valor de la investigación radica en la ausencia de literatura que informe de ello.

En consecuencia, el objetivo del estudio que aparece publicado en este primer artículo fue indagar las percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos ante la asistencia a pacientes con anorexia nerviosa que rechazan el tratamiento cuando su salud física corre peligro. Dado el carácter de exploración, el trabajo adopta un enfoque cualitativo.

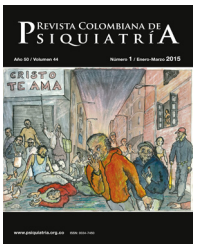
Del mismo se concluye que psiquiatras y psicólogos clínicos se ven sometidos a demandas difíciles de conciliar cuando la salud física del paciente con anorexia nerviosa se deteriora, lo que les fuerza a cambiar la dinámica terapéutica habitual para tratar de compatibilizarlas de la mejor forma posible. Ello pone en evidencia la necesidad de reflexionar e investigar sobre los fundamentos de las atribuciones asumidas, las posibles alternativas, en su caso, así como los efectos que pueda tener en la atención al paciente y en la satisfacción laboral del propio personal sanitario.

REV COLOMB PSIQUIAT. 2021;xxx(xx):xxx–xxx

Asociación Colombiana de Psiquiatría ACP

Revista Colombiana de Psiquiatría

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos

José-Luis Fernández-Hernández[a,*], *Pablo Herranz-Hernández*[b] y *Laura Segovia-Torres*[c]

[a] *Universidad Complutense de Madrid, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España*
[b] *Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*
[c] *Universidad de La Rioja, Logroño, La Rioja, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 12 de septiembre de 2020
Aceptado el 25 de noviembre de 2020
On-line el xxx

Palabras clave:
Bioética
Competencia mental
Teoría fundamentada
Tratamiento involuntario
Trastornos de la alimentación y la ingestión de alimentos

R E S U M E N

Introducción: La anorexia nerviosa plantea un importante problema bioético, ya que los pacientes, a menudo, rechazan el tratamiento a pesar del peligro que ello supone para su salud, y no está claro que su decisión sea autónoma. El objetivo de este trabajo es investigar las percepciones/actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos ante la capacidad y el internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa.

Métodos: Se entrevistó a 7 psiquiatras, 4 psicólogas clínicas y 1 psicóloga residente de tercer año. Se utilizó un enfoque de investigación cualitativa basado en la teoría fundamentada.

Resultados: El análisis de datos mostró que estos profesionales articulan la atención del paciente en torno a una categoría principal, a saber, el internamiento como último recurso y la búsqueda de la voluntariedad, lo que implica un cambio en la dinámica asistencial habitual. En torno a esa categoría central, se erigen algunos conceptos importantes; estrés de rol, coerción informal, peso, familia y cronicidad.

Conclusiones: La dificultad de conciliar demandas profesionales puede suponer un menoscabo en la calidad de la asistencia y en la propia satisfacción laboral, lo que pone en evidencia la necesidad de reflexionar e investigar sobre los fundamentos de las atribuciones asumidas.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: joself01@ucm.es (J.-L. Fernández-Hernández).

https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

0034-7450/© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

Competence and Involuntary Commitment of Patients with Anorexia Nervosa: A Qualitative study on the Perceptions and Performance of Psychiatrists and Clinical Psychologists

Keywords:
Bioethics
Mental competency
Grounded theory
Involuntary treatment
Eating disorders and food ingestion

A B S T R A C T

Introduction: Anorexia nervosa poses an important bioethical quandary, since patients often refuse treatment despite the danger that this poses to their health, and it is not clear that their decision is autonomous. The aim of this study was to investigate the perceptions/performance of psychiatrists and clinical psychologists regarding the capacity and involuntary hospitalisation of patients with anorexia nervosa.

Methods: Seven psychiatrists, four clinical psychologists, and one third-year resident psychologist were interviewed. A qualitative research approach based on grounded theory was used.

Results: The data analysis showed that these professionals articulate patient care around one main category - hospitalisation as a last resort and the search for voluntariness, which implies a change in the usual healthcare dynamics. Around this central category, some important concepts emerge: role stress, informal coercion, weight, family and chronicity.

Conclusions: The difficulty of reconciling professional demands can undermine the quality of care and job satisfaction itself, which highlights the need for reflection and research into the foundations of the responsibilities assumed.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno grave que causa altas tasas de morbilidad[1] y mortalidad[2]. Una de las características de la AN es que quienes la manifiestan a menudo rechazan el tratamiento a pesar del peligro que ello supone para su salud y niegan el problema o parecen tener dificultades para apreciar la gravedad de su situación. Por ello, la AN plantea un importante problema bioético, ya que puede entenderse la resistencia al tratamiento como inherente al trastorno y no está claro que la decisión de rechazarlo sea autónoma.

Según la legislación española[3], un paciente tiene derecho a tomar decisiones que a otros puedan parecer absurdas o arriesgadas siempre que sea mentalmente competente a criterio del médico responsable. La norma que regula específicamente el internamiento involuntario, el artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil[4] (en adelante, art. 763 LEC), se expresa muy vagamente a la hora de determinar la posibilidad de su aplicación, y exige como requisito que la persona «no esté en condiciones de decidirlo por sí».

Evaluar la capacidad de las personas con AN puede resultar complejo, ya que estas son normalmente competentes en la toma de decisiones en todos los aspectos de sus vidas, a excepción de lo relacionado con su peso corporal, y pueden presentar buenos resultados en los tests de competencia estándares[5,6].

En general, se entiende que la incapacidad se relaciona con el deterioro del estado mental, pero no se identifica con él. Así, en el estudio de validación al español del MacCAT-T, el 27,5% de los pacientes psiquiátricos y el 17,5% de los pacientes de medicina interna se evaluaron como incapaces[7].

En España, es el facultativo especialista en salud mental, es decir, psicólogo clínico o psiquiatra, el encargado de realizar los dictámenes e informes requeridos para el internamiento no voluntario por razones de trastorno psíquico[8].

Ha habido estudios sobre actitudes de psiquiatras y psicólogos hacia la implementación del tratamiento involuntario[9–11], y algunos sobre AN en particular[12,13].

Tan et al.[12] encuestaron a un grupo de psiquiatras generales, psiquiatras infanto-juveniles y psiquiatras con experiencia en trastornos alimentarios. Los encuestados generalmente apoyaron la idoneidad del tratamiento involuntario de los pacientes con AN y consideraron que la AN dificulta la toma decisiones de tratamiento y las conductas de autocuidado. En el estudio de Jones et al.[13], los psiquiatras también apoyaron, por lo general, el papel de las medidas obligatorias en el tratamiento de pacientes con AN.

Sin embargo, en lo que abarca el conocimiento de los autores, no se ha investigado cómo dichos profesionales perciben y actúan ante la situación asistencial marcada por los elementos mencionados, es decir, la de un paciente con AN cuya capacidad parece conservada en muchos aspectos y que rechaza un tratamiento considerado necesario para salvaguardar su salud o su vida.

Objetivo

El objetivo de este estudio es investigar las percepciones y la actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos en la asistencia a pacientes con AN que rechazan el tratamiento cuando su salud física corre peligro.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

Métodos

El diseño de este estudio se aborda desde la metodología cualitativa utilizando el enfoque de la teoría fundamentada. La esencia de la teoría fundamentada es derivar la teoría de los datos recopilados y analizados sistemáticamente en el proceso de investigación[14]. En esta metodología, la recopilación de datos, el análisis y, finalmente, la teoría están en estrecha relación entre sí. Sin embargo, no hay un solo modo universal de aplicar la teoría fundamentada[15,16]. Cabe diferenciar un paradigma positivista de otro construccionista; el primero, centrado en anular cualquier tipo de prejuicio atribuible al investigador; el segundo lo sitúa como parte integral del mundo social que pretende investigar[17].

Un investigador que aplica la teoría fundamentada generalmente no inicia un proyecto con una teoría preconcebida, pero sí lo aborda desde un ámbito de estudio y no puede borrar de su mente toda la teoría que conoce antes de comenzar su investigación[18,19]. Con esta manera no ingenua de interpretar el campo de investigación, se ha aplicado la teoría fundamentada.

Participantes

Siguiendo un muestreo por conveniencia, se consiguió la participación de 7 psiquiatras, 4 psicólogas clínicas y 1 psicóloga residente de tercer año. De ellos, salvo 1 psiquiatra forense y 2 psiquiatras expertos en evaluación de la capacidad (entendiendo por tal la dedicación específica a este ámbito o la producción de trabajos científicos sobre el tema, más allá de la práctica habitual del especialista en Psiquiatría), el resto eran expertos o trabajaban en dispositivos públicos especializados en trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los participantes desarrollaban su labor profesional en establecimientos de 5 provincias españolas: Madrid (8), Ciudad Real (1), Albacete (1) Zaragoza (1) y Barcelona (1).

Instrumentos

El instrumento utilizado es la entrevista en profundidad, semiestructurada e individual, a partir de un conjunto de preguntas y temas elaborado *ad-hoc,* a partir del guion empleado por Sjöstrand et al.[20], adaptado a los objetivos específicos de la investigación y a las circunstancias de la sanidad en España.

El guion de la entrevista se organizó en los siguientes grupos de contenido: *a)* legislación en torno al internamiento involuntario y la autonomía del paciente; *b)* forma habitual de proceder en la práctica clínica ante el rechazo de la persona con AN, y *c)* concepción de la competencia de la persona con AN y razonamientos y experiencias respecto a las decisiones acerca del tratamiento involuntario.

Procedimientos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, cara a cara (7) o por correo electrónico (1), con los participantes residentes en Madrid. Por falta de recursos, las demás entrevistas fueron telefónicas. A excepción de la epistolar, todas se registraron con una grabadora SONY ICD-PX370.

Las entrevistas fueron transcritas y se realizó un análisis del contenido siguiendo la secuencia propuesta por Corbin et al.[14] adaptada a los objetivos del estudio. Como elemento de ayuda se utilizó el *software* QDA Miner Lite. El proceso de análisis consistió en la lectura y relectura de los textos, con codificación y recodificación por fragmentos de texto identificativos de una idea para generar categorías y sus propiedades y luego determinar cómo las categorías varían dimensionalmente. De las lecturas, codificaciones y recodificaciones, surgieron categorías que se desarrollaron sistemáticamente y se vincularon con subcategorías, lo que a su vez permitió recodificar los códigos iniciales en un proceso iterativo de depuración del conjunto explicativo. Las categorías fueron ganando densidad de contenido con el desarrollo de las propiedades y dimensiones, hasta que finalmente se alcanzó el punto de saturación teorética en el que el análisis de nueva información no ofrecía aspectos novedosos. Las categorías se integraron y refinaron para ampliar el esquema teórico. Con todo lo anterior, y especialmente memorándums, se completó el análisis ofreciendo una estructura explicativa en torno a una categoría central.

Se trató de garantizar el rigor de la investigación mediante los siguientes componentes esenciales de la teoría fundamentada. El análisis iterativo de los datos se produjo simultáneamente a su recopilación. Se seleccionó a propósito a los participantes para entrevistarlos a continuación en función del análisis y los hallazgos emergentes. Se mantuvieron memorándums de hallazgos preliminares a lo largo del proceso de investigación para utilizarlos como bloques de construcción de la nueva teoría. Finalmente, la verificación que garantizase una interpretación precisa de los datos se realizó de 3 formas: se verificó la precisión de la comprensión a lo largo de las entrevistas con los participantes, los resultados de entrevistas iniciales se validaron con las entrevistas siguientes y se procedió al análisis colectivo por un investigador y una investigadora ajenos a los pasos previos como método de triangulación para verificar la viabilidad explicativa de la categoría central alcanzada, hasta integrarse, reducirse y refinarse en torno a un eje.

Consideraciones éticas

Los participantes fueron informados previamente de la finalidad, el procedimiento y los beneficios esperados de la investigación. Asimismo, se garantizó la confidencialidad y la posibilidad de retirarse del estudio, en cuyo caso se destruirían las grabaciones y transcripciones efectuadas. Se sustanció en un folleto informativo que contiene un modelo de consentimiento informado con la firma del investigador.

Precisamente, para salvaguarda de la confidencialidad y teniendo en cuenta el modo de contacto con algunos participantes, los extractos presentados en este artículo solo hacen mención al número, la profesión y si son especialistas en TCA.

Resultados

El análisis de datos dio lugar a una categoría central que muestra que psiquiatras y psicólogos clínicos articulan la asistencia en torno a la búsqueda de la aceptación voluntaria del

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

internamiento cuando la situación física del paciente comienza a ser preocupante, y se llega al internamiento no voluntario solo como último recurso. Ello supone un cambio en la dinámica asistencial con respecto a la situación en que la situación física del paciente es menos acuciante. En torno a esa categoría central se erigen algunos conceptos importantes; estrés de rol (causa del cambio), coerción informal (mecanismo del cambio), peso (disparador del cambio) y familia y cronicidad (modificadores de decisión).

Categoría principal: último recurso/búsqueda de voluntariedad

La idea que articula el discurso de psiquiatras y psicólogos en casi todas las entrevistas es que la intervención no voluntaria ha de ser la última opción en AN. Para la mayoría de los participantes un internamiento involuntario no es deseable y, por lo general, solo es admisible cuando el motivo es proteger la vida del paciente. La razón para evitarlo radica en 3 aspectos principales: pone en entredicho el respeto a la autonomía del paciente, deteriora la alianza terapéutica y, en muchos casos, es ineficaz a largo plazo.

«El ingreso involuntario es la maniobra que genera una mayor tensión en la delicada cuerda que supone la relación terapéutica y se utiliza solo en aquellos casos en los que consideramos que hay un riesgo vital para el paciente» (Participante 1, psiquiatra especialista en TCA).

«Nosotros desde aquí, siempre, siempre, intentamos que sea la paciente la que tome esa decisión de ingresar de manera voluntaria» (Participante 5, psicóloga especialista en TCA).

«Normalmente, a veces en un porcentaje alto, los ingresos involuntarios salen y vuelven a hacer lo mismo. Nosotros preferimos que el ingreso sea voluntario» (Participante 9, psicóloga especialista en TCA).

Para algunos profesionales, el internamiento no voluntario se retrasa tanto como sea posible, incluso aceptando cierto riesgo asumible en la salud física del paciente. «En los trastornos alimentarios es mejor siempre contar con la colaboración del paciente. Y yo, generalmente, por eso suelo arriesgar mucho, en el sentido de que, si lo ingreso es porque no queda más remedio y no podemos soportar el riesgo de que el paciente pueda morir o tener una complicación grave» (Participante 10, psiquiatra especialista en TCA).

Ello no quita que sea deseable una intervención temprana. «Cuanto más tardes en decidir que tienen que ingresar, peor para el paciente. Porque va a ir para atrás, además. Casi siempre es así. Algún caso puede haber, pero si alguno hay, que lo muestre. Porque es muy difícil recuperar cuando se llega a unos niveles más bajos» (Participante 3, psiquiatra especialista en TCA).

Sea como fuere, no siempre los resultados de la búsqueda de la voluntariedad son los deseados y hay que recurrir finalmente al internamiento no voluntario. «Digamos que ahí, como las cosas no son dos y dos cuatro, te la has jugado un poco, en el sentido de la vinculación y todo esto con el paciente. Porque tú sí tenías claro que este paciente iba a ingresar, solo que has intentado que fuese de una manera más agradable para él. No lo has conseguido, por lo que sea, quizá no has explorado bien y tenías que haber pasado directamente al involuntario, quizá no has sabido tampoco proponer las cosas de una manera adecuada y entonces no has conseguido ese ingreso voluntario y tienes que cambiarlo porque bajo tu criterio y tu condición no puedes darla el alta» (Participante 4, psicóloga especialista en TCA).

Cambio de dinámica (consecuencia)

La relación terapéutica en AN está condicionada por las circunstancias físicas del paciente y permite distinguir dos tipos diferentes de dinámica asistencial (fig. 1):

1. Dinámica normal, centrada en el paciente: si el paciente tiene un peso que no es crítico, asumible, que no lleva al profesional a plantearse la necesidad de una intervención urgente, la relación terapéutica es convencional, y la forma en que el profesional se relaciona con el paciente es menos coercitiva, más dirigida a llegar al fondo del problema que a abordar la urgencia física del caso. Prima el valor autonomía del paciente. El profesional se encuentra relativamente cómodo en ella, ya que el objetivo es lograr una mejora que no genera urgencia vital y, por lo tanto, no suscita la necesidad de una intervención involuntaria. El paciente es normalmente considerado competente.
2. Dinámica persuasoria, orientada a convencer al paciente. Cuando el paciente empieza a acercarse a valores de peso o índice de masa corporal (u otros indicadores, como la potasemia, etc.) que ponen en riesgo evidente la salud física del paciente, el profesional comienza a padecer cierto estrés de rol ya que, por un lado, debe seguir acomodando su actuación al respeto a la autonomía del paciente y el cuidado de la relación terapéutica, pero al mismo tiempo ha de atender al deber de cuidado e incluso el deber percibido de imponer un cuidado no deseado. El valor vida se hace preponderante. El profesional se encuentra en una situación menos cómoda, a la que contribuye saber de la posible ineficacia psicológica de la intervención y el daño que puede originar en la relación interpersonal y las propias perspectivas de curación. En esta tesitura pueden utilizarse formas de coerción informal para que el paciente acepte el internamiento. El paciente es considerado incompetente.

Estrés de rol (causa del cambio)

El deterioro físico del paciente sitúa a psiquiatras y psicólogos ante exigencias difíciles de compatibilizar. El respeto a las decisiones del paciente (autonomía), se complica por: la obligación de revertir ese deterioro físico si se considera que el paciente no es competente. «... Yo tengo obligación ética y legal de protegerte y de cuidarte, aunque tú no seas competente para hacerlo» (Participante 10, psiquiatra especialista en TCA).

Es decir, los profesionales deben respetar la decisión del paciente y, al mismo tiempo, procurar que reciban un tratamiento que rechazan. Lo verbalizan como dificultad, complejidad, subjetividad, etc. «... Soy consciente de que hay que ser muy respetuoso con la autonomía del paciente, y esto a veces, con los pacientes con TCA especialmente, es muy difícil» (Participante 12, psiquiatra especialista en TCA).

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

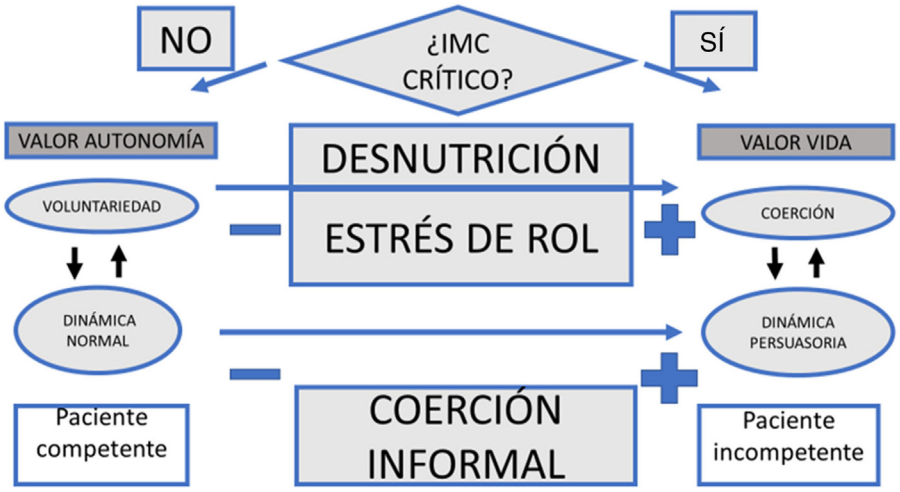


Figura 1 – Las dos dinámicas asistenciales.

«Es algo como muy complejo de resolver, no es nada científico tampoco, ni nada en lo que tú puedas decir que las cosas son dos y dos cuatro, y que hay que valorar tantas áreas que no son solo criterios médicos, que hay que valorar muchas áreas porque en la vida de las personas juegan muchísimos factores aparte de nuestra fisiología y de nuestro cuerpo, muchos factores que no son ni menos importantes unos que otros y que hay que explorarlos todos. Y que, con ese conjunto de todo, al final tomas una decisión, una decisión que en último término es subjetiva al final» (Participante 4, psicóloga especialista en TCA).

La dificultad de las exigencias se ramifica a diferentes niveles. Por un lado, el paciente con AN presenta unas características especiales que dificultan el proceso terapéutico. «La desconfianza interpersonal es muy importante. Y entonces, estos son aspectos que en cualquier paciente serían difíciles. Lo que pasa que en el paciente de TCA pues es así, como norma, como funcionamiento general» (Participante 9, psicóloga especialista en TCA).

Por otro lado, la imposición de un internamiento involuntario supone determinar previamente la incapacidad del paciente, ya que no sería legalmente posible si este fuese competente para la toma de decisiones. Si embargo, valorar la capacidad no es sencillo en pacientes con AN. «Yo creo que, en otros casos, a lo mejor, pues no puedes tener tantas dudas a la hora de valorar la capacidad, pero yo creo que en estas personas te pueden surgir muchas más dudas porque yo creo que son bastante más capaces de crear un argumentario muy lógico y muy bien construido para explicarte sus decisiones, su decisión de no comer o de llevar unas determinadas conductas o lo que sea. Entonces, yo creo que puede plantear más problemas, sí» (Participante 8, psiquiatra general). «Si todos entramos en esa duda es porque, desde luego, algo de competencia hay, ¿no? Porque si tú la ves claramente incompetente, ¿qué hace que un médico que ve que esa persona que está totalmente con las capacidades cognitivas, volitivas anuladas para que tú no ingreses a una persona así? Es decir, si lo hago tan tranquilamente con otras patologías, ¿por qué no en esta?» (Participante 2, psiquiatra general).

Normalmente se considera al paciente competente para la toma de decisiones. Y se suele identificar esta capacidad con los deseos de curación y la voluntariedad. «Por supuesto, la mayoría de las personas con TCA son competentes para su cuidado. Todos los pacientes que acuden a nuestro centro lo hacen de forma voluntaria. . .» (Participante 1, psiquiatra especialista en TCA).

Sin embargo, ni siquiera esta concepción del paciente es unánime. «Yo he tenido pacientes con anorexia con muy buena conciencia de enfermedad, con una capacidad muy conservada y muy conscientes del riesgo que corrían, pero eso es excepcional. Lo habitual no es eso. Pero sí, haberlas, haylas» (Participante 12, psiquiatra especialista en TCA).

Ello supone una dificultad a la hora de determinar un internamiento no voluntario y determina que el criterio final de ingreso sea el riesgo físico. «. . . Realmente cuando se realiza un ingreso involuntario no es por una condición cognitiva psíquica, sino por la cuestión física, es cuando ha pasado ese límite mínimo de IMC que ya pone en riesgo su vida, la cuestión vital, su situación vital, de que, desde luego, pues no puede permanecer sin comer y vamos a forzar la alimentación aunque sea a base de sonda nasogástrica o intravenosa porque incluso hay gente que se niega siquiera a beber agua, con lo cual, es esa situación lo que obliga a un internamiento involuntario» (Participante 2, psiquiatra general). «Pero normalmente la diferencia que puede existir entre otro brote psicótico u otro tipo de problema que se ingresen en las unidades de psiquiatría, suele ser por el riesgo vital físico y médico. Es lo que está en juego, es lo que está en juego» (Participante 9, psicóloga especialista en TCA).

Además, aunque el paciente sea considerado incapaz, la adopción de medidas involuntarias que este rechaza puede suponer un daño enorme a la relación terapéutica y, por ende, la recuperación a largo plazo. «Aun ahí es una situación muy compleja, porque a lo mejor en el corto plazo, si hay un riesgo vital inminente, yo creo que ahí no tiene capacidad de decidir y somos los profesionales los que tenemos que tomar la decisión, un ingreso involuntario o lo que sea. Pero es verdad que a nivel de proceso terapéutico eso tiene unas implicaciones y

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

habrá que ver cómo se maneja con el paciente» (Participante 5, psicóloga especialista en TCA).

Coerción informal (mecanismo del cambio)

La búsqueda de la aceptación voluntaria del internamiento se lleva a cabo dando entrada a mecanismos de coerción informal, que aparecen menos frecuentemente en situaciones en que la salud física del paciente no corre peligro. Los participantes son conscientes de que, dentro de la gama de posibles interacciones, no todo está permitido. «Entonces no debemos manipular ni coaccionar, pero sí podemos influir y condicionar, de hecho, forma parte de nuestro trabajo» (Participante 8, psiquiatra general). «Claro que tenemos derecho, obligación, de intentar persuadir. Nosotros estamos para ayudar a los pacientes (...). Pero persuadir, no obligar, respetando su autonomía, respetando su decisión autónoma sobre el derecho que tiene todo ser humano» (Participante 11, psiquiatra general).

No obstante, los límites entre la coacción y la persuasión legítima no son siempre fáciles de establecer y, a veces, entran en juego modos de relación que los propios participantes consideran cuestionables. «Quiero decir que la línea con la coacción a veces no es tan fácil. Y estamos acostumbrados, todavía, incluso los médicos jóvenes, al punto paternalista de yo sé lo que es mejor para ti. Y basándome en eso, en que yo sé qué es mejor para ti, te fuerzo hasta cierto punto o intento liarte o empujarte a que lo hagas y no tanto convencer» (Participante 12, psiquiatra especialista en TCA).

En algunos casos, la coacción llega incluso a institucionalizarse, en el sentido de que rige los procedimientos del funcionamiento de los dispositivos de atención a los pacientes. «Yo sí que sé que casi todas las plantas funcionan por privilegios, vas cumpliendo, vas subiendo, vas haciendo los reposos o las cosas que tienes prescritas o la sonda o lo que sea, entonces vas teniendo recompensas, puedes bajar a fumar, que vengan tus padres a verte, permisos de fin de semana. Si no cumples, pues vamos quitando» (Participante 5, psicóloga especialista en TCA).

Si los esfuerzos de persuasión no son suficientes, se opta por la intervención no voluntaria. Las razones básicas a favor de esta son fundamentalmente la salvaguarda de la vida del paciente y, en menor medida, la restauración de la autonomía y la importancia de las intervenciones precoces en AN. «Como he dicho, los médicos cuando están en una situación de IMC límite, probablemente también es bastante clara la situación, está límite, hay riesgo de muerte, vamos a ingresar. Aunque ese ingreso sea solamente para aumentar el IMC y en nada, nada, va a cambiar todo lo demás que compone la clínica o el cuadro clínico. Simplemente es sacarte de ese nivel de riesgo vital» (Participante 2, psiquiatra general).

El peso (disparador del cambio)

Como se observa, indicadores ajenos a lo estrictamente psicopatológico, en particular el peso o el IMC, adquieren gran transcendencia. El peso se establece como una categoría con atributos que van más allá de la magnitud física. El peso es el disparador de la señal de alarma. «... Cuando se realiza un ingreso involuntario no es por una condición cognitiva psíquica, sino por la cuestión física, es cuando ha pasado ese límite mínimo de IMC que ya pone en riesgo su vida» (Participante 2, psiquiatra general).

Se le atribuye una relación con la capacidad de decisión del paciente. El peso (o el IMC) se convierte en uno de los elementos clave en la decisión de internamiento y se justifica su importancia por los efectos de la desnutrición en los procesos mentales. «La capacidad está en relación con la pérdida de peso en la medida en que la pérdida de peso produce orgánicamente una obsesión por el peso y la alimentación» (Participante 1, psiquiatra especialista en TCA).

La visibilidad es una característica importante en la AN. «Hasta que ya se hace evidente ese estado demacrado que lo ves y que es inevitable no verlo» (Participante 2, psiquiatra general).

Cronicidad (modificador de decisión)

Los participantes encuentran diferencias entre la calidad de la decisión de pacientes debutantes y crónicos. «Después de 10 años de evolución, el paciente ya ha aprendido y ha podido aprender incluso a tener conciencia de enfermedad y que hay determinados síntomas que el paciente tiene y que reconoce que tiene. El tema es ir paciente a paciente, valorar el caso concreto de ese paciente. No es lo mismo al principio que dentro de 10 años. Y la comprensión, la apreciación y el razonamiento serán diferentes porque ha aprendido a razonar» (Participante 11, psiquiatra general).

Aunque predominante, la mayor calidad decisoria del paciente crónico no es unánime. «Mi experiencia es que generalmente la capacidad de decidir está mucho más interferida en los pacientes crónicos. Quizá por la gravedad, quizá porque se cronifican las más graves, porque los pacientes crónicos precisamente son los que tienen más dificultades en este sentido» (Participante 12, psiquiatra especialista en TCA).

No obstante, sí parece coincidirse en la menor idoneidad de la intervención involuntaria en pacientes crónicos, dadas las escasas perspectivas de éxito. «No es lo mismo un paciente de 18 que acaba de debutar con una AN y puede aspirar a la curación porque lleva 6 meses con el trastorno si el ingreso es involuntario y le obligo a renutrirse y alcanzar peso saludable, que un paciente que lleva 20 años con la enfermedad y que ya sé que muy probablemente no voy a poder aspirar a la curación» (Participante 12, psiquiatra especialista en TCA).

Para los pacientes crónicos, se acepta la posibilidad de objetivos de tratamiento más discretos pero más acordes con las preferencias del paciente. «En los pacientes más crónicos a lo mejor te planteas la reducción de daños, que no sería tanto una recuperación, sí que puedan tener una vida suficientemente adecuada» (Participante 5, psicóloga especialista en TCA).

Familia (modificador de decisión)

La familia se impone como categoría con extraordinaria fuerza, ya que aparece sistemáticamente sin que sea suscitada por el entrevistador. La familia puede convertirse en decisor *de facto:* «... lo que fuerza a veces, muchas veces, un ingreso también es la presión familiar» (Participante 2, psiquiatra general).

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

Figura 2 – Familia; tipos y propiedades.

La familia, en este contexto, presenta una serie de propiedades con sus diferentes dimensiones, que van a permitir diferenciar dos tipos de familia, debutante o crónica, en relación con el tipo de paciente, debutante o crónico (fig. 2).

Las familias de pacientes crónicos presionan más al profesional sanitario, en parte gracias al mayor conocimiento general (del trastorno, de los diferentes dispositivos asistenciales, de la influencia de su propia presión, etc.) y como consecuencia del desgaste mayor que los años de enfermedad les han procurado. El nivel de apoyo al paciente es menor, así como la receptividad a las indicaciones médicas. Cabe la posibilidad de habituación al trastorno, lo que reduciría su capacidad de detectar señales de alarma. Las familias de pacientes debutantes operarían en sentido inverso.

Discusión

El objetivo de este estudio consistía en investigar cómo psiquiatras y psicólogos clínicos perciben y manejan la situación asistencial cuando el paciente con AN rechaza el tratamiento y ello supone un peligro para su salud física.

Los resultados muestran que estos profesionales encuentran serias dificultades en la realización de su tarea profesional. Objetivos difíciles de compatibilizar (cuidado de la salud y respeto a la autonomía) apuntan al concepto de estrés de rol[21,22].

Cabe preguntarse por la causa última de la existencia de exigencias contrapuestas y si esta situación es evitable. La raíz última puede hallarse en el hecho de que parte de esa actuación excede el ámbito de la ciencia para adentrarse en el de la ética. El profesional se encuentra inmerso en una tesitura en la que se le insta a emprender decisiones que exceden sus competencias técnicas. Y aunque esta facultad es herencia de épocas pasadas, quizá se haya convertido en una reliquia incompatible con una legislación autonomista moderna.

Parece evidente que las dificultades a que aluden los participantes se reducirían si su misión fuera la simple dispensación de una atención técnica, más parecida a la que ofrecen especialistas no pertenecientes al ámbito de la salud mental. El personal facultativo está capacitado para diagnosticar y valorar el tipo de tratamiento disponible para el paciente. Pero la decisión o imposición de opciones de tratamiento va mucho más allá.

Interesa detenerse en esta idea. La atribución ética supone un obstáculo al desarrollo normal de la terapia y produce un cambio de dinámica que quizá impide el propio avance terapéutico, haciendo que esta se oriente básicamente a convencer al paciente. No cabe confundir que este, producto de una adecuada terapia y quizá como consecuencia de una mayor conciencia de enfermedad, decida finalmente seguir la opción de tratamiento que pasa por el internamiento, con que la actuación del profesional se oriente a doblegar su resistencia.

Cosa distinta sería que se considerase necesario un adecuado estado nutricional para lograr la reversión del estado psicopatológico. Esta idea es aceptable, pero invalida la opción de postergar el tratamiento involuntario hasta que la vida del paciente corra peligro y llama a su instauración temprana. De hecho, algunos autores alertan de que retrasar el internamiento podría resultar un arma de doble filo si ello contribuye a cronificar el trastorno[23].

No cabe olvidar la posible falta de capacidad del paciente. En el caso de que esta fuese determinable, lo cual ofrece dudas[5,6,24,25], y se tenga constancia de la incapacidad del paciente, habría que determinar si hay un decisor más apropiado que el propio paciente[23] y si este ha de ser necesariamente el facultativo que le atiende. De Miguel[26] considera que la solicitud de internamiento por parte del médico no solo es ilegal (correspondería al director del centro sanitario), sino inmoral (el médico no debería contaminarse con decisiones que minan la confianza legítima con el paciente).

Ante el interrogante de si cabe un tipo de asistencia que permita a psicólogos y psiquiatras dedicarse exclusivamente a abordar el problema psicopatológico y no verse constreñidos por otras asunciones, puede ser ilustrativa la comparación, de nuevo, con la actuación de otros profesionales sanitarios fuera de la salud mental. Cualquier paciente rechazaría la atención de un profesional sanitario que intenta convencerle o forzarle a la intervención. Y si este considera que, tras el rechazo, puede esconderse una incapacidad, lo oportuno es que demande los servicios de especialistas en salud mental para evaluar la capacidad del paciente. Aunque a veces solo se considera que la justificación está en el mayor conocimiento evaluativo de los profesionales de salud mental, no

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

debe perderse la importancia de la salvaguarda de la relación terapéutica al derivar esta misión a otro profesional.

Algún mecanismo similar quizá podría utilizarse también en salud mental para mejorar la relación con el paciente. Esto tiene pleno sentido ya que, como se indicó previamente, la incapacidad se relaciona, pero no se identifica, con el deterioro mental[7].

Además, tampoco conviene olvidar que estos pacientes evocan reacciones contratransferenciales particularmente intensas[27]. Los profesionales no son inmunes a ellas y una respuesta contratransferencial común es reaccionar con coerción y control[28–30].

Si otro profesional evalúa la capacidad del paciente, cabría esperar que el cambio de dinámica asistencial no se produjese de manera tan ostensible, ya que la situación de estrés profesional se reduciría al no añadirse una nueva misión de difícil conciliación. Si el paciente es competente, la decisión es suya. Si el paciente no es competente, habría de valorar el internamiento no voluntario. Y aquí entraríamos en otro debate; quién decide, e incluso quién decide quién decide.

Coerción informal

El hallazgo de que se emplea la coerción informal coincide con la literatura previa. Para García[31], la coerción informal o encubierta existe en todos los países estudiados (entre ellos México y España) y en todas sus formas evaluadas: persuasión, influencia interpersonal, inducción y amenaza, pero también en otros modos (engaño, chantaje o actitud directiva). Parece que la teórica desaprobación de la coerción informal queda invalidada en la práctica psiquiátrica[32].

El uso infrecuente de la obligación legal formal se sustenta en estrategias coercitivas de menor escala que se utilizan de manera ubicua para controlar la resistencia al tratamiento de los pacientes con trastornos alimentarios[33]. El hecho de que no se recurra al procedimiento del art. 763 LEC no significa que el internamiento responda a la decisión libre del paciente. Algunos fragmentos apuntan en este sentido. «O sea, ella acepta, acepta, pero no me dejes sola mucho tiempo, porque he aceptado aquí porque me habéis hecho la trece-catorce y he visto que no tengo más opción» (Participante 7, psicóloga especialista en TCA).

Sin entrar en la idoneidad del ingreso, parece inapropiado etiquetar de voluntarias esas formas de acceder al internamiento. La literatura informa de este hecho y de hasta qué punto la línea entre la coerción y las excesivas influencia y presión social puede volverse borrosa. Por ejemplo, en el estudio de coerción MacArthur entre pacientes psiquiátricos, el 40% de los pacientes voluntarios informaron que esperaban ser hospitalizados involuntariamente si rechazaban el ingreso voluntario[34].

Capacidad

Se ha constatado que una de las dificultades a que están sometidos psicólogos y psiquiatras es la complejidad de la evaluación de la capacidad de los pacientes con AN. La literatura advierte de esta complejidad. La (falta de) apreciación es el elemento más importante en las evaluaciones de la capacidad en anorexia nerviosa[6]. El paciente puede entender y manejar la información médica pero no ser capaz de referirla a su propia persona. La dificultad radica en que los criterios estándar de capacidad no logran captar las dificultades que son verdaderamente relevantes en el rechazo al tratamiento de la AN, en particular algunos valores que parecen venir determinados por el propio trastorno[5]. Pero, a su vez, decidir qué valores son o no válidos introduciría un elemento subjetivo y moralmente controvertido en la valoración de la capacidad mental[6].

Además, la conciencia de enfermedad es un concepto harto complejo[35,36]. Arbel et al.[37] entienden que la conciencia de enfermedad en AN no es un fenómeno de todo o nada o un constructo unitario, sino una amalgama de dimensiones superpuestas o sistemas de conciencia, que van desde la conciencia de padecer una enfermedad mental y sus consecuencias hasta la idea delirante en torno a la imagen corporal. Por ello, la valoración de la capacidad en términos dicotómicos quizá sea una quimera.

A pesar de todo, la falta de conciencia de enfermedad o de apreciación se esgrimen frecuentemente como argumento para justificar actuaciones involuntarias. En realidad, su ausencia no justifica médicamente una intervención sobre la persona que se opone a ella. Solamente describe cierta dificultad en el reconocimiento del propio trastorno.

La voluntariedad y la concepción de la autonomía del paciente pueden relacionarse de una forma peculiar que es preciso tener en consideración. Algunos profesionales tienden a identificar competencia con voluntariedad o con deseos de curación. Kendall[38] alerta de este riesgo, es decir, de la posibilidad de confundir los intentos del paciente de tomar decisiones que se desvían del plan de tratamiento con evidencia de que el paciente está controlado por la AN y no puede tomar decisiones de tratamiento de manera autónoma y competente, lo que a su vez justifica el paternalismo. Sin embargo, ni la aceptación indica capacidad ni el rechazo indica que no la haya, si bien este sea, en casos de riesgo para la salud, una señal de alerta sobre la necesidad de su evaluación[39].

La confusión de la voluntariedad con la competencia también tiene traslado en una utilización particular del art. 763 LEC. La díada «voluntario-no voluntario» en la concepción del personal sanitario se interpreta a veces como «sin oposición-con oposición». La interpretación jurídica establece que el internamiento no voluntario lo es por la incapacidad de decidir del paciente, independientemente de que se oponga al ingreso[40,41]. Sin embargo, aun cuando parece necesario el control judicial, no es menos cierto que el procedimiento legal que ello conlleva tampoco resulta inocuo desde el punto de vista terapéutico. Este aspecto quizá merece la consideración de futuras investigaciones.

El peso

El peso es un elemento que los participantes relacionan sistemáticamente con la capacidad. En efecto, la investigación sí advierte de diversas alteraciones conductuales y neuropsicológicas relacionadas con el infrapeso. Sin embargo, hay que tener cierta cautela en cómo opera esa relación. Parece que las consecuencias de la inanición explican más bien conductas de atracón[42] y que la relación entre conciencia de enfermedad e IMC puede dejar de ser significativa cuando se controlan posibles factores de confusión[36].

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

Relacionar desnutrición con capacidad plantea dos cuestiones clave de distinto corte, pero íntimamente relacionadas. La primera, por qué un cerebro bien nutrido deja de alimentarse. La segunda, con base en qué un comportamiento se justifica por la falta de nutrientes si en su inicio no se da tal déficit. El aspecto fundamental radica en que franquear determinado umbral de IMC no es una prueba de incapacidad[43].

De lo anterior cabe deducir que el hecho de que el internamiento no voluntario sea considerado un último recurso implica que la pérdida de la capacidad está presente antes de la decisión y simplemente se espera a rebasar un criterio de riesgo para la vida que dé mayor legitimidad a una intervención involuntaria. Aunque se acepta la idea de que la pérdida de peso afecta a la capacidad, el discurso no puede contaminarse con la falsa creencia de que la capacidad se pierde por rebasar determinado umbral de IMC[6]. Por supuesto, lo anterior no obsta para que se realicen las evaluaciones de capacidad en diferentes momentos, en atención a que la capacidad «se define para un momento determinado y una tarea específica»[39].

Como se vio, una característica del peso es su visibilidad. Una hipotética consecuencia de esa visibilidad es la posibilidad de que se produzca un efecto «cuernos»[44], entendiendo por tal el impacto negativo de una característica en la evaluación de otra con la que no tiene relación (la capacidad en este caso), que induzca a considerar al paciente menos competente de lo que realmente es. «Porque ¿cómo te puedes ver gorda cuando estás claramente en los huesos? ¿Cómo puede ser? Y ellas se sienten gordas. Que, desde luego, es verdad que desarrollan conductas que, repito, dices es que no tienes que estar bien de la cabeza, ¿no?» (Participante 2, psiquiatra general).

Se propone un posible ámbito de investigación en este sentido.

Familia y cronicidad

La importancia de la familia es acorde con su establecimiento sólido en la literatura[45,46]. La familia puede ayudar enormemente en el proceso terapéutico, pero también puede ejercer una presión que dificulte la actividad profesional del psiquiatra o psicólogo. Cabe deducir que parte de esa presión podría rebajarse si se les liberase de la carga que supone la toma de decisiones sobre intervenciones involuntarias.

En cuanto al factor de cronicidad, se ha visto entre los participantes una sensibilidad especial hacia la implantación de intervenciones involuntarias en pacientes con años de padecimiento, lo que puede evitar la deriva hacia la obstinación terapéutica. En este aspecto, las escasas perspectivas de éxito son un elemento clave. Respecto a la capacidad, algunas intervenciones recuerdan a esa especie de funciones transcendentes del ego de que habla Yager[47] o a la noción de conciencia de vida con la enfermedad[23], que parecen otorgar una mayor calidad a la decisión del paciente crónico.

¿Es imposible aplicar los principios bioéticos?

Todo lo expuesto hasta ahora parece proporcionar cierto respaldo a lo expresado recientemente por autores como Giordano[25], en el sentido de que las circunstancias excepcionales que caracterizan la AN proporcionan razones morales para la derogación parcial de los principios habituales de la toma de decisiones éticas. Esta autora señala que el tratamiento coercitivo en pacientes con anorexia crónica debe limitarse en atención a las escasas perspectivas de éxito y que la intervención paternalista temprana puede ser más justificable, éticamente, que la intervención coercitiva posterior.

Disonancia cognitiva

Tanto la eventual implementación de actuaciones involuntarias formales como los mecanismos no deseables de coerción informal conducen a tomas de decisiones que producen malestar en los profesionales sanitarios. «Lo de la sonda es horrible. Pero es que a veces es eso o se mueren» (Participante 7, psicóloga especialista en TCA).

Cabe plantearse si ello podría dar entrada a mecanismos de reducción de disonancia cognitiva[48], por similitud con las circunstancias que la literatura reporta como propicias para que esto ocurra[49,50].

Una eventual consecuencia indeseable sería que, una vez elegida la opción del internamiento no voluntario, con toda la carga emocional que conlleva, el facultativo tendiese a perpetuar este tipo de actuación por el hecho de orientar sesgadamente su atención a la información que la respalda y que reduce, por tanto, su malestar.

Algunos extractos sugieren la posibilidad de que mecanismos de reducción de disonancia cognitiva puedan estar operando. Se presenta una interpretación de tres fragmentos, sin más pretensión que suscitar la reflexión y, en su caso, poner la semilla para futuras investigaciones, pero en ningún caso como evidencia.

Normalización de la situación anómala. Una situación que parece desviarse de la situación más deseable se asume como normal. «Es que en general siempre lo solemos hacer voluntario. Evidentemente no te dicen sí quiero» (Participante 7, psicóloga especialista en TCA).

Interpretación consonante de la demanda. La demanda del paciente es interpretada de forma que no genere malestar, aunque ello implique alejarse del sentido literal de las palabras. «... Yo lo interpreto (el rechazo) más como una forma de pedir ayuda que como un convencimiento real» (Participante 10, psiquiatra especialista en TCA).

Justificación. Se buscan elementos que refuercen la idea de la necesidad de actuar del modo en que se ha obrado. «... Coaccionar, pues a veces no te queda otra» (Participante 12, psiquiatra especialista en TCA).

Conclusiones

El estudio realizado muestra que psiquiatras y psicólogos clínicos se ven sometidos a demandas difíciles de conciliar cuando la salud física del paciente con anorexia nerviosa se deteriora, lo que les fuerza a cambiar la dinámica terapéutica habitual para tratar de compatibilizarlas de la mejor forma posible. Ello pone en evidencia la necesidad de reflexionar e investigar sobre los fundamentos de las atribuciones asumidas, de las alternativas, en su caso, así como de los efectos que pueda tener en la atención al paciente y en la satisfacción laboral del propio personal sanitario.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Curr Opin Psychiatry. 2016;29:340–5.
2. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry. 2011;68:724–31.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. 274, 40126-40132.
4. Ley 1/2000, de 7 de Ene, de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*. 7, 575-728.
5. Tan J, Hope T, Stewart A. Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. Int J Law Psychiatry. 2003, https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2003.09.010.
6. Elzakkers IF, Danner UN, Hoek HW, Van Elburg AA. Mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: explorative study. BJPsych open. 2016;2:147–53.
7. Marrodán IA, Pérez BB, Acosta MN, López-Antón R, Escolar EL, Faci TV. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. Med Clin (Barc). 2014;143:201–4.
8. Escudero C, Ibáñez M, Larraz G, Pascual P, Penedo C, Viña P. Competencias legales de los psicólogos clínicos. Neuropsiquiatría. 2003:153–68. Disponible en: http://www.aen.es/web/docs/RevAEN85.pdf#page=153.
9. Kahle LR, Sales BD. Attitudes of clinical psychologists toward involuntary civil commitment law. Prof Psychology. 1978;9:428.
10. Steinert T, Lepping P, Baranyai R, Hoffmann M, Leherr H. Compulsory admission and treatment in schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40:635–41.
11. Wynn R, Myklebust LH, Bratlid T. Psychologists and coercion: decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. Nord J Psychiatry. 2007;61:433–7.
12. Tan JO, Doll HA, Fitzpatrick R, Stewart A, Hope T. Psychiatrists' attitudes towards autonomy, best interests and compulsory treatment in anorexia nervosa: a questionnaire survey. Child Adolesc Psychiatry Mental Health. 2008;2:40.
13. Jones WR, Saeidi S, Morgan JF. Knowledge and attitudes of psychiatrists towards eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2013;21:84–8.
14. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. New York: Sage; 2014.
15. Alemu G, Stevens B, Ross P, Chandler J. The use of a constructivist grounded theory method to explore the role of socially-constructed metadata (Web 2.0) approaches. Qualitative and Quantitative Methods in Libraries. 2017;4:517–40.
16. Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. New York: Sage; 2006.
17. Fàbregues S, Paré MH. Ressenyes. Papers: revista de sociologia. 2007:284–7.
18. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. London: Weidenfield & Nicolson;; 1967. p. 1–9.
19. Lee N, Saunders J, Goulding C. Grounded theory, ethnography and phenomenology. Eur J Marketing. 2005, http://dx.doi.org/10.1108/03090560510581782.
20. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. BMC Med Ethics. 2015;16:37.
21. Kahn RL, Wolfe DM, Quinn RP, Snoek JD, Rosenthal RA. Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity. New York: John Wiley; 1964.
22. Bravo MJ, Zurriaga R, Peiró JM, González P. Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. Rev Psicol Salud. 1993;5:19–36.
23. Fernández JL, Herranz P, Segovia L. Comentarios sobre el artículo de Ramos y Robles (2019): "Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico". Dilemata. 2020:77–83. Disponible en: https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000330/658.
24. Turrell SL, Peterson-Badali M, Katzman DK. Consent to treatment in adolescents with anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2011;44:703–7.
25. Giordano S. Anorexia nervosa: a case for exceptionalism in ethical decision making. Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2019;26:315–31.
26. de Miguel Ortega L. Propuesta de Ley Orgánica sobre capacidad dentro del ámbito del derecho sanitario y los derechos fundamentales. DS: Derecho y salud. 2019;29:143–53. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7097148.pdf.
27. Herzog DB, Hamburg P, Brotman AW. Psychotherapy and eating disorders: An affirmative view. Int J Eat Disord. 1987;6:545–50.
28. McEneaney A. Envy in body transference and counter-transference: Female treatment dyads, patients with eating disorders. En: Navaro L, Schwartzberg SL, editores. Envy, competition, and gender: Theory, clinical applications and group work. Abingdon: Routledge/Taylor & Francis; 2007. p. 155–82.
29. Silber TJ. Treatment of anorexia nervosa against the patient's will: ethical considerations. Adolescent Medicine-State of the Art Reviews. 2011;22:283.
30. Sibeoni J, Orri M, Valentin M, Podlipski MA, Colin S, Pradere J, et al. Metasynthesis of the views about treatment of anorexia nervosa in adolescents: perspectives of adolescents, parents, and professionals. PLoS One. 2017;12:e0169493.
31. Garcia Cabeza I. El papel de la coacción informal en el tratamiento ambulatorio: un estudio transcultural con profesionales de la salud mental (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid). Disponible en: https://eprints.ucm.es/38935/1/T37700.pdf.
32. Valenti E, Banks C, Calcedo-Barba A, Bensimon CM, Hoffmann KM, Pelto-Piri V, et al. Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015;50:1297–308.
33. Matusek JA, Wright MO. Ethical dilemmas in treating clients with eating disorders: A review and application of an integrative ethical decision-making model. Eur Eat Disord Rev. 2010;18:434–52.
34. Pescosolido BA, Boyer CA, Medina TR. The social dynamics of responding to mental health problems. En: Handbook of the sociology of mental health. Dordrecht: Springer; 2013. p. 505–24.
35. Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: Part 2 different forms and meanings. Eur Eat Disord Rev. 2006;14:352–68.
36. Konstantakopoulos G, Tchanturia K, Surguladze SA, David AS. Insight in eating disorders: clinical and cognitive correlates. Psychol Med. 2011;41:1951–61.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

37. Arbel R, Latzer Y, Koren D. Revisiting poor insight into illness in anorexia nervosa: true unawareness or conscious disagreement? J Psychiatr Pract. 2014;20:85–93.
38. Kendall S. Anorexia nervosa: the diagnosis. A postmodern ethics contribution to the bioethics debate on involuntary treatment for anorexia nervosa. J Bioeth Inq. 2014;11:31–40.
39. Ventura T, Navío M, Acosta M, Álvarez I, Baón B. La evaluación de la capacidad y sus problemas. Eidon: revista de la fundación de ciencias de la salud. https://doi.org/10.13184/eidon.41.2014.12-272014(41):3.
40. Berenguer-Albaladejo C. Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico: especial consideración al procedimiento a seguir en los casos de urgencia médica. Derecho privado y Constitución. 2014:263–309.
41. Ramírez R. Internamiento involuntario y tratamiento ambulatorio forzoso. El supuesto de hecho del internamiento involuntario en el artículo 763 LEC 1/2000. X Jornadas Aequitas: Derecho y situaciones de discapacidad, Bilbao 22-24 de febrero de 2006. Disponible en: http://aequitas.notariado.org/liferay/c/document_library/get_file?uuid=1a471469-153a-42ce-bc9f-5442f509924a&groupId=10228.
42. Eckert ED, Gottesman II, Swigart SE, Casper RC. A 57-year follow-up investigation and review of the minnesota study on human starvation and its relevance to eating disorders. Arch Psychology. 2018:2.
43. Navío M, Ventura T. Manual de consulta en valoración de la capacidad. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2014.
44. Lawless HT, Heymann H. Physiological and psychological foundations of sensory function. En: Sensory evaluation of food. New York: Springer; 2010. p. 19–56.
45. Kullgren G, Jacobsson L, Lynöe N, Kohn R, Levav I. Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment. Acta Psychiatr Scand. 1996;93:389–96.
46. Jáuregui-Lobera I. Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los TCA. Trastornos de la conducta alimentaria. 2005:158–98. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1382756.pdf.
47. Yager J. The futility of arguing about medical futility in anorexia nervosa: the question is how would you handle highly specific circumstances? Am J Bioeth. 2015;15:47–50.
48. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford University Press;. 1957.
49. Klein J, McColl G. Cognitive dissonance: how self-protective distortions can undermine clinical judgement. Med Edu. 2019;53:1178–86.
50. Tavris C, Aronson E. Mistakes were made (but not by me): why we justify foolish beliefs, bad decisions, and hurtful acts. San Diego, CA: Harcourt Inc, 2007.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

4.2. Actitudes de los profesionales de la salud mental hacia la capacidad y el internamiento no voluntario de pacientes con anorexia nerviosa

Tanto la literatura como el estudio cualitativo llevado a cabo informan de la dificultad que supone la valoración de la capacidad del paciente con anorexia nerviosa, así como la toma de decisiones respecto a la implementación de una intervención involuntaria. Ello conlleva que la decisión final pueda verse influida por las actitudes personales del facultativo responsable del cuidado. Sin embargo, en lo que abarca el conocimiento del autor de la presente tesis doctoral, no existe investigación en España sobre las actitudes de los profesionales de salud mental hacia la capacidad o el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa, ni instrumento para medirlas.

Del estudio cualitativo, parece desprenderse una actitud favorable al empleo del internamiento no voluntario, aunque sea como último recurso, siendo menos clara la opinión respecto a la capacidad del paciente. Con la intención de generalizar a un nivel superior y poder analizar la existencia de relaciones entre las características de los profesionales de salud mental y sus puntos de vista sobre estos temas, se dio paso a la fase cuantitativa de la investigación.

Por ello, el objetivo a que responde esta segunda publicación fue elaborar y validar un cuestionario útil para evaluar las actitudes del personal sanitario de salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en pacientes con anorexia nerviosa mayores de edad, analizar sus propiedades psicométricas y valorar los resultados obtenidos.

El trabajo llevado a cabo se concretó en la creación del cuestionario de actitud hacia la capacidad y el internamiento no voluntario de pacientes con anorexia nerviosa (ACINOVAN) del que se concluye su validez y fiabilidad para evaluar la actitud de los profesionales sanitarios de salud mental ante el internamiento no voluntario y ante la capacidad de decisión y de adopción de medidas de autocuidado en pacientes con anorexia nerviosa mayores de edad, así como su utilidad para profesionales, pacientes y sociedad en general. El instrumento puede ser de ayuda para la constatación de cambios actitudinales, resultado de acciones formativas en Bioética.

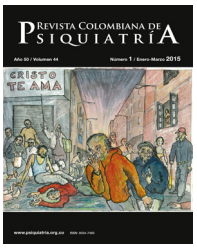
De las respuestas de los profesionales, se extrae la creencia en la ausencia de capacidad de los pacientes con anorexia nerviosa, una actitud favorable hacia la toma de medidas no voluntarias para salvaguarda de su salud y la mayor idoneidad de estas en pacientes debutantes. El hecho de que se evidencien diferencias actitudinales significativas en virtud de la formación en Bioética y el respaldo previo a una intervención involuntaria invita a esclarecer el juego de causalidades.

REV COLOMB PSIQUIAT. 2021;xxx(xx):xxx–xxx

Asociación Colombiana de Psiquiatría ACP

Revista Colombiana de Psiquiatría

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN

José-Luis Fernández-Hernández[a,*], *Pablo Herranz-Hernández*[b] y *Laura Segovia-Torres*[c]

[a] *Universidad Complutense de Madrid, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España*
[b] *Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*
[c] *Universidad de La Rioja, Logroño, La Rioja, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 21 de octubre de 2020
Aceptado el 25 de noviembre de 2020
On-line el xxx

Palabras clave:
Actitud del personal de salud
Anorexia nerviosa
Competencia mental
Encuestas y cuestionarios
Estudio de validación
Internamiento involuntario

RESUMEN

Introducción: La anorexia nerviosa es un trastorno grave que causa tasas elevadas de morbilidad y mortalidad. La aplicación de una intervención no voluntaria solo es legalmente admisible si el paciente no es competente. Sin embargo, la evaluación de su capacidad puede ser extremadamente compleja. Ello conlleva que la decisión final pueda verse influida por las actitudes individuales del facultativo.

Objetivo: Crear y validar empíricamente un cuestionario en español que permita medir la actitud hacia la capacidad y el internamiento no voluntario y comparar entre grupos categóricos.

Métodos: Formaron la muestra 338 profesionales de salud mental. Los ítems fueron validados por grupos de expertos. Se realizaron un análisis factorial exploratorio y comparaciones grupales.

Resultados: Se obtuvo un modelo de 13 ítems formado por 3 factores: prointervención, ausencia de capacidad y cronicidad. Los profesionales tienden a creer en la ausencia de capacidad y la necesidad de la intervención no voluntaria, así como en la idoneidad diferencial en virtud de la cronicidad. El respaldo previo a intervenciones involuntarias se relacionó significativamente con los factores prointervención y ausencia de capacidad y la formación en bioética, con la cronicidad.

Conclusiones: El instrumento resultante es válido y fiable. Puede ser útil a profesionales, pacientes y sociedad.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: joself01@ucm.es (J.-L. Fernández-Hernández).

https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010

0034-7450/© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010

Mental Health Professionals' Attitudes Towards Mental Competency and Involuntary Commitment in Anorexia Nervosa: Construction, Validation and Results of the Acinovan Questionnaire

Keywords:
Attitude of health personnel
Anorexia nervosa
Mental competency
Surveys and questionnaires
Validation study
Involuntary commitment

ABSTRACT

Introduction: Anorexia nervosa is a serious disorder that causes high rates of morbidity and mortality. Involuntary treatments are only legally admissible if the patient is not competent. However, assessing their capacity can be really complex. This implies that the final decision might be influenced by the individual attitudes of the physician.

Objective: To create and empirically validate a questionnaire in Spanish that makes it possible to measure the attitude towards capacity and involuntary commitment and compare between categorical groups.

Methods: The sample consisted of 338 mental health professionals. The items were validated by groups of experts. An exploratory factor analysis and group comparisons were carried out.

Results: Favourable evidence was obtained of a 13-item model consisting of three factors: pro-intervention, lack of capacity and chronicity. Professionals tend to believe in the lack of capacity and the need for involuntary interventions, as well as differential suitability due to chronicity. Having ever supported involuntary interventions was significantly related to the pro-intervention and lack of capacity factors, and training in bioethics to chronicity.

Conclusions: The resulting instrument is valid and reliable. Its use can be useful to professionals, patients and society.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno grave que causa tasas elevadas de morbilidad, con una prevalencia del 1-4%[1] y una mortalidad de 5,1/1.000 personas-año[2]. Una de las características de la AN es que quienes la manifiestan a menudo rechazan el tratamiento a pesar del peligro que ello supone para su salud y niegan el problema o parecen presentar dificultades para apreciar su situación.

Por ello, la AN plantea un importante dilema bioético relativo al respeto a la autonomía del paciente, ya que puede entenderse la resistencia al tratamiento como un patrón de conducta inherente al trastorno y no está claro que la decisión de rechazarlo sea autónoma. Una actuación acorde a la voluntad expresada por la persona con AN puede desembocar en una situación crítica, incluso el fallecimiento. Si la persona es competente y con edad para la toma de decisiones sanitarias, ello no sería más que una manifestación de la primacía que, hoy por hoy, tiene la autonomía del paciente en nuestro derecho[3] (Ley de Autonomía del paciente).

Ahora bien, evaluar la capacidad de las personas con AN puede ser difícil, ya que normalmente son competentes en la toma de decisiones en todos los aspectos de la vida a excepción de lo relacionado con su peso corporal. Algunos estudios han examinado la capacidad de los pacientes con AN para consentir el tratamiento, con resultados discordantes[4].

La norma que regula específicamente el internamiento involuntario (art. 763 la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil[5]) se expresa muy vagamente a la hora de determinar la posibilidad de su aplicación, al establecer como requisito que la persona «no esté en condiciones de decidirlo por sí», lo que parece dejar en manos del personal facultativo el peso de su determinación.

Ello conlleva que la decisión final respecto a la aplicación de un tratamiento involuntario pueda estar influida por las actitudes personales del responsable sanitario hacia la capacidad de los pacientes con AN y la aplicación de medidas no voluntarias.

Sin embargo, poco se conoce de estas actitudes. En un estudio[6] se encuestó a un grupo de psiquiatras generales, psiquiatras infanto-juveniles y psiquiatras con experiencia en trastornos alimentarios. Los encuestados generalmente apoyaron la idoneidad del tratamiento involuntario de los pacientes con AN y consideraron que esta condición dificulta la toma de decisiones de tratamiento y las conductas de autocuidado. En otro estudio[7], los psiquiatras también respaldaron por lo general el papel de las medidas obligatorias en el tratamiento de pacientes con AN. En una reciente investigación[8] se midieron las actitudes hacia el uso de métodos de tratamiento coercitivos tanto formales como informales entre 254 profesionales: psiquiatras, psicólogos y enfermeros, pero también médicos, terapeutas y trabajadores sociales. Los resultados revelaron actitudes agregadas ligeramente favorables hacia los enfoques de tratamiento coercitivo en general, aunque no se ofrecieron datos desagregados por profesión ni por tipo de coerción, lo que obliga a tomarlo con cautela.

En España, en lo que abarca el conocimiento de los autores del presente trabajo, no existe investigación sobre actitudes de los profesionales de salud mental hacia la capacidad o el internamiento no voluntario en AN.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010

Tabla 1 – Características sociodemográficas de los participantes (n = 338)

Variable	
Profesión	
Psiquiatra	134 (39,6)
MIR Psiquiatría	9 (2,7)
Psicólogo/a Clínico/a	96 (28,4)
PIR	9 (2,7)
PGS	47 (13,9)
Enfermero/a en salud mental	26 (7,7)
EIR en salud mental	4 (1,2)
Otra	12 (3,6)
NS/NC	1 (0,3)
Antigüedad (años)	10,58 ± 10,7
Intervalo	49 (1-50)
Hasta 10 años inclusive	112 (33,1)
Más de 10 años	222 (65,7)
NS/NC	4 (1,2)
Sexo	
Mujeres	237 (70,1)
Varones	98 (29,0)
NS/NC	3 (0,9)
Experienca en TCA	
Sí	220 (65,1)
No	117 (34,6)
NS/NC	1 (0,3)
Formación en bioética	
Sí	127 (37,6)
No	211 (62,4)
Alguna vez ha respaldado solicitud de internamiento	
Sí	167 (49,4)
No	169 (50,0)
NS/NC	2 (0,6)

Los valores expresan n (%), media ± desviación estándar o intervalo (mínimo-máximo).

El objetivo planteado en este trabajo es elaborar y validar un cuestionario útil para evaluar las actitudes del personal sanitario de salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario de pacientes con AN mayores de edad, analizar sus propiedades psicométricas y valorar los resultados.

Métodos

Participantes

El número de respuestas obtenidas fue de 338. En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas.

Instrumento

Para responder al objetivo principal del estudio, se procedió a la construcción y validación de un cuestionario específicamente diseñado, sobre la base de la información obtenida previamente mediante técnicas cualitativas (revisión bibliográfica y entrevistas en profundidad). En particular, se tomó como referencia el cuestionario empleado por Tan et al.[6].

Se optó por la escala de 11 puntos (de 0 a 10), ya que minimiza los efectos de categorización y mejora el análisis y la fiabilidad de los datos[9]. Además, a medida que aumenta el número de alternativas de respuesta se reduce el uso del punto medio o neutro[10].

El formato y los ítems del cuestionario se desarrolló mediante un proceso iterativo de aclaración y simplificación. Se diseñó una versión inicial del cuestionario cuya validez de contenido se puso a prueba en un pequeño número de expertos, eticistas y facultativos voluntarios, en un proceso tetraetápico.

Primera etapa. Se implementó un *debriefing*[11] mediante la presentación de un documento con los ítems iniciales a 3 psiquiatras (2 de ellos, expertas en bioética). A raíz de sus comentarios, se modificaron los reactivos, dando una nueva redacción o eliminando aquellos que habían presentado evaluaciones o comentarios negativos.

Segunda etapa. La versión modificada se presentó a 3 nuevos voluntarios: un psiquiatra, un psicólogo clínico y una psicóloga clínica, todos ellos igualmente representativos de la población objetivo. A los dos últimos se les dejó en formato papel y se recogió en días posteriores una vez cumplimentado. En el caso del psiquiatra, se realizó una entrevista cognitiva concurrente[12] en presencia del entrevistador. Con los datos de los 3 expertos anteriores, se elaboró una nueva versión.

Tercera etapa. Se procedió a realizar una entrevista cognitiva retrospectiva[12] con una psicóloga clínica.

Cuarta etapa. Tras esta entrevista se formuló el cuestionario tal como sería presentado para su validación cuantitativa, reducido a 6 ítems sociodemográficos y 17 ítems relativos a la actitud de estudio (anexo 1).

Se esmeró el cuidado en la confección de la escala para prescindir de la prueba piloto antes de presentarla a la muestra definitiva, siguiendo esa alternativa metodológica.

Procedimiento

La población diana estaba integrada por los profesionales de salud mental de la sanidad española, que incluye psiquiatras, médicos internos residentes (MIR) de Psiquiatría, psicólogos clínicos, psicólogos generales sanitarios (PGS), psicólogos internos residentes (PIR), enfermeros de salud mental y residentes de enfermería (EIR) de salud mental.

Se solicitó a las consejerías de todas las comunidades autónomas españolas las direcciones de las gerencias de los hospitales que tratasen a pacientes por AN. Con las direcciones de las consejerías de salud que atendieron la petición, se envió una invitación a dichas gerencias para que la transmitiesen a los profesionales que allí ejercían su labor. Además, se solicitó la colaboración de todos los colegios profesionales de psicólogos, médicos y enfermeros de España, universidades españolas y grupos hospitalarios privados que operan en España. Se desconocen las instituciones que efectivamente cursaron la petición. Además, se intentaron otras formas menos amplias de acceso a la población objetivo, como elementos de muestreo por conveniencia y bola de nieve.

En octubre de 2019 se inició el envío de solicitudes de colaboración. En ella se incluía el enlace de la dirección *web* respectiva que dirigía al formulario, con información general sobre el estudio y los estándares éticos. En enero de 2020 se envió un recordatorio de participación. El cuestionario quedó cerrado el 31 de marzo de 2020.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010

Tabla 2 – Estadísticos descriptivos de los ítems

	N	Intervalo	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Q7	337	10	0	10	7,34	2,438
Q8	335	10	0	10	6,56	2,925
Q9*	336	10	0	10	5,08	2,878
Q11*	335	10	0	10	6,12	2,710
Q12	335	10	0	10	4,10	2,720
Q13	335	10	0	10	4,69	2,879
Q14	332	10	0	10	6,09	2,832
Q15	337	10	0	10	4,03	2,817
Q16	309	10	0	10	7,31	2,407
Q17*	308	10	0	10	7,70	2,244
Q18	308	10	0	10	7,71	2,019
Q19	308	10	0	10	8,11	1,760
Q20	309	10	0	10	7,17	2,528
Q21	289	10	0	10	6,45	2,823
Q22*	290	10	0	10	6,55	2,577
Q23	286	10	0	10	6,30	2,782
Q24	287	10	0	10	3,52	2,525

* Ítems invertidos, sus puntuaciones fueron *revertidas*.

Análisis estadístico

Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 24 y el *software* Jamovi versión 1.1.9.0. En primer lugar, se procedió a revisar la corrección de los datos y a su depuración y limpieza. Para el estudio de la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) de los ítems. Ello dio lugar a la selección de los 13 ítems de la escala definitiva.

Antes de llevar a cabo el análisis factorial, se verificó que la matriz de correlaciones cumplía las condiciones suficientes para ser factorizada. Para ello se utilizó la prueba de esfericidad de Barlett. Igualmente se comprobó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin[13] que compara las correlaciones observadas con las correlaciones parciales entre las variables.

Como medio de extracción y rotación para el AFE, se usó el *software* SPSS y se empleó el modo de extracción de los mínimos cuadrados no ponderados con rotación Oblimin para delta igual a 0.

Se utilizó para el tratamiento de los valores perdidos la opción del *software* SPSS «excluir casos según pareja», ya que ello permite aprovechar el conjunto de datos de que se dispone. Se entendió que la ausencia de respuestas obedecía principalmente al cansancio que supone una prueba larga, y no se observó indicio alguno que aconsejase otro tratamiento. Hay que reseñar que se verificó un patrón de abandono del cuestionario localizado en cada cambio de apartado (coincidente con el cambio de pestaña del test informatizado). Esta pauta apunta a que el origen del abandono se debe a fatiga, falta de motivación por continuar o creencia de haber llegado al final del test y no a algún motivo que pudiese esconder un sesgo en los resultados. Por ello se decidió contabilizar las respuestas de los participantes que al menos habían completado la viñeta clínica para perder el mínimo de casos.

La decisión acerca del número de factores se tomó tras considerar y comparar varios criterios (análisis paralelo, gráfico de sedimentación, valores propios superiores a la unidad, mínimo de 3 ítems por factor), pero siempre teniendo en cuenta una interpretación sustantiva de la solución encontrada, buscando un equilibrio entre los criterios de buen ajuste, parsimonia e interpretabilidad.

A continuación, se analizó la fiabilidad mediante el análisis de la homogeneidad o consistencia interna del cuestionario con los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald correspondientes, con los que se obtuvo una medida de la fuerza de la relación entre todos los ítems de cada dimensión.

La validez de constructo se evaluó mediante la correlación cruzada de las puntuaciones de los factores individuales utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

Se realizaron pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) previas a las pruebas de Mann-Whitney/Kruskal-Wallis para la determinación de diferencias de la distribución de los grupos de todas las categorías en cada factor. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas obtenidas con objeto de obtener la información desglosada por los grupos que componen cada variable sociodemográfica.

Resultados

Estadísticos descriptivos

En la tabla 2 se recogen el intervalo y los valores mínimos y máximos obtenidos en los ítems iniciales del cuestionario, así como los estadísticos de la media y desviación estándar.

Los valores de las medias estuvieron entre 3,52 (ítem Q24) y 8,11 (ítem Q19), mientras que las desviaciones típicas tuvieron valores $\leq$ 2,925.

Análisis factorial exploratorio

El valor de la medida de adecuación muestral, KMO = 0,905, la prueba de esfericidad de Bartlett, $\chi^2(136) = 1.959,356$ ($p < 0,001$) y el determinante de la matriz de correlaciones (0,001) informaron de la viabilidad de someter los datos a una reducción en dimensiones, llevada a cabo con el método de extracción

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010

Tabla 3 – Matriz factorial rotada

	Factor			
	1	2	3	4
Q7			0,418	
Q8	0,618			
Q9	0,731			
Q11	0,409			
Q12		0,434		
Q13	0,546			
Q14	0,570			
Q15		0,676		
Q16			0,472	
Q17			0,461	
Q18				
Q19			0,436	
Q20			0,935	
Q21				0,496
Q22				0,598
Q23				
Q24		0,530		
Autovalores	60,496	10,520	10,245	10,065

Tabla 4 – Diagonal de la matriz de correlaciones antiimagen

Ítem	Correlación antiimagen
Q7	0,923
Q8	0,909
Q9	0,880
Q11	0,933
Q12	0,896
Q13	0,927
Q14	0,921
Q15	0,876
Q16	0,924
Q17	0,851
Q18	0,764
Q19	0,926
Q20	0,881
Q21	0,936
Q22	0,819
Q23	0,952
Q24	0,584

de «mínimos cuadrados no ponderados», y el método de rotación aplicado fue Oblimin con delta igual a 0. Se tomó el valor 0,40 como criterio de selección de las cargas factoriales[14].

En la tabla 3 se presenta la rotación que convergió en 16 iteraciones, mientras que en la tabla 4 aparecen las puntuaciones de la diagonal de la matriz de las correlaciones antiimagen.

A partir de los resultados del análisis, se consideró que la solución más sustantiva y parsimoniosa era la que eliminaba los ítems Q21 y Q22 (por no alcanzar el mínimo de 3 ítems y carecer de significado sustantivo) y los ítems Q18 y Q23 por no cargar un mínimo de 0,4 en ninguno de los factores. Se mantuvo el resto de ítems en 3 factores, que explicaban el 45,8% de la varianza. El factor 1 «Pro-intervención» incluye 5 ítems (Q8, Q9, Q11, Q13 y Q14) que se refieren a una consideración favorable a la intervención no voluntaria. Una alta puntuación en el factor indicaría una tendencia a valorar positivamente la implementación de intervenciones involuntarias en pacientes con AN. El factor 2 «Cronicidad» incluye 3 ítems (Q12, Q15 y Q24) que miden la existencia de diferencias en virtud precisamente del mayor o menor tiempo de padecimiento del trastorno de cara a decidir sobre una actuación involuntaria. Así, una mayor puntuación en este factor muestra una mayor tendencia a considerar más adecuada la intervención involuntaria en pacientes crónicos. Un menor valor indicaría, por el contrario, una actitud favorable a la mayor idoneidad de su aplicación en pacientes debutantes. El factor 3 «Ausencia de capacidad» incluye 5 ítems (Q7, Q16, Q17, Q19 y Q20) y recoge la ausencia de autenticidad, capacidad decisoria y de autocuidado de los pacientes con AN. Una mayor puntuación en este factor da muestras de una visión negativa hacia la capacidad del paciente. De esta forma las 3 dimensiones establecidas tienen sustantividad, presentan valores propios > 1 y explican el 45,8% de la varianza.

El cuestionario resultante tras los respectivos análisis factoriales se ha denominado Cuestionario de Actitudes hacia la Capacidad y el Internamiento No Voluntario en Anorexia Nerviosa (ACINOVAN) (anexo 2).

Fiabilidad

Finalizado el proceso de reducción y simplificación del cuestionario, se evaluó la fiabilidad de los factores identificados mediante el análisis de consistencia interna con la estimación del coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald. Para el factor prointervención, se obtuvieron $\alpha = 0{,}862$ y $\Omega = 0{,}865$. Para el factor ausencia de capacidad, α 0,778 y $\Omega = 0{,}785$. Por último, el factor cronicidad obtuvo $\alpha = 0{,}591$ y $\Omega = 0{,}660$.

Análisis descriptivo de las dimensiones del cuestionario

Para la comparación actitudinal entre grupos, se utilizó la escala basada en el análisis factorial en lugar de la escala factorial en sentido propio en atención a su sencillez y a que la fiabilidad de la puntuación factorial no suele ser mucho mayor[15]. Para ello, se procedió a calcular la media aritmética simple de los ítems seleccionados como definitorios de los factores obtenidos. En la tabla 5 se presenta el intervalo, la media y el intervalo de confianza del 95% de cada subescala.

Hay una actitud favorable hacia la intervención no voluntaria, y el valor de la escala para el factor prointervención es > 5 (5,72). La creencia en la ausencia de capacidad es marcada (7,52). En cuanto al factor cronicidad, el paciente crónico es considerado menos idóneo que el paciente debutante para la intervención involuntaria. Este factor tomó un valor de 3,85.

Relación entre factores

Los resultados muestran una correlación positiva fuerte y significativa entre las respuestas de los encuestados sobre el factor prointervención y el factor ausencia de capacidad (rho de Spearman = 0,656; $p < 0{,}001$). También se dio una correlación positiva moderada y significativa entre los factores prointervención y cronicidad ($\rho = 0{,}402$; $p < 0{,}001$). Igualmente, se encontró una correlación positiva débil y significativa entre los factores ausencia de capacidad y cronicidad ($\rho = 0{,}258$; $p < 0{,}001$).

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010

Tabla 5 – Resultados del análisis descriptivo según dimensiones

	Estadístico	Error estándar
Prointervención		
Media	5,72	0,127
Intervalo de confianza del 95% de la media		
Límite inferior	5,47	
Límite superior	5,97	
Diferencia	10	
Ausencia de capacidad		
Media	7,52	0,095
Intervalo de confianza del 95% de la media		
Límite inferior	7,33	
Límite superior	7,71	
Diferencia	9	
Cronicidad		
Media	3,85	0,117
Intervalo de confianza del 95% de la media		
Límite inferior	3,62	
Límite superior	4,09	
Diferencia	9	

Diferencias entre categorías dentro de cada una de las variables sociodemográficas

El rechazo de la hipótesis nula en las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) en gran parte de las distribuciones aconsejó el empleo de pruebas no paramétricas.

Las pruebas de Mann-Whitney/Kruskal-Wallis, con un nivel de significación de 0,05, para la determinación de diferencias entre las distribuciones de los grupos que componen cada categoría en los tres factores, dieron como resultado la retención de la hipótesis nula de igualdad de distribución en la mayoría de los casos. La excepción se dio en la categoría de antecedente de respaldo a una decisión o solicitud de internamiento no voluntario, con diferencias significativas para los factores prointervención y ausencia de capacidad. Igualmente, se evidenciaron diferencias significativas en la categoría de formación en bioética para el factor cronicidad. Se presentan en la tabla 6 los valores medios por factor y categoría.

Discusión

Los resultados obtenidos avalan la fiabilidad y validez del cuestionario ACINOVAN para evaluar la actitud de los profesionales sanitarios de salud mental ante el internamiento no voluntario y la capacidad de decisión y adopción de medidas de autocuidado en pacientes con AN mayores de edad. Los factores prointervención y ausencia de capacidad ofrecen una alta fiabilidad. El factor cronicidad ofrece una fiabilidad menos satisfactoria para decisiones individuales, si bien suficiente para decisiones grupales[16].

En cuanto al tamaño de la muestra, aun cuando no existe un criterio o norma definitiva, se han alcanzado los requisitos encontrados en la literatura. Para el AFE, la recomendación mínima es de al menos 200 sujetos[17].

No es posible determinar con rigor la validez convergente del instrumento, entendida ésta como el grado de acuerdo entre varias medidas del mismo constructo obtenidas por distintos métodos, dado que no existe otra herramienta que lo mida. Por el mismo motivo, no es posible analizar la validez discriminante, grado de diferenciación entre distintos constructos, al no existir trabajos de validación de escalas y cuestionarios que permitan establecer la comparativa.

Las correlaciones entre los factores parecen apoyar la validez de constructo de la escala. Parece congruente que las personas que defienden la ausencia de capacidad de los pacientes tiendan a defender la necesidad del tratamiento no voluntario en el mejor interés del paciente. Igualmente es esperable la correlación entre los factores prointernvención y cronicidad, ya que los profesionales de salud mental que apoyan la medida de intervención no voluntaria son conscientes de que esta tiene menores perspectivas de éxito psicopatológico a largo plazo en pacientes crónicos, lo que supone una diferencia cualitativa importante con respecto al paciente debutante. Por parecido razonamiento, resulta razonable la existencia de una correlación débil entre ausencia de capacidad y cronicidad. Normalmente se considera que el paciente crónico tiene mayor capacidad y una elevada «conciencia de vida con la enfermedad»[18].

Además de lo anterior, el análisis factorial ha detectado la diferencia sutil que conllevan los factores prointervención y ausencia de capacidad. Siendo elementos que han de moverse en el mismo sentido, cabía esperar que se uniesen en un solo factor (lo cual no sería problema y, de hecho, algún criterio objetivo ofrecía la posibilidad de presentar con rigor metodológico esa solución) o, en el peor de los casos, que mezclasen los ítems en dos factores, pero sin permitir la distinción entre la actitud ante la intervención y la actitud ante la capacidad. La creencia en la ausencia de capacidad no ha de conllevar necesariamente la adhesión a una actitud favorable a la intervención involuntaria. En efecto, ese matiz está recogido parcialmente en el factor cronicidad, que parece graduar la percepción de la idoneidad del internamiento en virtud de la cronicidad del trastorno.

Disponer de un instrumento que mide la actitud hacia el internamiento no voluntario y la capacidad de los pacientes con AN es importante desde distintas perspectivas.

Del lado del paciente, cabe plantearse si, en un marco de libre elección de especialista, podría hacer uso adecuado de esa información. Es decir, tomar la elección de acudir a un profesional u otro en virtud de cómo se sitúa este en la escala ACINOVAN, de la misma manera que se seleccionan por su adhesión a una determinada corriente psicoterapéutica.

El propio profesional puede autocalibrarse por su posición en la escala, lo que, sin duda, ha de reportarle elementos de reflexión sobre su desempeño profesional.

Poe extensión, sería aconsejable su ampliación a profesionales que, sin pertenecer al ámbito de la salud mental, acaban tomando decisiones de internamiento que involucran a pacientes con AN.

Además, puede resultar un elemento de evaluación de los resultados de acciones formativas en bioética. El instrumento ha atestiguado la existencia de diferencias actitudinales entre los profesionales con esta formación de los que carecen de ella en relación a la evolución temporal del trastorno. Queda por resolver la incógnita de la direccionalidad. La formación en bioética puede ofrecer distintas perspectivas a la hora de

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010

Tabla 6 – Valores medios por factor y categoría

	Prointervención Media	Ausencia de capacidad Media	Cronicidad Media
Profesión			
Psiquiatra	5,98	7,68	3,72
MIR Psiquiatría	5,24	7,23	3,71
Psicólogo clínico	5,65	7,23	3,64
PIR	4,96	6,67	3,21
PGS	5,87	7,78	4,86
Enfermería en salud mental	5,21	7,59	3,84
EIR en salud mental	4,50	7,30	4,17
Otra	5,27	7,98	3,21
Sexo			
Mujeres	5,78	7,55	3,90
Varones	5,57	7,46	3,75
Antigüedad			
≤ 10 años	5,52	7,42	3,85
> 10 años	5,79	7,56	3,86
Experiencia en TCA			
Sí	5,83	7,56	3,85
No	5,49	7,45	3,86
Formación en bioética			
Sí	5,50	7,37	3,50
No	5,85	7,61	4,07
Alguna vez ha respaldado solicitud de internamiento			
Sí	6,01	7,76	3,78
No	5,44	7,27	3,94

evaluar la mejor opción. Pero también, determinadas características personales de los profesionales de salud mental pueden guiarles en la búsqueda de una formación bioética que sienten como necesidad.

Resumen de los principales resultados

Los encuestados en este estudio mostraron una actitud positiva hacia la ausencia de capacidad de los pacientes con AN para hacerse cargo de su cuidado y para la toma de decisiones relativas a su tratamiento. Esto concuerda con lo hallado en estudios precedentes a nivel internacional[6].

Igualmente, los entrevistados mostraron una actitud favorable a la adopción de medidas no voluntarias para salvaguarda de la salud de los pacientes con AN. También en este sentido los resultados son consonantes con el trabajo previo en este campo[6–8].

El factor cronicidad como elemento que tener en cuenta en la toma de decisiones éticas ya se apuntaba en la literatura[18], pero no se había sometido a verificación cuantitativa. Efectivamente, se aprecia un consenso hacia la mayor idoneidad del tratamiento no voluntario en pacientes debutantes. El hecho de que se evidencien diferencias significativas entre los profesionales en virtud de su formación en bioética refleja la relevancia del contacto con la disciplina. La reflexión bioética implica una actitud de empatía con el paciente que va mucho más allá de la aplicación racional de unos principios.

Los profesionales que han respaldado alguna vez una intervención involuntaria se muestran significativamente más favorables a la intervención no voluntaria, además de considerar con más fuerza actitudinal que los pacientes con AN carecen de capacidad. Esta información puede parecer redundante. Sin embargo, interesaría, de nuevo, esclarecer el juego de causalidades. Resulta coherente que quien más propugna la intervención tenga también mayor probabilidad de haberla solicitado o respaldado alguna vez (otro debate sería la valoración ética del empleo desigual entre profesionales). Pero no hay que perder de vista la posibilidad de que la actitud sea consecuencia de la acción, por habituación o por mecanismos de reducción de la disonancia cognitiva. Haberse visto envuelto en una situación asistencial que ha dado lugar a una intervención no voluntaria puede originar la adhesión a la idea de esa necesidad. Así, se reduciría el conflicto que una actuación de este tipo conlleva.

Limitaciones

Existen varias limitaciones en este estudio. La tasa de respuesta fue baja, algo habitual entre el personal sanitario. Se desconoce si algún elemento pudo afectar a la representatividad muestral. Entre los profesionales que pueden legalmente implementar el internamiento no voluntario, la cifra de psiquiatras y psicólogos clínicos ha sido satisfactoria. Sin embargo, el grupo de médicos residentes en Psiquiatría no ha alcanzado el número de participación que hubiese sido deseable. Ello supone un hándicap, ya que este grupo de profesionales prescribe ingresos no voluntarios.

No se ofrece evidencia rigurosa acerca de su validez convergente, con instrumentos de medida que evalúen constructos similares, ni discriminante, con instrumentos que midan constructos hipotéticamente relacionados con la actitud.

El factor cronicidad ha ofrecido una consistencia interna no del todo satisfactoria.

No se puede detectar la direccionalidad del juego entre el respaldo a intervenciones no voluntarias y las actitudes

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010

medidas por el cuestionario ACINOVAN. Una investigación longitudinal que tuviese en cuenta las actitudes antes y después de haber apoyado o implementado una actuación no voluntaria podría ser una vía de investigación interesante.

Por último, el acotamiento del cuestionario ACINOVAN a pacientes mayores de edad obedece a su presunción legal de capacidad, lo que simplifica enormemente la construcción y la reflexión. La creación de un instrumento con el foco en adolescentes y niños parece una vía de investigación evidente, si bien, mucho más compleja.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.rcp.2020.11.010.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. Am J Psychiatry. 2007;164:1259–65.
2. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry. 2011;68:724–31.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado 274, 40126-40132.
4. Elzakkers IF, Danner UN, Hoek HW, Van Elburg AA. Mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: explorative study. BJPsych open. 2016;2:147–53.
5. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, 7, 575-728.
6. Tan JO, Doll HA, Fitzpatrick R, Stewart A, Hope T. Psychiatrists' attitudes towards autonomy, best interests and compulsory treatment in anorexia nervosa: a questionnaire survey. Child Adolesc Psychiatry Mental Health. 2008;2:40, http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.003.
7. Jones WR, Saeidi S, Morgan JF. Knowledge and attitudes of psychiatrists towards eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2013;21:84–8.
8. Cowan J. Coercive and compulsive treatment of eating disorders: surveying treatment providers' attitudes and behavior [Doctoral dissertation, Antioch University]. Disponible en: https://aura.antioch.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1579&context=etds.
9. Alwin DF, Krosnick JA. The reliability of survey attitude measurement: The influence of question and respondent attributes. Sociological Methods & Research. 1991;20:139–81.
10. Matell MS, Jacoby J. Is there an optimal number of alternatives for Likert scale items? Study I: Reliability and validity. Educ Psychol Measure. 1971;31:657–74.
11. Hess J, Singer E. The role of respondent debriefing questions in questionnaire development. En: Proceedings of the Section on Survey Research Methods. American Statistical Association. 1995.
12. Ericsson KA, Simon HA. Protocol analysis: Verbal reports as data. Boston: MIT Press; 1984.
13. Kaiser HF. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. Psychometrika. 1958;23:187.
14. Stevens JP. Applied multivariate statistics for the social sciences. Routledge. 2012.
15. Morales P, Urosa B, Blanco A. Construcción de escalas de tipo Likert. Cuaderno de estadística. 2003:26.
16. Frisbie DA. Reliability of scores from teacher-made tests. Educational measurement: Issues and practice. 1988;7:25–35.
17. Morales P. Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos. Estadística aplicada. 2012;24:22–39. Disponible en: http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf.
18. Fernández JL, Herranz P, Segovia L. Comentarios sobre el artículo de Ramos y Robles (2019): "Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico". Dilemata. 2020:77–83. Disponible en: https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000330/658.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010

4.3. Opinión de los profesionales de salud mental sobre coerción informal, voluntariedad, estrés de rol y atribución decisional en el rechazo al tratamiento en anorexia nerviosa

La investigación cualitativa (publicación 1) ofreció unos resultados respecto a las percepciones/actuación y las condiciones de aplicación del internamiento no voluntario en pacientes con anorexia nerviosa que apuntan a la dificultad en la conciliación de las demandas laborales, con el consiguiente cambio de dinámica asistencial y empleo de mecanismos de coerción informal en casos de rechazo al tratamiento.

La publicación 3, que ocupa el presente capítulo, recoge otra parte de la fase cuantitativa de la tesis doctoral y cuya intención fue poner a prueba y generalizar a un nivel superior los hallazgos obtenidos en la fase cualitativa.

Para ello, se aplicó a una muestra de profesionales de la salud mental un cuestionario diseñado *ad hoc* sobre la base de la información obtenida previamente mediante técnicas cualitativas y que respondía a dos objetivos principales:

1. Conocer y analizar su opinión sobre algunas condiciones de aplicación del internamiento no voluntario en pacientes con anorexia nerviosa.

2. Examinar las relaciones entre algunas características de los profesionales de salud mental y sus puntos de vista sobre estos temas.

El estudio realizado llevó a las siguientes conclusiones:

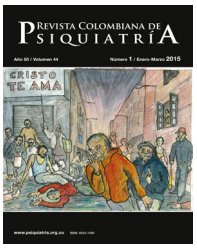
Los profesionales de la salud mental se encuentran sometidos a unas condiciones laborales difíciles, no sabiendo, a veces, hasta dónde llegan sus atribuciones y atendiendo demandas difícilmente compatibles, lo que tiene consecuencias en su dinámica con los pacientes. El uso de la coerción informal tiene cierta presencia en la práctica diaria, quizá relacionado con el intento de conciliar funciones en esencia irreconciliables. Ello conlleva una noción de la voluntariedad que se aleja de la concepción jurídica y de su propia esencia. Los profesionales de la salud mental no se decantan claramente en cuanto a quién habría de corresponder la decisión o la solicitud de los internamientos involuntarios y se muestran contrarios a la posibilidad de objeción de conciencia.

De lo anterior se desprende la necesidad de establecer un diálogo honesto que analice sin prejuicios la legitimidad e idoneidad del *statu quo* y se hace imprescindible indagar los fundamentos últimos de las decisiones concernientes a intervenciones coercitivas.

REV COLOMB PSIQUIAT. 2021;xxx(xx):xxx–xxx

PREVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo de actualización

Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol

José-Luis Fernández-Hernández[a,*], *Pablo Herranz-Hernández*[b] y *Laura Segovia-Torres*[c]

[a] *Universidad Complutense de Madrid, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España*
[b] *Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*
[c] *Universidad de La Rioja, Logroño, La Rioja, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 10 de noviembre de 2020
Aceptado el 18 de enero de 2021
On-line el xxx

Palabras clave:
Anorexia nerviosa
Actitud del personal de salud
Internamiento obligatorio del enfermo mental
Encuestas y cuestionarios
Estrés laboral

RESUMEN

Introducción: El internamiento de pacientes con anorexia nerviosa plantea un importante problema bioético y puede generar estrés en el profesional sanitario. El objetivo es conocer y analizar la opinión de los profesionales de salud mental sobre algunas condiciones de aplicación del internamiento no voluntario a pacientes con anorexia nerviosa.
Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal sobre una muestra de 270 profesionales de la salud mental mediante un cuestionario de 0 a 10 puntos elaborado *ad-hoc*.
Resultados: Los profesionales manifiestan que, en ocasiones, el paciente acepta el internamiento con renuencia: 7,74 (IC95%, 7,55-7,93). En caso de riesgo físico, les resulta difícil conjugar el respeto a la autonomía del paciente y el deber de beneficencia: 6,06 (IC95%, 5,70-6,41), y la relación con el paciente se orienta en gran parte a convencerle: 7,18 (IC95%, 6,91-7,46). No se decantan sobre la idoneidad de la participación de personal no facultativo en la decisión: 5,13 (IC95%, 4,75-5,52), ni si la solicitud debería corresponder a persona o instancia distinta del facultativo a cargo de su cuidado: 4,79 (IC95%, 4,39-5,19). Rechazan la posibilidad de objeción de conciencia: 4,05 (IC95%, 3,68-4,41).
Conclusiones: Los profesionales de la salud mental se encuentran sometidos a unas exigencias laborales ambiguas, lo que repercute en su dinámica asistencial.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Refusal of Treatment for Anorexia Nervosa: Mental Health Professionals' Opinion on Willingness and Role Stress

Keywords:
Anorexia nervosa
Attitude of health personnel

ABSTRACT

Introduction: The hospitalisation of patients with anorexia nervosa poses an important bioethical quandary and can generate stress for the healthcare professionals. Our goal was

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: joself01@ucm.es (J.-L. Fernández-Hernández).
https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005
0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

Compulsory admission of mentally ill patients
Surveys and questionnaires
Occupational stress

to know and analyse the opinion of mental health professionals on some conditions for applying the involuntary hospitalisation of patients with anorexia nervosa.
Methods: Cross-sectional descriptive observational study on a sample of 270 mental health professionals, using an ad hoc questionnaire with scores ranging from 0 to 10.
Results: The professionals state that, in some cases, the patient accepts admission reluctantly: 7.74 (95% CI, 7.55-7.93). In the event of physical risk, it is difficult for them to combine respect for the patient's autonomy and the duty of care: 6.06 (95% CI, 5.70-6.41) and the relationship with the patient is largely oriented to convince them: 7.18 (95% CI, 6.91-7.46). They do not decide on the suitability of the participation of non-medical staff in the decision: 5.13 (95% CI, 4.75-5.52), or if the indication should correspond to someone other than the doctor in charge of their care: 4.79 (95% CI, 4.39-5.19). They reject the possibility of conscientious objection: 4.05 (95% CI, 3.68-4.41).
Conclusions: Mental health professionals are subject to ambiguous work demands, which affects their care dynamics.
© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno grave que causa altas tasas de morbilidad[1] y mortalidad[2]. Una de las características de la AN es que quienes la manifiestan a menudo rechazan el tratamiento a pesar del peligro que ello supone para su salud y niegan el problema o muestran dificultades para apreciar su situación. Por ello, la AN plantea un importante problema bioético, ya que puede entenderse la resistencia al tratamiento como inherente al trastorno y no está claro si la decisión de rechazarlo es autónoma.

Según la legislación española[3], un paciente tiene derecho a tomar decisiones que a otros puedan parecer absurdas o arriesgadas siempre que sea mentalmente competente a criterio del médico responsable. La norma que regula específicamente el internamiento involuntario, el artículo 763 la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil[4] (763 LEC), se expresa muy vagamente a la hora de determinar la posibilidad de su aplicación, y exige como requisito que la persona «no esté en condiciones de decidirlo por sí». El tratamiento ambulatorio involuntario no está regulado en España, aunque los clínicos consideran necesaria su introducción en el derecho positivo[5].

El paso de la ley a la realidad asistencial no es sencillo, ya que la toma de decisiones ante la negativa de personas con AN a seguir el tratamiento presenta una enorme dificultad clínica y moral[6,7]. Quizá por ello, el recurso al internamiento involuntario es escaso y se recurre a estrategias coercitivas de menor escala[8]. Aunque son difíciles de medir debido a su subjetividad, tanto los médicos como los pacientes han documentado que son componentes dominantes y cotidianos en el tratamiento de los trastornos alimentarios[9–13]. La investigación transcultural de García[14] evidencia que, en la psiquiatría general, la coerción informal o encubierta se produce en todos los países estudiados y en todas sus formas evaluadas: persuasión, influencia interpersonal, inducción y amenaza, pero también en otros modos como el engaño, el chantaje o la actitud directiva.

Adicionalmente, el estrés parece ser cada vez más frecuente entre el personal sanitario. Se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las exigencias y los recursos disponibles del sujeto[15]. Los médicos son vulnerables al estrés laboral excesivo debido a los roles emocionalmente exigentes[16]. Los sanitarios pueden sufrir estrés de rol de 2 formas: conflicto de rol y ambigüedad de rol. El conflicto de rol surge en respuesta a exigencias incompatibles; la ambigüedad de rol aparece ante expectativas poco claras o incertidumbre con respecto a las responsabilidades[17]. El internamiento de pacientes es uno de los factores considerados estresantes entre los psiquiatras[18,19].

Por último, según la normativa española, es el facultativo especialista en salud mental, es decir, el psicólogo clínico o el psiquiatra, el encargado de realizar los dictámenes e informes requeridos para el internamiento no voluntario por razones de trastorno psíquico[20]. Sin embargo, otras legislaciones (Australia, Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda) permiten que una persona puede ser ingresada contra su voluntad con base en la decisión de otro profesional de la salud mental[21].

Objetivos

1. Conocer y analizar la opinión de los profesionales de salud mental sobre algunas condiciones de aplicación del internamiento no voluntario de pacientes con AN.
2. Examinar las relaciones entre las características de los profesionales de salud mental y sus puntos de vista sobre estos temas.

Métodos

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal realizado mediante encuesta *online* autoadministrada. La población diana está integrada por los profesionales de salud mental de la sanidad española: psiquiatras (PSIQ), médicos internos residentes de Psiquiatría (MIR), psicólogos clínicos (PSIC), psicólogos generales sanitarios (PGS), psicólogos internos residentes (PIR), enfermeros de salud mental (ESM), residentes de Enfermería de salud mental (EIR).

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

La población total se estima en 46.211 profesionales, a partir de un cálculo elaborado por los propios autores partiendo de los datos relativos a los tamaños poblacionales de cada grupo profesional encontrados en las diversas fuentes; 32.516 psicólogos[22], 4.909 psiquiatras[23], 8.760 PSIC[24], 6.496 ESM[25], 362 EIR[26]. El número final de PIR (593), MIR (940) y EIR (762) se obtuvo refinando los datos disponibles con la consulta de las plazas convocadas en las últimas convocatorias del Boletín Oficial del Estado. Por último, la población de PGS (23.163) se estimó sustrayendo del total de psicólogos (32.516) que reporta el INE[22] los 8.760 PSIC[24] y 593 PIR.

Instrumento de medida y variables

Para responder al objetivo principal del estudio, se construyó un cuestionario diseñado *ad-hoc* sobre la base de información obtenida previamente mediante técnicas cualitativas (revisión bibliográfica y entrevistas en profundidad).

El formato y los ítems del cuestionario se desarrollaron mediante un proceso iterativo de aclaración y simplificación. Se diseñó una versión inicial del cuestionario cuya validez de contenido se puso a prueba en un pequeño número de expertos, eticistas y facultativos voluntarios. El cuestionario definitivo engloba las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas y relacionadas con el puesto laboral: sexo, profesión, experiencia específica de más de 3 meses en trastornos de la conducta alimentaria (TCA), número de años completos de experiencia profesional, formación en bioética, respaldo previo de una decisión o solicitud de internamiento no voluntario de un paciente mayor de edad por AN.
- Variables dependientes: cuestionario de preguntas en las que se realizan una serie de afirmaciones y se solicita del participante que indique su grado de acuerdo según una gradación que va desde 0, totalmente en desacuerdo, hasta 10, totalmente de acuerdo. El cuestionario se subdivide en dos bloques:
  - Interpretación de la voluntariedad: reactivos referidos a las condiciones de voluntariedad en que los pacientes adoptan sus decisiones.
  - Estrés de rol profesional: enunciados concernientes a situaciones que se presentan en la actividad profesional.

Procedimiento

Se solicitó a las consejerías de todas las comunidades autónomas españolas las direcciones de las gerencias de los hospitales en que se tratara a pacientes por AN. Con las direcciones de las consejerías que atendieron la petición, se envió una invitación a dichas gerencias para que la transmitiesen a los profesionales que allí ejercían su labor. Además, se solicitó la colaboración de todos los colegios profesionales de psicólogos, médicos y enfermeros, de universidades españolas y de grupos hospitalarios privados que operan en España. Se desconoce cuántas instituciones efectivamente cursaron la petición. Además, se intentaron otras formas menos amplias de acceso a la población objetivo, incluidos elementos de muestreo por conveniencia y bola de nieve.

En octubre de 2019 se inició el envío de solicitudes de colaboración. En ella se incluía el enlace al formulario con información general sobre el estudio y los estándares éticos. En enero de 2020 se envió un recordatorio de participación. El cuestionario quedó cerrado el 31 de marzo de 2020.

Análisis de datos

Se obtuvieron estadísticos descriptivos de la muestra total y de los subgrupos de participantes. Para la obtención de las medias y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) y conseguir una corrección adecuada del peso de los grupos profesionales, se calculó y aplicó un coeficiente de ponderación resultante del cociente entre la proporción de la población y la proporción de la muestra para cada grupo profesional, lo que arrojó los valores 0,26 (PSIQ), 0,753 (MIR), 0,634 (PSCL), 3,50 (PGS), 0,09 (PIR), 1,714 (ESM) y 0,659(EIR).

Se llevaron a cabo pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) en virtud de las cuales se decidió, considerando el tamaño de los subgrupos[27], realizar pruebas estadísticas no paramétricas (Kruskal-Wallis) para explorar el posible efecto de la profesión y pruebas paramétricas (t de Student) para examinar el virtual impacto del sexo, la antigüedad, la experiencia en TCA, la formación en bioética y el respaldo previo a intervenciones involuntarias. Para la realización de las comparaciones de medias, se procedió a practicar las pruebas de Levene oportunas a fin de verificar la hipótesis de homocedasticidad. Para todas las pruebas se estableció un umbral de significación de $p < 0,05$. La base de datos y los análisis estadísticos se analizaron mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 24.

Consideraciones éticas

Antes del acceso al cuestionario, se informó a los participantes del proyecto de investigación, de la garantía de anonimato y la posibilidad de retirada. Se adjuntó la dirección de correo electrónico del autor para contactar en caso de duda. Se programó la herramienta informática utilizada para agradecer a los participantes la colaboración, dada sin incentivos económicos.

Resultados

Las respuestas obtenidas fueron 270. En la tabla 1 se ofrecen los datos acerca de sus características sociodemográficas. En la tabla 2 se presenta la respuesta media (IC95%) a los ítems del cuestionario. La tabla 3 muestra la respuesta media a los ítems por grupos profesionales.

La prueba de Kruskal-Wallis mostró que la adscripción a distintos grupos profesionales tiene efectos significativos en la opinión relativa a los ítems 31 ($H = 17,295$; $p = 0,008$), 35 ($H = 13,447$; $p = 0,036$) y 37 ($H = 21,278$; $p = 0,002$); en el resto los ítems no arrojó diferencias significativas. Los tests de Mann-Whitney *post hoc* con valores de significación ajustados según la corrección de Bonferroni para comparar por pares ofrecieron los siguientes resultados: el ítem 37 tuvo diferencia significativa en el par Psiquiatra-PGS ($U = -51,405$; $p = 0,007$).

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

Tabla 1 – Características sociodemográficas de los participantes (n = 270)

Profesión	
Psiquiatra	112 (41,50)
MIR Psiquiatría	7 (2,60)
Psicólogo/a clínico/a	77 (28,50)
PIR	8 (3)
PGS	40 (14,80)
Enfermero/a en salud mental	22 (8,10)
EIR Salud Mental	4 (1,50)
Antigüedad (años)	16,86 ± 10,36 (1-50)
Hasta 10 años inclusive	80 (29,60)
Más de 10 años	189 (70,00)
NS/NC	1 (0,40)
Sexo	
Mujer	185 (69,30)
Varones	82 (30,70)
Experiencia en TCA	
Sí	181 (67,30)
No	88 (32,70)
Formación en bioética	
Sí	101 (37,40)
No	169 (62,90)
Experiencia previa en coerción	
Sí	140 (52,20)
No	128 (47,80)

Los valores expresan n (%) o media ± desviación estándar (intervalo).

Para los ítems 16, 31 y 35, ninguna comparación fue significativa tras el ajuste ($p > 0,05$).

La tabla 4 muestra los resultados medios desagregados en función de las demás variables independientes: sexo, antigüedad, experiencia en TCA, formación en bioética y respaldo previo a algún internamiento involuntario.

Con la prueba de la t de Student se compararon las medias según sexo, antigüedad, experiencia en TCA, formación en bioética y respaldo previo. En cuanto al sexo, hubo diferencias significativas en 28 ($t_{(273)} = -2,425$; $p = 0,016$) y 31 ($t_{(257)} = 3,225$; $p = 0,001$). Por cuanto respecta a la antigüedad, los ítems 26 ($t_{(265)} = -2,101$; $p = 0,037$) y 28 ($t_{(266)} = -1,990$; $p = 0,048$) mostraron diferencias significativas. La experiencia en TCA mostró diferencias significativas en los ítems 29 ($t_{(266)} = 2,971$; $p = 0,003$), 34 ($t_{(258)} = -2,172$; $p = 0,031$) y 37 ($t_{(259)} = -2,491$; $p = 0,013$). En formación en bioética, se observó significación en los ítems 35 ($t_{(257)} = -2,313$; $p = 0,021$) y 37 ($t_{(260)} = -2,061$; $p = 0,040$), y en experiencia previa de coerción, los ítems 26 ($t_{(264)} = 2,015$; $p = 0,045$), 27 ($t_{(266)} = 2,134$; $p = 0,034$), 29 ($t_{(265)} = 2,410$; $p = 0,017$), 33 ($t_{(258)} = 2,018$; $p = 0,045$) y 37 ($t_{(258)} = -4,825$; $p < 0,001$).

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue conocer y analizar la opinión general de los profesionales de salud mental en torno a ciertos aspectos relacionados con las decisiones

Tabla 2 – Puntuaciones por ítem*

	Puntuación media (IC95%)
Interpretación de la voluntariedad	
26. «En ocasiones, a pesar de tramitarse el internamiento como voluntario, el/la paciente con anorexia nerviosa lo acepta con renuencia»	7,74 (7,55-7,93)
27. «A veces, los/las pacientes con anorexia nerviosa aceptan el internamiento gracias a la persuasión ejercida por parte del personal sanitario en tal sentido»	7,61 (7,42- 7,80)
28. «Por el bien de la relación terapéutica, es deseable tramitar el internamiento como voluntario si el/la paciente acaba aceptándolo, independientemente de su capacidad para decidir»	7,56 (7,28-7,84)
29. «A veces es conveniente informar al/a la paciente con anorexia nerviosa del posible uso de la medida de internamiento no voluntario para que siga el tratamiento o adopte la decisión de ingresar voluntariamente»	7,12 (6,83-7,41)
Estrés de rol profesional	
30. «Cuando el/la paciente con anorexia nerviosa abandona el recurso de salud como posible manifestación del propio trastorno, se plantea una situación ante la que no están claras nuestras posibilidades de actuación»	6,37 (6,05-6,68)
31. «Nuestra responsabilidad ante un/a paciente con anorexia nerviosa grave, de quien nos planteamos la posibilidad de un internamiento no voluntario, termina cuando deja de acudir a consulta y no conseguimos localizarlo/a»	2,96 (2,63-3,29)
32. «La posibilidad de que se produzcan problemas físicos graves modifica mi forma habitual de trabajar con un/a paciente»	6,87 (6,56-7,18)
33. «El hecho de que haya un riesgo físico grave conlleva que la relación con el/la paciente se oriente en gran parte a convencerle/la para que acepte el tratamiento»	7,18 (6,91-7,46)
34. «En casos de grave riesgo físico y rechazo del tratamiento, me resulta difícil conjugar respeto a la autonomía del/de la paciente y el deber de beneficencia»	6,06 (5,70-6,41)
35. «Para preservar la confianza debida al/a la paciente con anorexia nerviosa, la solicitud de un internamiento no voluntario debería corresponder a persona o instancia distinta del/de la facultativo/a a cargo de su cuidado»	4,79 (4,39-5,19)
36. «La decisión sobre un internamiento no voluntario de pacientes con anorexia nerviosa excede la ciencia médica, por lo que cabría admitir, para su adopción, la participación de personas o instancias distintas al personal facultativo»	5,13 (4,75-5,52)
37. «La decisión de un internamiento no voluntario de pacientes con anorexia nerviosa puede violentar seriamente la conciencia del/de la facultativo/a, por lo que debería contemplarse la posibilidad de objeción de conciencia»	4,05 (3,68-4,41)

* Los ítems aparecen numerados del 26 al 37 para respetar la numeración del más amplio proyecto de investigación que integran.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

Tabla 3 – Respuesta media a los ítems por grupo profesional

Ítem	PSIQ	MIR	PSIC	PIR	PGS	ESM	EIR
26	8,30	7,71	7,81	8,00	7,58	7,86	7,50
27	7,88	8,71	7,64	8,38	7,55	7,36	8,25
28	7,04	5,71	7,90	8,13	7,50	8,00	7,50
29	7,16	8,14	7,09	6,13	7,28	6,55	5,00
30	6,63	6,71	6,64	7,13	6,14	6,55	7,00
31	2,30	1,86	3,31	4,63	3,32	1,91	3,00
32	7,44	7,14	6,80	6,38	6,84	6,59	7,67
33	7,48	7,86	7,24	7,50	7,18	6,82	6,67
34	6,36	6,71	6,46	6,88	5,66	6,50	8,67
35	3,82	2,00	4,05	4,00	5,51	4,20	6,67
36	4,39	4,14	4,88	4,50	5,35	5,29	7,67
37	2,65	2,43	3,92	4,75	4,57	3,59	5,67

Tabla 4 – Respuesta media a los ítems por categorías

	Sexo		Antigüedad		TCA		Bioética		Respaldo	
Ítem	Mujeres	Varones	≤ 10 años	> 10 años	Sí	No	Sí	No	Sí	No
26	$7{,}90_a$	$8{,}18_a$	$7{,}67_a$	$8{,}12_b$	$8{,}11_a$	$7{,}75_a$	$8{,}08_a$	$7{,}92_a$	$8{,}17_a$	$7{,}77_b$
27	$7{,}68_a$	$8{,}00_a$	$7{,}61_a$	$7{,}84_a$	$7{,}81_a$	$7{,}69_a$	$8{,}02_a$	$7{,}61_a$	$7{,}98_a$	$7{,}52_b$
28	$7{,}17_a$	$7{,}99_b$	$6{,}96_a$	$7{,}64_b$	$7{,}65_a$	$7{,}01_a$	$7{,}50_a$	$7{,}39_a$	$7{,}45_a$	$7{,}43_a$
29	$6{,}97_a$	$7{,}28_a$	$6{,}69_a$	$7{,}24_a$	$7{,}40_a$	$6{,}42_b$	$7{,}27_a$	$6{,}95_a$	$7{,}42_a$	$6{,}67_b$
30	$6{,}54_a$	$6{,}65_a$	$6{,}13_a$	$6{,}76_a$	$6{,}70_a$	$6{,}39_a$	$6{,}38_a$	$6{,}69_a$	$6{,}63_a$	$6{,}50_a$
31	$3{,}07_a$	$1{,}96_b$	$2{,}96_a$	$2{,}68_a$	$2{,}72_a$	$2{,}77_a$	$2{,}99_a$	$2{,}63_a$	$2{,}71_a$	$2{,}83_a$
32	$7{,}06_a$	$7{,}23_a$	$6{,}76_a$	$7{,}18_a$	$7{,}02_a$	$7{,}15_a$	$7{,}29_a$	$6{,}93_a$	$7{,}37_a$	$6{,}74_a$
33	$7{,}29_a$	$7{,}31_a$	$6{,}92_a$	$7{,}48_a$	$7{,}29_a$	$7{,}36_a$	$7{,}56_a$	$7{,}16_a$	$7{,}58_a$	$7{,}02_b$
34	$6{,}37_a$	$6{,}28_a$	$6{,}64_a$	$6{,}22_a$	$6{,}08_a$	$6{,}94_b$	$6{,}16_a$	$6{,}46_a$	$6{,}34_a$	$6{,}33_a$
35	$4{,}38_a$	$3{,}69_a$	$4{,}27_a$	$4{,}09_a$	$4{,}03_a$	$4{,}41_a$	$3{,}57_a$	$4{,}51_b$	$3{,}79_a$	$4{,}46_a$
36	$4{,}63_a$	$4{,}99_a$	$4{,}69_a$	$4{,}81_a$	$4{,}77_a$	$4{,}84_a$	$4{,}41_a$	$5{,}00_a$	$4{,}49_a$	$5{,}11_a$
37	$3{,}63_a$	$2{,}94_a$	$3{,}83_a$	$3{,}29_a$	$3{,}15_a$	$4{,}10_b$	$2{,}98_a$	$3{,}75_b$	$2{,}64_a$	$4{,}33_b$

Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferente con $p < 0{,}05$ en la prueba bilateral de igualdad para medias de columna.

de internamiento involuntario en anorexia nerviosa. Además, se examinó la virtual existencia de diferencias significativas entre algunas características sociodemográficas (sexo) y profesionales (antigüedad, experiencia en TCA, formación en bioética y antecedentes de respaldo al ingreso involuntario) sobre esas cuestiones.

Coerción y voluntariedad

Los resultados de los ítems correspondientes al apartado de interpretación de la voluntariedad permiten hacer las siguientes observaciones. En primer lugar, ponen de manifiesto el empleo de medidas de coerción informal en la práctica sanitaria. No es algo sorprendente ni en psiquiatría en general ni en TCA en particular. El hallazgo de que se emplea la coerción de manera informal coincide con la literatura previa, que muestra que la desaprobación teórica de la coerción informal no se refleja en la práctica psiquiátrica[14,28,29].

Los datos también aportan evidencia a la idea de que el bajo número de ingresos involuntarios tiene relación con el establecimiento de estrategias de coerción informal[8]. El hecho de que no se recurra al procedimiento del art. 763 LEC no significa que el internamiento responda a la decisión libre del paciente. Sin entrar en su valoración moral, parece inapropiado etiquetar de voluntarias esas formas de implementarlo.

Un aspecto relevante es que lo anterior refleja la existencia de un manejo distinto de la concepción de la voluntariedad en las esferas sanitaria y legal. La díada «voluntario-no voluntario» en la concepción del personal sanitario se interpreta, a veces, como que el paciente «firme o no firme» el consentimiento. La interpretación jurídica, en cambio, establece que el internamiento no voluntario lo es por la incapacidad de decidir del paciente, independientemente de que se oponga o no al ingreso[30,31]. Lo relevante de estas disquisiciones son las implicaciones que se infieren de ellas. El ítem 28 alcanza una puntuación media de 7,56 y transmite el mensaje de que, en opinión de los profesionales sanitarios de la salud mental, la interpretación y aplicación legalista del procedimiento establecido en el art. 763 es perniciosa y conviene saltársela por el bien de la relación terapéutica. Es decir, el cumplimiento del procedimiento legal no resulta inocuo. Este aspecto quizá merezca la consideración de futuras investigaciones.

Estrés de rol

En este apartado del cuestionario se ha constatado la existencia de determinadas situaciones que provocan un desequilibrio en el papel que los profesionales tienen asignado, pues se ven obligados a atender demandas incompatibles o enfrentar situaciones en las que no está claro cuáles

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

son sus tareas, obligaciones y responsabilidades. Los resultados de la encuesta apuntan al concepto de estrés de rol[32,33].

Los ítems 30 y 31 reflejan una realidad que requiere especial atención. Los profesionales de la salud mental manifiestan que no están claras sus posibilidades de actuación cuando un paciente con AN deja de acudir a la consulta (ítem 30). Esto es relevante, ya que el rechazo del tratamiento es una característica habitual de estos pacientes, y una forma de manifestarse es el abandono del recurso de salud. El paciente con anorexia puede interrumpir su asistencia ante la sospecha o la advertencia de que podría ser ingresado involuntariamente. Como puede apreciarse por la respuesta al ítem 31, los profesionales sienten que su responsabilidad va más allá de la consulta, aunque desconozcan qué pueden o deben hacer (ítem 30).

Los ítems 32 y 33 ponen de manifiesto que el riesgo físico los obliga a variar su forma de trabajar con un paciente y la consulta acaba destinándose a tratar de convencerle de la necesidad de un tratamiento hospitalario. Este cambio de dinámica terapéutica ya había sido reportado previamente en un estudio con metodología cualitativa[28].

De acuerdo con lo manifestado sobre el ítem 34, los profesionales encuentran difícil conjugar el respeto a la autonomía del paciente y el deber de beneficencia en casos de grave riesgo físico y rechazo del tratamiento.

Todos los hallazgos anteriores ponen de manifiesto una situación laboral compleja. Y parece preciso indagar en las causas que subyacen a un clima tan poco propicio a la satisfacción laboral y la excelencia sanitaria. Cabe situar la raíz en el hecho de que parte de la actuación profesional excede el ámbito de la ciencia para adentrarse en el de la ética, intromisión que no tiene más justificación que la herencia irreflexiva de atribuciones pasadas. El personal facultativo está capacitado para diagnosticar y valorar el tipo de tratamiento disponible para el paciente. Pero la decisión o imposición de opciones de tratamiento va mucho más allá.

Estas asunciones suponen un obstáculo al desarrollo normal de la terapia y producen un cambio de dinámica que quizá impida el propio avance terapéutico. No cabe confundir que el paciente, producto de una adecuada terapia, decida finalmente seguir la opción de tratamiento que pasa por el internamiento, con que la actuación del profesional adopte como fin convencer al paciente.

Una vía para conseguir separar ciencia y ética y que los profesionales de salud mental puedan centrarse exclusivamente en la terapia psicopatológica sin verse constreñidos por otras responsabilidades de dudosa legitimidad, consistiría en asimilar, en lo posible, su actuación a la del resto de profesionales sanitarios no pertenecientes al ámbito de la salud mental. Esto tiene pleno sentido desde el momento en que la incapacidad mental se relaciona con el deterioro del estado mental, pero no se identifica con él[34]. Y, lo que parece más relevante, facilitaría que el paciente pudiese hacerse cargo del destino de su terapia al reducirse los motivos que posiblemente sustentan el empleo de mecanismos de coerción informal.

Cabría incluso plantearse si la evaluación de la capacidad por otro profesional distinto del que se encuentra a cargo supondría una mejora en la prestación sanitaria. Se trataría de una «intraconsulta» psiquiátrica, por analogía a la interconsulta psiquiátrica que, a veces, solicitan los demás profesionales sanitarios.

Téngase en cuenta, en este sentido, que los pacientes con AN evocan reacciones contratransferenciales particularmente intensas que dan lugar a patrones de reacción variados[35]. Es muy probable que la lástima, la irritación, la frustración, la molestia y el deseo de liberarse del paciente se agiten bajo la piel del terapeuta[36] y que acaben manifestándose en el desempeño de la prestación sanitaria en formas que pueden ir desde el incremento de las respuestas de control o coerción[37–39] a una declaración de futilidad que enmascare el deseo de no tratar más a un paciente[40]. En este sentido, cobran valor las célebres palabras de Tom Main[41] al advertir del peligro de que, tras la apariencia de un tratamiento, se esconda una reacción humana primitiva. Por ello, la comunicación regular entre los miembros del equipo se hace imprescindible, tanto de manera sistemática como específica para casos difíciles, poniendo énfasis en evitar intervenciones punitivas[42].

Los efectos de la contratransferencia se sitúan, pues, en ambos extremos del compromiso con la terapia; el profesional puede sucumbir a la desesperanza demasiado pronto o puede embarcarse en batallas sin sentido. Ninguno de ellos es deseable. La cuestión es si la cesión de las decisiones éticas a otras instancias puede reducir estas derivas.

Los ítems 35, 36 y 37 plantean cuestiones relacionadas con algunas de las atribuciones éticas asignadas al personal facultativo. Las respuestas al ítem 36 indican que el propio personal de salud mental no se decanta en ningún sentido sobre si cabría admitir, para la adopción de una decisión sobre un internamiento no voluntario de pacientes con AN, la participación de personas o instancias distintas del personal facultativo por exceder de la ciencia médica (como puede observarse, el intervalo de confianza de la media obtenida incluye el valor 5). Como ya se ha expresado, esta atribución excede el ámbito de la competencia técnica y parece obedecer exclusivamente a la fuerza de la costumbre. Es herencia de épocas pasadas y quizá se haya convertido en una reliquia incompatible con una legislación autonomista moderna.

El ítem 35, por su parte, intentó recoger la opinión de los profesionales de la salud mental con respecto a una de las interesantes cuestiones suscitadas por de Miguel[43]. En particular, este autor considera que la solicitud de internamiento por parte del médico es inmoral, ya que este no debería contaminarse por decisiones que minan la confianza legítima con el paciente (también sería ilegal, en opinión del autor, al corresponder al director del centro sanitario). Sin embargo, los profesionales sanitarios parecen manifestarse muy ligeramente en contra de que la solicitud de internamiento recaiga en persona o instancia distinta del facultativo a cargo del cuidado del paciente (de nuevo, el valor 5 queda incluido en el intervalo de confianza de la media).

El ítem 37, por último, plantea la posibilidad de objeción de conciencia, y obtiene una respuesta media desfavorable. Sin embargo, este ítem arroja diferencias significativas por experiencia en TCA, formación en bioética y experiencia previa en coerción, así como entre Psiquiatras y PGS. En lo que abarca el conocimiento de la autoría, no existe literatura que constate el tratamiento de la cuestión y resulta osado arriesgar una explicación. Sea como fuere, se encuentra un patrón que podría indicar una idea tentativa. Los grupos que se ven más a menudo obligados a tomar ese tipo de decisiones (Psiquiatras

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

frente a PGS, expertos en TCA frente a no expertos) o están de alguna forma involucrados en ellas (formados en bioética o pertenecientes a comités de bioética frente a los que no participan en estas decisiones) rechazan con mayor fuerza la posibilidad de objeción de conciencia porque sienten la necesidad de actuar. Los que no experimentan la presión legal de tomar medidas urgentes (los PGS) son más reticentes y sienten más la viabilidad de la objeción. Otra posible explicación, en especial aplicable a la diferencia entre PGS y Psiquiatras, sería la mala prensa que la objeción de conciencia tiene en algunos sectores médicos[44].

Del examen de los resultados sobre la virtual existencia de diferencias significativas entre algunas características sociodemográficas (sexo) y profesionales (antigüedad, experiencia en TCA, formación en bioética y experiencia previa en coerción) sobre esas cuestiones, se deduce una idea principal: tendencia a la homogeneidad entre los grupos que conforman todas las variables, con la sola excepción de la experiencia previa en coerción, que da lugar a diferencias significativas en 5 de los 12 reactivos.

Experiencia previa en coerción

En relación con esta variable, los profesionales que han tomado parte en alguna ocasión muestran significativamente mayor acuerdo con la existencia implícita de coerción informal y con la modificación de la dinámica asistencial para conseguir el internamiento voluntario (ítems 26, 27, 29 y 33).

Ello viene a aportar más evidencia al hecho de que la experiencia previa en coerción parece ser un predictor positivo de una mayor predisposición a la coerción[45–47].

Dos explicaciones a este fenómeno pueden ser las siguientes. La primera, la más intuitiva, sería que aquellos con una actitud más positiva hacia la adopción de medidas involuntarias hayan participado más en ellas precisamente por esa mayor disposición. La segunda, que quienes han participado en la adopción de estas decisiones den entrada a mecanismos de habituación y justificación de la coerción[45,48–50] o de reducción de la disonancia cognitiva[51,52], para aliviar el malestar, culpa o angustia moral que ello les produce[53,54]. Esta última posibilidad debería explorarse, ya que podría conducir a la elección de cursos de acción subóptimos.

El empleo de la coerción invita a hacer una reflexión final. Cabe inferir que el esquema mental que da lugar a una actitud generalizada de apoyo a la utilización de medidas coercitivas, sean estas de tipo formal[55,56] o informal[14,29], parte de la premisa de que la recuperación es viable. Sin embargo, en determinados pacientes, las perspectivas de éxito terapéutico son muy reducidas[57,58]. La resistencia al cambio tiene correlatos incluso a nivel neurobiológico. Varios parámetros neuropéptidicos y hormonales son significativamente diferentes en pacientes con AN de bajo peso, lo que parece contribuir a la perpetuación del trastorno. La existencia de alteraciones opiáceas puede reforzar el estado de inanición y producir una dependencia[59]. La dificultad de cambiar el encuadre puede entenderse, en terminología piagetiana, como un intento de asimilar todo el cúmulo de evidencias desde unos esquemas que no diferencian el inicio y las fases iniciales del trastorno de su forma cronificada. Prueba de ello es que, hoy en día, se siguen aportando las probabilidades de cronicidad y recuperación referidas únicamente al inicio del trastorno, sabiéndose que estas se van reduciendo ostensiblemente a medida que avanza su curso. Parece necesario, por tanto, intentar una caracterización adecuada de la AN crónica[60]. Desde ese punto de vista, se podría realizar un análisis de la realidad menos ambicioso, pero más realista y, en consecuencia, más prudente. Así, en determinados casos, se partiría de modelos de reducción de daños, que se rigen según el principio general de la reducción del impacto negativo del trastorno alimentario para mejorar la calidad de vida, sin la expectativa de la eliminación completa de sus síntomas[61].

Limitaciones

Este estudio tiene varias limitaciones. La tasa de respuesta fue baja, algo usual entre el personal sanitario.

Al no tratarse de un muestreo probabilístico, se desconoce la representatividad de la muestra, por lo que es necesario tener precaución en la extrapolación de los resultados.

Entre los profesionales que pueden legalmente implementar el internamiento no voluntario, la cifra de psiquiatras y psicólogos clínicos ha sido satisfactoria. Sin embargo, el grupo de MIR no ha alcanzado el número de participación que hubiese sido deseable. Ello supone un hándicap, ya que este grupo lleva a cabo asiduamente ingresos no voluntarios. Entre los grupos que no están autorizados a practicar internamientos no se ha alcanzado una participación alta, en especial la de los PGS, que suponen un grupo numeroso. Ello ha llevado a la necesidad de realizar una gran corrección por su peso analítico para obtener las respuestas medias a cada ítem.

A pesar de estas limitaciones, los resultados proporcionan evidencia cuantitativa sobre opiniones de los profesionales de la salud mental sobre cuestiones relevantes que rodean la práctica sanitaria con pacientes con AN.

Conclusiones

Los profesionales de la salud mental se encuentran sometidos a unas condiciones laborales complejas, desconociendo a veces hasta dónde llegan sus atribuciones y atendiendo demandas difícilmente compatibles, lo que tiene consecuencias en su dinámica con los pacientes.

El uso de la coerción informal tiene cierta presencia en la práctica diaria, lo que quizá se relaciona con el intento de conciliar funciones en esencia irreconciliables. Ello conlleva una concepción de la voluntariedad que se aleja de la noción jurídica y de su propia esencia.

No se decantan claramente sobre la titularidad de la atribución de la decisión y la solicitud de los internamientos involuntarios y se muestran contrarios a la posibilidad de objeción de conciencia.

Por lo tanto, parece necesario establecer un diálogo sincero que analice sin prejuicios la legitimidad e idoneidad del *statu quo*.

Por último, se hace imprescindible indagar los fundamentos últimos de las decisiones concernientes a intervenciones coercitivas.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Curr Opin Psychiatry. 2016;29:340–5, http://dx.doi.org/10.1097/YCO. 0000000000000278.
2. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry. 2011;68:724–31, http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado 274, 40126-40132.
4. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado* 7, p. 575-728.
5. Moleón A, Fuertes JC. Opinión de los psiquiatras sobre el tratamiento ambulatorio involuntario. Rev Esp Sanidad Penit. 2020;22:39–45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v22n1/es_2013-6463-sanipe-22-01-0039.pdf.
6. Ramón S, Ramos B. Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico. Dilemata. 2019;30:187–98.
7. Fernández JL, Herranz P, Segovia L. Comentarios sobre el artículo de Ramos y Robles (2019): "Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico". Dilemata. 2020;31:77–83. Disponible en: https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000330/658.
8. Matusek JA, Wright MO. Ethical dilemmas in treating clients with eating disorders: A review and application of an integrative ethical decision-making model. Eur Eat Disord Rev. 2010;18:434–52, http://dx.doi.org/10.1002/erv.1036.
9. Burns T, Yeeles K, Molodynski A, Nightingale H, Vazquez-Montes M, Sheehan K, et al. Pressures to adhere to treatment ('leverage') in English mental healthcare. Br J Psychiatry. 2011;199:145–50, http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.086827.
10. Matusek JA. Former client perspectives on perceived choice, control, and coercion in eating disorder treatment [Tesis doctoral]. Miami University;. 2011. Disponible en: https://etd.ohiolink.edu/.
11. Ramjan LM, Gill BI. An inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison. Am J Nurs. 2012;112:24–33, http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ. 0000418094.31317.52.
12. Szmukler G, Appelbaum PS. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. J Mental Health. 2008;17:233–44, http://dx.doi.org/10.1080/09638230802052203.
13. Túry F, Szalai T, Szumska I. Compulsory treatment in eating disorders: Control, provocation, and the coercion paradox. J Clin Psychol. 2019;75:1444–54, http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22783.
14. García I. El papel de la coacción informal en el tratamiento ambulatorio: un estudio transcultural con profesionales de la salud mental [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2016. Disponible en: https://eprints.ucm.es/38935/1/T37700.pdf.
15. Piñeiro M. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. Enfermería Global. 2013;12:125–50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300008.
16. Locke R, Lees A. A literature review of interventions to reduce stress in doctors. Perspectives in Public Health. 2020;140:38–53, http://dx.doi.org/10.1177/1757913919833088.
17. Deckard GJ, Present RM. Impact of role stress on physical therapists' emotional and physical well-being. Physical Therapy. 1989;69:713–8, http://dx.doi.org/10.1093/ptj/69.9.713.
18. Benbow SM, Jolley DJ. Gender, isolation, work patterns and stress among old age psychiatrists. Int J Geriatr Psychiatry. 1999;14:726–32, doi:10.1002/(sici)1099-1166(199909)14:9<726::aid-gps1>3.0.co;2-v.
19. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. Int J Soc Psychiatry. 2004;50:54–65, http://dx.doi.org/10.1177/0020764004040953.
20. Escudero C, Ibáñez M, Larraz G, Pascual P, Penedo C, Viña P. Competencias legales de los psicólogos clínicos. Neuropsiquiatría. 2003:153–68. Disponible en: http://www.aen.es/web/docs/RevAEN85.pdf#page=153.
21. Patterson C, Procter N, Toffoli L. Situation awareness: when nurses decide to admit or not admit a person with mental illness as an involuntary patient. J Adv Nurs. 2016;72:2042–53, http://dx.doi.org/10.1111/jan.13024.
22. INE. Psicólogos colegiados por año y sexo. 2018. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2018/&file=s05001.px#!tabs-tabla.
23. EUROSTAT. Physicians by medical speciality. 2019. Disponible en: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_spec&lang=en.
24. Duro J. ¿Cuántas/os psicólogas/os especialistas en psicología clínica hay en España? 2019. Disponible en: http://www.copmadrid.org/wp/cuantas-os-psicologas-os-especialistas-en-psicologia-clinica-hay-en-espana/.
25. Nova I. Solo 1 de cada 6 enfermeras tiene reconocida la especialidad. Redacción Médica. 2019. Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/solo-1-de-cada-6-enfermeras-tiene-reconocida-la-especialidad-en-espana-6217.
26. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el SNS. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.4_R. Humanos.pdf.
27. Sainani KL. Dealing with non-normal data. PM R. 2012;4:1001–5, http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.10.013.
28. Fernández-Hernández JL, Herranz-Hernández P, Segovia-Torres L. Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones y actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2021 Jan 20, http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011.
29. Valenti E, Banks C, Calcedo-Barba A, Bensimon CM, Hoffmann KM, Pelto-Piri V, et al. Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015;50:1297–308, http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1032-3.
30. Berenguer-Albaladejo C. Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico: especial consideración al procedimiento a seguir en los casos de urgencia médica. Derecho privado y Constitución. 2014;28:263–309.
31. Ramírez R. Internamiento involuntario y tratamiento ambulatorio forzoso. El supuesto de hecho del internamiento

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

involuntario en el artículo 763 LEC 1/2000. X Jornadas Aequitas: Derecho y situaciones de discapacidad, Bilbao 22-24 de febrero de 2006. Disponible en: http://aequitas.notariado.org/liferay/c/document_library/get_file?uuid=1a471469-153a-42ce-bc9f-5442f509924a&groupId=10228.
32. Kahn RL, Wolfe DM, Quinn RP, Snoek JD, Rosenthal RA. Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity. New York: John Wiley; 1964.
33. Bravo MJ, Zurriaga R, Peiró JM, González P. Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. Psicol Salud. 1993;5:19–36.
34. Ventura T, Navío M, Acosta M, Álvarez I, Baón B. La evaluación de la capacidad y sus problemas. Eidon. https://doi.org/10.13184/eidon.41.2014.12-272014(41):3.
35. Satir DA, Thompson-Brenner H, Boisseau CL, Crisafulli MA. Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: Relationships to clinician and patient factors. Int J Eat Disord. 2009;42:511–21, http://dx.doi.org/10.1002/eat.20650.
36. Strober M. Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2004;36:245–55, http://dx.doi.org/10.1002/eat.20054.
37. Herzog DB, Hamburg P, Brotman AW. Psychotherapy and eating disorders: An affirmative view. Int J Eat Disord. 1987.
38. McEneaney A. Envy in body transference and counter-transference: Female treatment dyads, patients with eating disorders. En: Navaro L, Schwartzberg SL, editores. Envy, competition, and gender: Theory, clinical applications and group work. Routledge/Taylor & Francis Group; 2007. p. 155–82.
39. Silber TJ. Treatment of anorexia nervosa against the patient's will: ethical considerations. Adolescent Medicine-State of the Art Reviews. 2011;22:283.
40. Hebert PC, Weingarten MA. The ethics of forced feeding in anorexia nervosa. Can Med Assoc J. 1991;144:141.
41. Main T. The ailment. Br J Med Psychol. 1957;30:129–45, http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1957.tb01193.x.
42. Ciao AC, Accurso EC, Wonderlich SA. What do we know about severe and enduring anorexia nervosa? En: Managing severe and enduring anorexia nervosa. Routledge;. 2016:21–32.
43. de Miguel Ortega L. Propuesta de Ley Orgánica sobre capacidad dentro del ámbito del derecho sanitario y los derechos fundamentales. Derecho y salud. 2019;29:143–53. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7097148.pdf.
44. Savulescu J. Ethics: Conscientious objection in medicine. BMJ. 2006;332:294, https://doi.org/10.1136%2Fbmj.332.7536.294.
45. Van Doeselaar M, Sleegers P, Hutschemaekers G. Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in The Netherlands. Psychiatric Quarterly. 2008;79:97–109, http://dx.doi.org/10.1007/s11126-007-9063-x.
46. Fernández-Hernández JL, Herranz-Hernández P, Segovia-Torres L. Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2021 Jan 23, http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010.
47. Wynn R, Myklebust LH, Bratlid T. Psychologists and coercion: decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. Nordic Journal of Psychiatry. 2007;61:433–7, http://dx.doi.org/10.1080/08039480701773139.
48. Olofsson B, Norberg A. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. J Adv Nurs. 2001;33:89–97, http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x.
49. Vuckovich PK, Artinian BM. Justifying coercion. Nursing Ethics. 2005;12:370–80, https://doi.org/10.1191%2F0969733005ne802oa.
50. Steinkühler D, Mahlendorf MD, Brettel M. How self-justification indirectly drives escalation of commitment. Schmalenbach Business Review. 2014;66:191–222, http://dx.doi.org/10.1007/BF03396905.
51. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford University Press;. 1957.
52. Klein J, McColl G. Cognitive dissonance: how self-protective distortions can undermine clinical judgement. Med Educ. 2019;53:1178–86, http://dx.doi.org/10.1111/medu.13938.
53. Graham MR, Tierney S, Chisholm A, Fox JR. The lived experience of working with people with eating disorders: A meta-ethnography. Int J Eat Disord. 2020;53:422–41, http://dx.doi.org/10.1002/eat.23215.
54. Jansen TL, Hem MH, Dambolt LJ, Hanssen I. Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. Nursing Ethics. 2020;27:1315–26, https://doi.org/10.1177%2F0969733019877526.
55. Tan JO, Doll HA, Fitzpatrick R, Stewart A, Hope T. Psychiatrists' attitudes towards autonomy, best interests and compulsory treatment in anorexia nervosa: a questionnaire survey. Child Adolesc Psychiatry Mental Health. 2008;2:40, http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.003.
56. Jones WR, Saeidi S, Morgan JF. Knowledge and attitudes of psychiatrists towards eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2013;21:84–8, http://dx.doi.org/10.1002/erv.2155.
57. Lacey JH, Sly R. Severe and enduring anorexia nervosa: Diagnosis, features, and radical new treatment approaches. The Wiley handbook of eating disorders. 2015 Apr 30:142–56, http://dx.doi.org/10.1002/9781118574089.ch12.
58. Westermair AL, Perrar KM, Schweiger U. A palliative approach for severest anorexia nervosa? Der Nervenarzt. 2020 Feb 19, http://dx.doi.org/10.1007/s00115-020-00875-3.
59. Brewerton TD, Dennis AB. Perpetuating factors in severe and enduring anorexia nervosa. En: Managing severe and enduring anorexia nervosa. Routledge;. 2016:21–32.
60. Wildes JE, Forbush KT, Hagan KE, Marcus MD, Attia E, Gianini LM, et al. Characterizing severe and enduring anorexia nervosa: An empirical approach. Int J Eat Disord. 2017;50:389–97, https://doi.org/10.1002%2Feat.22651.
61. Pike KM, Olmsted MP. Cognitive behavioral therapy for severe and enduring anorexia nervosa. En: Managing severe and enduring anorexia nervosa. Routledge;. 2016:148–65.

Cómo citar este artículo: Fernández-Hernández J-L, et al. Rechazo del tratamiento para la anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. Rev Colomb Psiquiat. 2021. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

5. DISCUSIÓN INTEGRADORA

Los resultados de la parte cualitativa y cuantitativa han sido ya convenientemente discutidos en los artículos que integran esta tesis doctoral en "formato publicaciones". A continuación, se va a presentar una discusión integradora con la toma de posición general del autor ante el conjunto de hallazgos obtenidos en la investigación.

5.1. Actitudes hacia la intervención involuntaria y la capacidad

Una de las hipótesis de esta investigación predecía de los profesionales de salud mental la creencia en la ausencia de capacidad de decisión y autocuidado de los pacientes con anorexia nerviosa, una actitud favorable a la implementación de intervenciones involuntarias y la mayor idoneidad de su aplicación en pacientes debutantes.

Del análisis conjunto del estudio cualitativo (publicación 1) y cuantitativo (publicación 2), se extrae la conclusión de que los profesionales de la salud mental consideran que los pacientes con anorexia nerviosa pueden carecer de capacidad para la toma de decisiones (capacidad decisoria) y para el autocuidado (capacidad funcional) y estiman conveniente, en determinadas situaciones, la implementación de intervenciones involuntarias. Ello concuerda con la investigación que se conoce al respecto (Cowan, 2020; Jones et al., 2013; Tan et al., 2008).

Más allá de la constatación de esa esperada adhesión, procede hacer una reflexión ética sobre el significado de su generalidad. Como indica Feito (2019), del hecho de que una mayoría se decante en un determinado sentido ante un problema moral no se desprende que sea esa la opción o fórmula óptima[153]. Por tanto, no cabe colegir de la actitud favorable manifestada por los participantes, la optimalidad ética del curso de acción que representa. Tampoco cabe olvidar, como igualmente señala la autora,

[153] La cuestión que presenta la autora (Feito, 2019) no nace del vacío, sino de una creciente tendencia a considerar que los juicios morales se basan parcialmente en la intuición (Haidt, 2001). Greene (2003) expone una hipótesis evolucionista explicativa de por qué una mayoría de gente responde de forma similar en la aceptación de unos comportamientos y el rechazo de otros, cuando la moralidad de esos actos no parece ser distinta. El ejemplo que presenta, adaptado de Unger (1996), es que la gente considera incorrecto no ayudar a un ciclista desconocido que se encuentra malherido al lado de la carretera para no manchar la tapicería del coche con la sangre mientras que considera aceptable gastar un dinero en lujos que podría enviarse para salvar la vida de personas desfavorecidas en lugares remotos. Para algunos autores no hay diferencia moral entre ambos (Singer, 1972). Green (2003) transmite la idea de que el cerebro se ha conformado para sentir malestar ante las personas necesitadas cercanas, presentes, no para aquellas fuera de la vista. Esa crítica al intuicionismo casa muy bien con la falacia naturalista de identificar una propiedad moral con otra natural (Moore, 1957). En definitiva, cabría quizá subsumir las ideas anteriores bajo el aserto de que sobrevive el más apto, no el más moral. El malestar que se experimenta ante determinados actos no tiene origen en la maldad intrínseca del hecho, sino en su selección evolutiva.

que cuando un problema bioético es presentado en tercera persona las respuestas utilitaristas crecen en número, como si el distanciamiento permitiese controlar el componente emocional[154]. Igualmente debe valorarse la brecha existente entre lo que consideran las creencias éticas de la persona y lo que dicta la experiencia clínica en la práctica, como pudo comprobarse en el estudio de Kullgren et al. (1996).

Todo lo anterior tiene enormes implicaciones en el tema que ocupa la presente investigación. Cabe plantearse si la proximidad física del facultativo o la lejanía del comité de ética asistencial influye en la evaluación de la moralidad de las decisiones. Y parece conveniente tenerlo presente como precaución ante la tentación de conceder, de forma automática, más valor a las opiniones y actitudes de una mayoría o de los estrechamente implicados en un caso (familia, amigos, cuidadores a cargo del paciente, etc.). Algo similar podría alegarse a quienes descartan del debate bioético a determinados agentes. Por ejemplo, Butkus (2018) considera que no todas las opiniones son iguales y aboga por la necesidad de experiencia clínica en el asesoramiento en ética médica. Sin embargo, de acuerdo con lo expuesto, también podría estimarse la ausencia de experiencia clínica como un elemento de calidad y no de desdoro.

5.2. La doble dinámica

El estudio cualitativo refleja que el profesional sanitario se ve forzado a cambiar su dinámica asistencial ("la doble dinámica") en virtud de la asunción de unas atribuciones de dudosa legitimidad que le instan a obrar, bien sea con acción o inacción. Cuando la situación física del paciente comienza a ser preocupante, los facultativos de salud mental dejan de ofrecer una atención terapéutica convencional y, en su lugar, articulan la asistencia en torno a la búsqueda de la aceptación voluntaria del internamiento, recurriendo al procedimiento no voluntario solo como última opción. Ello supone un acercamiento al paciente distinto al que tiene lugar cuando la situación física es menos acuciante.

En lo que alcanza el conocimiento del autor de esta tesis, no existe literatura previa que haya desvelado un cambio similar en la dinámica terapéutica, por lo que se quiso poner a prueba el hallazgo con métodos cuantitativos. Para ello, se procedió a la construcción y aplicación de un cuestionario *ad hoc*. En particular, se trató de operativizar la doble dinámica por medio de los reactivos 32 y 33. En el ítem 32, los participantes debían pronunciarse sobre la siguiente afirmación: "La posibilidad de que se produzcan problemas físicos graves modifica mi forma habitual de trabajar con un/a paciente", lo que ofreció una puntuación de 6,87 (6,56-7,18). Es decir, el acuerdo con

[154] Ello se incardina en la teoría dual, según la cual una respuesta emocional negativa prepotente (apoyada en parte por la corteza prefrontal medial) impulsa la desaprobación moral (Greene, 2007; Greene et al., 2004; Greene et al., 2001).

lo expresado es claro y supone una reválida a lo expuesto en el estudio cualitativo. El tenor del item es meridiano, el profesional de salud mental deja de realizar su prestación terapéutica habitual, es decir, cambia la forma de practicar su atención al paciente. Además, el motivo de ese cambio radica en "los problemas físicos". Esto es relevante. No es la condición psicopatológica, sino la condición física la que desencadena el cambio de dinámica, como había revelado el estudio cualitativo al situar el bajo peso como "disparador del cambio".

El ítem 33, que fue redactado con el siguiente tenor: "El hecho de que haya un riesgo físico grave conlleva que la relación con el/la paciente se oriente en gran parte a convencerlo/la para que acepte el tratamiento", obtuvo una puntuación media de 7,18 (6,91-7,46). Como puede apreciarse, la adhesión es incluso mayor que con el ítem anterior. Esta redacción es muy informativa. Apréciese que no solo incide en el cambio de dinámica, sino que, además, detalla en qué se materializa la nueva dinámica; en "convencerlo/la para que acepte el tratamiento". Es decir, de una dinámica respetuosa con la decisión del paciente, se pasa a una forma de aproximación al paciente cuya intención es, fundamentalmente, vencer su resistencia.

Con esto se da entrada a otro de los hallazgos de esta investigación, a saber, el empleo cotidiano de prácticas de coerción informal.

5.3. Empleo de la coerción informal

Una de las hipótesis de partida de esta tesis doctoral es que se encontrarían elementos de coerción informal en el modo de actuación de los profesionales y, efectivamente, tanto de la investigación cualitativa como del estudio cuantitativo se desprende que esta es una práctica cotidiana. Ello viene a añadir más evidencia a una literatura que ya ha reflejado anteriormente este hecho (Cowan, 2020; García, 2016; Hiday et al., 2002; Jaeger et al., 2014; Martin y Gurbai, 2019; Szmukler y Appelbaum, 2008; Valenti et al., 2015; Vera, 2016). Recuérdese que los internamientos involuntarios formales representan solo una parte de los pacientes internados contra su voluntad (Lewis et al., 1984), pudiendo oscilar la prevalencia de coerción percibida entre el 16 y el 90% (Newton-Howes y Stanley, 2012), razón por la cual algunos autores instan a superar la dicotomía formal del estatus legal voluntario e involuntario (Hiday et al., 2002; Monahan et al., 1995).

Se ha constatado igualmente la presencia de distintos niveles de coerción, en línea con la literatura que habla de un continuo donde la influencia, la persuasión y la presión se mueven hacia mayores grados de coerción (Matusek y Wright, 2010). Sin embargo, no todos los elementos de coerción informal tienen el mismo grado de aceptación. Por ello, conviene realizar un análisis separado.

5.3.1. El problema de la persuasión

El análisis de la persuasión resulta especialmente interesante, ya que es una práctica de coerción informal generalmente admitida, incluso considerada una obligación moral para el profesional de la salud mental (Bindman, 2004; MacLean, 2006; Savulescu, 1995; Vera, 2016), como también manifestaron los participantes en la investigación de la publicación 1 (p. 6). Igualmente, se ha visto en la publicación 3 que el ítem 33 aporta evidencia cuantitativa al hecho de que los profesionales intentan convencer al paciente de que acepte el tratamiento y que se asume de forma generalizada la legitimidad del intento de persuadir al paciente de lo que creen más apropiado. El ítem 27, trasluce además el convencimiento sobre su efectividad. A la afirmación "A veces, los/las pacientes con anorexia nerviosa aceptan el internamiento gracias a la persuasión ejercida por parte del personal sanitario en tal sentido", los profesionales otorgan una puntuación media de 7,61 (7,42- 7,80).

Sin embargo, el empleo de la persuasión es problemático. En primer lugar, ya se comentó que la coerción informal no se percibe igual por el personal sanitario que por el paciente (Boughtwood y Halse, 2010), que no está necesariamente asociada al grado de restricción (Tan et al., 2010) y que la falta de conciencia de enfermedad puede significar que algún tipo de coerción forma parte inevitable del tratamiento (Túry et al. 2019). Una recomendación del médico puede ser asimilada como una amenaza por el paciente.

Por otro lado, uno de los pilares del modelo del consentimiento informado es que el paciente debe recibir información objetiva. La LAP no recoge en ningún momento que sea una atribución del médico intentar persuadir al paciente de que tome una determinada decisión o de qué sea lo mejor para el paciente. La LAP establece que todo profesional está obligado "al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente" (art. 2.6.) y que la información clínica comunicada al mismo "le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad" (art. 4.2.). No parece, pues, ajustarse al respeto a la autonomía del paciente, al menos según el tenor de la norma que la regula, intentar convencerlo para que cambie de opinión.

El intento de convencer al paciente no parece, pues, tener cabida en una relación sanitaria regida por una legislación autonomista. Puede resultar esclarecedora la analogía con el paciente de medicina general; es difícil imaginar que el médico dedique la consulta a convencer al paciente de una intervención que este rechaza. El empleo de la persuasión parece poco respetuoso[155] con la autonomía del paciente y sorprende la fuerte adhesión que suscita en salud mental. Quizá detrás de ello se encuentra la herencia de unos patrones de relación con el paciente que no se han acomodado aún al nuevo marco legal y ético.

[155] Esta afirmación transciende, para algunos, el ámbito sanitario. Valga como ilustración la conocida cita del Premio Nobel de literatura José Saramago (Excelsior, 2012) para quien "el trabajo de convencer es una falta de respeto, es un intento de colonización del otro".

Tan solo en el caso de que se le considere incapaz, cabría hacer caso omiso a su voluntad por medio de una intervención involuntaria. Esto nos lleva a otros dos hallazgos: el diferente criterio de voluntariedad entre juristas y sanitarios, y el trato al paciente como si fuese capaz aunque no lo sea (lo que, a su vez, explica la importancia del peso como disparador del cambio).

El empleo de la persuasión de forma diferencial, solo para el tratamiento de pacientes con trastorno mental, parece atentar contra la norma constitucional que proclama la igualdad ante la ley y prohibición de discriminación por condición o circunstancia personal o social (este precepto, de hecho, pone en duda la legitimidad del art. 763 LEC, como se expondrá más adelante).

No obstante, se puede esgrimir que la persuasión forma parte de la propia terapia utilizada por el profesional de salud mental. En ese caso, se debería alertar previamente al paciente de este aspecto, en atención al derecho a la información sobre las opciones de tratamiento. Es decir, habría que comunicarle que parte del tratamiento va a consistir en intentar convencerle de que acepte adicionales tratamientos.

Conforme a lo expuesto, se puede pensar que la aplicación estricta de la LAP al paciente de salud mental impediría la realización de psicoterapias efectivas. Es una cuestión crucial que excede las pretensiones de esta investigación. La idea que se pretende transmitir es que el empleo de la persuasión puede no ser compatible con la legislación actual. Por ello, se insta a reflexionar e investigar sobre su utilización, su justificación ética y su acomodo legal.

Recapitulando, los ítems q32 y q33 aportan evidencia sobre el hecho de que el riesgo físico obliga a los profesionales de salud mental a variar su forma de trabajar con un paciente y la consulta acaba destinándose a tratar de convencerle de la necesidad de un tratamiento hospitalario.

5.3.2. Otros elementos de coerción informal

Otros mecanismos de coerción informal (coacción, amenaza, …) tienen peor prensa que la persuasión. De hecho, se consideran contrarios a la ley y a la ética. Sin embargo, el estudio cualitativo informó de su empleo y ello se quiso contrastar en la población objetivo con métodos cuantitativos, en concreto a través del ítem 29. Este reactivo rezaba exactamente "A veces es conveniente informar al/ a la paciente con anorexia nerviosa del posible uso de la medida de internamiento no voluntario para que siga el tratamiento o adopte la decisión de ingresar voluntariamente" y obtuvo una puntuación de 7,12 (6,83-7,41).

El ítem expone una situación de evidente amenaza. Si el paciente no hace "voluntariamente" lo que se le aconseja, se llevará a cabo de forma involuntaria. Como puede verse, el paciente se encuentra sin alternativa, en una situación de ausencia de elección real que ya ha sido reportada por la literatura psiquiátrica general (Gilboy y

Schmidt, 1971). Se le informa de que si no sigue el tratamiento es posible que se adopte una medida forzosa, el internamiento involuntario. En realidad, su única elección es si prefiere que el internamiento se tramite mediante un consentimiento informado o por el procedimiento del art. 763 LEC. En definitiva, la elección del internamiento no responde a la voluntad del paciente. Sobre qué se entiende por voluntariedad se retornará más adelante.

Las respuestas a este ítem no ofrecen diferencias significativas por grupos profesionales, pero sí en virtud de la experiencia en TCA y el respaldo previo. Ello es revelador en el sentido de que parece confirmar la diferencia de visión que otorga el hecho de enfrentarse a estas situaciones. Los profesionales expertos en TCA han de enfrentarse más a menudo a casos graves y de ello ha de seguirse que les es más habitual tratar con el paciente la posibilidad del ingreso. Quizá no sea una actitud en sí más marcada, sino que en el imaginario de expertos y no expertos en TCA se vislumbran casos de diversa gravedad. Y la gravedad del paciente es una variable que da lugar a diferencias en las actitudes de los psiquiatras cuando opinan sobre su capacidad (Tan et al., 2008). El respaldo previo genera muchas diferencias y este reactivo no es una excepción.

5.3.3. La voluntariedad

En el apartado anterior se discutía sobre el hecho de que los pacientes se ven con la sola alternativa real del ingreso y se aludía a la falta de correspondencia entre el número de internamientos que se tramitan por el art. 763 LEC y los que no obedecen a la voluntad del paciente. La publicación 1 y la literatura (Matusek y Wright, 2010) evidencian que son hospitalizaciones que, sin responder a la voluntad real del paciente, se registran como internamientos voluntarios. Es decir, a efectos administrativos, legales y judiciales, tienen el mismo tratamiento que los ingresos realmente autónomos (es decir, aquellos internamientos, en que el paciente, consciente de su situación de salud y sin presión externa, se decanta libremente por esa opción de tratamiento).

Esta consideración es mucho más relevante de lo que puede parecer, ya que implica que el paciente pierde la protección jurídica que el sistema legal establece para quien es internado contra su voluntad. El paciente se encuentra, en realidad, en una situación de desprotección mayor que si hubiese sido internado a través del procedimiento del art. 763 LEC. No deja de tratarse de una persona incapaz de gobernarse por sí misma (al menos, según el criterio del facultativo) que es ingresada sin conocimiento judicial.

Para verificar si, efectivamente, el ingreso voluntario de los pacientes con anorexia nerviosa no siempre obedece a su una voluntad clara y manifiesta, se introdujo el reactivo 26, con la siguiente redacción "En ocasiones, a pesar de tramitarse el internamiento como voluntario, el/la paciente con anorexia nerviosa lo acepta con renuencia". Los datos que arrojan las respuestas a este ítem dejan poco lugar a dudas.

La adhesión media se eleva a 7,74 (7,55-7,93). Ello permite recapitular las siguientes ideas:

En primer lugar, que no todos los internamientos tramitados al margen del procedimiento descrito en el artículo 763 LEC son necesariamente aceptados mediante una voluntad libre del paciente. Se ha visto en el marco teórico que hay un espacio para la coerción informal, que no deja reflejo judicial, pero que vence la voluntad real del paciente. Independientemente de que esta solución sea, quizá, la menos dañina, no hay que ignorar que está ocurriendo y procede abordarla.

Del análisis de la situación en que se produce el internamiento involuntario, se deduce que el paciente es considerado incapaz con anterioridad a que el ingreso devenga perentorio por la gravedad física. De otra manera, la ley no permitiría una intervención involuntaria, pues para ello la persona no ha de estar "en condiciones de decidirlo por sí" (art. 763 LEC) y la capacidad no se pierde por el mero hecho de traspasar un umbral de IMC (Elzakkers et al., 2016). Por ello, cuando se tramita un internamiento por la vía del art. 763 LEC, hay que entender que el facultativo ya sabe, con anterioridad, que el paciente no es capaz y espera a que revierta esa situación sin necesidad del ingreso involuntario (pues este asegura la recuperación física pero, en numerosas ocasiones, no mejora la condición psicopatológica y sí puede deteriorar la relación terapéutica).

Por tanto, cabe plantearse si no es conveniente que, en el momento en que se pierde la capacidad, se comunique el hecho al juzgado, con independencia de que aún no se den los criterios para ordenar un internamiento involuntario. Sería, desde luego, una medida engorrosa y ha de tomarse simplemente como una sugerencia. Sea como fuere, parece necesario que los pacientes que reciben asistencia sanitaria en estas condiciones gocen de una protección y un tratamiento jurídico adecuado a su situación.

El análisis anterior parte de la categorización dicotómica ideal que la ley establece entre pacientes capaces y no capaces. Pero carece de valor y pone en tela de juicio la aplicabilidad del modelo del consentimiento informado si la capacidad del paciente con anorexia nerviosa no puede ser determinada, como parece desprenderse de esta investigación.

No obstante, en el caso de que se pudiese constatar su pérdida, parecería preceptivo informar al paciente de ese particular, a tenor del derecho a una información veraz sobre su proceso de salud reconocido en la LAP. Además, en caso de tramitarse un internamiento, se debería utilizar el procedimiento de art. 763 LEC. Sin embargo, este no suele ser el caso, en aras de la propia relación terapéutica y, en definitiva, de la mejoría del paciente. La investigación da cuenta de la distancia existente entre la ley y la realidad clínica. En efecto, lo manifestado en el ítem 28 ("Por el bien de la relación terapéutica, es deseable tramitar el internamiento como voluntario si el/la paciente acaba aceptándolo, independientemente de su capacidad

para decidir") tuvo una clara adhesión, alcanzando una puntuación media de 7,56 (7,28-7,84).

Las implicaciones que se extraen de la respuesta de los profesionales a este ítem no pueden ser obviadas. En su opinión, la interpretación y aplicación legalista del procedimiento establecido en el art. 763, según la cual el internamiento no voluntario lo es por la incapacidad de decidir del paciente, independientemente de que se oponga o no al ingreso (Berenguer, 2014; Ramírez, 2006), es perniciosa para relación terapéutica. Es decir, el cumplimiento del procedimiento legal no resulta inocuo. Esto concuerda con la opinión de los médicos en otros países que también consideran la ley y sus reglas contrarias a las necesidades de salud mental de los pacientes (Elbogen y Tomkins, 1999) y señalan la dificultad de aplicar los criterios medicolegales al internar pacientes involuntariamente (Røtvold y Wynn, 2014). Este aspecto requiere la consideración de futuras investigaciones.

5.4. La imposibilidad de aplicar el modelo del consentimiento informado

De acuerdo con la corriente del consentimiento informado en la atención de la salud, la autonomía personal está relacionada con la capacidad de toma de decisiones (Schlimme, 2016). No obstante, el análisis de la prestación del consentimiento en anorexia nerviosa ha brindado numerosas inconsistencias en cuanto a la posibilidad de su aplicación. Se presentan algunas de las debilidades encontradas.

5.4.1. Determinación de la capacidad

La LAP construye la autonomía del paciente en base al consentimiento informado, que define como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud".

Se ha constatado que para los profesionales de la salud mental resulta muy complejo determinar la capacidad del paciente con anorexia nerviosa. Al fin y al cabo, es una decisión que implica decantarse en uno de los sentidos, el paciente es o no capaz para la toma de determinada decisión de tratamiento. Ya se vio que el paradigma de la autonomía basado en una división binaria no tiene en cuenta la complejidad de la toma de decisiones y el continuo de las capacidades humanas, ni es un procedimiento neutral libre de valores, al tener en cuenta la naturaleza de las decisiones que están tomando y las consecuencias de estas decisiones para la persona (Donnelly, 2006). Por tanto, resulta parsimonioso pensar en la simple imposibilidad de determinar si el paciente carece o no de capacidad para decidir.

Sin embargo, el edificio del consentimiento informado está fundamentado sobre esa evaluación de la capacidad (Navío y Ventura, 2014), en la que, una suerte de prohibición tácita de *non liquet* (por analogía con el principio que impide a los jueces ampararse en la oscuridad de las normas para no resolver), obliga a posicionarse sobre la (in)capacidad del paciente. No pone en duda esta posibilidad, así como tampoco parecen cuestionarla los profesionales de la salud mental.

Poco tiempo atrás fue publicado un artículo sobre evaluación de la capacidad (Palacios et al., 2020) que tampoco discute la factibilidad de finalizar cualquier evaluación, aunque reconoce, significativamente, la posibilidad de dar un resultado provisional de "Paciente con la competencia levemente afectada" (p. 260). En ese caso, los autores señalan que, si el balance-riesgo fuese intermedio o desfavorable, se solicitaría una segunda opinión a un especialista en evaluación de la capacidad. Y así parece quedar resuelta la dificultad, al dar por supuesto que el nuevo evaluador sí informa en uno u otro sentido.

Ramos y Robles (2020, p.195) alertan de la inexistencia de "unos criterios claros y concisos sobre qué y cómo llevar a cabo el proceso valorativo en pacientes con anorexia nerviosa, por lo que al final puede ser más una decisión subjetiva (en este caso clínica) que no una postura objetiva". Si están en lo cierto, se facilita la entrada en la ecuación de otros elementos ajenos a la capacidad del paciente, como puedan ser el peso o la familia, que tanta relevancia cobraron en la publicación 1.

El peso, en particular, es un elemento que los participantes del estudio cualitativo relacionan sistemáticamente con la capacidad. Ciertamente, la investigación advierte de diversas alteraciones conductuales y neuropsicológicas relacionadas con el infrapeso. Sin embargo, hay que tener cierta cautela en cómo opera esa relación. Se vio en el marco teórico que las consecuencias de la inanición explican más bien conductas de atracón (Eckert et al., 2018) y que, controlados posibles factores de confusión, la relación entre la conciencia de enfermedad y el IMC puede dejar de ser significativa (Konstantakopoulos et al., 2011). A ello hay que añadir que el paciente también ha rechazado el tratamiento previamente a su supuesta incapacidad, cuando el peso era mayor (Giordano, 2019).

La dificultad de la determinación de la capacidad, que no es exclusiva de la anorexia nerviosa, puede dar entrada a estrategias veladas de paternalismo. De hecho, así lo hace bajo la forma de escalas graduadas de capacidad, como pretendió reflejarse en la publicación 4.

5.4.2. La necesidad del diagnóstico

EL art. 763 LEC establece como requisito para poder ordenar un internamiento no voluntario la razón de trastorno psíquico. Sin embargo, la literatura sobre capacidad hace hincapié en que deterioro e incapacidad pueden estar relacionados, pero no se identifican (Álvarez et al., 2014; Ganzini et al., 2003 ; Grisso y Appelbaum, 1995; Tan et

al., 2006). Es más, el diagnóstico de enfermedad mental o cerebral no implica la presunción de incapacidad (Ventura et al., 2014).

La pregunta que cabe plantearse es qué aporta la necesidad de un diagnóstico de trastorno mental si lo que establece la posibilidad de intervenir es la capacidad del paciente. Algunos autores etiquetan las enfermedades mentales como enfermedades de la libertad o consideran que los trastornos mentales pueden afectar al libre albedrío (Ey, 1975; Meynen, 2010; Levy, 2003). En ese caso, bastaría quizá un diagnóstico de enfermedad mental[156] para poder declarar incapaz al paciente y tratar de legitimar la decisión por representación. Sin embargo, si se considera que la enfermedad mental y la capacidad son elementos distinguibles, como así proclama la literatura especializada (Álvarez et al., 2014) y aunque lógicamente aquélla pueda afectarla (Ventura et al, 2014), no parece coherente continuar con una legislación injustamente discriminatoria contra las personas que padecen trastorno mental.

El legislador debe ponerse manos a la obra para revertir esta situación, posiblemente en el sentido indicado por el Comité de Bioética de España (2019), esto es, sin vincular la aplicación de los tratamientos involuntarios a la concurrencia de un trastorno psíquico o discapacidad. Por el momento, a pesar de las voces que insisten a favor de los derechos y en contra de la coerción, se sigue sin actuar al respecto (Inchauspe, 2019).

5.4.3. El solapamiento de capacidad y trastorno

Lo anteriormente expuesto es aplicable a cualquier trastorno mental. En anorexia nerviosa, las cosas se complican aún más por el solapamiento entre la definición de la capacidad y la del trastorno, en particular respecto al componente apreciativo. La descripción del trastorno incluye una evaluación incorrecta de la propia figura y del riesgo. Recuérdese el criterio diagnóstico del DSM-5 que reza como "Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual". Esa es, precisamente, la diferencia con otras patologías físicas, en la cuales, aparentemente, la condición no tiene efectos sobre cómo se valora la propia enfermedad.

Ramos y Robles (2019) señalan que el instrumento de valoración de la capacidad McCAT-T fallaría al aplicarse a los pacientes con anorexia nerviosa porque la falta de apreciación es relevante en el trastorno, ya que la distorsión de la imagen corporal es central en él y, en consecuencia, siempre cabría justificar la incapacidad del paciente en su falta de apreciación.

Se plantea entonces uno de los atolladeros de la valoración de la capacidad en anorexia nerviosa: el mero diagnóstico puede impedir que las personas sean

[156] Conviene a este respecto considerar el creciente número de trastornos recogidos por DSM y CIE.

consideradas capaces para rechazar el tratamiento y, a su vez, justificar inherentemente el tratamiento involuntario (Kendall, 2014). Más aún, si a ello se añade que la anorexia nerviosa tiene la particularidad de poder poner en peligro la vida y que, de acuerdo con lo expuesto por Hermann et al. (2016a), la ponderación de los principios morales juega un papel primordial en el establecimiento de los valores límite que determinan la capacidad de decisión.

5.4.4. Solo quien se opone es incapaz

Esto era algo ya advertido por la literatura específica [157] de anorexia nerviosa (Kendall, 2014; Rathner, 1988) y es considerado una de las trampas de la evaluación de la capacidad en general (Ganzini et al, 2003). Aunque no se ha sometido a falsación en el estudio cuantitativo y, por tanto, no se puede extrapolar, la participante 12 concretaba que la capacidad del paciente sólo se valora cuando la decisión va en contra de las indicaciones médicas y si se estima que la intervención involuntaria puede ser efectiva.

Sólo si el paciente adopta una posición que no es compartida por el equipo médico se plantea la posibilidad de evaluar su capacidad. Sin embargo, atendiendo a lo que establece la literatura sobre valoración de la capacidad, lo que realmente podría alertar de su pérdida sería un cambio brusco en sus voliciones. Lo realmente sorprendente sería que una persona que lleva un tiempo restringiendo la ingesta, periodo que ha podido extenderse durante años, decida, de repente, incrementar la misma. Este cambio de opinión podría ser indicativo de una variación en la capacidad, pero no se va a evaluar por alinearse de acuerdo con las indicaciones médicas.

Lo que determina la atención especial al paciente renuente es la protección del valor salud, que puede imponerse veladamente. Si el paciente acepta las indicaciones dadas por el facultativo, el tratamiento sigue adelante; en caso de rechazo, se cuestiona su capacidad. Si la decisión es médicamente relevante, en el sentido de que pone en riesgo la salud del paciente, se eleva el estándar de capacidad exigido para ser considerado capaz. En definitiva, se hace depender la capacidad del paciente (y, por ende, la validez de su decisión) de un factor externo, lo que parece dar la razón a quienes entienden que, en realidad, se trata de un juicio moral y no de una evaluación de la capacidad como habilidad inherente (Hermann et al., 2016a).

De todas maneras, es comprensible y casi exigible, en aras de una utilización razonable de los recursos, que se invierta mayor tiempo en la evaluación de aquellos

[157] No es, ni mucho menos, un fenómeno exclusivo de la anorexia nerviosa. Álvaro (2012, pp. 292-293) es claro respecto a la situación: "existen muchas otras situaciones en las que se instauran tratamientos, o se procede a procedimientos diagnósticos, sin que el paciente tenga competencia o capacidad suficiente para decidir. Como no hay rechazo, ni tampoco riesgos elevados o consecuencias graves o trágicas, la falta de competencia pasa desapercibida. Este aspecto, de baja sensibilidad a la falta de competencia, que solo estalla en los casos de especial alarma, va en contra del respeto al principio de autonomía".

casos que ponen en riesgo la vida de los pacientes. En definitiva, se trata de atender al principio de justicia social. Ello no impide tener presente que, entre las adhesiones al tratamiento, algunas pueden ser realizadas por pacientes que carecen de capacidad. Y se vuelve a plantear qué hacer si son detectadas. El art. 763 LEC se limita a regular la situación en que el internamiento está indicado. Si este no es necesario, surge la cuestión anteriormente comentada sobre la oportunidad de su notificación a la autoridad judicial.

5.4.5. Irrelevancia de la capacidad

En un apartado anterior se ha abordado la posibilidad de que no sea determinable si el paciente es capaz o no para tomar decisiones sobre su salud. Esta dificultad erosiona los cimientos del edificio del consentimiento informado, ya que se sostiene en torno a esa precisión. Pero, aun en el supuesto de su accesibilidad, podría ser irrelevante si otros valores toman mayor fuerza que el valor autonomía del paciente. Según se expuso en la publicación 4, esta tesitura se presenta en anorexia nerviosa (Giordano, 2019; Fernández et al., 2020), así como en otros ámbitos de la atención sanitaria (Ahlin, 2018; Høyer, 2000; Hubbeling; 2014).

En determinados casos de pacientes con anorexia nerviosa, los cuatro principios básicos de la bioética plantean divergencias y cuestionamientos éticos profundos sobre la realidad de la práctica clínica (Aguirre et al., 2017). Como se menciona en la publicación 1, Simona Giordano (2019) habla de la posibilidad de excepcionalidad con respeto a los clásicos principios bioéticos (respeto por la autonomía, respeto por el rechazo capaz y poner fin al tratamiento fútil). El argumento de la autora supone un cambio de enfoque, ya que basa la toma de decisiones en la posibilidad de recuperación y en la mejora de la calidad de vida. De esta forma, no sería aceptable emprender acciones que vayan contra la voluntad del paciente incapaz si no hay cierta garantía de mejora.

Lo anterior cobra aún más sentido teniendo en cuenta las dificultades que plantea la valoración de la capacidad del paciente con anorexia nerviosa. Por ello, cabría defender que esta evaluación pasase a un segundo plano cuando la efectividad psicopatológica del empleo de medidas involuntarias es nula, no benefician al paciente aun siendo fisiológicamente eficaces y el paciente se opone a ellas.

Además, desde el prisma de los derechos humanos, también puede discutirse su relevancia por dos motivos. En primer lugar, por la posibilidad de incurrir en discriminación. Recuérdese la interpretación autorizada de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad que entiende que no cabe negar la capacidad jurídica para adoptar una decisión concreta basándose en la aptitud para adoptar decisiones independientemente del criterio adoptado para evaluarla [158]

[158] Es cierto que algunos autores entienden que no se da tal discriminación cuando la evaluación de la capacidad se basa en un enfoque funcional (Scholten et al., 2021) y que es cuestionable que realmente

(Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2014). En segundo lugar, por la prohibición absoluta de la tortura y de los tratos inhumanos y degradantes (Asamblea General de la ONU, 1948; Consejo de Europa, 1950), que cuestiona de antemano el sentido de cualquier evaluación de la capacidad sobre una intervención categorizable como tal[159].

5.5. Atribución de la decisión

Aunque la realidad asistencial deja en manos del médico la evaluación de la capacidad del paciente y la solicitud del internamiento (de Miguel, 2019), ello comporta actuaciones técnicas y éticas claramente distinguibles. Conviene tenerlas presentes, ya que, de acuerdo con lo sugerido por la presente investigación, el hecho de concentrarlas en el mismo profesional puede suponer un deterioro de la prestación sanitaria.

Una primera actuación cuya atribución conviene analizar es la valoración de la capacidad del paciente. El facultativo, a raíz de su relación terapéutica puede llegar a dudar de la capacidad de aquél para la toma de decisiones sanitarias y/o para procurarse autocuidado. La duda sobre la capacidad del paciente implicaría llevar a cabo una valoración de la misma y ya se ha visto de la complejidad de ofrecer una solución satisfactoria cuando se plantea, como hace la ley, en términos dicotómicos (recuérdese que el art. 763 de la LEC se puede aplicar únicamente a la "persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí"). Esta dificultad, inherente a toda evaluación de la capacidad, se acentúa en anorexia nerviosa, ya que el paciente conserva el juicio de realidad aparentemente preservado.

Sea como fuere, antes de ceder la decisión a otra persona o instancia se debe probar que el paciente no es capaz, ya que goza de presunción de capacidad (Simón-Lorda, 2008; Ventura et al., 2014) o de "optimalidad decisoria"[160] (Fernández et al. 2020, p.77)

se pueda ignorar el papel de la capacidad de una persona para tomar una decisión independientemente de las circunstancias (Szmukler, 2019).

[159] Se vio que una de las razones esgrimidas en contra del tratamiento involuntario era la profunda invasión personal de los métodos administrados, que podría llegar a ser inhumana y degradante (Umezulike, 2020), que puede vivirse como algo traumático (Bannatyne y Stapleton, 2016; Katsakou y Priebe, 2007; Matusek, 2011; Tan, Hope, Stewart y Fitzpatrick, 2003) o como una forma de maltrato (Matusek, 2011; Starzomska, 2006; Tan et al., 2010). Igualmente se comentó la posición de algunos autores que abogan por el reconocimiento de las intervenciones psiquiátricas forzadas como una grave violación de los derechos humanos (Minkowitz, 2007; 2010).

[160] Fernández et al. (2020) reclaman la necesidad de extender la presunción de capacidad a una presunción de optimalidad decisoria. Estos autores consideran que, de las supuestas dificultades del paciente para hacerse cargo de su vida, no ha de seguirse necesariamente una decisión por sustitución. Para ello, habría que demostrar que otra persona o instancia está en mejores condiciones para decidir sobre la vida del paciente que el propio paciente. Según los autores, un paciente supuestamente incapaz

y no puede presuponerse la incapacidad por pertenecer el paciente a un determinado tipo o grupo de enfermos (Simón et al., 2001; Ventura et al., 2014). Dadas las dificultades expuestas a la hora de determinar la capacidad del paciente con anorexia nerviosa, parece que en contadas ocasiones sería claro un dictamen de incapacidad.

De acuerdo con lo visto en esta investigación, quizá es este el momento en que un primer desdoble de funciones podría tener lugar para posibilitar que el cuidado del paciente siga un curso normal y no se vea afectado por cuestiones que no corresponden a la mera valoración de la capacidad. Además, se reduciría la posibilidad de que operen ciertos sesgos cognitivos, al apartar de la evaluación a quien puede verse afectado por ellos. Piénsese, por ejemplo, en el error de anclaje, que induce al profesional a aferrarse a su impresión inicial aun cuando se acumulen datos conflictivos y contradictorios, o el sesgo de confirmación, que le lleva a aceptar selectivamente los datos clínicos que respaldan la hipótesis deseada e ignorar aquellos que no concuerdan (McGee, 2018). Incluso, cabría esperar cierta neutralización del sesgo de conformidad grupal (Asch, 1951, 1956), en caso de estar actuando, si el nuevo evaluador no pertenece al equipo y no se ve afectado por una presión de grupo que puede inducir una homogeneidad artificial y conducir a decisiones más pobres (McLeod y Feller, 2019). De esta forma se daría entrada a la "intraconsulta" psiquiátrica[161] sugerida en la publicación 3.

Verificada la incapacidad del paciente, se plantea dirimir la idoneidad de la implementación de un tratamiento involuntario. En efecto, el internamiento involuntario puede estar contraindicado en atención a otros factores ya señalados (dignidad de la persona, ineficacia o contraindicación psicopatológica, conciencia de vida con la enfermedad, etc.). Y se entra en un plano eminentemente ético, no técnico, en el que los facultativos o el personal sanitario no gozan de mejor o peor juicio que otros potenciales decisores ajenos a la relación sanitaria. Quizá por ello, ya se han sugerido fórmulas alternativas, por ejemplo, la participación de cuidadores (Wilhelm, 2020), la toma de decisiones compartidas (Elwyen et al., 2012), etc.

Sea como fuere, lo más relevante es que el facultativo a cargo del paciente puede encontrarse en una situación poco privilegiada para enfrentar ambas decisiones, tanto la evaluación de su capacidad como la decisión sobre la pertinencia del internamiento involuntario. Los factores que afectan a la toma de decisiones del profesional sanitario (elementos contratransferenciales, sesgos médicos, …) junto con los hallazgos cualitativos y cuantitativos de la presente investigación apuntan en ese sentido[162]. Esto

puede ser el mejor decisor posible y justifican el sustento legal a esa idea en el art. 9.7 de la LAP, que establece la participación del paciente en la medida de lo posible en la toma de decisiones.

[161] También habría que cuestionarse quiénes son los profesionales más indicados para evaluar la capacidad. Los enfermeros han demostrado evaluaciones más consistentes con las de la herramienta de evaluación MacCAT-T que los propios médicos (Er y Sehiralti, 2014).

[162] En la presentación del caso de Aguirre et al. (2017), sin ir más lejos, el comité de bioética aconsejó que el psiquiatra a cargo del paciente no debería tomar las decisiones por sí solo dada la implicación y vinculación afectiva.

no sería sólo aplicable a la primera decisión de internamiento. Recuérdese que, para dificultar la escalada del compromiso, Klein y McColl (2019) sugieren que no sea la persona responsable de la decisión original quien decide sobre la continuación de una práctica.

5.5.1. El papel de la familia

La investigación cualitativa y cuantitativa han mostrado la enorme influencia que tiene la familia. La publicación 1 destacó a la familia como una categoría aparecida con extraordinaria fuerza en el transcurso de las entrevistas, sin que hubiese sido suscitada por el entrevistador. No sólo se presentó la familia como una categoría importante en el proceso terapéutico, sino también como auténtico modificador decisional, con capacidad para decantar la decisión hacia uno u otro lado en determinadas situaciones.

Para verificar la importancia de la familia, se introdujo el ítem nº10 (no publicado), con redacción invertida, y los resultados fueron contundentes al respecto. El reactivo estaba formulado con el siguiente tenor; "La petición de internamiento por parte del padre y la madre de Sandra es irrelevante" y se obtuvo una puntuación general de 2,82. Es decir, los profesionales de la salud mental dieron una respuesta claramente contraria a lo expresado por el ítem.

Todo ello no hace sino aportar más evidencia a algo de lo que la literatura ya ha advertido repetidamente; la presión familiar se cuenta entre los elementos que ejercen influencia a la hora de decidir sobre el establecimiento de intervenciones coercitivas (Kullgren et al.,1996; Desviat et al., 1999; Szabo et al., 2000, Jáuregui-Lobera, 2005). Además, en el estudio de Robinson y Kosmerly (2015) las decisiones relacionadas con la intervención de la familia en el tratamiento fueron las que se percibían con mayor carga emocional.

Sin embargo, interesa aquí adentrarse algo más en el análisis. La familia puede ser un elemento tanto de sostén como de estrés para el paciente. El desgaste familiar puede hacer imposible soportar la convivencia con el trastorno. Además, la familia es un elemento de información relevante ya que tiene la posibilidad de supervisar constantemente al paciente, monitorización que, obviamente, no puede hacer el médico. Sin embargo, esta supervisión puede sesgarse en cualquier dirección. La habituación al trastorno, por ejemplo, puede restar gravedad a conductas que requieren de atención. Todos estos aspectos explican que la familia se convierta en un referente esencial en el tratamiento. La cuestión que se suscita es qué determina o permite a la familia convertirse en un modificador decisional.

Todo hace sospechar que este paso se debe, precisamente, a la imposibilidad de aplicar el modelo del consentimiento informado. En efecto, dadas las inconsistencias que se han venido relatando, otros factores tienen la posibilidad de entrar en escena. La familia tiene muchas opciones, pues en caso de falta de capacidad, sí es

legalmente el decisor preferente[163]. Obsérvese que, idealmente, si no se demuestra su incapacidad[164], sería el paciente el que decidiese.

El rol de la familia es relevante en el debate bioético. Algunos autores reclaman para ella un papel destacado (Lepping et al., 2016; Giordano, 2010). Giordano (2010) considera que los seres queridos deben participar en las decisiones sobre el final de la vida relacionadas con la anorexia nerviosa. Su argumento es que se debe aspirar a construir un mundo moral en el que las personas ejerzan su autonomía de manera responsable[165], con preocupación también por los demás, y no hay razón para dar solo peso moral a los derechos y el bienestar del paciente, cuando la anorexia nerviosa, por no ser una enfermedad de un individuo, también involucra profundamente a otros. Sin embargo, no parece fácilmente conciliable la defensa que también hace la autora de la elección de morir del paciente en virtud la magnitud de su sufrimiento y de que este no puede ser aliviado con la apelación al ejercicio responsable de su autonomía para dar entrada a la familia en la toma de decisión[166]. Parece que un requerimiento en este sentido puede suponer otra carga más para el paciente. Aparte de que, según algunas posiciones, los trastornos mentales socavan la libertad hasta tal punto que la condena moral ya no es apropiada (Meynen, 2010; Strawson, 1974; Widerker y McKenna, 2003).

Por otro lado, imponer la participación de la familia o los seres queridos no tiene en cuenta que el paciente, en su toma de decisiones, ya ha ponderado este factor. Por

[163] El decisor preferente con matices. Como se ha mencionado, el art. 9.2.b) de la LAP parece dejar la última palabra al facultativo al establecer que "Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él". Además, también se vio que el mismo artículo 9, en su punto 6, determina que "la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente", lo que limita la autonomía del paciente, expresada por sus representantes legales, y a la lex artis del médico (M. J. García, 2018).

[164] El modelo del consentimiento informado se basa en la capacidad. No obstante, recuérdese que la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU, 2006) pretende evitar la sustitución en la toma de decisiones, de forma que la representación solo proceda en los casos en que resulte absolutamente precisa (M. P. García, 2018).

[165] El autor de la presente investigación no entiende bien a quién apela Giordano cuando llama a usar la autonomía con responsabilidad. Dado que al hablar del uso responsable de la autonomía la autora hace referencia al libro "Un'etica senza Dio" (Lecaldano, 2006), se ha acudido a ese texto para poder contextualizar su afirmación. En el mismo, el autor argumenta que es posible una ética sin referencia a Dios y considera que una ética que se libera de la ilusión de extraer reglas y principios de un Dios, no solo puede encontrar un espacio para la autonomía individual en la que arraigar el sentido de responsabilidad, sino que también traza esa dimensión de apertura a los demás que caracteriza la moralidad de la especie humana. La realización del crecimiento personal, que es un requisito previo necesario para hacer posible la responsabilidad moral individual efectiva, no solo pasa por la conciencia de la propia autonomía y libertad, sino que también pasa por una particular sensibilidad y atención a los demás (Lecaldano, 2006). Cabe interpretar, pues, de manera tentativa, las palabras de Giordano en el sentido de que el paciente (y, quizá, el personal sanitario) ha de ejercer de manera responsable su decisión de no querer más.

[166] Más aún, si se entiende el ejercicio de la responsabilidad en aras del crecimiento personal, según lo expuesto en la nota precedente.

tanto, los intereses de la familia estarían sobredimensionados, contabilizados doblemente. Ni que decir tiene que ello parece incompatible con el respeto estricto a la autonomía del paciente. Si el paciente es capaz, no habría de entrarse a considerar la opinión de la familia.

Por último, retomando las respuestas al ítem 10, otro aspecto interesante, dada la homogeneidad general intergrupos que ha marcado las respuestas al cuestionario, es que este reactivo dio lugar a diferencias significativas en virtud de la formación en bioética y el respaldo previo de un ingreso involuntario. Aun dando importancia a la familia, aquellos con formación en bioética y quienes han respaldado previamente una intervención involuntaria la reducen significativamente. Una interpretación provisoria, mera especulación, podría ser la siguiente: para quienes tienen conocimientos en bioética puede ser más claro que la decisión ha de depender del estado del paciente y menos de la opinión de la familia; para aquellos con historial de respaldo, la explicación puede ser similar, aunque quizá más relacionada con la obligación propia de atender al paciente con independencia de la opinión familiar.

5.5.2. ¿Corresponde a los médicos?

El estudio cualitativo (publicación 1) mostró que la atribución a los facultativos de la implementación de medidas coercitivas puede acarrear una considerable disrupción en la dinámica terapéutica.

La novedad de esta idea puede explicar que el debate sobre la legitimidad de esta atribución ofrezca escasa literatura. En lo que alcanza el conocimiento del autor de la presente tesis doctoral, tan solo el artículo de Miguel (2019) cuestiona abiertamente su moralidad y legalidad. De Miguel considera que la solicitud de internamiento por parte del médico es inmoral ya que este no debería contaminarse por decisiones que minan la confianza legítima con el paciente (también sería ilegal, al corresponder al director del Centro Sanitario). Tan solo esa cuestión merecería un análisis detallado. Sin embargo, no debe perderse de vista que lo encontrado en la presente investigación va más allá de lo expresado por De Miguel y, de hecho, ambas ideas son complementarias. Efectivamente, esta tesis ha aportado evidencia sobre el hecho de que, aparte de pueda ser inmoral por minar la confianza legítima con el paciente (afirmación de de Miguel), desemboca en una práctica anormal de terapia, donde la consulta se destina principalmente a persuadir al paciente para que acepte el internamiento.

Mediante el reactivo 35 del cuestionario se quiso sondear la opinión de los profesionales a este respecto. El ítem venía redactado de la siguiente forma: "Para preservar la confianza debida al/a la paciente con anorexia nerviosa, la solicitud de un internamiento no voluntario debería corresponder a persona o instancia distinta al/a la facultativo/a a cargo de su cuidado". Se obtuvo una puntuación de 4,79 (4,39-5,19), es decir, los profesionales no se decantan (nótese que el valor que no expresa ni

acuerdo ni desacuerdo, el cinco, se encuentra en el intervalo de confianza de la media). Este resultado es revelador ya que, siendo la primera vez que se plantea una cuestión similar, los profesionales no se muestran claramente a favor del *statu quo*. Además, los participantes con formación en bioética se mostraron significativamente más a favor que los que no tienen esa formación, lo cual es relevante si se tiene en cuenta que, para cumplir el requisito de tener conocimientos en bioética solo se requería una formación de 20 horas o la pertenencia a un comité de bioética.

El ítem 36 es muy informativo ya que plantea directamente la cuestión que da título al epígrafe. El citado reactivo se expresaba en los siguientes términos "La decisión sobre un internamiento no voluntario de pacientes con anorexia nerviosa excede la ciencia médica, por lo que cabría admitir, para su adopción, la participación de personas o instancias distintas al personal facultativo" y obtuvo 5,13 (4,75-5,52). Es decir, los profesionales de la salud mental tampoco se inclinan en ningún sentido al encontrarse el valor 5 en el intervalo de confianza de la media. El análisis es similar al del ítem 35. Y, de nuevo, resulta ilustrativa esa indecisión respecto al beneficio del *statu quo*. Quizá tiene que ver en ello la creciente importancia que adquiere la consulta a los comités de ética asistencial en algunas decisiones y, poco a poco, puede estar dejando penetrar la idea de que no son decisiones que correspondan al facultativo o, al menos, exclusivamente al facultativo, a pesar del carácter consultivo no vinculante de sus recomendaciones [167]. Se mencionó en nota a pie de página que otras legislaciones (Australia, EEUU, Canadá, Nueva Zelanda) permiten el ingreso involuntario de una persona, en base a la decisión de otros profesionales de la salud mental, no necesariamente facultativos (Patterson et al., 2016). Aunque ello no descarga de atribuciones éticas al personal sanitario en general, tampoco las restringe específicamente al personal facultativo.

Sin embargo, el ítem 36 adolece de una de las características indeseables en la redacción de los reactivos. Contiene dos afirmaciones. Por un lado, "La decisión sobre un internamiento no voluntario de pacientes con anorexia nerviosa excede la ciencia médica …" y por otro "… por lo que cabría admitir, para su adopción, la participación de personas o instancias distintas al personal facultativo". Esta redacción aparentemente defectuosa se consideró oportuna tras las sucesivas etapas de pilotaje, ya que los participantes la encontraron clara y relevante y no se encontró otra forma de transmitir en el mismo ítem que el hecho de sugerir la participación de otra instancia radica, precisamente, en que es una decisión o un momento estrictamente ético. De hecho, la expresión "ciencia médica" se eligió expresamente para distinguirla claramente de "práctica médica", porque, hoy en día, la práctica médica se arroga esas decisiones éticas. Esa es la idea que se quería transmitir y poner en tela de juicio, aunque no se es ajeno a posibles distorsiones en la respuesta al ítem.

[167] Los comités de ética asistencial son órganos de naturaleza consultiva que no suplantan la responsabilidad de los profesionales (Altisent et al., 2019)

Como cierre del cuestionario y en relación con el malestar que la implementación de medidas involuntarias ocasiona en los profesionales de la salud, se sondeó la opinión de los participantes con respecto a la posibilidad de objeción de conciencia. El ítem en cuestión rezaba "La decisión de un internamiento no voluntario de pacientes con anorexia nerviosa puede violentar seriamente la conciencia del/de la facultativo/a, por lo que debería contemplarse la posibilidad de objeción de conciencia" (nótese que el reactivo también contiene dos afirmaciones y el análisis precedente es igualmente aplicable)

El ítem se expresa con la redacción "debería contemplarse", puesto que la situación legal de la objeción de conciencia sanitaria[168] es confusa y parece que explícitamente sólo están reconocidos en este ámbito el derecho a la objeción al aborto (Ley 2/2010) y a la dispensación de píldoras postcoitales (STC 145/2015 de 25 de junio de 2015).

Sin embargo, la apelación a la objeción de conciencia podría tener sentido si el facultativo estima necesaria la intervención y considera que el paciente es efectivamente incapaz, pero, a su vez, se siente íntimamente convulso ante la idea de imponer una medida a una persona consciente que se niega a ello, por defraudar la confianza del paciente, por el deterioro que ello supondría en su relación con él o por cualquier otro motivo que afecte a sus valores. Cabe preguntarse, por tanto, si sería legítima la posibilidad de objeción de conciencia o si sería necesario cambiar el modo de proceder en el sentido señalado por de Miguel. En este último caso, surgiría, quizá, un problema con la privacidad de los datos sanitarios del paciente, al hacer partícipe a otra instancia de su situación. No obstante, parece una idea a tener en cuenta.

Lo mismo cabría decir respecto de ciertas actuaciones que realiza el personal de enfermería en el tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa como pueden ser la inserción de una sonda nasogástrica, la sujeción mecánica, etc. Se sabe que estas actuaciones son las que más malestar generan (Bonner et al., 2002; Eriksson y Kjellin, 1989; Gelkopf et al, 2009; Krieger et al., 2020; Olofsson, 2005). Pero, además de lo anterior, los enfermeros podrían disentir del parecer de quien prescribe la actuación respecto a la capacidad del paciente, entender que este es capaz[169] y que, por tanto, no ha lugar a proceder en contra de su voluntad. Esto les situaría en una situación aún más delicada, de evidente angustia moral. Entonces, cabe plantearse si estos profesionales podrían negarse a llevar a cabo esa intervención por cualquiera de los dos motivos referidos (porque les repugna la conciencia o porque consideran al paciente capaz) y en uso de su propia autonomía como profesional. Estas cuestiones

[168] La legislación española no contempla una regulación específica para la objeción de conciencia del personal sanitario (Gamboa-Antiñolo y Poyato-Galán, 2020). El tema de la objeción de conciencia es complejo y el propio Tribunal Constitucional se ha pronunciado al respecto de forma contradictoria (Soler, 2020; Salcedo, 2020). En la sentencia 161/1987 el Tribunal Constitucional considera que nuestra legislación no reconoce de manera implícita la objeción de conciencia con carácter general ya que ello supondría la negación de la idea de Estado (Soler, 2020).

[169] Recuérdese de nuevo que los enfermeros han demostrado evaluaciones más consistentes con las de la herramienta de evaluación MacCAT-T que los propios médicos (Er y Sehiralti, 2014).

ofrecen elementos de investigación y debate multidisciplinario y no parecen, a priori, fáciles de resolver. Quizá eso explica la parquedad legislativa.

En cuanto a la postura manifestada por los encuestados, la puntuación media obtenida fue de 4,05 (3,68-4,41) con diferencias significativas en virtud de la experiencia en TCA, la formación en Bioética, la experiencia previa en coerción, así como entre los grupos profesionales de psiquiatras y psicólogos generales sanitarios (PGS). Esta diferencia resulta sorprendente, ya que la actitud prointervención es similar entre ambos grupos y, sin embargo, los PGS son significativamente más favorables a la posibilidad de objeción. Se sugirió en la publicación 3 que la mala prensa de esta, que afecta más a médicos que a psicólogos, podría estar relacionada con el resultado. Si se tiene en cuenta que también es significativamente más baja entre quienes tienen formación en bioética y quienes tienen experiencia previa y se intenta integrar una explicación que justifique la diferencia para todos los grupos, podría pensarse que aquellos que se ven más a menudo obligados a tomar ese tipo de decisiones (psiquiatras frente a PGS, expertos en TCA frente a no expertos) o están de alguna forma involucrados en ellas (formados en bioética o pertenecientes a comités de bioética frente a los que no participan de esas cuestiones), rechazan con mayor fuerza la posibilidad de objeción de conciencia porque sienten la obligación de actuar. Aquellos que no experimentan la presión legal de tomar medidas urgentes, como es el caso de los PGS, se muestran más reticentes y sienten más la viabilidad de la objeción. De nuevo, no deja de ser una explicación tentativa.

5.5.3. Autenticidad, directivas anticipadas y justificación de la intervención

Desde un plano más teório, interesa deternerse en la diferente casuística que puede darse en la aceptación del tratatamiento por parte del paciente con anorexia nerviosa, en atención a la autenticidad de su voluntad, ya que la intervención en cada caso da lugar a valoraciones morales diferentes.

El caso ideal es aquel en que el paciente acepta el tratamiento con una voluntad verdadera, propia y auténtica[170], sabedor del proceso que está atravesando, decidido a poner remedio al mismo por medio del tratamiento y capaz de llevarlo a la práctica. Esto es posible. El hecho de tener una distorsión de la imagen corporal o una obsesión por el peso no implica que el paciente ignore que algo está sucediendo en su vida, que está sumido en una situación que le produce enorme malestar y sufrimiento.

Sin embargo, el paciente, con la misma intención de poner fin a una forma de vida que no desea, puede no ser capaz de materializarla al chocar con la resistencia de

[170]Se vio en el marco teórico un epígrafe sobre la autenticidad, con sus flaquezas (Ahlin, 2018) y aspectos positivos (Hope et al., 2011; Sjöstrand y Juth, 2014; Villafranca, 2019; White, 2018).

primer nivel, no auténtica[171]. Aunque el paciente quiere que su vida vuelva a lo normal, llegado el momento concreto de poner en práctica esa voluntad auténtica o de segundo grado, es incapaz de lograrlo, imponiéndose una voluntad menos auténtica, momentánea, la voluntad de primer grado, y entonces puede ceder ante las conductas anoréxicas e incumplir u oponerse al tratamiento. La comparación con la persona con trastorno por consumo de sustancias que trata conseguir la desintoxicación y deshabituación porque es consciente de que la droga está deteriorando su vida es esclarecedora.

Además, el paciente podría anticipar, no solo la incapacidad de materializar por si mismo la observancia del tratamiento, sino el rechazo a la ayuda médica. De esta forma, aunque el paciente desea esa atención sanitaria (voluntad supuestamente auténtica, de segundo nivel), prevé que va a rechazarla (voluntad no auténtica, de primer nivel). En esta tesitura, la intervención involuntaria parecería tener mayor justificación moral, especialmente si se ha planteado al paciente la cuestión de qué hacer llegado el caso y el paciente ha dado esa indicación, en lo que sería un contrato de Ulises. El paciente acepta que se le hagan intervenciones en contra de sus deseos manifestados porque él es consciente de que, en determinadas ocasiones, estos no se corresponden con su auténtica voluntad.

No cabe duda de que es una solución imperfecta, e incluso moralmente rechazable, ya que puede plantearse por qué ha de valer más la opinión alejada en el tiempo, máxime si se tiene en cuenta la dificultad o imposibilidad de valorar la capacidad en anorexia nerviosa. No obstante, una intervención involuntaria con instrucciones previas[172] en ese sentido puede parecer más justificada, si acaso, que una intervención involuntaria en ausencia de dichas directivas anticipadas, ya que se juega a favor del valor "vida".

Sin embargo, en el caso contrario, cuando la instrucción juega en dirección opuesta al valor "vida", la situación se complica enormemente. Piénsese en el paciente con anorexia nerviosa grave, supuestamente capaz, que deja indicado que no se le alimente bajo ningún concepto, aunque ello pueda ocasionarle la muerte. Si, llegado el momento en que peligra su vida y siendo supuestamente incapaz, cambia de opinión y solicita que se haga todo lo posible por mantenerlo con vida, ¿qué habría de hacerse?

Estas consideraciones cobran más transcendencia con la reciente entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia, que parece permitir la solicitud de prestación de ayuda para morir ante un padecimiento mental o psiquiátrico intolerable e incapacitante (Vasquez, 2021) y que establece como requisito ser capaz y consciente en el momento de la solicitud, pero no hace mención

[171] Obviamente, si los deseos de primer y segundo orden coinciden, no habría lugar a una intervención involuntaria, pues sería voluntaria.

[172] En el momento de la instrucción previa vuelve a plantearse el caso de la dificultad de valorar la capacidad del paciente.

alguna a la necesidad o no del estado de capacidad y consciencia para revocar la solicitud, limitándose a decir que "podrá revocar su solicitud en cualquier momento".

La dificultad más relevante en el marco de la presente investigación resulta de determinar el momento en que ha de pasarse a tomar la decisión por sustitución, ya que supone acreditar que el paciente no está en condiciones de tomarla por sí mismo. Ello puede ser factible en condiciones de clara alteración de la consciencia y, en este caso, parece que el criterio subjetivo sería la opción más respetuosa con la autonomía del paciente si este ha podido prever la decisión clínica en que puede hallarse. Pero en otras situaciones, en la que no está claro si el paciente es capaz, regiría la presunción de capacidad y de optimalidad decisoria. Por tanto, normalmente habría que atenerse a lo que dice el paciente en el momento preciso en que se valora la intervención involuntaria, lo que reduce la posibilidad fáctica de acudir a las consignas recogidas en un hipotético contrato de Ulises.

No obstante el problema mencionado, la preparación de unas instrucciones previas parece un ejercicio que tiene otros beneficios, quizá no tan inmediatos. Por ejemplo, el trabajo sobre esta previsión podría servir de elemento que estimule una mayor conciencia de enfermedad, ya que, al fin y al cabo, prever escenarios clínicos tiene un fuerte componente psicoeducativo. Como es sabido, la psicoeducación en TCA consta de módulos dedicados a las consecuencias físicas del trastorno (Losada y Zavalia, 2019). El contrato de Ulises generalmente da como resultado una mejor comunicación, la desmitificación del trastorno alimentario, una mayor sensación de control sobre la toma de decisiones y un enfoque de gestión simplificado (Davidson y Birmingham, 2003).

Por todo lo anterior, parece conveniente dedicar un espacio a explorar los deseos del paciente de cara a las posibles situaciones que puedan sobrevenir por la inanición, y trabajar en ello mediante la preparación de unas instrucciones previas. Desde luego, es fundamental tratar con el paciente sus pensamientos ante la muerte[173]. Conocer que el paciente no desea fallecer puede ser determinante en algunas situaciones.

5.6. Cronicidad

5.6.1. Cronicidad y tratamiento involuntario

La primera hipótesis del estudio cuantitativo afirmaba que los profesionales de la salud mental considerarían menos idóneo al paciente crónico que al paciente debutante para la implementación de un tratamiento involuntario. En efecto, en la

[173]De acuerdo con Bachar et al. (2002), los pacientes con TCA, más que pensar en la muerte, rechazan la vida.

publicación 2, el factor "cronicidad" ha aportado evidencia sobre este hecho. El papel que juega la cronicidad al valorar la idoneidad de una intervención involuntaria en pacientes con anorexia nerviosa era algo ya apuntado por la literatura y se reflejó en el estudio cualitativo del artículo 1, pero no había sido sometido a verificación cuantitativa. Como era esperable y predecía la hipótesis, se aprecia un consenso hacia la mayor adecuación del tratamiento no voluntario en pacientes debutantes.

Estos hallazgos parecen alinearse con la tendencia favorable a esta opción en el debate bioético contemporáneo (Campbel y Aulisio, 2012; Forbes, 2020; Lopez, Yager y Feinstein, 2010; McKinney, 2015, Holm et al. 2012; Trachsel et al., 2015; Westermair et al., 2020; Wonderlich et al., 2020; Yager, 2015, 2020). Sin embargo, contradice cierta evidencia que señala que la historia pasada del paciente (medida por su número de ingresos anteriores) es un factor que incrementa las posibilidades de ser ingresado involuntariamente (Carney, Crim et al., 2006).

Cabe conjeturar que determinados pacientes adolescentes pueden cumplir criterios de cronicidad incorrectamente calibrados, precisamente por la edad del paciente. La futilidad y la retirada del tratamiento son descartadas por algunos autores cuando se trata de pacientes jóvenes (Forbes, 2020). Sería deseable conocer cómo afecta la juventud de los pacientes a los criterios de cronicidad, y en qué medida distorsiona las perspectivas de los facultativos con las probabilidades reales de recuperación. Desterrar a un paciente joven no parece fácilmente asimilable para el profesional sanitario. También sería interesante explorar si la juventud en sí misma, con independencia de otros aspectos, tiene un efecto en las decisiones de los profesionales. Hay evidencias de que este fenómeno ocurre en pacientes de salud mental (Alvidrez y Areán, 2002; Mackenzie et al.,1999; Robb et al., 2002; Zivian et al., 1992). Son vías interesantes de investigación.

5.6.2. Cronicidad y reducción del daño

De acuerdo con las respuestas al ítem q25 (no publicado), los participantes valoran muy positivamente la estrategia de intervención en reducción de daños como alternativa a manejar ante pacientes adultos con anorexia nerviosa crónica. Ello está en consonancia con las opiniones vertidas por algunos autores en el debate sobre futilidad en anorexia nerviosa y la utilización de modelos donde el objetivo no sea la recuperación, sino la reducción del daño y el incremento de la calidad de vida (Campbel y Aulisio, 2012; Forbes, 2020; Geppert, 2015; Lopez, Yager y Feinstein, 2010; McKinney, 2015, Holm et al. 2012; Trachsel et al., 2015; Westermair et al., 2020; Wonderlich et al., 2020; Yager, 2015, 2020).

El estudio cuantitativo no ha entrado en los motivos por los que se considera al paciente debutante más idóneo para intervenciones involuntarias que al paciente crónico ni la razón que se esconde tras la actitud positiva hacia modelos de reducción del daño y cuidados paliativos. Sin embargo, teniendo en consideración el estudio

cualitativo, tres aspectos parecen ser determinantes; las escasas perspectivas de éxito terapéutico, la conciencia de vida con la enfermedad y la dignidad del paciente.

5.6.3. Cronicidad y perspectivas de éxito

El título de este apartado supone una contradicción en términos suficientemente ilustrativa. En determinados casos, las perspectivas de mejora son muy reducidas (Lacey y Sly, 2015; Fernández-Hernández et al., 2021d), con una resistencia al cambio que tiene correlatos incluso a nivel neurobiológico (Brewerton y Dennis, 2016). El tratamiento puede ser fisiológicamente eficaz pero no beneficiar al paciente (Westermair et al., 2020). El hecho de que aún se esté en búsqueda de una caracterización adecuada de la anorexia nerviosa crónica (Broomfield et al., 2017; Wildes et al., 2017) no implica que no sea tenido en cuenta por los profesionales. Al contrario, en el estudio cualitativo (artículo 1) se ha mostrado que ello actúa como un elemento que desaconseja la implementación del internamiento involuntario. En el ítem q25 del estudio cuantitativo se ha evidenciado la adhesión de los profesionales a un acercamiento menos ambicioso, pero más realista y, en consecuencia, más prudente.

5.6.4. Cronicidad y conciencia de vida con la enfermedad

Un aspecto destacado es el de la cronicidad y su relación con la capacidad para la toma de decisiones. En el estudio cualitativo, la mayoría de informantes consideraron que los pacientes con años de padecimiento parecen tener mayor conciencia de enfermedad. Este aspecto también es recogido por la literatura. Además, los pacientes con anorexia nerviosa son capaces de evaluar la calidad de la vida que están viviendo (Draper, 1998; 2000; Yager, 2015), siendo conscientes de todo lo que acaece a su alrededor, lo que les otorga algo distinto a la conciencia de enfermedad, una "conciencia de vida con la enfermedad" (Fernández et al., 2020, p.78). Este es un elemento importante que va directamente asociado con el último y quizá definitivo argumento a favor del respeto a la decisión del paciente crónico; su propia dignidad.

5.6.5. Cronicidad y dignidad

Se ha discutido previamente la irrelevancia de la capacidad cuando otros valores se imponen. Uno de ellos es la dignidad de la persona, y algunos autores ya han advertido específicamente de lo controvertido del llamamiento a la dignidad humana si se condiciona al nivel de capacidad (Umezulike, 2020).

En efecto, el respeto a la dignidad del paciente es un argumento que puede esgrimirse desde el primer momento, sin necesidad de que el trastorno se cronifique, en contra de las intervenciones involuntarias. Pero, incluso aunque inicialmente se consideren justificadas determinadas actuaciones forzadas para proteger la vida del

paciente, puede llegar un momento[174] en que la valoración de su pertinencia varíe, en vista del pobre resultado alcanzado y del daño moral infligido a la persona.

En anorexia nerviosa, se corre el riesgo de encadenar intervenciones involuntarias sin perspectivas de éxito, ya que no se puede conceptualizar como una enfermedad terminal y por ello siempre hay cierta esperanza de que se consiga la recuperación (Fernández et al., 2020). Recuérdese de nuevo el artículo de Clausen et al. (2018) que desvelaba el sometimiento de algunos pacientes a un número de intervenciones involuntarias por encima del medio millar. Aun en el caso de que el paciente fuera efectivamente incapaz, las cifras señaladas parecen tener difícil acomodo en una moral que valore la dignidad de la persona. Menos aún si se tiene en cuenta la conciencia de vida con la enfermedad que caracteriza al paciente con anorexia nerviosa (Fernández et al., 2020). Ramos y Robles (2019) plantean qué cantidad de violencia bienintencionada es aplicable a una persona consciente y casi autónoma.

Por ello, según señalaba Giordano (2019), los principios habituales de la toma de decisiones éticas no son directamente aplicables al tratamiento de la anorexia nerviosa y hay razones morales para derogarlos parcialmente. La base moral de estas elecciones está en la empatía con el paciente, el respeto de su dignidad y su integridad, que, además, puede preverse desde su propia perspectiva.

5.6.6. Cronicidad e intervención temprana

A lo largo del estudio cualitativo se verificó que el principio que rige la forma de actuación de los profesionales es la de utilizar el internamiento involuntario sólo como último recurso. Parece una práctica éticamente justificable. Sin embargo, también hay razones para defender intervenciones tempranas.

Giordano (2019) considera necesario cuestionar que el tratamiento involuntario solo sea legítimo y prioritario con pacientes en fases de desnutrición que ponen en serio peligro la salud del paciente. Las razones que esgrime son el mejor pronóstico y la menor invasividad de la intervención temprana.

Desde luego, es una una forma interesante de ver la situación y, en caso de éxito terapeútico, podría evitar la cronificación del trastorno. Sin embargo, el encaje legal resulta complicado ya que las intervenciones involuntarias parecen estar destinadas a casos de riesgo vital. Según señala Gaudette (2018), el sistema ético y legal, tal como existe actualmente, está diseñado para proteger a los pacientes de la influencia indebida de los profesionales médicos y las instituciones, pero no puede proteger a los pacientes de la influencia transitoria de su propia enfermedad. La ética médica prudente tiene difícil acomodarse a este marco ético-legal en el caso de la anorexia nerviosa, y exige un cambio de modelo en casos concretos en la forma de valorar la

[174] Una caracterización adecuada de anorexia nerviosa crónica sería posiblemente de ayuda en la toma de decisiones morales.

autonomía del paciente[175] para poder tener adecuadamente en cuenta el valor de su vida.

A pesar de lo anterior, una interpretación extensiva del art. 7 del Convenio de Oviedo podría quizá permitir una intervención involuntaria temprana. Como se vio oportunamente, el citado artículo limita la posibilidad de intervención sin consentimiento de la persona que sufre trastorno mental grave a "cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser perjudicial para su salud". En este sentido, si la cronificación del trastorno se considera un riesgo para la salud, la intervención temprana podría tener cierto encaje legal.

Lo más complicado sería, de nuevo, determinar la falta de capacidad. Pero Giordano (2019) va más lejos y considera que, en ocasiones, intervenciones paternalistas pueden estar justificadas en pacientes capaces en atención a la viabilidad de un agradecimiento a posteriori. Es un argumento que adolece de cierta incongruencia. No cabe decir que una persona es capaz si no consigue visualizar la situación que se derivaría de su decisión de tratamiento. Si el paciente no puede anticipar la mejoría que le va a reportar una intervención, no parece cumplir los criterios de capacidad. Sencillamente, la intervención involuntaria obedecería a la falta de capacidad. Además, el argumento del agradecimiento diferido comete el error insalvable de equiparar aceptación del tratamiento (en este caso, a posteriori) con mejoría clínica, siendo posible el agradecimiento sin curación y la curación sin agradecimiento (Fernández et al., 2020).

Por último, como ya se ha expuesto, del hecho de que el internamiento no voluntario sea considerado un último recurso se deduce que la pérdida de la capacidad está presente antes de la intervención y simplemente se espera a rebasar un criterio de riesgo que dé mayor legitimidad a la misma. Esta consideración facilitaría el acomodo legal de una medida anticipada, sin necesidad de prescindir de la capacidad del paciente, siempre que se flexibilice el criterio de qué sea perjudicial para la salud.

5.7. Estrés de rol

Los resultados del estudio cualitativo (publicación 1) informaron de que el deterioro físico del paciente sitúa a psiquiatras y psicólogos ante exigencias difíciles de compatibilizar. El respeto a las decisiones del paciente (autonomía), se complica por la obligación de revertir ese deterioro físico cuando se considera que el paciente no es capaz. Ello se contrastó con métodos cuantitativos en la publicación 3.

[175] Téngase presente que la autora (Gaudette, 2018) aboga por que la autonomía del paciente sea tratada como una virtud y no como un principio y deba ejercerse de una manera que sea responsable y evidencie una adecuada conciencia de las consecuencias y preocupación por los demás.

El cuestionario aportó evidencia adicional sobre el parecer de los profesionales de la salud mental acerca de la existencia de determinadas situaciones que provocan una tensión en las funciones que tienen asignadas, que les sitúan ante la tesitura de atender demandas incompatibles o enfrentar situaciones en las que no está claro cuáles son sus tareas, obligaciones y responsabilidades. Circunstancias de estrés de rol ya han sido reportadas en psiquiatría general (Fothergill et al., 2004; Wang y Zhang, 1993) y en el trabajo con pacientes con anorexia nerviosa en particular (Snell et al., 2010; Zugai et al., 2019).

Se observó efectivamente que, en ocasiones, los profesionales no saben qué posibilidades de actuación tienen ante un paciente que deja de acudir al recurso (ítems 30 y 31), siendo una posible manifestación del trastorno. Además, se evidenció que el riesgo físico del paciente les lleva a variar su forma de trabajar con el paciente y hace que la relación se oriente en gran parte a convencerle de la necesidad de un tratamiento hospitalario (ítems 32 y 33). Por último, manifestaron dificultad en conjugar el respeto a la autonomía del paciente y el deber de beneficencia en casos de grave riesgo físico y rechazo del tratamiento (ítem 34).

En definitiva, tanto de la investigación cualitativa (publicación 1), como de la cuantitativa (publicación 3) se desprende que los profesionales de la salud mental se enfrentan a una situación laboral compleja. Como se recoge en ambas publicaciones, la causa puede deberse a que el profesional se ve obligado a tomar decisiones sobre el tratamiento involuntario de los pacientes, en lo que supone una atribución cuestionable tanto por la intromisión que en sí misma supone como por la adjudicación a su persona. Esta atribución parece estar detrás de un cambio de la dinámica normal de la terapia y dar entrada a mecanismos de coerción informal, en consonancia con los hallazgos de Valenti et al. (2015)[176]. Además, establece unas exigencias laborales gratuitas que podrían influir en el desempeño, la productividad, la satisfacción y la salud del propio profesional sanitario.

Por ello, se propone como alternativa separar ambas funciones, separar ciencia y ética, para que los profesionales de salud mental puedan centrarse exclusivamente en la terapia psicopatológica sin verse constreñidos por otras responsabilidades de dudosa legitimidad.

En definitiva, la asignación de determinadas atribuciones no sólo es cuestionable desde la óptica de la atención dispensada al paciente, sino también cuando se pone el foco en los riesgos psicosociales que entrañan las condiciones laborales en que los profesionales desarrollan su labor.

[176] Se vio que en el estudio de Valenti et al. (2015) con grupos focales de profesionales de la salud mental en diez países distintos, los participantes reconocieron que los enfoques paternalistas eran ineludibles y que ello obedecía a un sentido de responsabilidad y un deseo de protegerse a sí mismos y a la comunidad y que las decisiones paternalistas a veces se emitían debido a la preocupación de poder ser considerados responsables de las consecuencias negativas de la falta de adherencia al tratamiento por parte de sus pacientes.

5.8. Disonancia cognitiva

El estudio cualitativo ha sugerido la posibilidad de que la toma de decisiones sobre medidas coercitivas dé lugar a mecanismos de reducción de la disonancia cognitiva. No es más que una conjetura. Demostrar su presencia requeriría otro tipo de acercamiento metodológico. Sin embargo, estos hallazgos se asemejan de nuevo a los datos aportados por Valenti et al. (2015)[177].

Un médico está potencialmente sujeto a disonancia inducida por la información emergente si esta sugiere que el diagnóstico es incorrecto. Esta situación parecería trasladable a la evaluación de la capacidad en anorexia nerviosa, por la gran incertidumbre que genera y porque que va unida normalmente a la intervención involuntaria, que produce alto malestar. Si se decide que el paciente no es capaz y se realiza la intervención involuntaria, la posibilidad de que el juicio de capacidad no sea correcto podría generar disonancia cognitiva. Para reducir este malestar, el profesional podría participar en un sesgo confirmatorio, seleccionando la información que respalda su diagnóstico y descartando la que no lo hace.

En la publicación 1 se vio que el peso se convierte en el un elemento fundamental en el ingreso involuntario y que algún participante justificaba su importancia por los efectos de la desnutrición en los procesos mentales. Sin embargo, se expuso en el marco teórico que los estudios específicos al respecto (Elzakkers et al., 2016) manifiestan que las consecuencias de la desnutrición por sí solas no explican la relevancia otorgada al IMC en la evaluación de la capacidad. El IMC es una herramienta que sirve para evaluar la desnutrición y la obesidad[178], no la capacidad. Además, la evaluación es explícita de cada caso, siempre específica y de tarea concreta (Álvaro, 2012). Ello permite plantearse si la información aportada por los participantes obedece a la necesidad de protegerse frente a la disonancia. Como se indicó en el marco teórico, hay evidencia de sesgo de confirmación en la búsqueda de información de algunos psiquiatras y estudiantes de medicina (Mendel et al., 2011).

De forma similar, la realización de acciones que contradicen las creencias es otra forma de suscitar disonancia (Klein y McColl, 2019). Para reducirla, se busca la autojustificación generando pensamientos y argumentos que racionalicen su comportamiento. En la publicación 1 (p.9), se aportaron fragmentos con justificaciones

[177] En su trabajo, los autores relatan que los médicos reducen su sensación de malestar ante acciones que parecen ser coercitivas adoptando una definición diferente de sus acciones; por ejemplo, redefiniendo la "amenaza" como "advertencia sobre las consecuencias" (Valenti et al., 2015). No se puede afirmar, obviamente, que la adecuación del discurso obedezca a los mecanismos descritos por Festinger (1957), pero sí parece necesario advertir sobre los peligros de disfrazar la realidad con un lenguaje eufemístico.

[178] Con sus fortalezas y limitaciones para este uso (Daniels, 2009; Gonzalez et al., 2017).

que parecen apuntar en este sentido. El participante 10, por ejemplo, afirmaba interpretar el rechazo de la paciente como una forma de pedir ayuda.

Un riesgo añadido sería el de la escalada en el compromiso con las intervenciones realizadas. Como se expuso, algunos autores sostienen que la necesidad de autojustificación puede afectar posteriores intervenciones, representando una fuerte motivación para la continuación de un proyecto fallido (Steinkühler et al., 2014).

Si estos mecanismos están operando realmente, intentar reducirlos es un objetivo prioritario. No se trata solamente de que el facultativo pueda errar inconscientemente en su valoración de la situación, sino que, además, el propio error determina su habilitación para imponérselo al paciente. Esto supone un motivo más para desdoblar la actuación técnica de las atribuciones éticas.

Sea como fuere, la transcendencia de los aspectos implicados requiere incrementar la investigación en este campo.

5.9. Formación en Bioética

La hipótesis 4 preveía diferencias entre las actitudes de quienes han tenido formación en Bioética y las de aquellos que no la han tenido.

La investigación realizada ha aportado cierta evidencia al hecho de que la formación en Bioética puede ofrecer diferencias en las actitudes. De los tres últimos ítems del test de la publicación 3, que son posiblemente los que requieren mayor carga de análisis ético respecto del *statu quo*, en dos de ellos (el 35 y el 37) se obtuvieron diferencias significativas. El instrumento ACINOVAN (publicación 2) ha atestiguado, además, la existencia de diferencias en el factor "cronicidad", es decir, diferencias a la hora de valorar la idoneidad de la intervención en virtud de la persistencia en el tiempo del trastorno. Como ya se señaló, ello es relevante si se tiene en cuenta que solo se requería una formación de 20 horas o la pertenencia a un comité de bioética para cumplir la condición. Sin embargo, no se han hallado diferencias en cuanto a la coerción, lo que también puede explicarse por la laxitud del requisito.

Dado el corte transversal de esta investigación, queda la incógnita de la direccionalidad de las relaciones encontradas. La formación en Bioética puede ofrecer distintas perspectivas a la hora de evaluar la mejor opción. Pero también, determinadas características personales de los profesionales de salud mental pueden guiarles en la búsqueda de una formación bioética que sienten como necesidad. No obstante, se vio en el marco teórico que la introducción de la deliberación de casos morales contribuye a cambios relacionados con la calidad de la asistencia (Voskes et al., 2014) y a procesos de cambio en la opinión o actitud profesional (Molewijk et al., 2008; Grönlund et al., 2016). Quienes experimentan más a menudo dudas morales se muestran más críticos con el uso de medidas coercitivas (Molewijk et al., 2017) y la participación en grupos

de reflexión ética incrementa la preocupación por el derecho del paciente a participar en los procesos de toma de decisiones (Lillemoen y Pedersen, 2015).

Por ello, parece importante incrementar la formación bioética.

5.10. El círculo de la coerción: la experiencia previa en coerción

La hipótesis 4 de la investigación pronosticaba diferencias entre la actitud hacia la coerción de los profesionales que han participado en el empleo de medidas coercitivas y los que no. En efecto, este uno de los resultados más consistentes de esta investigación y viene a aportar evidencia a algunos estudios que sugieren que la experiencia previa en empleo de coerción se relaciona con una actitud presente más favorable hacia las actuaciones de este tipo (van Doeselaar et al., 2008; Whittington et al., 2009; Wynn et al., 2006, 2007).

En particular, como se mostró en la publicación 2 tomando en consideración las puntuaciones factoriales, los profesionales que han respaldado alguna intervención involuntaria se muestran significativamente más favorables a la intervención no voluntaria, además de considerar con más fuerza actitudinal que los pacientes con anorexia nerviosa carecen de capacidad. A nivel de ítem, los profesionales que han respaldado algún internamiento no voluntario también se muestran significativamente más favorables a la intervención no voluntaria (q14, q21, q22, q23) y a la ausencia de capacidad (q7, q16, q20) del paciente con anorexia nerviosa.

Como se señaló en el apartado correspondiente, resulta razonable que quien esté más a favor de la coerción haya hecho uso de ella en más ocasiones. No obstante, a tenor de la literatura sobre el tema y de las respuestas obtenidas en el estudio cualitativo, no es descartable que tras esa diferencia actitudinal puedan esconderse mecanismos menos inmediatos que no siguen esa lógica, como pueden ser los de reducción de la disonancia cognitiva (Festinger,1957; Klein y McColl, 2019; Tavris y Aronson, 2007). Es decir, cabe pensar que la actitud venga de la acción con el fin de mitigar el malestar que esta ocasiona o por mera habituación a la coerción. Ello coincidiría con algunos estudios que han tratado de explicar esta mayor preferencia actitudinal hacia la coerción por parte quienes han participado previamente en ella y encuentran procesos de justificación (Vuckovich y Artinian, 2005), mantenimiento de la imagen ante compañeros de trabajo (Olofsson et al., 1998) o habituación (van Doeselaar et al. (2008).

Lo relevante de esta posibilidad teórica es que muchos de estos procesos, lejos de sustentarse en un análisis ético, lo harían por otros motivos. En algunos casos por ausencia de reflexión (habituación) o porque se busca justificar la acción para reducir la disonancia que ella conlleva. Esta forma de operar da lugar a prácticas que

prescinden por completo de los requisitos mínimos para encontrar el curso óptimo de acción[179].

Por ello, puede ser importante considerar qué elementos se han de poner en práctica para prevenir la aparición de este tipo de fenómenos, encontrándose ciertas sugerencias en la literatura (Klein y McColl, 2019). Cabe mencionar de nuevo la conveniencia de inducir a los profesionales sanitarios a la duda moral. Además, la formación en bioética vuelve a tomar relevancia y cobran sentido las palabras de Seoane (2016a), para quien la toma de decisiones biomédicas tiene que basarse en un método, ya que las cuestiones éticas no pueden simplemente ignorarse o tratarse de forma intuitiva, y ni la experiencia clínica, ni los dictados de la conciencia, el sentido común o incluso la imitación son suficientes por sí mismos.

No obstante lo anterior, el problema principal radica en la asunción por parte de los facultativos de unas decisiones que, quizá, no les competen y que dan lugar a una serie de distorsiones.

Para finalizar este epígrafe, hay que recordar que la variable experiencia previa en coerción también ha arrojado diferencias significativas en determinados ítems de interés. Así, quienes han respaldado intervenciones involuntarias muestran mayor acuerdo con la irrelevancia de la familia en la decisión (ítem q10, no publicado) , con la existencia implícita de coerción informal y con la modificación de la dinámica asistencial para conseguir el internamiento voluntario (ítems q26, q27, q29, q33 de la publicación 3). Estos resultados resultan coherentes con una mayor adhesión a la idoneidad de las prácticas coercitivas formales. Ciertamente, el facultativo convencido de su necesidad hará menos caso a lo expresado por la familia y considerará más idónea la consecución del internamiento, ya sea de forma "voluntaria" o involuntaria.

5.11. Limitaciones

Aunque las limitaciones aparecen convenientemente relatadas en las distintas publicaciones y se remite a ellas, sí se quiere aprovechar este apartado para mencionar una limitación importante, que sería aplicable al conjunto de las investigaciones llevadas a cabo; en particular, no haber diferenciado a los participantes por tipo de unidad.

El hecho de ejercer la actividad profesional en un recurso ambulatorio, donde el conocimiento del paciente se deriva fundamentalmente del tiempo en consulta y los

[179] No hay un único método para obtener decisiones prudentes o razonables, pero se considera que la deliberación es el método más adecuado para la toma de decisiones biomédicas y ha sido ampliamente adoptado por los comités de Bioética (Gracia, 2001; Seoane, 2016b). Su estudio hubiese excedido las pretensiones de esta tesis. No obstante, puede consultarse un esquema reducido del procedimiento aplicado específicamente a conflictos éticos en psiquiatría y psicoterapia en la obra de Gracia et al., (2014) y un esquema procedimental más detallado en Gracia (2011) o Seoane (2016a, 2016b).

ingresos involuntarios son raros, puede otorgar una visión diferente sobre su idoneidad que la que ofrece una unidad de hospitalización, en la que la monitorización por el personal sanitario es más estrecha y directa. La literatura sugiere que una parte sustancial de la variación en las actitudes hacia la coerción podría atribuirse a factores de la unidad (Husum et al., 2011).

Este es un aspecto que se conocía desde el inicio de la investigación, se considera muy relevante y, además, fue advertido por alguno de los participantes en el estudio cualitativo. No obstante, se decidió limitar su abordaje al tratamiento dado en el marco teórico por varios motivos. En lo concerniente a la investigación cualitativa, la preservación del anonimato de los participantes resultaría menoscabada, dada la forma en que se accedió a ellos y el escaso número de UTCA y de posibles candidatos para tomar parte en ella. La publicación 1 menciona este aspecto como motivo para identificarlos únicamente por profesión (Psiquiatría o Psicología) y especialización en TCA. En cuanto al cuestionario, la reducción de ítems y la complejidad que podría conllevar la redacción, cumplimentación y el análisis de los datos (muchos participantes han trabajado en agudos, hospitalización o ambulatoriamente, incluso simultáneamente) disuadió de esta posibilidad.

Si se consigue solventar esas dificultades, sería interesante introducir en el análisis de futuras investigaciones el tipo de atención brindada (agudos, hospitalización, ambulatoria), la influencia del grupo de trabajo y la interacción entre ambas.

6. CONCLUSIONES

6.1. Introducción

Con carácter previo a la exposición de los resultados, se recuerdan los objetivos en base a los cuales se articula la presente tesis doctoral:

1. Explorar el modo de actuación y percepciones del personal facultativo que atiende a pacientes con anorexia nerviosa en centros de salud mental en España en aspectos relativos a autonomía, capacidad de decisión y aplicabilidad de un tratamiento involuntario.
2. Cuantificar y comparar las actitudes y opiniones del personal sanitario de salud mental ante la instauración de una intervención involuntaria, la capacidad del paciente, y algunas cuestiones éticas vinculadas a dicha intervención.

6.2. Conclusiones

1. Los profesionales de la salud mental en España consideran que, en determinadas circunstancias, los pacientes con anorexia nerviosa carecen de capacidad para hacerse cargo de su cuidado y para la toma de decisiones relativas a su tratamiento, y muestran una actitud favorable a la adopción de medidas no voluntarias, como último recurso, para la salvaguarda de su vida y su salud.
2. Sin embargo, entienden que el tratamiento involuntario es menos idóneo en pacientes crónicos que en pacientes debutantes.
3. Las actitudes de los profesionales de la salud mental en España hacia el internamiento involuntario y la capacidad del paciente son homogéneas entre los distintos niveles de las variables consideradas (profesión, sexo, antigüedad, experiencia en TCA, formación en bioética). No obstante, cabe establecer dos matizaciones importantes (recogidas en las conclusiones 4 y 5).
4. La experiencia previa en el uso de medidas de coerción predice positivamente la predisposición hacia la misma. Se desconoce el sentido de esa relación que podría esconder mecanismos de habituación y justificación de la coerción o de reducción de la disonancia cognitiva.
5. La formación en Bioética se asocia con actitudes diferentes en algunos aspectos relevantes, como puedan ser la valoración de la idoneidad del tratamiento involuntario en virtud del tiempo de padecimiento o la atribución de los agentes en la toma de decisiones. Ello pone de manifiesto la transcendencia del contacto con esta disciplina.
6. Cuando la salud física del paciente con anorexia nerviosa se deteriora gravemente a causa de la inanición, psiquiatras y psicólogos clínicos se ven

sometidos a una situación de estrés de rol inducida por exigencias profesionales incompatibles (respetar la autonomía y velar por la salud) o difíciles (determinar la capacidad del paciente con anorexia nerviosa) y por atribuciones de dudosa legitimidad (la decisión sobre intervenciones involuntarias) que dificultan el establecimiento o continuidad de una relación terapéutica tan necesaria como inherentemente frágil.

7. Esta situación les obliga a cambiar la dinámica terapéutica habitual para tratar de conjugar las demandas profesionales, articulando la asistencia en torno a la búsqueda de la aceptación voluntaria del internamiento, lo que consiguen, en ocasiones, a través de mecanismos de coerción informal que cuestionan el valor de la voluntariedad de esos internamientos tramitados al margen del art 763 LEC.

8. El empleo de una concepción distinta de la voluntariedad entre sanitarios (aceptación del ingreso) y juristas (aceptación capaz del ingreso) va más allá de la mera confusión terminológica, ya que deja a pacientes incapaces ingresados "voluntariamente" en una situación de desprotección mayor que si hubiesen sido internados a través del procedimiento del art. 763 con su consiguiente control judicial.

9. No obstante, la interpretación y aplicación legalista del procedimiento establecido en el art. 763 LEC, según la cual el internamiento no voluntario lo es por la incapacidad de decidir del paciente, independientemente de que se oponga o no al ingreso, puede resultar perniciosa para relación terapéutica.

10. Además, la etiqueta diagnóstica psiquiátrica, como requisito para el internamiento, carece de sentido, ya que la capacidad no se identifica con el deterioro mental o cerebral. Más bien se convierte en una forma gratuita de estigmatización y discriminación de los usuarios de la salud mental. El legislador debe actualizar la regulación sobre internamientos involuntarios y desvincularlos de la concurrencia de un trastorno psíquico o discapacidad.

11. La relación asistencial parece privilegiar la protección de la salud del paciente sobre su decisión. Solo se cuestiona su capacidad cuando se opone a las indicaciones médicas, elevándose el nivel de aptitud exigido para demostrarla a medida que se eleva el riesgo médico que conlleva su elección. De esta forma, se hace depender la evaluación de la capacidad de un factor externo que poco tiene que ver con aquella, imponiéndole, de manera encubierta, un valor que quizá no es prioritario para el paciente.

12. La dificultad que plantea el cumplimiento del respeto a la autonomía del paciente puede explicar la importancia que adquieren el peso corporal y la familia en la decisión final con respecto a lo que cabría esperar en una aplicación ideal del consentimiento informado.

13. Es conveniente conocer cuáles son los deseos del paciente ante las posibles situaciones que puedan sobrevenir por la inanición, tanto para facilitar la toma

de decisiones de los agentes implicados como en beneficio de una mayor conciencia de enfermedad.

6.3. Aportes

Más allá de las conclusiones extraídas, dos son, a juicio del autor, las aportaciones más relevantes de la presente tesis doctoral:

La primera es que la plausibilidad del modelo del consentimiento informado en anorexia nerviosa es cuestionable. La investigación llevada a cabo ofrece elementos que ponen en duda su aplicabilidad y pertinencia. En particular, por la dificultad/imposibilidad de determinar la capacidad del paciente en unos casos y, especialmente, por la irrelevancia que esta evaluación puede presentar ante pacientes que conservan íntegra su conciencia de vida con la enfermedad y ante los que es fundamental el establecimiento de una adecuada relación terapéutica. Este hecho debe ser reconocido si se quiere abordar la situación asistencial convenientemente.

Además, la asignación de determinadas decisiones éticas a los profesionales sanitarios, independientemente de su legitimidad, podría estar dificultando la excelencia asistencial. La carga que pesa sobre los facultativos desemboca en una situación indeseable no sólo para el paciente, sino para el propio profesional. La implicación práctica que cabe extraer de ello es que, si se libera al facultativo de la toma de esa decisión, podría quizá mejorarse su situación laboral y la calidad en el cuidado de los pacientes con anorexia nerviosa.

Es posible que una parte de la explicación a los inconvenientes mencionados radique en el lógico desajuste que se produce entre la proclamación relativamente reciente del principio de autonomía del paciente y el cambio que ello requiere en la forma de dispensación de la salud mental. Además, queda por explorar hasta qué punto es posible el respeto a la autonomía del paciente en el tratamiento del trastorno mental, que algunos denominan "la enfermedad de la libertad". Sin embargo, siendo esta es una cuestión importante, no cabe perderse en ella. El curso de acción óptimo puede hallarse en el respeto, precisamente, a la falta de autonomía del paciente, a su decisión, autónoma o no; en suma, en el respeto al paciente.

6.4. Líneas futuras de investigación

Dado el carácter interdisciplinar del trabajo desarrollado en esta tesis y la variedad de aspectos traídos a colación, quedan abiertos numerosos frentes para futuras líneas de investigación y para el debate bioético. Sería muy prolijo citar todas ellas y no se conseguiría una exhaustividad adecuada. A modo de ejemplo se señalan las siguientes:

En relación con los expuesto en el apartado de limitaciones, sería conveniente estudiar las actitudes hacia el internamiento involuntario en relación con el dispositivo asistencial en que realizan su labor los profesionales de salud mental.

Igualmente, sería interesante realizar estudios longitudinales que permitan explorar relaciones de causalidad entre las actitudes hacia el internamiento y la experiencia previa de coerción o la formación bioética.

Otra posible línea de investigación consistiría en investigar en qué medida la juventud del paciente crónico distorsiona las perspectivas terapéuticas de los facultativos, buscando posibles efectos de interacción entre la cronicidad y la edad en las actitudes o las intervenciones efectivamente realizadas.

La investigación y el debate bioético tienen numerosas cuestiones por resolver. Valgan como muestra las siguientes:

El encaje legal y ético de intervenciones involuntarias tempranas en el tratamiento involuntario, sin necesidad de esperar a situaciones de riesgo vital inminente.

La posibilidad y legitimidad de la objeción de conciencia a la implementación de intervenciones involuntarias por parte de los profesionales sanitarios.

La factibilidad del paradigma autonomista en salud mental y en anorexia nerviosa en particular.

La forma de proporcionar apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica y respeto a los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona.

La legitimidad del empleo de la persuasión en salud mental.

La dificultad de evaluación de la capacidad tanto en el marco de las intervenciones involuntarias como de la nueva ley de Eutanasia.

Las voluntades anticipadas en salud mental y las condiciones para su revocación.

7. REFERENCIAS

1. Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R. y Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry, 57*, 106–112. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005

2. Abbate-Daga, G., Buzzichelli, S., Amianto, F., Rocca, G., Marzola, E., McClintock, S. M. y Fassino, S. (2011). Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study. *BMC psychiatry*, *11*, 162. https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-162

3. Abbate-Daga, G., Quaranta, M., Marzola, E., Amianto, F. y Fassino, S. (2015). The Relationship between Alexithymia and Intolerance of Uncertainty in Anorexia Nervosa. *Psychopathology, 48*(3), 202–208. https://doi.org/10.1159/000381587

4. Abu Snineh, M., Camicioli, R. y Miyasaki, J. M. (2017). Decisional capacity for advanced care directives in Parkinson's disease with cognitive concerns. *Parkinsonism & related disorders*, *39*, 77–79. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.03.006

5. Adlam, J. (2015). Refusal and coercion in the treatment of severe anorexia nervosa: The antigone paradigm. *Psychodynamic Practice*, *21*(1), 19-35. https://doi.org/10.1080/14753634.2014.989714

6. Agón, J. G. (2017). *Consentimiento informado y responsabilidad médica* [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. Recuperado de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/135700/DDP_AgonLopezJG_Consentimiento%20Informado%20y%20Responsabilidad%20M%E9dica.pdf;jsessionid=DD37DF2BEDF61D741FE9CC7E03746D2D?sequence=1

7. Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B. y Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: a systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *63*(2), 129-144. https://doi.org/10.1177%2F0706743717738491

8. Aguirre, I., Nadolu, E., Bermúdez, C., Mangué, J.J., Chacartegui, B., Mayorquín, A.I. (2017). Bioética y anorexia ¿una cuestión de autonomía? En C. Blanco (Presidencia). *I Congreso Virtual Internacional de Psicología.* Recuperado de https://psiquiatria.com/trabajos/1COMU33PSICO2017.pdf

9. Ahlin, J. (2018). The impossibility of reliably determining the authenticity of desires: implications for informed consent. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *21*(1), 43-50. https://doi.org/10.1007/s11019-017-9783-0

10. Ahlin, J. (2020). Resolved and unresolved bioethical authenticity problems. *Monash bioethics review*, *38*(1), 1–14. https://doi.org/10.1007/s40592-020-00108-y

11. Ahmedani B. K. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of social work values and ethics*, *8*(2), 41–416. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248273/

12. Ajzen, I. y Fishbein, M. (1974). Factors influencing intentions and the intention-behavior relation. *Human Relations, 27*(1), 1–15. http://dx.doi.org/10.1177/001872677402700101

13. Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behaviour. USA: Prentice-Hall, Inc.

14. Ajzen, I. y Fishbein, M. (2005). 5. The influence of attitudes on behavior. En D. Albarracín, B. T. Johnson, M. P. Zanna (Eds.) *The handbook of attitudes* (pp. 173-222). Psychology Press.

15. Ajzen, I., Timko, C. y White, J. B. (1982). Self-monitoring and the attitude–behavior relation. *Journal of personality and social psychology*, *42*(3), 426. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.42.3.426

16. Albarracín, D., Sunderrajan, A., Lohmann, S., Chan, S. y Jiang, D. (2018). The psychology of attitudes, motivation, and persuasion. *The handbook of attitudes. New York: Routledge*, 1-5.

17. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 217-237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004

18. Alem, A., Jacobsson, L., Lynöe, N., Kohn, R. y Kullgren, G. (2002). Attitudes and practices among Ethiopian health care professionals in psychiatry regarding compulsory treatment. *International journal of law and psychiatry*, *25*(6), 599-610. https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00112-1

19. Alemany, M. (2018). Igualdad y diferencia en relación con las personas con discapacidad. (Una crítica a la Observación n.ª (2014) del Comité (UN) de los derechos de las personas con discapacidad). *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* 52, pp. 201-222.

20. Alexius, B., Berg, K. y Aberg-Wistedt, A. (2002). Psychiatrists' perception of psychiatric commitment. *International Journal of Law and psychiatry*, *25*(2), 109-117. https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00114-5

21. Alfano, V., Mele, G., Cotugno, A. y Longarzo, M. (2020). Multimodal neuroimaging in anorexia nervosa. *Journal of neuroscience research*, *98*(11), 2178–2207. https://doi.org/10.1002/jnr.24674

22. Al-Maraira, O. A. y Hayajneh, F. A. (2020). Correlates of psychiatric staff's attitude toward coercion and their sociodemographic characteristics. *Nursing Forum, 55* (4) 603-610. https://doi.org/10.1111/nuf.12476

23. Alonso, E. y Pozo, C. (2001). Análisis de los factores psicosociales de riesgo en los profesionales dedicados al cuidado de la salud. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 17*(3), 273-294. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/2313/231318273002.pdf

24. Altisent, R. (2010). La bioética más allá de los dilemas. *Atención Primaria*, *42*(8), 412-414. http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.06.001

25. Altisent, R. (2013). La gestion de la autonomía en la práctica clínica. *Eidon*, *39*, 35-43. Recuperado de https://revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2013/39_junio.pdf#page=36

26. Altisent R, Fernández-Letamendi T. y Delgado-Marroquín M.T. (2019). Una nueva vitalidad para el futuro de los comités de Ética asistencial. *Folia Humanística, 13,* 19- 33. http://doi.org/10.30860/0057

27. Altman, D.G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Chapman and Hall. http://dx.doi.org/10.1201/9780429258589

28. Álvaro, L. C. (2012). Competencia: conceptos generales y aplicación en la demencia. *Neurología*, *27*(5), 290-300. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.12.005

29. Álvarez, I., Baón, B., Navío, M., López-Antón, R., Lobo, E., y Ventura, T. (2014). Validación española de la entrevista MacArthur competence assessment tool for treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Medicina Clínica, 143*(5), 201-204. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029

30. Alvidrez, J. y Areán, P. A. (2002). Physician willingness to refer older depressed patients for psychotherapy. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *32*(1), 21-35. https://doi.org/10.2190%2FJ26T-YQMJ-BF83-M05D

31. Amador, X. F. y Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *The Psychiatric clinics of North America*, *21*(1), 27–42. https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70359-2

32. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association.

33. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). American Psychiatric Association. http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

34. American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado* (4.ª ed.). Masson.

35. American Psychiatric Association (2014*). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

36. American Psychiatric Association (2008). *The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging (A task force report of the American Psychiatric Association)*. American Psychiatric Pub.

37. Anderson, S. (2017). Coercion. En E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy* (Winter 2017 Edition). Recuperado de https://plato.stanford.edu/archives/win2017/entries/coercion/

38. Appelbaum P. S. (2019). Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities - from itself. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *18*(1), 1–2. https://doi.org/10.1002/wps.20583

39. Appelbaum, P. S. y Grisso, T. (1988). Assessing patients' capacities to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, *319*(25), 1635-1638. https://doi.org/10.1056/NEJM198812223192504

40. Aramini, M. (2007). *Introducción a la Bioética*. Editorial San Pablo.

41. Arbel, R., Koren, D., Klein, E. y Latzer, Y. (2013). *The neurocognitive basis of insight into illness in anorexia nervosa: A pilot metacognitive study. Psychiatry Research, 209(3), 604–610.* https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.01.009

42. Arbel, R., Latzer, Y. y Koren, D. (2014). Revisiting poor insight into illness in anorexia nervosa: true unawareness or conscious disagreement? *Journal of Psychiatric Practice®*, *20*(2), 85-93. https://doi.org/10.1097/01.pra.0000445243.00683.30

43. Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C. y Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, *33*(1), 156-167. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009

44. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, *68*(7), 724-731. http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

45. Arkes, H. R. (2013). The consequences of the hindsight bias in medical decision making. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(5), 356-360. https://doi.org/10.1177%2F0963721413489988

46. Armgart, C., Schaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreyschak, J., Schramm, A., Richter, S., Lessmann, J. J., Juckel, G. y Haußleiter, I. S. (2013).

Negative Emotionen und Verständnis - Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatrische Praxis*, *40*(5), 278–284. https://doi.org/10.1055/s-0033-1343159

47. Arnau, L. y Montané, J. (2010). Contributions from Attitude Change Theory on the Conceptual Relation between Attitudes and Competencies. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, *8*(3), 1283-1302.

48. Aronson, E. (2008). *The social animal* (8th ed.). Worth Publishers.

49. Arrieta, I. (2016). *Autonomía del paciente. Una propuesta contextual y multidimensional de la autonomía en ética asistencial* [Tesis doctoral, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea]. Recuperado de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19055/TESIS_ARRIETA_VALERO_ION.pdf?sequence=1&isAllowed=y

50. Arrieta, I. (2019). Autonomies in Interaction: Dimensions of Patient Autonomy and Non-adherence to Treatment. *Frontiers in psychology*, *10*, 1857. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01857

51. Arruego, G. (2007). Sobre el marco constitucional de la asistencia sanitaria no consentida en el ordenamiento jurídico español. *Derecho y salud*, *15*(1), 117-136. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2307914.pdf

52. Arruego, G. (2009). El rechazo y la interrupción del tratamiento de soporte vital en el derecho español. *InDret*, (2). Recuperado de https://www.raco.cat/index.php/InDret/article/viewFile/130918/180684

53. Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). Paris. Recuperado de https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

54. Asch, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. *Organizational influence processes*, 295-303.

55. Asch, S. E. (1956). Studies of independence and conformity: I. A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs: General and Applied, 70*(9), 1–70. https://doi.org/10.1037/h0093718

56. Aspen, V., Darcy, A. M. y Lock, J. (2013). A review of attention biases in women with eating disorders. *Cognition & emotion*, *27*(5), 820-838. https://doi.org/10.1080/02699931.2012.749777

57. Atienza, G., Ferrer, E., Alvarez-Ariza, M., Rozas, M. y Triñanes Pego, Y. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

58. Atti, A. R., Mastellari, T., Valente, S., Speciani, M., Panariello, F. y De Ronchi, D. (2021). Compulsory treatments in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *26*(4), 1037-1048. https://doi.org/10.1007/s40519-020-01031-1

59. Attia, E. y Roberto, C. A. (2009). Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, *42*(7), 581-589. https://doi.org/10.1002/eat.20720

60. Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology, 25*(1), 70–79. https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.1.70

61. Avena, N. M. y Bocarsly, M. E. (2012). Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*, *63*(1), 87-96. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.11.010

62. Ayala, M. J., Vigueras, P., Salcedo, J. R., Fernández, J. A. (2015). El contrato de Ulises como modalidad de documento de instrucciones previas. *DS: Derecho y salud*, *25*(1), 105-111. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5635393.pdf

63. Bachar, E., Latzer, Y., Canetti, L., Gur, E., Berry, E. M. y Bonne, O. (2002). Rejection of life in anorexic and bulimic patients. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(1), 43-48. https://doi.org/10.1002/eat.10003

64. Bacon, F. (2011). *La gran restauración (Novum organum)* (Trad. M.A. Granada)(Trabajo original publicado en 1620). Tecnos.

65. Baier, A. L., Kline, A. C. y Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical psychology review*, *82*, 101921. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921

66. Bailer, U. F. y Kaye, W. H. (2010). Serotonin: imaging findings in eating disorders. *Behavioral neurobiology of eating disorders*, 59-79. https://doi.org/10.1007/7854_2010_78

67. Bailer, U. F., Narendran, R., Frankle, W. G., Himes, M. L., Duvvuri, V., Mathis, C. A. y Kaye, W. H. (2012). Amphetamine induced dopamine release increases anxiety in individuals recovered from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(2), 263-271. https://doi.org/10.1002/eat.20937

68. Bajo, M. (2005). Disponibilidad de la propia vida. En *Homenaje al profesor Dr. Gonzalo Rodríguez Mourullo* (pp. 1130-1144). Civitas. Recuperado de https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/03/2004-disponibilidad-de-la-propia-vida.pdf

69. Baker, J. H., Maes, H. H., Lissner, L., Aggen, S. H., Lichtenstein, P. y Kendler, K. S. (2009). Genetic risk factors for disordered eating in adolescent males and females. *Journal of abnormal psychology*, *118*(3), 576. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016314

70. Baker, J. H., Schaumberg, K. y Munn-Chernoff, M. A. (2017). Genetics of anorexia nervosa. *Current psychiatry reports*, *19*(11), 84. https://dx.doi.org/10.1007%2Fs11920-017-0842-2

71. Balon, R., Motlova, L.B., Beresin, E.V., Coverdale, J. H., Louie, A. K., y Roberts, L.W. (2016). A case for increased medical student and psychiatric resident education in palliative care. *Academic Psychiatry, 40*(2), 203–206. https://doi.org/10.1007/s40596-015-0479-6

72. Bamford, B. H. y Mountford, V. A. (2012). Cognitive behavioural therapy for individuals with longstanding anorexia nervosa: Adaptations, clinician survival and system issues. *European Eating Disorders Review*, *20*(1), 49-59. https://doi.org/10.1002/erv.1080

73. Bannatyne, A. y Stapleton, P. (2015). Educating medical students about anorexia nervosa: A potential method for reducing the volitional stigma associated with the disorder. *Eating Disorders*, *23*(2), 115-133. https://doi.org/10.1080/10640266.2014.976102

74. Bannatyne, A. y Stapleton, P. (2016). Eating disorder patient experiences of volitional stigma within the healthcare system and views on biogenetic framing: a qualitative perspective. *Australian Psychologist*. https://doi.org/10.1111/ap.12171

75. Bannatyne, A. y Stapleton, P. (2017). Attitudes towards anorexia nervosa: volitional stigma differences in a sample of pre-clinical medicine and psychology students. *Journal of Mental Health, 26*(5), 442–448. https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1149801

76. Bannatyne, A. y Stapleton, P. (2018). Eating disorder patient experiences of volitional stigma within the healthcare system and views on biogenetic framing: A qualitative perspective. *Australian Psychologist*, *53*(4), 325-338. http://dx.doi.org/10.1111/ap.12171

77. Baran, S. A., Weltzin, T. E. y Kaye, W. H. (1995). Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 152*(7), 1070–1072. https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1070

78. Barca, L. y Pezzulo, G. (2020). Keep your interoceptive streams under control: An active inference perspective on anorexia nervosa. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 1-14. https://doi.org/:10.3758/s13415-020-00777-6

79. Bardone, A. M., Perez, M., Abramson, L. Y. y Joiner Jr, T. E. (2003). Self-competence and self-liking in the prediction of change in bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, *34*(3), 361-369. https://doi.org/10.1002/eat.10197

80. Barilan, Y. M. y Weintraub, M. (2001). Persuasion as respect for persons: an alternative view of autonomy and of the limits of discourse. *The Journal of medicine and philosophy*, *26*(1), 13-34. https://doi.org/10.1076/jmep.26.1.13.3033

81. Barrilao, J. F. S. (2013). Régimen constitucional del internamiento involuntario y urgente por trastorno mental. *Revista De Derecho Político,* (87), 180. Recuperado de http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/viewFile/12774/11903

82. Barrios, L. F. (2003). Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *DS: Derecho y salud*, *11*(2), 141-164. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154865.pdf

83. Barley, M. (2012). Learning from reflective practice and metacognition–an anaesthetist's perspective. *Reflective Practice*, *13*(2), 271-280. https://doi.org/10.1080/14623943.2012.657792

84. Barth, P. O., Ramos, F. R. S., Barlem, E. L. D., Dalmolin, G. D. L. y Schneider, D. G. (2018). Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. *Revista latino-americana de enfermagem*, *26*. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2227.3010

85. Bartholdy, S., Dalton, B., O'Daly, O. G., Campbell, I. C. y Schmidt, U. (2016). A systematic review of the relationship between eating, weight and inhibitory control using the stop signal task. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *64*, 35-62. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.02.010

86. Bauer, A., Schneider, S., Waldorf, M., Braks, K., Huber, T. J., Adolph, D. y Vocks, S. (2017). Selective visual attention towards oneself and associated state body satisfaction: an eye-tracking study in adolescents with different types of eating disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*(8), 1647-1661. https://doi.org/10.1002/eat.22771

87. Bayless, J. D., Kanz, J. E., Moser, D. J., McDowell, B. D., Bowers, W. A., Andersen, A. E. y Paulsen, J. S. (2002). Neuropsychological characteristics of patients in a hospital-based eating disorder program. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *14*(4), 203–207. https://doi.org/10.1023/a:1021905916252

88. Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.

89. Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H. y Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, *50*(1-3), 7-15. https://doi.org/10.1016/0010-0277(94)90018-3

90. Beehr, T. A. (2014). *Psychological stress in the workplace (psychology revivals)*. Routledge. http://dx.doi.org/10.4324/9781315795560

91. Benedikt, R., Wertheim, E. H. y Love, A. (1998). Eating attitudes and weight-loss attempts in female adolescents and their mothers. *Journal of Youth and Adolescence*, *27*(1), 43-57. https://doi.org/10.1023/A:1022876715005

92. Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., de Tojeiro-Roce, J. G., García-Polavieja, B., Santos-Zorrozúa, B. y Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *11*(4), 244-254. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007

93. Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S. y Jantschek, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive psychiatry*, *48*(2), 118-123. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2006.08.003

94. Bentovim, M. (2000). Ethical and legal issues. En B. Lask y R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed., pp. 349–360). Psychology Press.

95. Bentz, M., Jepsen, J. R. M., Telléus, G. K., Moslet, U., Pedersen, T., Bulik, C. M. y Plessen, K. J. (2017). Neurocognitive functions and social functioning in young females with recent-onset anorexia nervosa and recovered individuals. *Journal of eating disorders*, *5*(1), 5. https://doi.org/10.1186/s40337-017-0137-3

96. Beran, T. N., Kaba, A., Caird, J. y McLaughlin, K. (2014). The good and bad of group conformity: a call for a new programme of research in medical education. *Medical Education*, *48*(9), 851-859. https://doi.org/10.1111/medu.12510

97. Berenguer, C. (2014). Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico: especial consideración al procedimiento a seguir en los casos de urgencia médica. *Derecho privado y Constitución*, *28*, 263-309. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/42423/1/2014_Berenguer_DPyC.pdf

98. Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *The Journal of general psychology*, *39*(1), 15-22. https://doi.org/10.1080/00221309.1948.9918159

99. Berghmans, R. L. y Widdershoven, G. A. (2003). Ethical perspective on decision-making capacity and consent for treatment and research. *Medicine and Law*, *22*(3), 391-400.

100. Berkman, N. D., Lohr, K. N. y Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(4), 293-309. https://doi.org/10.1002/eat.20369

101. Berlinger, N. (2013). Writing wrongs: on narratives of moral distress. *Narrative Inquiry in Bioethics*, *3*(2), 131-137. https://doi.org/10.1353/nib.2013.0043

102. Berrocal, A. (2004). La autonomía del individuo en el ámbito sanitario. El deber de información y el consentimiento informado como derechos del paciente en la nueva Ley 41/2002, de 14 de noviembre. *Foro: Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales Nueva Época*, *0*, 227-298. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1176452&orden=165998&info=link

103. Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L. y Haddock, G. (2013). PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 33*(4), 526–538. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.011

104. Beumont, P. y Vandereycken, W (1998) Challenges and risks for health care professionals. En W. Vandereycken y P. Beumont (Eds.), *Treating Eating Disorderes: ethical, legal and personal issues* (pp. 1-29). The Athlone Press.

105. Bilz, K. y Nadler, J. (2014). Law, Moral Attitudes, and Behavioral Change. En E. Zamir y D. Teichman (Eds.), *The Oxford Handbook of Behavioral Economics and the Law* Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199945474.013.0010

106. Bindman, J. (2004). Coercion and treatment pressures. *Psychiatry*, *3*(3), 14-16. https://doi.org/10.1383/psyt.3.3.14.30680

107. Bindman, J., Reid, Y., Szmukler, G., Tiller, J., Thornicroft, G. y Leese, M. (2005). Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *40*(2), 160-166. https://doi.org/10.1007/s00127-005-0861-x

108. Biney, H., Giles, E., Hutt, M., Matthews, R. y Lacey, J. H. (2021). Self-esteem as a catalyst for change in adolescent inpatients with anorexia nervosa: a pilot randomised controlled trial. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-10. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01161-0

109. Birley, J. L. T. (1991). Psychiatrists and citizens. *The British Journal of Psychiatry*, *159*(1), 1-6. https://doi.org/10.1192/bjp.159.1.1

110. Bizeul, C., Sadowsky, N. y Rigaud, D. (2001). The prognostic value of initial EDI scores in anorexia nervosa patients: A prospective follow-up study of 5–10 years. European Psychiatry, 16(4), 232–238. https://doi.org/10.1016/s0924-9338(01)00570-3

111. Blackstone, E., Daly, B. J. y Griggins, C. (2019). *Making Medical Decisions for Incapacitated Patients Without Proxies: Part II. HEC Forum.* https://doi.org/10.1007/s10730-019-09388-2

112. Blikshavn, T., Halvorsen, I. y Rø, Ø. (2020). Physical restraint during inpatient treatment of adolescent anorexia nervosa: frequency, clinical correlates, and associations with outcome at five-year follow-up. *Journal of Eating Disorders*, *8*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00297-1

113. Blumenthal-Barby, J. S. y Burroughs, H. (2012). Seeking better health care outcomes: the ethics of using the "nudge". *The American Journal of Bioethics*, *12*(2), 1-10. https://doi.org/10.1080/15265161.2011.634481

114. Boada, M. y Robles, A. (2009). *Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación.* Editorial Glosa. Recuperado de http://www.sen.es/pdf/2009/Documento_Sitges2009.pdf

115. Bodell, L. P. y Keel, P. K. (2010). Current treatment for anorexia nervosa: efficacy, safety, and adherence. *Psychology Research and Behavior Management*, *3*, 91-108. https://dx.doi.org/10.2147%2FPRBM.S13814

116. Boninger, D. S., Krosnick, J. A., Berent, M. K. y Fabrigar, L. R. (1995). The causes and consequences of attitude importance. En R.E. Petty J.A. Krosnick (Eds.). *Attitude strength: Antecedents and consequences*, (pp.159-189). Psychology Press.

117. Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. y Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 465–473. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x

118. Borhani, F., Abbaszadeh, A., Nakhaee, N. y Roshanzadeh, M. (2014). The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *Journal of medical ethics and history of medicine*, *7*, 3. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263391/

119. Bornstein, B. H. y Emler, A. C. (2001). *Rationality in medical decision making: a review of the literature on doctors' decision-making biases. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 7(2), 97–107.* https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.2001.00284.x

120. Boughtwood, D. y Halse, C. (2010). Other than obedient: Girls' constructions of doctors and treatment regimes for anorexia nervosa. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *20*(2), 83-94. https://doi.org/10.1002/casp.1016

121. Bowers, L., Cullen, A. E., Achilla, E., Baker, J., Khondoker, M., Koeser, L., Moylan, L., Pettit, S., Quirk, A., Sethi, F., Stewart, D., McCrone, P. y Tulloch, A.D. (2017). Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): Combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services. *Health Services and Delivery Research, 5*, 21, 1-142. https://doi.org/10.3310/hsdr05210

122. Boyle, S. (2019). How should the law determine capacity to refuse treatment for anorexia? *International journal of law and psychiatry*, *64*, 250-259. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.05.001

123. Brannon, L. A. y Carson, K. L. (2003). The representativeness heuristic: influence on nurses' decision making. *Applied Nursing Research*, *16*(3), 201-204. https://doi.org/10.1016/S0897-1897(03)00043-0

124. Braun, L. T. y Schmidmaier, R. (2019). Dealing with cognitive dissonance: an approach. *Medical education*, (12), 1167-1168. https://doi.org/10.1111/medu.13955

125. Braun, M., Gurrera, R., Karel, M., Armesto, J. y Moye, J. (2009). Are clinician's ever biased in their judgments of the capacity of older adult's to make medical decisions? *Generations (San Francisco, Calif.)*, *33*(1), 78–91.

126. Bravo, M. J., Zurriaga, R., Peiró, J. M. y González, P. (1993). Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, *5*(1), 19-36. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97155/1/RevPsicolSalud_5_1_02.pdf

127. Bravo, M., Pérez, A. y Plana, R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista cubana de pediatría*, *72*(4), 300-305. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75312000000400011

128. Bregar, B., Skela-Savič, B. y Plesničar, B. K. (2018). Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. BMC Psychiatry, 18(171). https://doi.org/10.1186/s12888-018-1756-1

129. Breier-Mackie, S. (2001). Patient autonomy and medical paternity: can nurses help doctors to listen to patients? *Nursing Ethics*, *8*(6), 510-521. https://doi.org/10.1177%2F096973300100800605

130. Breland, J. Y., Donalson, R., Dinh, J. V. y Maguen, S. (2018). Trauma exposure and disordered eating: A qualitative study. *Women & health*, *58*(2), 160-174. https://dx.doi.org/10.1080%2F03630242.2017.1282398

131. Brewerton, T. D. (2014). Are eating disorders addictions? En T. D. Brewerton y A. B. Dennis (Eds.). *Eating disorders, addictions, and substance use disorders: Research, clinical and treatment perspectives* (pp. 267–299). Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-45378-6_13

132. Brewerton, T. D. y Dennis, A. B. (2016). Perpetuating Factors in Severe and Enduring Anorexia Nervosa. En S. Touyz, D. Le Grange, J. H. Lacey, and P. Hay (Eds.), *Managing Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A Clinician's Guide* (pp. 28-63). Routledge

133. Briere, J. y Scott, C. (2007). Assessment of trauma symptoms in eating-disordered populations. *Eating disorders*, *15*(4), 347–358. https://doi.org/10.1080/10640260701454360

134. Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W. y Friederich, H. C. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, *53*(5), 496-501. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.09.003

135. Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W. y Friederich, H. C. (2013). The thinner the better: self-esteem and low body weight in anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy, 20*(5), 394–400. https://doi.org/10.1002/cpp.1771

136. Brockner, J. (1992). The escalation of commitment to a failing course of action: Toward theoretical progress. *Academy of management review*, *17*(1), 39-61. https://doi.org/10.5465/amr.1992.4279568

137. Brooks, R. A. (2006). U.S. Psychiatrists' beliefs and wants about involuntary civil commitment grounds. *International Journal of Law and Psychiatry, 29*(1), 13–21. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.04.004

138. Brooks R. A. (2007). Psychiatrists' opinions about involuntary civil commitment: results of a national survey. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *35*(2), 219–228.

139. Brooks, S., Prince, A., Stahl, D., Campbell, I. C. y Treasure, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behaviour. *Clinical psychology review*, *31*(1), 37-51. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.006

140. Broomfield, C., Stedal, K., Touyz, S. y Rhodes, P. (2017). Labeling and defining severe and enduring anorexia nervosa: A systematic review and critical

analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(6), 611-623. https://doi.org/10.1002/eat.22715

141. Brown, C., y Mehler, P. S. (2015). Medical complications of anorexia nervosa and their treatments: An update on some critical aspects. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 20*(4), 419-425. https://doi.org/10.1007/s40519-015-0202-3

142. Brown, M., Loeb, K. L., McGrath, R. E., Tiersky, L., Zucker, N. y Carlin, A. (2018). Executive functioning and central coherence in anorexia nervosa: Pilot investigation of a neurocognitive endophenotype. *European Eating Disorders Review, 26(*5), 489–498. https://doi.org/10.1002/erv.2597

143. Brown, T. A., Forney, K. J., Klein, K. M., Grillot, C. y Keel, P. K. (2020). A 30-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating pathology across women and men from late adolescence to later midlife. *Journal of Abnormal Psychology, 129*(4), 376–386. https://doi.org/10.1037/abn0000519

144. Bruch, H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within. Basic Books.

145. Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Harvard University Press.

146. Bruch H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *The American journal of psychiatry*, *139*(12), 1531–1538. https://doi.org/10.1176/ajp.139.12.1531

147. Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia* (pp. 7–18). Guilford.

148. Bruch, H. (1988). *Conversations with anorexics*. Basic Books.

149. Brunner, R., Parzer, P. y Resch, F. (2005). Unfreiwillige Hospitalisierung von Patienten mit Anorexia nervosa: klinische Aspekte und empirische Befunde. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, *73*(01), 9-15. https://doi.org/10.1055/s-2004-830078

150. Brusset, B. (2016). Le défi anorexique. Dans : Geneviève Bréchon éd., *Les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 89-109). Toulouse, France: ERES. https://doi.org/10.3917/eres.brec.2016.01.0089

151. Bublitz, J. C. y Merkel, R. (2009). Autonomy and authenticity of enhanced personality traits. *Bioethics*, *23*(6), 360-374. https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01725.x

152. Buchanon, A., Swanson, J. W. y Swartz, M. S. (2017). Community psychiatric treatment under legal mandates: the international experience. En A. Buchanan y L. Wootton (Eds.), *Care of the Mentally Disordered Offender in the*

Community, 243. Oxford University Press. http://dx.doi.org/10.1093/med/9780198738664.003.0013

153. Bulik, C. M., Blake, L. y Austin, J. (2019). Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatric Clinics*, *42*(1), 59-73. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007

154. Butkus, M. A. (2015). Free will and autonomous medical decision-making. *Journal of Cognition and Neuroethics*, *3*(1), 75-119. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Matthew_Butkus/publication/273912752_Free_Will_and_Autonomous_Medical_Decision-Making/links/551036410cf2ba84483d2503/Free-Will-and-Autonomous-Medical-Decision-Making.pdf

155. Butkus, M. A. (2018). The Necessity of Clinical Experience in Medical Ethics Expertise. En J.C. Watson y L.K. Guidry-Grimes, *Moral Expertise* (pp. 227-244). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-92759-6_13

156. Butow, P., Beumont, P. y Touyz, S. (1993). Cognitive processes in dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders, 14*(3), 319-329. https://doi.org/10.1002/1098-108X(199311)14:3%3C319::AID-EAT2260140310%3E3.0.CO;2-3

157. Button, E. J. y Warren, R. L. (2001). Living with anorexia nervosa: The experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *9*(2), 74-96. https://doi.org/10.1002/erv.400

158. Button, E. J. y Warren, R. L. (2002). Self-image in anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, 10*(6), 399-412. https://doi.org/10.1002/erv.484

159. Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J. S., Davies, J. y Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*(2), 193-203. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01176.x

160. Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J. y Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, *28*(2), 155-164. https://doi.org/10.1002/1098-108X(200009)28:2%3C155::AID-EAT4%3E3.0.CO;2-K

161. Byrne, M. (2020) *Cognitive dissonance and depression: an exploration using mixed methods* [Tesis doctoral, University of Dublin]. https://doi.org/10.13140/rg.2.2.16182.45126

162. Calderoni, S., Muratori, F., Leggero, C., Narzisi, A., Apicella, F., Balottin, U., Carigi, T., Maestro, S., Fabbro, F. y Urgesi, C. (2013). Neuropsychological functioning in children and adolescents with restrictive-type anorexia nervosa: an in-depth investigation with NEPSY-II. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *35*(2), 167–179. https://doi.org/10.1080/13803395.2012.760536

163. Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., Deriziotis, S., Hadjimichalis, A., Scognamiglio, P., Eshkevari, E., Micali, N. y Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *42*, 55-92. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.002

164. Campbell, A. T. y Aulisio, M. P. (2012). The stigma of "mental" illness: End stage anorexia and treatment refusal. *International Journal of Eating Disorders, 45*(5), 627–634. https://doi.org/10.1002/eat.22002

165. Campbell, I. C., Mill, J., Uher, R. y Schmidt, U. (2011). Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *35*(3), 784–793. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.09.012

166. Campbell, J., Ramirez, N. y Derenne, J. (2019). Current Pharmacological Treatments for Childhood-Onset Eating Disorders. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1-13. https://doi.org/10.1007/s40501-019-00189-5

167. Campos, F. (2013). La enfermedad mental en el Derecho Penal. En A. Ansean (Dir.) *Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental* (pp. 149-158) Edicomplet S.L.

168. Cañete-Nicolás, C., Hernández-Viadel, M., Bellido-Rodréguez, C., Lera-Calatayud, G., Asensio-Pascual, P., Pérez-Prieto, J. F., Calabuig-Crespo, R. Leal-Cercós, C. (2012). Situacion en España del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para enfermos mentales graves. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *40*(1). 27-33

169. Canvin, K., Rugkåsa, J., Sinclair, J. y Burns, T. (2013). Leverage and other informal pressures in community psychiatry in England. *International journal of law and psychiatry*, *36*(2), 100-106. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.01.002

170. Carabellese, F., Felthous, A. R., La Tegola, D., Piazzolla, G., Distaso, S., Logroscino, G., Leo, A., Ventriglio, A y Catanesi, R. (2018). Qualitative analysis of the capacity to consent to treatment in patients with a chronic neurodegenerative disease: Alzheimer's disease/Analisi qualitativa sulla capacità a prestare consenso al trattamento in pazienti con malattie cronico

degenerative neuropsicoorganiche: Demenza di Alzheimer. *International Journal of Social Psychiatry*, *64*(1), 26-36. https://doi.org/10.1177%2F0020764017739642

171. Cardi, V., Leppanen, J., Mataix-Cols, D., Campbell, I. C. y Treasure, J. (2019). A case series to investigate food-related fear learning and extinction using in vivo food exposure in anorexia nervosa: A clinical application of the inhibitory learning framework. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, *27*(2), 173–181. https://doi.org/10.1002/erv.2639

172. Cardi, V., Di Matteo, R., Gilbert, P. y Treasure, J. (2014). Rank perception and self-evaluation in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(5), 543-552. https://doi.org/10.1002/eat.22261

173. Cardi, V., Mallorqui-Bague, N., Albano, G., Monteleone, A. M., Fernandez-Aranda, F. y Treasure, J. (2018). Social difficulties as risk and maintaining factors in anorexia nervosa: A mixed-method investigation. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 12. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00012

174. Cardi, V., Matteo, R. D., Corfield, F. y Treasure, J. (2013). Social reward and rejection sensitivity in eating disorders: An investigation of attentional bias and early experiences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *14*(8), 622-633. https://doi.org/10.3109/15622975.2012.665479

175. Carney, T., Crim, D., Wakefield, A., Tait, D. y Touyz, S. (2006). Reflections on coercion in the treatment of severe anorexia nervosa. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, *43*(3), 159–165.

176. Carney, T., Ingvarson, M. y Tait, D. (2006). Experiences of 'control' in anorexia nervosa treatment: delayed coercion, shadow of law or disseminated power and control? En P. Swain (Ed.), *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: New Research* (pp. 41-61). Nova Science Publishers Inc.

177. Carney, T., Tait, D., Touyz, S., Ingvarson, M., Saunders, D. y Wakefield, A. (2006). *Managing anorexia nervosa: Clinical, legal and social perspectives on involuntary treatment.* Nova Science Publishers.

178. Carney, T., Tait, D. y Touyz, S. (2007). Coercion is coercion? Reflections on trends in the use of compulsion in treating anorexia nervosa. *Australasian Psychiatry, 15*(5), 390–395. https://doi.org/10.1080/10398560701458202

179. Carney, T., Then, S. N., Bigby, C., Douglas, J. y Smith, E. (2019). Realising'will, preferences and rights': Reconciling differences on best practice support for decision-making? *Griffith Law Review*, *28*(4), 357-379. https://doi.org/10.1080/10383441.2019.1690741

180. Carney, T., Yager, J., Maguire, S. y Touyz, S. W. (2019). Involuntary Treatment and Quality of Life. *Psychiatric Clinics of North America, 42(2), 299–307*. https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.011

181. Casado, A. y Etxeberria, A. (2014). Autonomía y enfermedad: qué puede aportar la filosofía de la medicina a la bioética. *Autonomía con otros. Ensayos sobre bioética*, 35-62. Recuperado de https://antonio.ias-research.net/files/2014/10/Casado-Etxeberria-2014.pdf

182. Casas, J., Repullo, J. R. y Lorenzo, S. (2002). *Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. Revista de Calidad Asistencial, 17(4), 237–246*. https://doi.org/10.1016/s1134-282x(02)77511-8

183. Cascardi, M. y Poythress, N. G. (1997). Correlates of perceived coercion during psychiatric hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry, 20*(4), 445–458. https://doi.org/10.1016/S0160-2527(97)00014-9

184. Casini, M. (2011). La indisponibilidad de la vida humana en la perspectiva del Bioderecho. *Medicina y Ética, 22*(1), 33-52. Recuperado de http://publicaciones.anahuac.mx/bioetica/issue/view/77/Medicina%20y%20Etica%20Vol.%20XXII%20No.%201

185. Cassidy, B. S., Leshikar, E. D., Shih, J. Y., Aizenman, A. y Gutchess, A. H. (2013). Valence-based age differences in medial prefrontal activity during impression formation. *Social neuroscience*, *8*(5), 462-473. https://doi.org/10.1080/17470919.2013.832373

186. Castle, E., Eisenberger, N. I., Seeman, T. E., Moons, W. G., Boggero, I. A., Grinblatt, M. S. y Taylor, S. E. (2012). Neural and behavioral bases of age differences in perceptions of trust. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *109*(51), 20848-20852. https://doi.org/10.1073/pnas.1218518109

187. Cataldo, R. y Bogetti, C. (2015). La bioética y el rol del psicólogo. En V.S.Piatti (Comp.) *Memorias del V Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata* (pp.791-800). Universidad Nacional de la Plata. Recuperado de https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/522#accordion-1

188. Cattarin, J. A. y Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders*, *2*(2), 114-125. https://doi.org/10.1080/10640269408249107

189. Cella, S., Iannaccone, M., Cipriano, A. y Cotrufo, P. (2020). Risk and Maintenance Factors for Eating Disorders: An Exploration of Multivariate Models on Clinical and Non-Clinical Populations. En Weight Management. IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.91063

190. Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, J. D. y Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(3), 271-280. https://doi.org/10.1002/eat.10147

191. Chan, K. K. (2016). Associations of symptoms, neurocognition, and metacognition with insight in schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, *65*, 63-69. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2015.09.009

192. Chapman, L. J. y Chapman, J. P. (1973). Problems in the measurement of cognitive deficits. *Psychological Bulletin, 79*(6), 380–385. https://doi.org/10.1037/h0034541

193. Chapman, L. J. y Chapman, J. P. (2001). Commentary on two articles concerning generalized and specific cognitive deficits. *Journal of abnormal psychology*, *110*(1), 31–39. https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.1.31

194. Charland, L. C. (1998). Appreciation and emotion: Theoretical reflections on the MacArthur Treatment Competence Study. *Kennedy Institute of Ethics Journal, 8,* 359–376. https://doi.org/10.1353/ken.1998.0027

195. Charland, L. C. (2006). Anorexia and the MacCAT-T test for mental competence: validity, value, and emotion. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *13*(4), 283-287. https://doi.org/10.1353/ppp.2007.0027

196. Chen, A. y Couturier, J. (2019). Triggers for children and adolescents with anorexia nervosa: a retrospective chart review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *28*(3), 134. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6863573/

197. Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. y Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry, 10*(July), 1–19. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491

198. Christman, J. (2018). Autonomy in moral and political philosophy. En E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (spring 2018)*. Metaphysics Research Lab: Stanford University. Recuperado de https://plato.stanford.edu/archives/spr2018/entries/autonomy-moral/

199. Christman, J. (Ed) (1989). *The Inner Citadel: Essays on Individual Autonomy*. Oxford University Press.

200. Ciao, A. C., Accurso, E. C. y Wonderlich, S. A. (2016). What Do We Know About Severe and Enduring Anorexia Nervosa? En S. Touyz, D. Le Grange, J. H. Lacey, and P. Hay (Eds.), *Managing Severe and Enduring Anorexia Nervosa* (pp. 21-32). Routledge.

201. Clausen, L. y Jones, A. (2014). A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of Eating Disorders, 2*(1), 29. https://doi.org/10.1186/s40337-014-0029-8

202. Clausen, L., Larsen, J. T., Bulik, C. M. y Petersen, L. (2018). A Danish register-based study on involuntary treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(11), 1213-1222. https://doi.org/10.1002/eat.22968

203. Coggon J. (2014). Anorexia nervosa, best interests, and the patient's human right to 'a wholesale overwhelming of her autonomy': a local authority v. E [2012] EWHC 1639 (COP) [2012] HRLR 29. *Medical law review*, *22*(1), 119–130. https://doi.org/10.1093/medlaw/fwt031

204. Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement*, *20*(1), 37-46. https://doi.org/10.1177%2F001316446002000104

205. Cohen, S. (2013). Nudging and informed consent. *The American Journal of Bioethics*, *13*(6), 3-11. https://doi.org/10.1080/15265161.2013.781704

206. Colli, A., Speranza, A. M., Lingiardi, V., Gentile, D., Nassisi, V. y Hilsenroth, M. J. (2015). Eating disorders and therapist emotional responses. *The Journal of nervous and mental disease*, *203*(11), 843-849. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000379

207. Collin, P., Karatzias, T., Power, K., Howard, R., Grierson, D. y Yellowlees, A. (2016). Multi-dimensional self-esteem and magnitude of change in the treatment of anorexia nervosa. *Psychiatry research*, *237*, 175-181. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.046

208. Coman, A., Skårderud, F., Reas, D. L. y Hofmann, B. M. (2014). The ethics of neuromodulation for anorexia nervosa: a focus on rTMS. *Journal of Eating Disorders*, *2*(1), 10. https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-10

209. Comins, I. (2003). Del Miedo a la Diversidad a la Ética del Cuidado: Una Perspectiva de Género. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, *10*(33). Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/105/10503305.pdf

210. Comité de Bioética de España (2019). Informe del Comité de Bioética de España valorando el borrador de Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamientos involuntarios. Recuperado de http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20valorando%20el%20Borrador%20del%20Protocolo%20Adicional%20respecto%20a%20ingresos%20y%20tratamientos%20involuntarios.pdf

211. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014) Observación general Nº1 (2014): Igual reconocimiento como persona ante la ley. CRPD/C/GC/1. Recuperado de https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1

212. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2019). Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España. Recuperado de http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhslxq2MulDp%2FqMKQ6SGOn0%2FM2iqPHauvLINGLuCsnFfZ4vRELH5%2FNh4FYriSa2QosgWlomBNlf3Iidy8dmP2sajaD4jyCm5OYfQAamFv1l%2F5o

213. Consejo de Europa (1950). Convenio Europeo de Derechos Humanos. Recuperado de https://www.echr.coe.int/documents/convention_spa.pdf

214. Constitución Española de 1978, Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum el 6 de diciembre de 1978 y sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con

215. Conti, J., Rhodes, P. y Adams, H. (2016). Listening in the dark: why we need stories of people living with severe and enduring anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, *4*(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/s40337-016-0117-z

216. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, ratificado el 1 de septiembre de 1999 (B.O.E. nº 251, de 20 de octubre, 1999). Corrección de errores (B.O.E. n.o 270, de 11 de noviembre, 1999).

217. Coope, C. (2009). The doctor of philosophy will see you now. *Royal Institute of Philosophy Supplements*, *65*, 177-214. https://doi.org/10.1017/S1358246109990105

218. Cooper, M. (1997). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *25*(2), 113-145. https://doi.org/10.1017/s1352465800018348

219. Corbin, R. M. (1980). Decisions that might not get made. En T. Wallsten (Ed.), *Cognitive processes in choice and decision behavior*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Recuperado de https://apps.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a078481.pdf

220. Cornelius, T. y Blanton, H. (2016). The limits to pride: A test of the pro-anorexia hypothesis. *Eating disorders*, *24*(2), 138–147. https://doi.org/10.1080/10640266.2014.1000102

221. Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*(7), 614–625. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614

222. Costa, G., Guimaraes, D. y Corchs, F. (2014). Anorexia nervosa, paternalism and clinical practice. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, *41*(5), 135-135. https://doi.org/10.1590/0101-60830000000028

223. Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S. y McVey, G. (2013). Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 177–188. https://doi.org/10.1002/eat.22049

224. Cowan, J. (2020). *Coercive and Compulsive Treatment of Eating Disorders: Surveying Treatment Providers' Attitudes and Behavior* [Tesis doctoral, Antioch University, Seatle] Recuperado de https://aura.antioch.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1579&context=etds

225. Cramer, R. J., Ireland, J. L., Hartley, V., Long, M. M., Ireland, C. A. y Wilkins, T. (2020). Coping, mental health, and subjective well-being among mental health staff working in secure forensic psychiatric settings: Results from a workplace health assessment. *Psychological Services, 17*(2), 160–169. https://doi.org/10.1037/ser0000354

226. Cratsley, K. R., Wickremsinhe, M. N. y Mackey, T. K. (2021). Human Rights and Global Mental Health: Reducing the Use of Coercive Measures. En A. R. Dyer, B. A. Kohrt y P. J. Candilis (Eds.), *Global Mental Health Ethics* (pp. 247-268). Springer, Cham. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-66296-7_15

227. Cremades, P. (2018). Tratamiento jurídico de una enfermedad social. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Actualidad jurídica iberoamericana*, (9), 44-85.Recuperado de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/68573/6653320.pdf?sequence=1&isAllow

228. Crisafulli, M. A., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T. y Herzog, D. B. (2010). Stigmatization of anorexia nervosa: Characteristics and response to intervention. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*(7), 756-770. https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.7.756

229. Crisafulli, M. A., Von Holle, A. y Bulik, C. M. (2008). Attitudes towards anorexia nervosa: the impact of framing on blame and stigma. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(4), 333-339. https://doi.org/10.1002/eat.20507

230. Criscuolo, M., Marchetto, C., Chianello, I., Cereser, L., Castiglioni, M. C., Salvo, P., Vicari, S. y Zanna, V. (2020). Family functioning, coparenting, and parents' ability to manage conflict in adolescent anorexia nervosa subtypes. *Families, Systems, & Health, 38*(2), 151–161. https://doi.org/10.1037/fsh0000483

231. Crisham, P. (1981). Measuring moral judgment in nursing dilemmas. *Nursing Research*, *30*(2), 104-110. http://dx.doi.org/10.1097/00006199-198103000-00012

232. Crisp, A. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surverys. *European Eating Disorders Review, 13*(3), 147–152. https://doi.org/10.1002/erv.648

233. Croskerry, P. (2002). Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Academic Emergency Medicine*, *9*(11), 1184-1204. https://doi.org/10.1197/aemj.9.11.1184

234. Croskerry, P. (2016). Our better angels and black boxes. *Emergency medicine journal:EMJ*, *33*(4), 242. https://doi.org/10.1136/emermed-2016-205696

235. Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Escobar-Koch, T. y Simpson, S. (2017). From eating identity to authentic selfhood: Identity transformation in eating disorder sufferers following psychotherapy. *Clinical Psychologist*, *21*(3), 227-235. https://doi.org/10.1111/cp.12067

236. Cummings, C. L. (2009). *The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting* [Tesis doctoral, University of North Florida]. Recuperado de https://digitalcommons.unf.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.es/&httpsredir=1&article=1429&context=etd

237. Cunningham, H. E., Pearman III, S. y Brewerton, T. D. (2016). Conceptualizing primary and secondary pathological exercise using available measures of excessive exercise. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(8), 778-792. https://doi.org/10.1002/eat.22551

238. Curbelo, D. (2013). *Principio de autonomía: menores y práctica clínica* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. Recuperado de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Derecho-Dcurbelo/Documento.pdf

239. Curk, P., Gurbai, S. y Freyenhagen, F. (2020). Removing Compliance: Interpersonal and Social Factors Affecting Insight Assessments. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 560039. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.560039

240. Dahan, S., Levi, G., Behrbalk, P., Bronstein, I., Hirschmann, S. y Lev-Ran, S. (2018). The Impact of 'Being There': Psychiatric Staff Attitudes on the Use of Restraint. *The Psychiatric quarterly*, *89*(1), 191–199. https://doi.org/10.1007/s11126-017-9524-9

241. Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H. y Hutchinson, A. D. (2019). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(3), 219-229. https://doi.org/10.1002/eat.23009

242. Dakanalis, A. y Riva, G. (2013). Mass media, body image and eating disturbances: The underlying mechanism through the lens of the objectification theory. En L.B. Sams y J.A. Keels (Eds.), *Handbook on Body Image: Gender Differences, Sociocultural Influences and Health Implications* (pp. 217-235). Nova Science Publishers.

243. Dalton, B., Bartholdy, S., Campbell, I. C. y Schmidt, U. (2018). Neurostimulation in clinical and sub-clinical eating disorders: a systematic update of the literature. *Current neuropharmacology*, *16*(8), 1174-1192. https://doi.org/10.2174/1570159X16666180108111532

244. Dancyger, I., Narayan, G. A. y Fornari, V. (2017). Eating disorders and abuse. *Adolescent Psychiatry*, *7*(4), 236-252. https://doi.org/10.2174/2210676608666180112123154

245. Daniels, S. R. (2009). The use of BMI in the clinical setting. *Pediatrics, 124*(Supplement 1), S35-S41. https://doi.org/10.1542/peds.2008-3586F

246. Danner, U. N., Sanders, N., Smeets, P. A., van Meer, F., Adan, R. A., Hoek, H. W. y van Elburg, A. A. (2012). Neuropsychological weaknesses in anorexia nervosa: Set-shifting, central coherence, and decision making in currently ill and recovered women. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(5), 685-694. https://doi.org/10.1002/eat.22007

247. Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I. y Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, *16*(3), 211-226. https://doi.org/10.1002/1098-108X(199411)16:3%3C211::AID-EAT2260160302%3E3.0.CO;2-X

248. David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *156*(6), 798-808. https://doi.org/10.1192/bjp.156.6.798

249. Davidson, H. y Birmingham, C. L. (2003). Directives in anorexia nervosa: use of the "ulysses agreement". *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *8*(3), 249-252. https://doi.org/10.1007/BF03325022

250. Davies, M. M., Bekker, M. H. y Roosen, M. A. (2011). The role of coping and general psychopathology in the prediction of treatment outcome in eating disorders. *Eating Disorders*, *19*(3), 246-258. https://doi.org/10.1080/10640266.2011.566147

251. Davis, C., Katzman, D. K. y Kirsh, C. (1999). Compulsive physical activity in adolescents with anorexia nervosa: a psychobehavioral spiral of pathology. *The Journal of nervous and mental disease*, *187*(6), 336-342. http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199906000-00002

252. Dawson, J. (2015). A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD. *International Journal of Law and Psychiatry*, *40*, 70-79. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.003

253. De Leo, D., Magni, G., Vallerini, A. y Dal Palu, C. (1983). Assessment of anxiety and depression in general and psychiatric nurses. *Psychological reports*, *52*(1), 335-337. https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1983.52.1.335

254. de Miguel, L. (2019). Propuesta de Ley Orgánica sobre capacidad dentro del ámbito del derecho sanitario y los derechos fundamentales. *DS: Derecho y salud*, *29*(1), 143-153. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7097148.pdf

255. de Silva, P. N. (2015). Avoiding clinical bias in psychiatry. *CPD Online*. Recuperado de http://www.psychiatrycpd.co.uk/PDF/Avoiding_clinical_bias_in_psychiatry_THN.pdf

256. de Wit, F. A. (2012). Autonomie: een zorgelijk begrip? *tijdschrift voor psychiatrie 54*(7), 393-402. Recuperado de https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP11-07_p583-592.pdf

257. DeBono, K. G. y Omoto, A. M. (1993). Individual differences in predicting behavioral intentions from attitude and subjective norm. *The Journal of Social Psychology*, *133*(6), 825-831. https://doi.org/10.1080/00224545.1993.9713944

258. DeBono, K. G. y Snyder, M. (1995). Acting on one's attitudes: The role of a history of choosing situations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*(6), 629-636. https://doi.org/10.1177%2F0146167295216009

259. Deckard, G. J. y Present, R. M. (1989). Impact of role stress on physical therapists' emotional and physical well-being. *Physical Therapy*, *69*(9), 713-718. https://doi.org/10.1093/ptj/69.9.713

260. Desviat, M., González, C., González, A., Moreno, A., Perez, E., Ponte, N., Rodríguez, J.L., Kohn, R. y Levav, I. (1999). Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. *Psiquiatría Pública*, *11*(5-6).

261. Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutschen Gesellschaft für Essstörungen, Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin, Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde y Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2019). Gemeinsame S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen". *AWFM online 051/26*. Recuperado de https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf

262. Díez, A. (2017). Más sobre la interpretación (y III). Razonamiento y racionalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *37*(132), 333-348. http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352017000200002

263. Díez, J. R. (2012). *Las excepciones al principio del consentimiento informado* [Tesis doctoral, UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia].

264. DiFabio, S. (1981). Nurses' reactions to restraining patients. *AJN The American Journal of Nursing*, *81*(5), 973-975. http://dx.doi.org/10.2307/3424724

265. Dignon, A., Beardsmore, A., Spain, S. y Kuan, A. (2006). 'Why I Won't Eat' Patient Testimony from 15 Anorexics Concerning the Causes of Their Disorder. *Journal of health psychology*, *11*(6), 942-956. https://doi.org/10.1177%2F1359105306069097

266. Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Muskat, S., Domingo, A. y McCallum, L. (2016). You dont have anorexia, you just want to look like a celebrity": Perceived stigma in individuals with anorexia nervosa. *Journal of Mental Health, 25*(1), 47–54. https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101422

267. Diseth, R. R., Bøgwald, K. P. y Høglend, P. A. (2011). Attitudes among stakeholders towards compulsory mental health care in Norway. *International journal of law and psychiatry*, *34*(1), 1-6. https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1016/j.ijlp.2010.11.001

268. Dive, L. y Newson, A. J. (2018). Reconceptualizing autonomy for bioethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, *28*(2), 171-203. https://doi.org/10.1353/ken.2018.0013

269. Dobelli, R. (2016). *El arte de pensar: 52 errores de lógica que es mejor dejar que cometan otros*. B DE BOOKS.

270. Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C. y de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *27*(4), 446–459. https://doi.org/10.1111/jpm.12586

271. Donisi, V., Tedeschi, F., Wahlbeck, K., Haaramo, P. y Amaddeo, F. (2016). Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC psychiatry*, *16*(1), 449. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1114-0

272. Donnelly, M. (2006). *Autonomy, capacity and the limitations of liberalism: An exploration of the law relating to treatment refusal* [Tesis doctoral, Cardiff University]. Recuperado de https://orca.cf.ac.uk/56131/1/U584889.pdf

273. Dorman, J. D. y Raffin Bouchal, S. (2020). Moral distress and moral uncertainty in medical assistance in dying: A simultaneous evolutionary concept analysis. *Nursing forum*, *55*(3), 320–330. https://doi.org/10.1111/nuf.12431

274. Douglas, C. y Proudfoot, E. (2013). Nudging and the complicated real life of "informed consent". *The American Journal of Bioethics*, *13*(6), 16-17. https://doi.org/10.1080/15265161.2013.781716

275. Douzenis, A. y Michopoulos, I. (2015). Involuntary admission: The case of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry, 39*, 31–35. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.018

276. Draper, H. (1998). Treating anorexics without consent: Some reservations. *Journal of Medical Ethics, 24*(1), 5-7. https://dx.doi.org/10.1136%2Fjme.24.1.5

277. Draper, H. (2000). Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: A limited justification. *Bioethics, 14*(2), 120–133. https://doi.org/10.1111/1467-8519.00185

278. Draper, H. (2003). Anorexia nervosa and refusal of naso-gastric treatment: A reply to Simona Giordano. *Bioethics, 17*(3). https://doi.org/10.1111/1467-8519.00341

279. Dresser R. (1984). Feeding the hunger artists: legal issues in treating anorexia nervosa. *Wisconsin law review*, *1984*(2), 297–374.

280. Dunn, L. B., Nowrangi, M. A., Palmer, B. W., Jeste, D. V. y Saks, E. R. (2006). Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *The American journal of psychiatry*, *163*(8), 1323–1334. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1323

281. Dunn, L. B., Palmer, B. W. y Karlawish, J. H. T. (2007). Frontal dysfunction and capacity to consent to treatment or research: Conceptual considerations and empirical evidence. En B. L. Miller y J. L. Cummings (Eds.), *The human frontal lobes (2nd ed.)* (pp. 335–344). New York, NY: Guilford Press.

282. Dunn, M., Maughan, D., Hope, T., Canvin, K., Rugkåsa, J., Sinclair, J. y Burns, T. (2012). Threats and offers in community mental healthcare. *Journal of Medical Ethics*, *38*(4), 204-209. http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2011-100158

283. Dunn, M., Sinclair, J. M., Canvin, K. J., Rugkåsa, J. y Burns, T. (2014). The use of leverage in community mental health: Ethical guidance for practitioners. *International Journal of Social Psychiatry*, *60*(8), 759-765. https://doi.org/10.1177%2F0020764013519083

284. Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511625206

285. Eckel, L. A. (2011). The ovarian hormone estradiol plays a crucial role in the control of food intake in females. *Physiology & behavior*, *104*(4), 517-524. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.04.014

286. Eckert, E. D., Gottesman, I. I., Swigart, S. E. y Casper, R. C. (2018). A 57-year follow-up investigation and review of the minnesota study on human starvation and its relevance to eating disorders. *Archives of Psychology*, *2*(3). Recuperado de https://archivesofpsychology.org/index.php/aop/article/view/50

287. Ehrlich, S., Burghardt, R., Schneider, N., Broecker-Preuss, M., Weiss, D., Merle, J. V., Craciun, E.M., Pfeiffer, E., Mann, K., Lehmkuhl, U. y Hebebrand, J. (2009). The role of leptin and cortisol in hyperactivity in patients with acute and weight-recovered anorexia nervosa. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *33*(4), 658-662. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.03.007

288. Eivors, A., Button, E., Warner, S. y Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *11*(2), 90-107. https://doi.org/10.1002/erv.492

289. Elbogen, E. B. y Tomkins, A. J. (1999). The psychiatric hospital and therapeutic jurisprudence: Applying the law to promote mental health. *New directions for mental Health Services*, *1999*(84), 71-84. https://doi.org/10.1002/yd.23319998408

290. Ellis, M. V., Robbins, E. S., Schult, D., Ladany, N. y Banker, J. (1990). Anchoring errors in clinical judgments: Type I error, adjustment, or mitigation? *Journal of Counseling Psychology, 37*(3), 343–351. https://doi.org/10.1037/0022-0167.37.3.343

291. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A. y Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, *27*(10), 1361–1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6

292. Elzakkers, I. F., Danner, U. N., Grisso, T., Hoek, H. W. y van Elburg, A. A. (2018). Assessment of mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: a comparison of clinical judgment and MacCAT-T and consequences for clinical practice. *International journal of law and psychiatry*, *58*, 27-35. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.001

293. Elzakkers, I. F., Danner, U. N., Hoek, H. W. y Van Elburg, A. A. (2016). Mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: explorative

study. *BJPsych open*, *2*(2), 147-153. https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002485

294. Elzakkers, I. F., Danner, U. N., Hoek, H. W., Schmidt, U., y van Elburg, A. A. (2014). Compulsory treatment in anorexia nervosa: a review. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(8), 845-852. https://doi.org/10.1002/eat.22330

295. Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., Le Grange, D., Simonich, H. K., Cao, L., Lavender, J. M. y Gordon, K. H. (2013). The role of affect in the maintenance of anorexia nervosa: Evidence from a naturalistic assessment of momentary behaviors and emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 709–719. https://doi.org/10.1037/a0034010

296. Epstein E.G. y Hamric A.B. (2009) Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics 20*(4): 330–342.

297. Er, R. A. y Sehiralti, M. (2014). Comparing assessments of the decision-making competencies of psychiatric inpatients as provided by physicians, nurses, relatives and an assessment tool. *Journal of Medical Ethics*, *40*(7), 453-457. http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2012-100928

298. Eriksson, K. y Kjellin, L. (1989). Study of psychiatric care, especially compulsory care, in two Swedish counties. The psychiatric personnel's attitudes and experience of compulsory care (Swe). *Nordic Journal of Psychiatry*, *43*, 365-368.

299. Eriksson, K. I. y Westrin, C. G. (1995). Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *92*(3), 225-230. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09573.x

300. Ernst, M. y Paulus, M. P. (2005). Neurobiology of decision making: a selective review from a neurocognitive and clinical perspective. *Biological psychiatry*, *58*(8), 597-604. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.06.004

301. Errichiello, L., Iodice, D., Bruzzese, D., Gherghi, M. y Senatore, I. (2016). Prognostic factors and outcome in anorexia nervosa: a follow-up study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(1), 73-82. http://dx.doi.org/10.1007/s40519-015-0211-2

302. Escudero, C., Ibáñez, M., Larraz, G., Pascual, P., Penedo, C. y Viña, P. (2003). Competencias legales de los psicólogos clínicos. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, (85), 153-168. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000100010&script=sci_arttext&tlng=en

303. Estebaranz, G. (2004). Estilo atribucional en el espectro esquizofrénico. *Apuntes de Psicología, 22 (1), 137-150.* Recuperado de

https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84924/9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

304. Evans, J. y Le Grange, D. (1995). Body size and parenting in eating disorders: A comparative study of the attitudes of mothers towards their children. *International Journal of Eating Disorders*, *18*(1), 39-48. https://doi.org/10.1002/1098-108X(199507)18:1%3C39::AID-EAT2260180105%3E3.0.CO;2-I

305. Excelsior (2012, 18 junio). *Las frases de José Saramago que todos deben leer*. excelsior. https://www.excelsior.com.mx/2012/06/18/comunidad/841998

306. Exworthy, T. (2004). Psychiatric advance decisions–an opportunity missed. *International Journal of Mental Health and Capacity Law*, *1*(11), 129-141. https://doi.org/10.19164/ijmhcl.v1i11.155

307. Ey, H. (1975). La psychose et les psychotiques. *L'Evolution Psychiatrique 4*. pp. 103-116

308. Faden, R. R. y Beauchamp, T. L. (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press.

309. Faija, C. L., Tierney, S., Gooding, P. A., Peters, S. y Fox, J. R. (2017). The role of pride in women with anorexia nervosa: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(4), 567-585. https://doi.org/10.1111/papt.12125

310. Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*(S1), S26-S30. https://doi.org/10.1002/eat.20112

311. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. y Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of general psychiatry*, *56*(5), 468-476. https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.5.468

312. Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509-528. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8

313. Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Risk factors for anorexia nervosa. *The Lancet*, *361*(9372), 1914. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)13529-5

314. Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M. y Cooper, P. J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour research and therapy*, *24*(6), 629-643. https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90058-6

315. Fairburn, C. G., Shafran, R., y Cooper, Z. (1999). "A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa". *Behaviour Research and Therapy, 37*(1), 1-13. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00102-8

316. Faith, K. E. (2002). Addressing issues of autonomy and beneficence in the treatment of eating disorders. *National Eating Disorder Information Centre*, *6*, 1-6.Recuperado de https://nedic.ca/download-file/1559158090.982176-62/

317. Falkum, E. y Førde, R. (2001). Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician–patient relationship: Attitudes among Norwegian physicians. *Social science & medicine*, *52*(2), 239-248. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00224-0

318. Faraldo, P. (1999). Omisión del deber de socorro: especial referencia a la negativa al tratamiento médico. En F.Sanz y J.M. Gómez (Dirs.), *Lecciones de Derecho Sanitario*, (pp. 519-554). Universidade da Coruña, Servizo de Publicacións. Recuperado de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10752/CC%2047%20art%2021.pdf

319. Farrell, N. R., Bowie, O. R., Cimperman, M. M., Smith, B. E., Riemann, B. C. y Levinson, C. A. (2019). Exploring the preliminary effectiveness and acceptability of food-based exposure therapy for eating disorders: A case series of adult inpatients. *Journal of Experimental Psychopathology*, *10*(1), 2043808718824886. https://doi.org/10.1177%2F2043808718824886

320. Fazio, R. H. (1986). *How do attitudes guide behavior?* En R. M. Sorrentino y E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (p. 204–243). Guilford Press.

321. Fazio, R. H. y Roskos-Ewoldsen, D. (2005). Acting as we feel. En T.C. Brook y M.C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives*, 281-303. Thousand Oaks, CA:Sage

322. Fazio, R. H., Sanbonmatsu, D. M., Powell, M. C. y Kardes, F. F. (1986). On the automatic activation of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 229–238

323. Fearon, C. y Nicol, M. (2011). Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nursing Standard, 26*(14), 35–39. http://doi.org/10.7748/ns2011.12.26.14.35.c8859

324. Fedyszyn, I. E. y Sullivan, G. B. (2007). Ethical re-evaluation of contemporary treatments for anorexia nervosa: Is an aspirational stance possible in practice? *Australian Psychologist, 42*, 198–211. https://doi.org/10.1080/00050060701326962

325. Fernández, J. L., Herránz, P. y Segovia, L. (2020). Comentarios sobre el artículo de Ramos y Robles (2019): "Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico". *Dilemata* (31), 77-83. Recuperado de https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000330/658

326. Fernández, J. L., Herránz, P. y Segovia, L. (2021). La valoración de la capacidad del paciente: ni depende del riesgo, ni es un mero resultado. Dilemata, (35), 5-16. https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000402/712

327. Fernández-Hernández, J. L., Herranz-Hernández, P. y Segovia-Torres, L. (2021a). Capacidad e internamiento involuntario de pacientes con anorexia nerviosa: un estudio cualitativo sobre percepciones/actuación de psiquiatras y psicólogos clínicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Publicación anticipada en línea. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.011

328. Fernández-Hernández, J. L., Herranz-Hernández, P. y Segovia-Torres, L. (2021b). Actitudes de los profesionales de la salud mental ante la capacidad y el internamiento no voluntario en anorexia nerviosa: construcción, validación y resultados del cuestionario ACINOVAN. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Publicación anticipada en línea. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.010

329. Fernández-Hernández, J. L., Herranz-Hernández, P. y Segovia-Torres, L. (2021c). Rechazo al tratamiento en anorexia nerviosa: opinión de los profesionales de la salud mental sobre voluntariedad y estrés de rol. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Publicación anticipada en línea. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.005

330. Fernández-Hernández, J. L., Herranz-Hernández, P. y Segovia-Torres, L. (2021d). Importancia de dar a conocer la evolución temporal del pronóstico en anorexia nerviosa. *Revista de Humanidades Médicas 21*(2) 398-416. Recuperado de http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1866/pdf

331. Feiring, E. y Ugstad, K. N. (2014). Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC health services research*, *14*(1), 500. https://doi.org/10.1186/s12913-014-0500-x

332. Feito, L. (2005). La Ética del Cuidado como modelo de la ética enfermera. *Metas de enfermería*, *8*(8), 14-18.

333. Feito, L. y Gracia, D. (2000). *Ética profesional de la enfermería: filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. PPC.

334. Feito, L.(2019). *Neuroética: Cómo hace juicios morales nuestro cerebro*. Madrid, España: Plaza y Valdés.

335. Félix, L., Nachón, G., y Hernández, P. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión. *Psicologia y salud*, *13*(1), 121-133. Recuperado de https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/945

336. Fernández, J. L., Herránz, P. y Segovia, L. (2020). Comentarios sobre el artículo de Ramos y Robles (2019): "Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico". *Dilemata* (31), 77-83. Recuperado de https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000330/658

337. Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, C., Ribera Casado, J. M. y Cruz Jentoft, A. (2019). Paternalism vs. Autonomy: Are They Alternative Types of Formal Care? *Frontiers in Psychology*, *10*, 1460. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01460

338. Ferreirós, C. E. (2006). El tratamiento ambulatorio: Cuestiones legales y prácticas. *Colección CERMI. Cuaderno,* (24). Recuperado de https://consaludmental.org/publicaciones/TratamientoAmbulatorioCuestionesLegalesPracticas.pdf

339. Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.

340. Fichter M.M. (2008) Prävalenz und Inzidenz anorektischer und bulimischer Essstörungen. En: S. Herpertz, M. de Zwaan M. y S. Zipfel (eds) *Handbuch Essstörungen und Adipositas.* Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-76882-1_7

341. Fichter, M. M., Quadflieg, N., Crosby, R. D. y Koch, S. (2017). Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. International Journal of Eating Disorders, 50(9), 1018–1030. https://doi.org/10.1002/eat.22736

342. Fichter, M. M., Quadflieg, N. y Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, *39*(2), 87–100. https://doi.org/10.1002/eat.20215

343. Fishbein, M. y Ajzen, I. (2010). Prediction and change of behavior: The reasoned action approach. Psychology Press.

344. Fitzgerald, E. H., Wick, M. R. y Keel, P. K. (2020). Enduring value of perfectionism and maturity fears for predicting eating disorder maintenance over 10-, 20-, and 30-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*. https://doi.org/10.1002/eat.23412

345. Fleming, J. y Szmukler, G. I. (1992). Attitudes of medical professionals towards patients with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *26*(3), 436-443. https://doi.org/10.3109/00048679209072067

346. Flodgren, G. M., Bidonde, M. J. y Berg, R. (2017). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse-og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt.* Oslo: Folkehelseinstituttet. Recuperado de https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/konsekvense

r-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-sikkerhet-i-helse-og-omsorgssektoren-rapport-2017-v2.pdf

347. Folkerts, H. W. (2011). Electroconvulsive therapy. Indications, procedure and treatment results. *Der Nervenarzt*, *82*(1), 93-102. https://doi.org/10.1007/s00115-010-3130-5

348. Foran, A-M., O'Donnell, A T. y Muldoon, O T. (2020). Stigma of eating disorders and recovery-related outcomes: A systematic review. *European Eating Disorders Review*. http://dx.doi.org/10.1002/erv.2735

349. Forbes, D. A. (2020). Futility in adolescent anorexia nervosa and the question of withdrawal of care. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *56*(1), 5-7. https://doi.org/10.1111/jpc.14659

350. Fost, N. (1984). Food for thought: Dresser on anorexia. *Wisconsin Law Review, 1984(2),* 375-384. Recuperado de https://heinonline.org/hol-cgi-bin/get_pdf.cgi?handle=hein.journals/wlr1984&section=30&casa_token=R8OmDt7SgNcAAAAA:Au5x4wheER6azSgXdWNRCzwsCzydI_teXzc3yaPKJndbPOgdHxuVN-3LMYIzBKVI1kGu7VI

351. Foster, C. (2009). *Choosing life, choosing death: the tyranny of autonomy in medical ethics and law*. Bloomsbury Publishing.

352. Fothergill, A., Edwards, D. y Burnard, P. (2004). Stress, Burnout, Coping and Stress Management in Psychiatrists: Findings from a Systematic Review. *International Journal of Social Psychiatry, 50(1), 54–65.* https://doi.org/10.1177/0020764004040953

353. Frank, G. K., Bailer, U. F., Henry, S. E., Drevets, W., Meltzer, C. C., Price, J. C., , C.A., Wagner, A., Hoge, J., Ziolko, S., Barbarich-Marsteller, N., Weissfeld, L. y Kaye, W. K. (2005). Increased dopamine D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [11c] raclopride. *Biological psychiatry, 58*(11), 908-912. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.05.003

354. Frank, G., Shott, M. E. y DeGuzman, M. C. (2019). Recent advances in understanding anorexia nervosa. *F1000Research*, *8*, F1000 Faculty Rev-504. https://doi.org/10.12688/f1000research.17789.1

355. Frankfurt, H. (1971). Freedom of the Will and the Concept of a Person. *The Journal of Philosophy 68* (1): 5–20. http://dx.doi.org/10.2307/2024717

356. Franko, D. L. y Rolfe, S. (1996). Countertransference in the treatment of patients with eating disorders. *Psychiatry*, *59*(1), 108-116. https://doi.org/10.1080/00332747.1996.11024753

357. Freeman, M. C., Kolappa, K., de Almeida, J. M. C., Kleinman, A., Makhashvili, N., Phakathi, S., Saraceno, B. y Thornicroft, G. (2015). Reversing hard won victories

in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The Lancet Psychiatry*, *2*(9), 844-850. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00218-7

358. Friedlander, M. L. y Phillips, S. D. (1984). Preventing anchoring errors in clinical judgment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(3), 366–371. https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.3.366

359. Friedlander, M. L. y Stockman, S. J. (1983). Anchoring and publicity effects in clinical judgment. *Journal of clinical psychology*, *39*(4), 637-644. https://doi.org/10.1002/1097-4679(198307)39:4%3C637::AID-JCLP2270390433%3E3.0.CO;2-Q

360. Froreich, F. V., Vartanian, L. R., Grisham, J. R. y Touyz, S. W. (2016). Dimensions of control and their relation to disordered eating behaviours and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Eating Disorders*, *4*(1), 14. https://doi.org/10.1186/s40337-016-0104-4

361. Fuertes, J. C.., Rodríguez, J. L., Fuertes, C. y Naranjo, J. (2018). Necesidad de regulación legal del tratamiento ambulatorio involuntario en pacientes psiquiátricos. *Diario La Ley*, (9123), 1.

362. Fulkerson, J. A., McGuire, M. T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S. A. y Perry, C. L. (2002). Weight-related attitudes and behaviors ofadolescent boys and girls who are encouraged to diet by their mothers. *International Journal of Obesity*, *26*(12), 1579-1587. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802157

363. Fundéu (2014, 22 mayo). enfermeras. https://www.fundeu.es/consulta/enfermeras/

364. Fundéu (2021, 11 agosto). severo no es lo mismo que grave. https://www.fundeu.es/recomendacion/severo-no-es-lo-mismo-que-grave-693/

365. Gabriel, A. (2016). Perceptions and Attitudes towards Involuntary Hospital Admissions of Psychiatric Patient. *Jacobs Journal of Psychiatry and Behavioral Science, 2*(1), 13. http://dx.doi.org/10.11575/PRISM/33605

366. Gabriel, A. (2017). Development of an instrument to measure patients' attitudes towards involuntary hospitalization. *World journal of psychiatry*, *7*(2), 89. https://dx.doi.org/10.5498%2Fwjp.v7.i2.89

367. Gaebel, W. y Zäske, H. (2011). Coercive Treatment and Stigma - Is There a Link? *In Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects* (pp. 13–32). https://doi.org/10.1002/9780470978573.ch2

368. Galderisi, S. (2019). The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: great opportunities and dangerous interpretations. *World Psychiatry*, *18*(1), 47-48. https://dx.doi.org/10.1002%2Fwps.20603

369. Gamboa-Antiñolo, F. M. y Poyato-Galán, J. M. (2020). La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. *Gaceta Sanitaria*. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.014

370. Gambrill, E. (2005). Critical thinking, evidence-based practice, and mental health. En S.A.Kirk (Ed.) *Mental disorders in the social environment: Critical perspectives*, (pp. 247-269). Columbia University Press

371. Gans, M. y Gunn, J. W. (2003). End stage anorexia: criteria for competence to refuse treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, *26*(6), 677-695. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2003.09.004

372. Ganzini, L., Volicer, L., Nelson, W. y Derse, A. (2003). Pitfalls in assessment of decision-making capacity. *Psychosomatics*, *44*(3), 237-243. https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.3.237

373. Garasic, M. D. (2015). Enforcing Medical Treatment to Keep a Person Alive: The Problematic Case of Anorexia Nervosa. En *Guantanamo and Other Cases of Enforced Medical Treatment* (pp. 19-35). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-22653-8_2

374. García, I. (2016). *El papel de la coacción informal en el tratamiento ambulatorio: un estudio transcultural con profesionales de la salud mental*.[Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Recuperado de https://eprints.ucm.es/38935/1/T37700.pdf

375. García, J. J. (2013). Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Cuadernos de Bioética*, *24*(1), 67-76. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/875/87527461008.pdf

376. García, L. (2015). La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta bioethica, 21*(2), 311-317. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200017

377. García, M. J. (2018). *Protección jurídica de las personas con discapacidad*. Editorial Reus.

378. García, M. P. (2018). La necesaria y urgente adaptación del Código civil español al artículo 12 de la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad. En *Anales de la Academia Matritense del Notariado* (No. 58, pp. 143-192). Editoriales de Derecho Reunidas. EDERSA.

379. García-Rodríguez, A., Gutiérrez-Bedmar, M., Bellón-Saameño, J. Á., Muñoz-Bravo, C. y Navajas, J. F. C. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, *47*(6), 359-366. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.003

380. García-Sánchez, E. (2019). La autonomia del paciente como justificacion moral de la eutanasia: analisis de su instrumentalizacion y perversion. *Scripta Theologica*, *51*(2), 295-329. https://doi.org/10.15581/006.51.2.295-329

381. Gardner, W., Hoge, S. K., Bennett, N., Roth, L. H., Lidz, C. W., Monahan, J. y Mulvey, E. P. (1993). Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behavioral sciences & the law*, *11*(3), 307-321. https://doi.org/10.1002/bsl.2370110308

382. Gardner, W., Lidz, C. W., Hoge, S. K., Monahan, J., Eisenberg, M. M., Bennett, N. S., Mulvey, E.P. y Roth, L. H. (1999). Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *American journal of Psychiatry*, *156*(9), 1385-1391.Recuperado de https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.156.9.1385

383. Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and research*, *6*(2), 123-150. https://doi.org/10.1007/BF01183887

384. Garrafa, V. (2005). Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, *13*(1), 125-134. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533241011.pdf

385. Gaudette, E. (2018). Autonomy At What Cost? Mitigating Patient Autonomy in the Case of Anorexia Nervosa. *Penn Bioethics Journal*, *13*(2). Recuperado de http://bioethicsjournal.com/wp-content/uploads/2016/10/Winter-2018-PBJ_Final.pdf#page=15

386. Gaudiani, J. L., Brinton, J. T., Sabel, A. L., Rylander, M., Catanach, B. y Mehler, P. S. (2016). Medical outcomes for adults hospitalized with severe anorexia nervosa: an analysis by age group. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(4), 378-385. https://doi.org/10.1002/eat.22437

387. Gaudio, S., Brooks, S. J. y Riva, G. (2014). Nonvisual multisensory impairment of body perception in anorexia nervosa: a systematic review of neuropsychological studies. *PloS one*, *9*(10), e110087. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0110087

388. Gaudio, S., Wiemerslage, L., Brooks, S. J. y Schiöth, H. B. (2016). A systematic review of resting-state functional-MRI studies in anorexia nervosa: evidence for functional connectivity impairment in cognitive control and visuospatial and body-signal integration. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *71*, 578-589. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.032

389. Gaylin, W. (1996). Worshiping autonomy. *The Hastings Center Report*, *26*(6), 43-45. http://dx.doi.org/10.2307/3528763

390. Gaylin, W. y Jennings, B. (1996). *The Perversion of Autonomy: The Proper Uses of Coercion and Constraints in a Liberal Society*.Free Press

391. Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N. y Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, *30*(12), 758-763. https://doi.org/10.3109/01612840903159777

392. Geller, J., Williams, K. D. y Srikameswaran, S. (2001). Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorders Review, 9*(6), 365–373. https://doi.org/10.1002/erv.443

393. Geppert, C. M. (2015). Futility in chronic anorexia nervosa: A concept whose time has not yet come. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, *15*(7), 34-43. https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1039720

394. Gerle, E., Fischer, A. y Lundh, L. G. (2019). "Voluntarily Admitted Against My Will": Patient Perspectives on Effects of, and Alternatives to, Coercion in Psychiatric Care for Self-Injury. *Journal of patient experience*, *6*(4), 265-270. https://doi.org/10.1177%2F2374373518800811

395. Gerstenecker, A., Lowry, K., Myers, T., Bashir, K., Triebel, K. L., Martin, R. C. y Marson, D. C. (2017). Medical decision-making capacity and its cognitive predictors in progressive MS: Preliminary evidence. *Journal of the neurological sciences*, *380*, 38-43. https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.06.047

396. Gerstenecker, A., Meneses, K., Duff, K., Fiveash, J. B., Marson, D. C. y Triebel, K. L. (2015). Cognitive predictors of understanding treatment decisions in patients with newly diagnosed brain metastasis. *Cancer*, *121*(12), 2013-2019. https://doi.org/10.1002/cncr.29326

397. Gías, B. (2013). Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: Una revisión desde la bioética. *Revista De Bioética y Derecho,* (29), 109-121. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n29/master01.pdf

398. Gibson, D., Workman, C. y Mehler, P. S. (2019). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics*, *42*(2), 263-274. https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009

399. Gil, F. J. (2014). Presunciones, empujones y deliberación. El desencaje del consentimiento informado en el paternalismo libertario. *La bioética y el arte de elegir*. Recuperado de https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/51256/Labio%C3%A9ticayelartedelegir_JavierGilMartin.pdf?sequence=2

400. Gilboy, J.A. y Schmidt, J.R. (1971), "Voluntary" Hospitalization of the Mentally Ill. *Northwestern University Law Review, 66,* (4), 429-453

401. Gillberg, I. C., Billstedt, E., Wentz, E., Anckarsäter, H., Råstam, M. y Gillberg, C. (2010). Attention, executive functions, and mentalizing in anorexia nervosa eighteen years after onset of eating disorder. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *32*(4), 358–365. https://doi.org/10.1080/13803390903066857

402. Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

403. Gil-Monte, P. R., Carretero, N. y Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, *11*. Recuperado de https://www.uv.es/gilmonte/Pedrogil_archivos/Articulos/2005_Ansiedad_y_Estres.pdf

404. Giordano, S. (2003). Anorexia nervosa and refusal of naso-gastric treatment: A response to Heather Draper. *Bioethics*, *17*(3), 261-278. https://doi.org/10.1111/1467-8519.00340

405. Giordano, S. (2005). *Understanding eating disorders: Conceptual and ethical issues in the treatment of anorexia and bulimia nervosa*. Oxford University Press. http://dx.doi.org/10.1093/0199269742.001.0001

406. Giordano, S. (2010). Anorexia and refusal of life-saving treatment: the moral place of competence, suffering, and the family. *Philosophy, Psychiatry & Psychology,17*(2), 143-154,175. https://doi.org/10.1353/ppp.0.0286

407. Giordano, S. (2012). Treating eating disorders: Some legal and ethical issues. En J. R. E. Fox y K. P. Goss (Eds.) *Eating and its Disorders*, (pp.102-116). John Wiley and Sons. https://doi.org/10.1002/9781118328910.ch7

408. Giordano, S. (2015). Eating disorders and the media. *Current opinion in psychiatry*, *28*(6), 478-482. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000201

409. Giordano, S. (2019). Anorexia Nervosa: A Case for Exceptionalism in Ethical Decision Making. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *26*(4), 315-331. https://doi.org/10.1353/ppp.2019.0047

410. Giordano, S. (2020). Secret Hunger: The Case of Anorexia Nervosa. *Topoi*, 1-10. https://doi.org/10.1007/s11245-020-09718-x

411. Glasofer, D. R., Albano, A. M., Simpson, H. B. y Steinglass, J. E. (2016). Overcoming fear of eating: A case study of a novel use of exposure and response prevention. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *53*(2), 223–231. https://doi.org/10.1037/pst0000048

412. Goddard, E., Macdonald, P., Sepulveda, A. R., Naumann, U., Landau, S., Schmidt,U. y Treasure, J. (2011). Cognitive interpersonal maintenance model of

eating disorders: Intervention for carers. *British Journal of Psychiatry*, *199*, 225–231. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.088401

413. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

414. Golan, M., Yaroslavski, A. y Stein, D. (2009). Managing eating disorders: Countertransference processes in the therapeutic milieu. *International Journal of Child Health and Adolescent Health*, 2(2), 213–227.

415. Goldner E. (1989). Treatment refusal in anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, *8*(3), 297–306. https://doi.org/10.1002/1098-108x(198905)8:3<297::aid-eat2260080305>3.0.co;2-h

416. Goldner, E., Birmingham, C. L. y Smye, V. (1997). Addressing treatment refusal in anorexia nervosa: Clinical, ethical, and legal considerations. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 450–461). Guilford Press.

417. Gómez-Candela, C., Palma, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria, V., Campos, R. Virgili, M.N., Martínez, M.A., Mories, M.T., Castro, M.J. y Martín-palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*, *35*(2), 489-494. https://dx.doi.org/10.20960/nh.1562

418. Gonzalez, M. C., Correia, M. I. T. y Heymsfield, S. B. (2017). A requiem for BMI in the clinical setting. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, *20*(5), 314-321. https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000395

419. González, T., y Sánchez, M. (2015). Las medidas de seguridad privativas de libertad. Lo que pudo ser y no fue. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, *14*, 53-102. Recuperado de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2015-14-5005/Medidas_seguridad.pdf

420. González-Pando, D., Sanz, C.L. , Aparicio-Basauri, V. , Arboleya, T. , González-Menéndez, A.M., Méndez-Salguero, A. y Pérez-Álvarez, M. (2020a). La psicología ante la terapia electroconvulsiva (I): Aspectos históricos y conceptuales. *Papeles del psicólogo*, *41*(2), 125-131. https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2923

421. González-Pando, D., Sanz, C.L. , Aparicio-Basauri, V. , Arboleya, T. , González-Menéndez, A.M., Méndez-Salguero, A. y Pérez-Álvarez, M. (2020b). La psicología ante la terapia electroconvulsiva (II): Consensos interesados a falta de evidencia. *Papeles del psicólogo*, *41*(2), 132-138. https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2924

422. Gorab, A. e Iñarritu, M.C. (2014). Factores de riesgo. En *¿Cómo ves?: Anorexia y bulimia. Transtornos de conducta alimentaria* (pp. 55-84). Universidad Nacional Autonoma de Mexico. https://doi.org/10.2307/j.ctv1xxtxs.6

423. Gorwood, P., Blanchet-Collet, C., Chartrel, N., Duclos, J., Dechelotte, P., Hanachi, M., Fetissov S., Godart, N., Melchior, J.C., Ramoz, N., Rovere-Jovene C., Tolle, V., Viltart, O. y Epelbaum, J. (2016). New insights in anorexia nervosa. *Frontiers in Neuroscience*, *10*, 256. https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00256

424. Gorwood, P., Duriez, P., Lengvenyte, A., Guillaume, S., Criquillion, S. y FFAB network (2019). Clinical insight in anorexia nervosa: Associated and predictive factors. *Psychiatry research*, *281*, 112561. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112561

425. Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina clínica*, *117*(1), 18-23. https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7

426. Gracia, D. (2011) Teoría y práctica de la deliberación moral. En L. Feito, D. Gracia y M. Sánchez (Eds.) *Bioética: el estado de la cuestión* (pp. 101–154).Triacastela.

427. Gracia, D. (2012). The many faces of autonomy. *Theoretical medicine and bioethics*, *33*(1), 57-64. https://doi.org/10.1007/s11017-012-9208-2

428. Gracia, D. y Muñoz, S. (2006). *Médicos en el cine. Dilemas bioéticos: Sentimientos, razones y deberes*.

429. Gracia, D., Broggi, M., Salvà, P., y Costa, P. (1995). En Ética médica. *Medicina Interna, 1*, 33-39. Harcourt Brace.

430. Gracia, D., Rodríguez, J.J., Baón, B., Calcedo, A., Muñoz-Grandes, M., Morera, B., Santander, F., Seoane, J.A. y Ventura, T. (2014). *Conflictos éticos en Psiquiatría y Psicoterapia. Guías de Ética en la Práctica Médica*. Fundación de Ciencias de la Salud. Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/conflictos_eticos_psiquiatriapsicoterapia.pdf

431. Graham, M. R., Tierney, S., Chisholm, A. y Fox, J. R. (2020). The lived experience of working with people with eating disorders: A meta-ethnography. *International Journal of Eating Disorders*. https://doi.org/10.1002/eat.23215

432. Green, M. W., Elliman, N. A., Wakeling, A. y Rogers, P. J. (1996). Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, *30*(5), 401-410. https://doi.org/10.1016/0022-3956(96)00026-X

433. Greene, J. (2003). From neural 'is' to moral 'ought': what are the moral implications of neuroscientific moral psychology? *Nature reviews. Neuroscience*, *4*(10), 846–849. https://doi.org/10.1038/nrn1224

434. Greene J. D. (2007). Why are VMPFC patients more utilitarian? A dual-process theory of moral judgment explains. *Trends in cognitive sciences*, *11*(8), 322–324. https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.06.004

435. Greene, J. D., Nystrom, L. E., Engell, A. D., Darley, J. M. y Cohen, J. D. (2004). The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. *Neuron*, *44*(2), 389-400. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2004.09.027

436. Greene, J. D., Sommerville, R. B., Nystrom, L. E., Darley, J. M. y Cohen, J. D. (2001). An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science*, *293*(5537), 2105-2108. https://doi.org/10.1126/science.1062872

437. Greenfeld, D., Strauss, J. S., Bowers, M. B. y Mandelkern, M. (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *15*(2), 245-252. https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.245

438. Griffiths, R. A., Beumont, P. J., Russell, J., Touyz, S. W. y Moore, G. (1997). The use of guardianship legislation for anorexia nervosa: a report of 15 cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *31*(4), 525-531. https://doi.org/10.3109/00048679709065074

439. Griffiths, R. y Russell, J. (1998). Compulsory treatment of anorexia nervosa patients. En W. Vandereycken, PJ Beumont (eds). *Treating Eating Disorders: Ethical, Legal and Personal Issues* (pp. 127– 150). The Athlone Press.

440. Grisso, T. y Appelbaum, P. S. (1998). *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals*. Oxford University Press.

441. Grisso, T. y Appelbaum, P. S. (1995). The MacArthur treatment competence study. III. *Law and human behavior*, *19*(2), 149-174. https://doi.org/10.1007/BF01499323

442. Grisso, T. y Appelbaum, P.S. (2006). Appreciating Anorexia: Decisional Capacity and the Role of Values. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology 13*(4), 293-297. https://doi.org/10.1353/ppp.2007.0030

443. Grönlund, C. F., Dahlqvist, V., Zingmark, K., Sandlund, M. y Söderberg, A. (2016). Managing ethical difficulties in healthcare: Communicating in inter-professional clinical ethics support sessions. *HEC forum, 28* (4), 321-338. Springer. https://doi.org/10.1007/s10730-016-9303-2

444. Grupo de Psicología Clínica de la Oficina Regional de Salud Mental de da Comunidad de Madrid. (2008, julio). *Documento*. Recuperado de http://www.infocoponline.es/pdf/260509psicologiaclinica.pdf

445. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01

446. Grzelak, T., Dutkiewicz, A., Paszynska, E., Dmitrzak-Weglarz, M., Slopien, A. y Tyszkiewicz-Nwafor, M. (2017). Neurobiochemical and psychological factors influencing the eating behaviors and attitudes in anorexia nervosa. *Journal of physiology and biochemistry*, *73*(2), 297-305. https://doi.org/10.1007/s13105-016-0540-2

447. Guarda, A. S. (2008). "Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles". *Physiology y Behavior, 94*(1), 113-120. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.020

448. Guarda, A. S., Pinto, A. M., Coughlin, J. W., Hussain, S., Huag, N. A. y Heinberg, L. J. (2007). Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalised for eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 164*(1), 108–114. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.108

449. Guidano, V. F. y Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders. A Structural Approach to Psychotherapy*. Guilford.

450. Gurmankin, A. D., Baron, J., Hershey, J. C. y Ubel, P. A. (2002). The role of physicians' recommendations in medical treatment decisions. *Medical Decision Making*, *22*(3), 262-271. https://doi.org/10.1177%2F0272989X0202200314

451. Haan, M. M., Van Gurp, J. L., Naber, S. M. y Groenewoud, A. S. (2018). Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. *BMC Medical Ethics*, *19*(1), 85. https://doi.org/10.1186/s12910-018-0325-y

452. Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review, 108*(4), 814–834. https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.4.814

453. Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W. y Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Archives of general psychiatry*, *62*(7), 776-781. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.776

454. Haque, O. S. (2019). *Why Psychiatric Ethics and Social Science Should Be Friends. Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 26(3), 211–213.* https://doi.org/10.1353/ppp.2019.0035

455. Harmon-Jones, E. y Mills, J. (2019). An introduction to cognitive dissonance theory and an overview of current perspectives on the theory. En E. Harmon-Jones (Ed.), *Cognitive dissonance: Reexamining a pivotal theory in psychology* (pp. 3–24). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000135-001

456. Harper, J. A., Brodrick, B., Van Enkevort, E. y McAdams, C. J. (2017). Neuropsychological and cognitive correlates of recovery in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *25*(6), 491-500. https://doi.org/10.1002/erv.2539

457. Hatch, A., Madden, S., Kohn, M. R., Clarke, S., Touyz, S., Gordon, E. y Williams, L. M. (2010a). In first presentation adolescent anorexia nervosa, do cognitive markers of underweight status change with weight gain following a refeeding intervention? *International Journal of Eating Disorders*, *43*(4), 295-306. https://doi.org/10.1002/eat.20695

458. Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S. y Williams, L. M. (2010b). Anorexia nervosa: towards an integrative neuroscience model. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *18*(3), 165-179. https://doi.org/10.1002/erv.974

459. Hawkins, J. S. y Emanuel, E. J. (2007). Clarifying confusions about coercion. En I. Kuçuradi, S. Voss y C. Güzel (Eds.), *The Proceedings of the Twenty-First World Congress of Philosophy* (Vol. 1, pp. 95-103). https://doi.org/10.5840/wcp2120071281

460. Hawkins, R. C. y Clement, P. F. (1984). Binge eating: Measurement problems and a conceptual model. En R.C. Hawkins, W.J. Fremouw y P.F. Clement (Eds.) *The binge purge syndrome: diagnosis, treatment, and research* (pp. 229–251).Springer.

461. Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., Ward, W. y Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *48*(11), 977–1008. https://doi.org/10.1177/0004867414555814

462. Hay, P. y Touyz, S. (2018). Classification challenges in the field of eating disorders: Can severe and enduring anorexia nervosa be better defined? *Journal of Eating Disorders, 6*, 41. https://doi.org/10.1186/s40337-018-0229-8

463. Haynos, A. F. y Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *18*(3), 183-202. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x

464. Hébert, P. C. y Weingarten, M. A. (1991). The ethics of forced feeding in anorexia nervosa. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, *144*(2), 141–144.

465. Helder, S. G. y Collier, D. A. (2010). The genetics of eating disorders. En R. Adan R y W. Kaye W. (Eds), *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp.157-175). Springer. https://doi.org/10.1007/7854_2010_79

466. Helft, P. R., Siegler, M. y Lantos, J. (2000). The Rise and Fall of the Futility Movement. *New England Journal of Medicine, 343(4), 293–296.* https://doi.org/10.1056/nejm200007273430411

467. Helmer, O. y Rescher, N. (1959). On the epistemology of the inexact sciences. *Management science*, *6*(1), 25-52. https://doi.org/10.1287/mnsc.6.1.25

468. Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. y Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review. *Nursing Ethics*, *25*(1), 92-110. https://doi.org/10.1177%2F0969733016629770

469. Hem, M. H., Molewijk, B. y Pedersen, R. (2017). *Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell – Et ressurshefte for etikkrefleksjonsgrupper i psykisk helsevern*. Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Recuperado de http://hdl.handle.net/11250/2480287

470. Hemamalini, S., Mendonsa, R., Karkal, R., Kakunje, A. y Chandran, V. V. M. (2017). Attitudes of psychiatrists towards coercive measures in psychiatry : A case vignette study. Indian Journal of Basic and Applied Medical Research, 6(2), 298–304. Recuperado de https://www.ijbamr.com/pdf/March%202017%20298-304.pdf.pdf

471. Hemmingsen, S. D., Wesselhoeft, R., Lichtenstein, M. B., Sjögren, J. M. y Støving, R. K. (2021). Cognitive improvement following weight gain in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, *29*(3), 402–426. https://doi.org/10.1002/erv.2796

472. Hermann, H., Trachsel, M. y Biller-Andorno, N. (2016a). Einwilligungsfähigkeit: inhärente Fähigkeit oder ethisches Urteil? *Ethik in der Medizin*, *28*(2), 107-120. https://doi.org/10.1007/s00481-015-0360-x

473. Hermann, H., Trachsel, M., Elger, B. S. y Biller-Andorno, N. (2016b). Emotion and value in the evaluation of medical decision-making capacity: a narrative

review of arguments. *Frontiers in psychology*, *7*, 765. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00765

474. Hernández, A. y Hernández, S. (2018). Restricción del derecho a la libertad, uso de la fuerza en el ámbito sanitario. En M.P.Pando, P.Garrido y A.Muñoz (Eds.). *El cincuentenario de los pactos internacionales de derechos humanos de la ONU: Libro homenaje a la profesora M.ª Esther Martínez Quinteiro* (1.ª ed., pp. 1045–1051). Ediciones Universidad de Salamanca. Recuperado de https://eusal.es/index.php/eusal/catalog/view/978-84-9012-850-3/4444/359-1

475. Hernando, P., Lechuga, X., Solé, P., Diestre, G., Mariné, A., Rodríguez, Á., Marquina, D. y Colomer, O. (2012). Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T, herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. *Revista De Calidad Asistencial, 27*(2), 85-91. https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.08.003

476. Herpertz-Dahlmann, B., Seitz, J. y Konrad, K. (2011). Aetiology of anorexia nervosa: from a "psychosomatic family model" to a neuropsychiatric disorder? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *261 Suppl 2*, S177–S181. https://doi.org/10.1007/s00406-011-0246-y

477. Herpertz-Dahlmann, B., van Elburg, A., Castro-Fornieles, J. y Schmidt, U. (2015). ESCAP expert paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa-a European perspective. European Child & Adolescent Psychiatry, 24(10), 1153–1167. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0748-7

478. Herranz, G. (2000). Relaciones del médico con sus pacientes. En *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica.* Ediciones Universidad de Navarra, S. A. (EUNSA) Recuperado de https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/comentarios-al-codigo-de-etica-y-deontologia-medica/capitulo-3

479. Herzog, D. B., Hamburg, P. y Brotman, A. W. (1987). Psychotherapy and eating disorders: An affirmative view. *International Journal of Eating Disorders, 6*(4), 545–550. https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<545::AID-EAT2260060411>3.0.CO;2-9

480. Hewitt, P. L., Flett, G. L. y Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of eating disorders*, *18*(4), 317-326. https://doi.org/10.1002/1098-108X(199512)18:4%3C317::AID-EAT2260180404%3E3.0.CO;2-2

481. Hibbs, R., Magill, N., Goddard, E., Rhind, C., Raenker, S., Macdonald, P., Todd, G., Arcelus, J., Morgan, J., Beecham, J., Schmidt, U., Landau, S. y Treasure, J. (2015). Clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in

improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe anorexia nervosa: pragmatic randomised controlled trial. *BJPsych open*, *1*(1), 56-66. https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.000273

482. Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J. y Wagner, H. R. (1997). Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry, 20*(2), 227–241. https://doi.org/10.1016/S0160-2527(97)00004-6

483. Hiday, V.A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Borum, R. y Wagner, H. R. (2002). Coercion in mental health care. En P. Backlar y D.L. Cutler(Eds.), *Ethics in community mental health care* (pp. 117-136). Springer. https://doi.org/10.1007/0-306-47558-8_8

484. Higgins, A. (2018). The Neurobiology of Anorexia Nervosa. En H. Himmerich (Ed.), *Anorexia and Bulimia Nervosa* (pp. 892-420). IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.82751

485. Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B.T. y Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry research*, *220*(1-2), 500-506. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054

486. Hildebrandt, T., Bacow, T., Greif, R. y Flores, A. (2014). Exposure-based family therapy (FBT-E): An open case series of a new treatment for anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, *21*(4), 470-484. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.10.006

487. Hildebrandt, T., Bacow, T., Markella, M. y Loeb, K. L. (2012). Anxiety in anorexia nervosa and its management using family-based treatment. *European Eating Disorders Review*, *20*(1), e1-e16. https://doi.org/10.1002/erv.1071

488. Himmerich, H., Bentley, J., Kan, C. y Treasure, J. (2019). Genetic risk factors for eating disorders: an update and insights into pathophysiology. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, *9*, 2045125318814734. https://doi.org/10.1177%2F2045125318814734

489. Hjern, A., Lindberg, L., y Lindblad, F. (2006). "Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up". *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 189*, 428-432. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.018820

490. Hoge, S. K., Lidz, C. W., Eisenberg, M., Gardner, W., Monahan, J., Mulvey, E., Roth, L. y Bennett, N. (1997). Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry, 20*(2), 167–181. https://doi.org/10.1016/S0160-2527(97)00001-0

491. Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D. y Treasure, J. (2005). Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2269-2275.https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2269

492. Holm, J. S., Brixen, K., Andries, A., Hørder, K. y Støving, R. K. (2012). Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa: A review of five cases. *International Journal of Eating Disorders, 45*(1), 93–100. https://doi.org/10.1002/eat.20915

493. Holtkamp, K., Hebebrand, J. y Herpertz-Dahlmann, B. (2004). The contribution of anxiety and food restriction on physical activity levels in acute anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *36*(2), 163-171. https://doi.org/10.1002/eat.20035

494. Homero (1982). *Odisea* (J.M. Pabón, trad.). Editorial Gredos. (Obra original siglo VIII a.C.)

495. Honig, P. y Bentovim, M. (1996). Treating Children with Eating Disorders Ethical and Legal Issues. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *1*(2), 287-294. https://doi.org/10.1177%2F1359104596012010

496. Hope, T. (1994). Personal identity and psychiatric illness. *Philosophy, Psychology and Psychiatry, 37*, 131. https://doi.org/10.1017/S135824610001002X

497. Hope, T., Tan, J., Stewart, A. y Fitzpatrick, R. (2011). Anorexia nervosa and the language of authenticity. *Hastings Center Report*, *41*(6), 19-29. https://doi.org/10.1002/j.1552-146X.2011.tb00153.x

498. Hope, T., Tan, J., Stewart, A. y McMillan, J. (2013). Agency, ambivalence and authenticity: The many ways in which anorexia nervosa can affect autonomy. *International Journal of Law in Context*, *9*(1), 20-36. https://doi.org/10.1017/S1744552312000456

499. Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *48*(1), 9–16. https://doi.org/10.1037/a0022186

500. Hottinen, A., Välimäki, M., Sailas, E., Putkonen, H., Joffe, G., Noda, T. y Lindberg, N. (2012). Attitudes towards different containment measures: a questionnaire survey in Finnish adolescent psychiatry. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *19*(6), 521-527. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01820.x

501. Hotzy, F. y Jaeger, M. (2016). Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment—a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *7*, 197. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00197

502. House, R. J. y Rizzo, J. R. (1972). Role conflict and ambiguity as critical variables in a model of organizational behavior. *Organizational behavior and human performance*, *7*(3), 467-505. https://doi.org/10.1016/0030-5073(72)90030-X

503. Høyer, G. (1999). Clients' perception of coercion: a research perspective. *Research in community and mental health*, *10*, 101-122.

504. Høyer, G. (2000). On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(399), 65-71. https://doi.org/10.1111/j.0902-4441.2000.007s020[dash]16.x

505. Hsieh, M. H., Wu, H. C., Chou, F. H. C. y Molodynski, A. (2017). A cross cultural comparison of attitude of mental healthcare professionals towards involuntary treatment orders. *Psychiatric Quarterly*, *88*(3), 611-621. https://doi.org/10.1007/s11126-016-9479-2

506. Huang B. I.(2019). Law's halo and the moral machine. *Columbia Law Review. 119*(7):1811-1828. Recuperado de https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholarship/2600/

507. Hubbeling, D. (2014). Decision-making capacity should not be decisive in emergencies. *Medicine, Health Care and Philosophy, 17*(2), 229-238. https://doi.org/10.1007/s11019-013-9534-9

508. Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. y Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *46*(9), 893-901. https://doi.org/10.1007/s00127-010-0259-2

509. Husum, T. L., Finset, A. y Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *International journal of law and psychiatry*, *31*(5), 417–422. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.002

510. Inchauspe, J. A. (2019). Actualidad en coerción y asistencia en salud mental: de la pugna declarativa al impulso a alternativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, *39*(136). https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000200001

511. Inchauspe, J. A. y Valverde, M. (2017). La coerción en salud mental: conceptos, procesos y situación. En B. Beviá y A. Bono (Coords.). *Coerción y salud mental* (pp.13-90). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-Te%CC%81cnico-20-Coercio%CC%81n.pdf#page=13

512. Ip, E. C. (2019). Anorexia nervosa, advance directives, and the law: A British perspective. *Bioethics*, *33*(8), 931-936. https://doi.org/10.1111/bioe.12593

513. Iturralde, V. (1998). Consideración crítica del principio de permisión según el cual" lo no prohibido está permitido". *Anuario De Filosofía Del Derecho,* (15),

187-218. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/142384.pdf

514. Iversen, K. I., Høyer, G., Sexton, H. y Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic journal of psychiatry*, *56*(6), 433-439. https://doi.org/10.1080/08039480260389352

515. Jackson, S. E. y Maslach, C. (1982). After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of organizational behavior*, *3*(1), 63-77. https://doi.org/10.1002/job.4030030106

516. Jacobi, C. (2000). Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Eßstörungen [Self-concept disturbances in patients with eating disorders]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 29*(2), 75–96. https://doi.org/10.1026/0084-5345.29.2.75

517. Jacobi, C., Paul, T., de Zwaan, M., Nutzinger, D. O., Rustenbach, S. J. y Dahme, B. (2003). Wie spezifisch sind Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Essstörungen? *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, *32*(1), 31-40. https://doi.org/10.1026/0084-5345.32.1.31

518. Jacquemot, A. M. M. C. y Park, R. (2020). The role of interoception in the pathogenesis and treatment of anorexia nervosa: a narrative review. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 281. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00281

519. Jaeger, M., Ketteler, D., Rabenschlag, F. y Theodoridou, A. (2014). *Informal coercion in acute inpatient setting—Knowledge and attitudes held by mental health professionals. Psychiatry Research, 220(3), 1007–1011.* https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.014

520. Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONN'S Clinical Issues, 4*(4), 542–551.

521. Jamieson, D. W. y Zanna, M. P. (1989). Need for structure in attitude formation and expression. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler y A. G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 383–406). Lawrence Erlbaum Associates.

522. Janis, I. (1991). Groupthink. En E. Griffin (Ed.), *A First Look at Communication Theory* (pp. 235 - 246). New York: McGrawHill. Recuperado de http://williamwolff.org/wp-content/uploads/2016/01/griffin-groupthink-challenger.pdf

523. Janis, I. L. (1971). Groupthink. *Psychology today*, *5*(6), 43-46. Recuperado de http://agcommtheory.pbworks.com/f/GroupThink.pdf

524. Janis, I. L. (1972). Victims of groupthink: A psychological study of foreign-policy decisions and fiascoes. Houghton Mifflin. Recuperado de https://archive.org/details/janis_groupthink/page/n1/mode/2up

525. Janis, I. L. (1987). Pensamiento grupal. *Revista de Psicología social*, *2*(1-2), 126-180. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2903121.pdf

526. Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: cue reactivity and cue exposure. *Behaviour research and therapy*, *36*(3), 257-272. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00055-2

527. Jansen, A. (2016). Eating disorders need more experimental psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 2–10 https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.004

528. Jassogne, C. y Zdanowicz, N. (2018). Management of adult patients with anorexia nervosa: a literature review. *Psychiatria danubina*, *30*(Suppl 7), 533-536. Recuperado de http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol30_noSuppl%207/dnb_vol30_noSuppl%207_533.pdf

529. Jáuregui-Garrido, B. y Jáuregui-Lobera, I. (2012). Sudden death in eating disorders. *Vascular health and risk management*, *8*, 91-98. https://dx.doi.org/10.2147%2FVHRM.S28652

530. Jáuregui-Lobera, I. (2005). Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los TCA. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (2), 158-198. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1382756.pdf

531. Jáuregui-Lobera, I. (2013). Neuropsychology of eating disorders: 1995–2012. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *9*, 415. https://doi.org/10.2147/NDT.S42714

532. Jáuregui-Lobera, I. y Bolaños-Ríos, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, *140*(1), 98-107. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000100015

533. Jenkins, M. M. y Youngstrom, E. A. (2016). A randomized controlled trial of cognitive debiasing improves assessment and treatment selection for pediatric bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(4), 323–333. https://doi.org/10.1037/ccp0000070

534. Jennings, B. (2016). Reconceptualizing autonomy: A relational turn in bioethics. *Hastings Center Report*, *46*(3), 11-16. https://doi.org/10.1002/hast.544

535. Jensen, L. A. (Ed.). (2020). *The Oxford Handbook of Moral Development: An Interdisciplinary Perspective*. Oxford University Press. http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190676049.001.0001

536. Johnston, C., Smethurst, N. y Gowers, S. (2005). Should people with a history of an eating disorder work as eating disorder therapists? *European Eating*

Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, *13*(5), 301-310. https://doi.org/10.1002/erv.659

537. Jolly, A. J. y Singh, S. M. (2020). Does electroconvulsive therapy cause brain damage: An update. *Indian Journal of Psychiatry*, *62*(4), 339. https://dx.doi.org/10.4103%2Fpsychiatry.IndianJPsychiatry_239_19

538. Jones, W. R., Saeidi, S y Morgan, J. F. (2013). Knowledge and attitudes of psychiatrists towards eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *21*(1), 84-88. https://doi.org/10.1002/erv.2155

539. Jordan, J. T. y McNiel, D. E. (2020). Perceived coercion during admission into psychiatric hospitalization increases risk of suicide attempts after discharge. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *50*(1), 180-188. https://doi.org/10.1111/sltb.12560

540. Julve, M. D. M. (2017). *La protección jurídico-civil de la persona que sufre enfermedad mental: el internamiento urgente no voluntario* [Tesis doctoral, Universitat Jaume I]. Recuperado de https://www.tdx.cat/handle/10803/460908#

541. Kaba, A., y Beran, T. N. (2016). Impact of peer pressure on accuracy of reporting vital signs: An interprofessional comparison between nursing and medical students. *Journal of interprofessional care*, *30*(1), 116-122. https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1075967

542. Kaba, A., Beran, T. N. y White, D. (2016). Accuracy of interpreting vital signs in simulation: An empirical study of conformity between medical and nursing students. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, *3*, 9-18. https://doi.org/10.1016/j.xjep.2016.03.002

543. Kaba, A., Wishart, I., Fraser, K., Coderre, S. y McLaughlin, K. (2016). *Are we at risk of groupthink in our approach to teamwork interventions in health care? Medical Education, 50(4), 400–408.* https://doi.org/10.1111/medu.12943

544. Kahle, L. R. y Sales, B. D. (1978). Attitudes of clinical psychologists toward involuntary civil commitment law. *Professional Psychology, 9*(3), 428–439. https://doi.org/10.1037/0735-7028.9.3.428

545. Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D. y Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity.* John Wiley.

546. Kakhi, S. y McCann, J. (2016). Anorexia nervosa: diagnosis, risk factors and evidence-based treatments. *Progress in Neurology and Psychiatry*, *20*(6), 24-29c. https://doi.org/10.1002/pnp.452

547. Kallert, T. W., Glöckner, M. y Schützwohl, M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *258*(4), 195-209. https://doi.org/10.1007/s00406-007-0777-4

548. Kallgren, C. A. y Wood, W. (1986). Access to attitude-relevant information in memory as a determinant of attitude-behavior consistency. *Journal of Experimental Social Psychology*, *22*(4), 328-338. https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90018-1

549. Kappou, K., Ntougia, M., Kourtesi, A., Panagouli, E., Vlachopapadopoulou, E., Michalacos, S., Gonidakis, F., Mastorakos, G., Psaltopoulou, T., Tsolia, M., Bacopoulou, F., Sergentanis, T. N. y Tsitsika, A. (2021). Neuroimaging Findings in Adolescents and Young Adults with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, *8*(2), 137. https://doi.org/10.3390/children8020137

550. Karatzias, T., Chouliara, Z., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A. y Grierson, D. (2010). General psychopathology in anorexia nervosa: the role of psychosocial factors. *Clinical psychology & psychotherapy*, *17*(6), 519-527. https://doi.org/10.1002/cpp.701

551. Karnieli-Miller, O., Vu, T. R., Holtman, M. C., Clyman, S. G., y Inui, T. S. (2010). Medical students' professionalism narratives: a window on the informal and hidden curriculum. *Academic Medicine*, *85*(1), 124-133. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c42896

552. Kästner, D., Löwe, B. Y Gumz, A. (2019). The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa–A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 52*(2), 101-116. https://doi.org/10.1002/eat.22975

553. Katsakou, C. y Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *16*(2), 172-178. https://doi.org/10.1017/S1121189X00004802

554. Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & behavior*, *94*(1), 121-135. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.037

555. Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. y Price Foundation Collaborative Group. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2215-2221. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215

556. Keel, P. K. (2017). *Eating Disorders*. Oxford University Press .

557. Keel, P. K. y Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological bulletin*, *129*(5), 747. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.747

558. Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Delinsky, S. S., Franko, D. L., Blais, M. A., Keller, M.B. y Herzog, D. B. (2002). Predictors of treatment utilization among

women with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *159*(1), 140-142. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.140

559. Keery, H., Eisenberg, M. E., Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D. y Story, M. (2006). Relationships between maternal and adolescent weight-related behaviors and concerns: The role of perception. *Journal of psychosomatic research*, *61*(1), 105-111. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.011

560. Keifer, E., Duff, K., Beglinger, L. J., Barstow, E., Andersen, A. y Moser, D. J. (2010). Predictors of neuropsychological recovery in treatment for anorexia nervosa. *Eating disorders*, *18*(4), 302-317. https://doi.org/10.1080/10640266.2010.490120

561. Kendall, S. (2014). Anorexia nervosa: the diagnosis. *Journal of Bioethical Inquiry*, *11*(1), 31-40. https://doi.org/10.1007/s11673-013-9496-x

562. Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C.M., Kaprio, J. y Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry, 164*(8), 1259-1265. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388

563. King, J. A., Korb, F. M., Vettermann, R., Ritschel, F., Egner, T. y Ehrlich, S. (2019). Cognitive overcontrol as a trait marker in anorexia nervosa? Aberrant task- and response-set switching in remitted patients. *Journal of Abnormal Psychology, 128*(8), 806–812. https://doi.org/10.1037/abn0000476

564. Kingston, K., Szmukler, G., Andrewes, D., Tress, B. y Desmond, P. (1996). Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychological medicine*, *26*(1), 15-28. https://doi.org/10.1017/S0033291700033687

565. Kious, B. M. (2015). Autonomy and values: Why the conventional theory of autonomy is not value-neutral. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *22*(1), 1-12. https://doi.org/10.1353/ppp.2015.0002

566. Kisely, S., Brophy, L. y Grant, K. (2019). International perspectives on community treatment orders: Special Edition. *International Journal of Law and Psychiatry 66,* 1-3 https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101489

567. Kjærsdam, T. G., Fagerlund, B., Jepsen, J. R., Bentz, M., Christiansen, E., Valentin, J. B. y Thomsen, P. H. (2016). Are weight status and cognition associated? An examination of cognitive development in children and adolescents with anorexia nervosa 1 year after first hospitalisation. *European Eating Disorders Review*, *24*(5), 366-376.https://doi.org/10.1002/erv.2445

568. Kjellin, L., Høyer, G., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R. y Sigurjónsdóttir, M. (2006). Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the

Nordic countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *41*(3), 241-247. https://doi.org/10.1007/s00127-005-0024-0

569. Klayman, J. (1995). Varieties of confirmation bias. *Psychology of learning and motivation*, *32*, 385-418. https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60315-1

570. Klein, J. (2017). *Attribution biases in assigning blame for medical error. Medical Education, 51(10), 982–983.* https://doi.org/10.1111/medu.13397

571. Klein, J. y McColl, G. (2019). *Cognitive dissonance: how self-protective distortions can undermine clinical judgement. Medical Education.* https://doi.org/10.1111/medu.13938

572. Klinge, V. (1994). Staff opinions about seclusion and restraint at a state forensic hospital. *Psychiatric Services*, *45*(2), 138-141. https://doi.org/10.1176/ps.45.2.138

573. Klump, K. L. (2013). Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies. *Hormones and behavior*, *64*(2), 399-410. https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.yhbeh.2013.02.019

574. Klump, K. L., Suisman, J. L., Burt, S. A., McGue, M. y Iacono, W. G. (2009). Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 797–805. https://doi.org/10.1037/a0017204

575. Knight, R. (2019). *Ethical considerations in collaborative care in severe and enduring anorexia: an application of an ethical decision-making model* [Tesis doctoral, University of Melbourne, Australia]. Recuperado de https://researchrepository.rmit.edu.au/discovery/delivery?vid=61RMIT_INST:ResearchRepository&repId=12248326050001341#13248409960001341

576. Koch, P. (2019). The Paradox of Consent for Capacity Assessments. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, *47*(4), 751-757. https://doi.org/10.1177%2F1073110519897752

577. Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization. En T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior: : Theory, research and social issues* (pp.31-53). Holt, Rinehart and Winston. https://www.libs.uga.edu/reserves/docs/scanner%20pc%20shelter/ill%20scans/12_14_2018/kohlberg_moral_stages_and_moralization.pdf

578. Kolva, E. (2015). *Medical treatment decision-making capacity and neuropsychological functioning in terminally ill cancer patients* [Tesis doctoral, Fordham University]. Recuperado de https://research.library.fordham.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3716&context=dissertations

579. Kolva, E., Rosenfeld, B. y Saracino, R. M. (2020). Neuropsychological Predictors of Decision-Making Capacity in Terminally Ill Patients with Advanced Cancer. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *35*(1), 1-9. https://doi.org/10.1093/arclin/acz027

580. Konstantakopoulos, G. (2019). Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatrike= Psychiatriki*, *30*(1), 13. https://doi.org/10.22365/jpsych.2019.301.13

581. Konstantakopoulos, G., Ioannidi, N., Patrikelis, P. y Gonidakis, F. (2020). The impact of theory of mind and neurocognition on delusionality in anorexia nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *42*(6), 611-621. https://doi.org/10.1080/13803395.2020.1786504

582. Konstantakopoulos, G., Tchanturia, K., Surguladze, S. A. y David, A. S. (2011). Insight in eating disorders: clinical and cognitive correlates. *Psychological Medicine*, *41*(9), 1951-61. https://doi.org/10.1017/S0033291710002539

583. Korkeila, H., Koivisto, A. M., Paavilainen, E. y Kylmä, J. (2016). Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. Issues in Mental Health Nursing, 37(7), 464–475. https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1163626

584. Koskina, A., Campbell, I. C. y Schmidt, U. (2013). Exposure therapy in eating disorders revisited. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *37*(2), 193–208. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.11.010

585. Kosmerly, S., Waller, G. y Robinson, A.L. (2014). Clinician adherence to guidelines in the delivery of family-based therapy. *International Journal of Eating Disorders*. Advance online publication. https://doi.org/10.1002/eat.22276

586. Kothari, R., Solmi, F., Treasure, J. y Micali, N. (2013). The neuropsychological profile of children at high risk of developing an eating disorder. *Psychological medicine*, *43*(7), 1543-1554. https://doi.org/10.1017/S0033291712002188

587. Kraatz, C. (2006). *Radical recovery: A manifesto of eating disorder pride*. University Press of America.

588. Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: A meta-analysis of the empirical literature. *Personality and social psychology bulletin*, *21*(1), 58-75. https://doi.org/10.1177%2F0146167295211007

589. Kravariti, E., Morris, R. G., Rabe-Hesketh, S., Murray, R. M. y Frangou, S. (2003). The Maudsley early onset schizophrenia study: cognitive function in adolescents with recent onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *61*(2-3), 137-148. https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00291-8

590. Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R. y Nagel, M. (2020). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. https://doi.org/10.1111/jpm.12643

591. Krieger, E., Moritz, S., Weil, R. y Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. Psychiatry Research, 260, 478–485. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029

592. Kroesen, M. (2017, Marzo). Do attitudes cause behavior or vice versa? An alternative conceptualization of the attitude-behavior relationship in choice modeling. En *International Choice Modelling Conference 2017*. Recuperado de http://www.icmconference.org.uk/index.php/icmc/ICMC2017/paper/view/1251

593. Kroesen, M., Handy, S. y Chorus, C. (2017). Do attitudes cause behavior or vice versa? An alternative conceptualization of the attitude-behavior relationship in travel behavior modeling. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, *101*, 190-202. https://doi.org/10.1016/j.tra.2017.05.013

594. Krosnick, J. A., Boninger, D. S., Chuang, Y. C., Berent, M. K. y Carnot, C. G. (1993). Attitude strength: One construct or many related constructs? *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(6), 1132–1151. https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.6.1132

595. Krug, I., Root, T., Bulik, C., Granero, R., Penelo, E., Jiménez-Murcia, S. y Fernández-Aranda, F. (2011). Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: a latent profile analysis. *Psychiatry Research*, *188*(3), 439-445. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.026

596. Kułakowska, D., Biernacka, K., Wilkos, E., Rybakowski, F. y Kucharska-Pietura, K. (2014). Deficyty neuropoznawcze i społecznego poznania u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym. *Psychiatria Polska*, *48*(3), 465-475.

597. Kullgren, G., Jacobsson, L., Lynöe, N., Kohn, R. y Levav, I. (1996). Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *93*(5), 389-396. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb10665.x

598. Labad, A (2017). *La capacidad del paciente y sus limitaciones.* Recuperado de http://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U5_%20la%20capacidad%20del%20paciente%20y%20sus%20limitaciones.pdf

599. Lacey, J. H. y Sly, R. (2015). Severe and enduring anorexia nervosa: Diagnosis, features, and radical new treatment approaches. En L. Smolak y M.P. Levine (Eds.) *The Wiley handbook of eating disorders*, 142-156. John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch12

600. Laiho, T., Lindberg, N., Joffe, G., Putkonen, H., Hottinen, A., Kontio, R. y Sailas, E. (2014). Psychiatric staff on the wards does not share attitudes on

aggression. *International Journal of Mental Health Systems, 8*(14), 1–7. https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-14

601. Lamas, R. M., Colín, R. y González, A. (2020). Panorama general de la terapia electroconvulsiva: indicaciones y funcionamiento. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, *63*(6), 20-30. http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.6.03

602. Lamiani, G., Borghi, L. y Argentero, P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing. A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology, 22*(1), 51–67. https://doi.org/10.1177/1359105315595120

603. Lamo de Espinosa, E. (2019). La responsabilidad penal y el consentimiento informado. *DS: Derecho y salud, 29*(1), 50-65. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7097128.pdf

604. Lanceley, C. y Travers, R. (1993). Anorexia nervosa: Forced feeding and the law. *The British Journal of Psychiatry*, *163*(6), 835-835. https://doi.org/10.1192/bjp.163.6.835b

605. Land, P. (2004). Thinking about feelings: Working with the staff of an eating disorders unit. *Psychoanalytic Psychotherapy, 18*(4), 390–403. https://doi.org/10.1080/1474973042000297344

606. Lang, K., Lopez, C., Stahl, D., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2014). Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *15*(8), 586-598. https://doi.org/10.3109/15622975.2014.909606

607. Lang, K., Treasure, J. y Tchanturia, K. (2016). Is inefficient cognitive processing in anorexia nervosa a familial trait? A neuropsychological pilot study of mothers of offspring with a diagnosis of anorexia nervosa. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *17*(4), 258-265. https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1112035

608. Lao-Kaim, N. P., Giampietro, V. P., Williams, S. C. R., Simmons, A. y Tchanturia, K. (2014). Functional MRI investigation of verbal working memory in adults with anorexia nervosa. *European Psychiatry*, *29*(4), 211-218. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.05.003

609. Lasfar, M., Eveno, A. L., Huas, C., Godart, N., Berthoz, S., Lalanne, C., Duclos, J., Mattar, L., Roux, H., Thiébaud, M.R., Vibert, S., Hubert, T., Courty, A., Ringuenet, D., Benoit, J.P., Blanchet, C., Moro, M.R., Bignami, L., Nordon, C., ... y Auger, C. (2021). Diversité des prises en charge hospitalières de l'anorexie mentale en psychiatrie en France. *L'Encéphale*. https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.04.008

610. Latzer, Y. y Zohar-Beja, A. (2014). Compulsory treatment in anorexia nervosa: The case of Israel. *International journal of clinical psychiatry and mental health*, *2*(2), 131-140. http://dx.doi.org/10.12970/2310-8231.2014.02.02.6

611. Lau, A. Y. y Coiera, E. W. (2009). Can cognitive biases during consumer health information searches be reduced to improve decision making?. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *16*(1), 54-65. https://dx.doi.org/10.1197%2Fjamia.M2557

612. Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V. y Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *19*(7), 423–427. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.019

613. Laukkanen, E., Kuosmanen, L., Louheranta, O. y Vehviläinen-Julkunen, K. (2020). Psychiatric nursing managers' attitudes towards containment methods in psychiatric inpatient care. *Journal of Nursing Management*, *28*(3), 699-709. https://doi.org/10.1111/jonm.12986

614. Laukkanen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O. y Kuosmanen, L. (2019). Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. *International journal of mental health nursing*, *28*(2), 390-406. https://doi.org/10.1111/inm.12574

615. Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H. y Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, *40*, 111-122. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010

616. Lavoie, M. y Guarda, A. S. (2021). How Should Compassion Be Expressed as a Primary Clinical and Ethical Value in Anorexia Nervosa Intervention? *AMA journal of ethics*, *23*(4), E298–E304. https://doi.org/10.1001/amajethics.2021.298

617. Lawson, R., Waller, G. y Lockwood, R. (2007). Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive–compulsive features. *Eating Behaviors*, *8*(3), 305-310. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.11.006

618. Le Grange, D. (2016). *Elusive Etiology of Anorexia Nervosa: Finding Answers in an Integrative Biopsychosocial Approach. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55(1), 12–13.* https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.10.003

619. le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. y Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *43*(1), 1–5. https://doi.org/10.1002/eat.20751

620. Lebacqz, K. (2004). Bioethics-Eleven Approaches. *Dialog: A Journal of Theology, 43(2), 100–106.* https://doi.org/10.1111/j.0012-2033.2004.00196.x

621. Lecaldano, E. (2006), *Un'etica senza Dio*. Laterza.

622. Lee, D. J., Lozano, C. S., Dallapiazza, R. F. y Lozano, A. M. (2019). Current and future directions of deep brain stimulation for neurological and psychiatric disorders: JNSPG 75th Anniversary Invited Review Article. *Journal of neurosurgery*, *131*(2), 333-342. https://doi.org/10.3171/2019.4.JNS181761

623. Legenbauer, T., Vocks, S. y Schütt-Strömel, S. (2007). Dysfunktionale Kognitionen bei Essstörungen: welche Inhaltsbereiche lassen sich unterscheiden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *36*(3), 207-215. https://doi.org/10.1026/1616-3443.36.3.207

624. Legenbauer, T., y Vocks, S. (2014). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*. Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-20385-5

625. León, J. M., Gómez, A. y Durán, M. D. C. (1991). Estrés ocupacional en profesionales de los servicios de la salud. *Revista de Psicología Social Aplicada, 1 (1), 41-50*. Recuperado de https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/39915/Estr%c3%a9s%20ocupacional.pdf?sequence=1&isAllowed=y

626. Leppanen, J., Tosunlar, L., Blackburn, R., Williams, S., Tchanturia, K. y Sedgewick, F. (2020). Critical Incidents in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-81473/v1

627. Lepping, P. y Raveesh, B. N. (2014). Overvaluing autonomous decision-making. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(1), 1-2. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.129833

628. Lepping, P., Palmstierna, T. y Raveesh, B. N. (2016). Paternalism v. autonomy–are we barking up the wrong tree? *The British Journal of Psychiatry*, *209*(2), 95-96. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.181032

629. Lepping, P., Steinert, T., Gebhardt, R. y Röttgers, H. (2004). Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany—a questionnaire analysis. *European Psychiatry, 19*(2), 91-95. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.11.001

630. Lera-Calatayud, G., Hernández-Viadel, M., Bellido-Rodriguez, C., Cañete-Nicolás, C., Asensio-Pascual, P., Calabuig-Crespo, R. y Leal-Cercós, C. (2014). *Involuntary outpatient treatment in patients with severe mental illness: A one-year follow-up study. International Journal of Law and Psychiatry, 37(3), 267–271.* https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.021

631. Lerner, J. S., Li, Y., Valdesolo, P. y Kassam, K. S. (2015). Emotion and decision making. *Annual review of psychology*, *66*, 799–823. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043

632. Levenkron, S. (1983). *Treating and overcoming anorexia nervosa*. New York: Warner Books.

633. Levert, T., Lucas, M. y Ortlepp, K. (2000). *Burnout in Psychiatric Nurses: Contributions of the Work Environment and a Sense of Coherence. South African Journal of Psychology, 30(2), 36–43*. https://doi.org/10.1177/008124630003000205

634. Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., Fewell, L., Kass, A. E., Riley, E. N., Stark, L., McCallum, K., y Lenze, E. J. (2015). D-Cycloserine facilitation of exposure therapy improves weight regain in patients with anorexia nervosa: a pilot randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, *76*(6), 787-793. https://doi.org/10.4088/JCP.14m09299

635. Levy, D. A. (2003). Neural holism and free will. *Philosophical Psychology*, *16*(2), 205-228. https://doi.org/10.1080/09515080307765

636. Lewis, A. (1934). The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*, *14*(4), 332-348. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1934.tb01129.x

637. Lewis, D. A., Goetz, E., Schoenfield, M., Gordon, A. C. y Griffin, E. (1984). *The Negotiation of Involuntary Civil Commitment. Law & Society Review, 18(4), 629*. https://doi.org/10.2307/3053450

638. Lewis, P. (1999). Feeding anorexic patients who refuse food. *Medical Law Review*, *7*(1), 21-37. https://doi.org/10.1093/medlaw/7.1.21

639. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE n.o 7, de 8 de enero de 2000. Recuperado de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323

640. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado número 274 de 15 de noviembre del 2002. Recuperado de: https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188- consolidado.pdf

641. Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal Español. BOE nº 281 del 24/11/1995 pp. 33987-34058. https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con

642. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm. 55, de 04/03/2010. https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con

643. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (BOE num. 175, de 23 de julio de 2015). Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222

644. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (2021). Boletín Oficial del Estado, 72, sec. I, de 25 de marzo de 2021, 34037 a 34049. https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3/dof/spa/pdf

645. Lidz, C. W., Hoge, S. K., Gardner, W., Bennett, N. S., Monahan, J., Mulvey, E. P. y Roth, L. H. (1995). Perceived coercion in mental hospital admission: Pressures and process. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1034-1039. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240052010

646. Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Arnold, R. P., Bennett, N. S. y Kirsch, B. L. (1993). Coercive interactions in a psychiatric emergency room. *Behavioral Sciences & the Law*, *11*(3), 269-280. https://doi.org/10.1002/bsl.2370110305

647. Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Eisenberg, M., Gardner, W. y Roth, L. H. (1998). Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *American Journal of Psychiatry*, *155*(9), 1254-1260. https://doi.org/10.1176/ajp.155.9.1254

648. Lilenfeld, L. R., Kaye, W.H., Greeno, C. G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R, Strober, M., Bulik, C.M., Nagy, L. (1998). A controlled family study of restricting anorexia and bulimia nervosa: comorbidity in probands and disorders in first-degree relatives. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 603–610. https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.603

649. Lillemoen, L. y Pedersen, R. (2015). Ethics reflection groups in community health services: an evaluation study. *BMC Medical Ethics*, *16*(1), 25. https://doi.org/10.1186/s12910-015-0017-9

650. Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. y Välimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*(4), 379–385. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00715.x

651. Lindblad, A., Helgesson, G. y Sjöstrand, M. (2019). Towards a palliative care approach in psychiatry: do we need a new definition? *Journal of medical ethics*, *45*(1), 26-30. http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2018-104944

652. Linder, D. E., Cooper, J. y Jones, E. E. (1967). Decision freedom as a determinant of the role of incentive magnitude in attitude change. *Journal of Personality and Social Psychology, 6*(3), 245–254. https://doi.org/10.1037/h0021220

653. Linzer, M., Gerrity, M., Douglas, J. A., McMurray, J. E., Williams, E. S., Konrad, T. R. y Society of General Internal Medicine (SGIM) Career Satisfaction Study

Group (CSSG). (2002). Physician stress: results from the physician worklife study. *Stress and Health*, *18*(1), 37-42. https://doi.org/10.1002/smi.917

654. Lipsman, N., Woodside, D. B., Giacobbe, P. y Lozano, A. M. (2013). Neurosurgical treatment of anorexia nervosa: review of the literature from leucotomy to deep brain stimulation. *European Eating Disorders Review*, *21*(6), 428-435. https://doi.org/10.1002/erv.2246

655. Liu, W., Zhan, S., Li, D., Lin, Z., Zhang, C., Wang, T., Pan, S., Zhang, J., Cao, C., Jin, H., Li, Y. y Sun, B. (2020). Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory anorexia nervosa: A long-term follow-up study. *Brain stimulation*, *13*(3), 643-649. https://doi.org/10.1016/j.brs.2020.02.004

656. Lloyd, E. C., Frampton, I., Verplanken, B. y Haase, A. M. (2017). How extreme dieting becomes compulsive: a novel hypothesis for the role of anxiety in the development and maintenance of anorexia nervosa. *Medical Hypotheses*, *108*, 144-150. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.09.001

657. Lloyd, E. C., Haase, A. M. y Verplanken, B. (2018). Anxiety and the development and maintenance of anorexia nervosa: protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, *7*(1), 1-5. https://doi.org/10.1186/s13643-018-0685-x

658. Locke, R. y Lees, A. (2020). A literature review of interventions to reduce stress in doctors. *Perspectives in Public Health*, *140*(1), 38-53. https://doi.org/10.1177/1757913919833088

659. Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K. y Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin, 127*(2), 267–286. https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.267

660. Loewenstein, G. y Lerner, J. S. (2003). The role of affect in decision making. En R.J.Davidson, K.R.Scherer y H.H.Goldsmith (Eds.) *Handbook of affective sciences*, (pp. 619-642). Oxford University Press

661. Longo, P., Bertorello, A., Panero, M., Abbate-Daga, G. y Marzola, E. (2019). Traumatic events and post-traumatic symptoms in anorexia nervosa. *European journal of psychotraumatology*, *10*(1), 1682930. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1682930

662. López, G. A. (2020). Restricciones involuntarias a las personas con discapacidad desde la óptica del derecho fundamental a la libertad. En *Anales de la Academia Matritense del Notariado* (No. 60, pp. 193-258). Editoriales de Derecho Reunidas. EDERSA. Recuperado de http://www.cnotarial-madrid.org/nv1024/paginas/TOMOS_ACADEMIA/060-06-LOPEZ_EBRI.pdf

663. Lopez, A., Yager, J. y Feinstein, R. E. (2010). Medical futility and psychiatry: palliative care and hospice care as a last resort in the treatment of refractory

anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 43*(4), 372-377. https://doi.org/10.1002/eat.20701

664. Lopez, C., Stahl, D. y Tchanturia, K. (2010). Estimated intelligence quotient in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Annals of General Psychiatry*, *9*(1), 40. https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-40

665. López-de-Ullibarri, I. y Pita, S. (1999). Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Cadernos de atención primaria*, *6*, 169-171. Recuperado de https://www.fisterra.com/mbe/investiga/kappa/kappa.asp

666. López-Jaramillo, C., Tobler, C. A., Gómez, C. O. y Triana, J. E. (2016). Correlation between insight and capacity to consent to research in subjects with bipolar disorder type I and schizophrenia. *Revista colombiana de psiquiatria*, *45*(3), 194-200. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.01.002

667. López-Sáez, M., Martínez-Rubio, J. L. y Arias, A. V. (1997). El efecto tercera persona en la campaña electoral. Análisis desde la perspectiva de la conformidad superior del yo. *Revista de Psicología Social*, *12*(2), 153-166. https://doi.org/10.1174/021347497761111376

668. Losada, A.V. y Zavalia, C. (2019). Programa Psicoeducativo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Alternativas en Psicología, 41*, 131-146.

669. Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D., y Herzog, W. (2001). "Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study". *Psychological Medicine, 31*(05), 881-890. https://doi.org/10.1017/S003329170100407X

670. Lowell, M. A. y Meader, L. L. (2005). My body, your body: Speaking the unspoken between the thin therapist and the eating-disordered patient. *Clinical Social Work Journal*, *33*(3), 241-257. https://doi.org/10.1007/s10615-005-4941-x

671. Lozano-Serra, E., Andrés-Perpiña, S., Lázaro-García, L. y Castro-Fornieles, J. (2014). Adolescent Anorexia Nervosa: cognitive performance after weight recovery. *Journal of psychosomatic research*, *76*(1), 6-11. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.009

672. Luchins, D. J., Cooper, A. E., Hanrahan, P. y Rasinski, K. (2004). Psychiatrists' attitudes toward involuntary hospitalization. *Psychiatric Services*, *55*(9), 1058-1060. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1058

673. Lucksted, A. y Coursey, R. D. (1995). Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatric Services, 46*(2), 146–152. https://doi.org/10.1176/ps.46.2.146

674. Luque, A., Barrera, C., Fernández, C., Hernández, M.J., Leiva, M.J., Perea, J.M., Rojo, M.M., Rodríguez, P., Sánchez, A.R., Santiago, E., Sanz, R., Túnez, L. y Benegas, E. (2018). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Proceso Asistencial Integrado. - 2ª ed. [Sevilla] : Consejería de Salud, 2018.Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/pa_7_pai-tconducta-alim.pdf

675. Lützén K. (1990). Moral sensing and ideological conflict. Aspects of the therapeutic relationship in psychiatric nursing. *Scandinavian journal of caring sciences*, *4*(2), 69–76. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1990.tb00048.x

676. Lynne, J. y Adamson, D. (2003). Living well at the end of life: Adapting health care to serious chronic illness in old age. *RAND Health*, 1–19. http://dx.doi.org/10.7249/WP137

677. Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L. y Knox, V. J. (1999). Do family physicians treat older patients with mental disorders differently from younger patients? *Canadian Family Physician*, *45*, 1219. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2328562/pdf/canfamphys00039-0101.pdf

678. Mackenzie, C. y Stoljar, N. (Eds.). (2000). *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press.

679. Maclean, A. (2006). Autonomy, consent and persuasion. *European journal of health law*, *13*(4), 321-338. https://doi.org/10.1163/157180906779160274

680. Main, T. F. (1957). The ailment. *British journal of medical psychology*, *30*(3), 129-145. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1957.tb01193.x

681. Malighetti, C., Gaudio, S., Di Lernia, D., Matamala-Gomez, M. y Riva, G. (2020). *Altered inner body perception in anorexia and bulimia nervosa: a systematic review*. Recuperado de https://psyarxiv.com/2x4em/download?format=pdf

682. Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J.M., Treasure, J. y Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: Cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review*, *26*(1), 53-61. https://doi.org/10.1002/erv.2570

683. Malson, H. (1998). *The thin woman: Feminism, post-structuralism, and the social psychology of anorexia nervosa*. Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9780203360545

684. Mandarelli, G., Carabellese, F., Parmigiani, G., Bernardini, F., Pauselli, L., Quartesan, R., Catanesi, R. y Ferracuti, S. (2018). Treatment decision-making capacity in non-consensual psychiatric treatment: a multicentre

study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *27*(5), 492-499. https://doi.org/10.1017/S2045796017000063

685. Mandarelli, G., Parmigiani, G., Tarsitani, L., Frati, P., Biondi, M. y Ferracuti, S. (2012). The relationship between executive functions and capacity to consent to treatment in acute psychiatric hospitalization. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, *7*(5), 63-70. https://doi.org/10.1525%2Fjer.2012.7.5.63

686. Mandarelli, G., Sabatello, U., Lapponi, E., Pace, G., Ferrara, M. y Ferracuti, S. (2017). Treatment decision-making capacity in children and adolescents hospitalized for an acute mental disorder: The role of cognitive functioning and psychiatric symptoms. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 27*(5), 462-465. https://doi.org/10.1089/cap.2016.0092

687. Manley, R. S., Smye, V. y Srikameswaran, S. (2001). Addressing complex ethical issues in the treatment of children and adolescents with eating disorders: Application of a framework for ethical decision-making. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *9*(3), 144-166. https://doi.org/10.1002/erv.413

688. Marckmann, G. (2015). Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin. En G. Marckmann (Ed.) *Praxisbuch Ethik in der Medizin* (pp. 3-14). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. http://dx.doi.org/10.32745/9783954662500-1

689. Marková, I. (2005). *Insight in psychiatry*. Cambridge University Press.

690. Marková, I. y Berrios, G. (1992). The Meaning of Insight in Clinical Psychiatry. *British Journal of Psychiatry, 160*(6), 850-860. doi:10.1192/bjp.160.6.850

691. Mars, R. B., Neubert, F. X., Noonan, M. P., Sallet, J., Toni, I. y Rushworth, M. F. (2012). On the relationship between the "default mode network" and the "social brain". *Frontiers in human neuroscience*, *6*, 189. https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00189

692. Marson, D. C. (2001). Loss of competency in Alzheimer's disease: conceptual and psychometric approaches. *International Journal of Law and Psychiatry*. https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0160-2527(01)00064-4

693. Marson, D. C., Ingram, K. K., Cody, H. A. y Harrell, L. E. (1995). Assessing the competency of patients with Alzheimer's disease under different legal standards: A prototype instrument. *Archives of neurology*, *52*(10), 949-954. https://doi.org/10.1001/archneur.1995.00540340029010

694. Martens, A. (2015). Paternalism in psychiatry: anorexia nervosa, decision-making capacity, and compulsory treatment. En T. Schramme (Ed.), *New*

Perspectives on Paternalism and Health Care (pp. 183-199). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17960-5_12

695. Martin, C. *Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal* [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. Recuperado de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/123360/cmf1de1.pdf?sequence=3.xml

696. Martin, W. y Gurbai, S. (2019). Surveying the Geneva impasse: Coercive care and human rights. *International Journal of Law and Psychiatry, 64*, 117–128. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.03.001

697. Martínez, J. M. (2017). La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético. *Cuadernos de Bioética*, *28*(94), 329-340. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87553352004

698. Martínez, V. (2006). El derecho a la libertad y posible restricción a través de la detención. *Boletín del Ministerio de Justicia*, *60*(2018), 3229-3254. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2043326.pdf

699. Martínez-Zaporta, E. y Fernández-Delgado, R. (2011). Aspectos bio-jurídicos de los transtornos de la conducta alimentaria: pasado, presente y futuro. *DS: Derecho y salud*, *21*(1), 39-74.Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3436893.pdf

700. Marzola, E., Nasser, J. A., Hashim, S. A., Shih, P. A. B. y Kaye, W. H. (2013). Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC psychiatry*, *13*(1), 290. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-290

701. Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. Ishk.

702. Maslen, H., Pugh, J. y Savulescu, J. (2015). The Ethics of Deep Brain Stimulation for the Treatment of Anorexia Nervosa. *Neuroethics*, *8*(3), 215–230. https://doi.org/10.1007/s12152-015-9240-9

703. Mathias, J. L. y Kent, P. S. (1998). Neuropsychological consequences of extreme weight loss and dietary restriction in patients with anorexia nervosa. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *20*(4), 548–564. https://doi.org/10.1076/jcen.20.4.548.1476

704. Matusek, J. (2011). *Former Client Perspectives on Perceived Choice, Control, and Coercion in Eating Disorder Treatment.* [Tesis doctoral, Miami University]. Recuperado de http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=miami1301781198

705. Matusek, J. A. y Wright, M. O. D. (2010). Ethical dilemmas in treating clients with eating disorders: A review and application of an integrative ethical

decision-making model. *European Eating Disorders Review*, *18*(6), 434-452. https://doi.org/10.1002/erv.1036

706. Mayorga, C. y Patiño, I.I. (2016). Autonomía. De su concepción a su concreción en ética biomédica. *Sincronía*, (70), 103-113. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/5138/513854327005.pdf

707. McArdle, S., Meade, M. M. y Burrows, E. (2016). Service providers' attitudes toward athletes with eating disorders. *Clinical Journal of Sport Medicine, 28*(1). https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000406

708. McBride, J., Walsh, K., y Mehler, P. S. (2015). The Medical complications of anorexia nervosa and their treatments. *Current Women's Health Reviews*, *11*(2), 143-151. https://doi.org/10.2174/1573404811102151218123528

709. McCarthy, J. y Deady, R. (2008). Moral Distress Reconsidered. *Nursing Ethics, 15(2), 254–262*. https://doi.org/10.1177/0969733007086023

710. McCartney, J. R. (1979). Refusal of treatment: Suicide or competent choice. *General hospital psychiatry*, *1*(4), 338-343. https://doi.org/10.1016/0163-8343(79)90010-0

711. McClelland, J., Bozhilova, N., Campbell, I. y Schmidt, U. (2013). A systematic review of the effects of neuromodulation on eating and body weight: Evidence from human and animal studies. *European Eating Disorders Review, 21*(6), 436-455. https://doi.org/10.1002/erv.2256

712. McCormack, N. y Cotter, C. (2013). *Managing burnout in the workplace: A guide for information professionals*. Chandos Publishing.

713. McEneaney, A. (2007). *Envy in body transference and counter-transference: Female treatment dyads, patients with eating disorders.* En L. Navaro y S. L. Schwartzberg (Eds.), *Envy, competition, and gender: Theory, clinical applications and group work* (p. 155–182). Routledge/Taylor & Francis Group.

714. McGee, D. L. (2018). Cognitive Errors in Clinical Decision Making. *MSD Manuals*. Recuperado de https://www.msdmanuals.com/professional/special-subjects/clinical-decision-making/cognitive-errors-in-clinical-decision-making

715. McKinney, C. (2015). Is resistance (n)ever futile? a response to "futility in chronic anorexia nervosa: a concept whose time has not yet come" by Cynthia Geppert. *American Journal of Bioethics, 15*(7), 53–54. https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1042991

716. McLeod, K., y Feller, E. (2019). Groupthink: What's So Great About Teamwork? *Rhode Island medical journal (2013)*, *102*(7), 8.

717. McNicholas, F., O'Connor, C., O'Hara, L. y McNamara, N. (2015). *Stigma and treatment of eating disorders in Ireland: healthcare professionals' knowledge*

and attitudes. Irish Journal of Psychological Medicine, 33(01), 21–31. https://doi.org/10.1017/ipm.2015.24

718. Mehanna, H. M., Moledina, J. y Travis, J. (2008). Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *BMJ (Clinical research ed.)*, *336*(7659), 1495–1498. https://doi.org/10.1136/bmj.a301

719. Méjica, J. (2014). *Los trastornos del comportamiento alimentario. una visión médico-legal.* Oviedo: Ojo X Hoja.

720. Mekori, E., Halevy, L., Ziv, S.I., Moreno, A., Enoch- Levy. A., Weizman, A. y Stein, D. (2017). Predictors of short-term outcome variables in hospitalised female adolescents with eating disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 21. 41-49. https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1229794

721. Melamed, Y., Mester, R., Margolin, J. y Kalian, M. (2003). Involuntary treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry, 26*(6), 617–626. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2003.09.006

722. Mendel, R., Traut-Mattausch, E., Jonas, E., Leucht, S., Kane, J., Maino, K., Kissling, W. y Hamann, J. (2011). Confirmation bias: Why psychiatrists stick to wrong preliminary diagnoses. *Psychological Medicine, 41*(12), 2651-2659. https://doi.org/10.1017/S0033291711000808

723. Mendyk, A. M., Labreuche, J., Henon, H., Girot, M., Cordonnier, C., Duhamel, A., Leys, D. y Bordet, R. (2015). Which factors influence the resort to surrogate consent in stroke trials, and what are the patient outcomes in this context? *BMC medical ethics*, *16*(1), 26. https://doi.org/10.1186/s12910-015-0018-8

724. Menzel, J. E., Schaefer, L. M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M. T. y Thompson, J. K. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. *Body image*, *7*(4), 261-270. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.05.004

725. Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H. Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *19*(3), 174-189. https://doi.org/10.1002/erv.1122

726. Meynen, G. (2010). Free will and mental disorder: Exploring the relationship. *Theoretical medicine and bioethics*, *31*(6), 429-443. https://doi.org/10.1007/s11017-010-9158-5

727. Miján, A. (2004). *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria*. Editorial Glosa, SL.

728. Mikos, A. E., McDowell, B. D., Moser, D. J., Bayless, J. D., Bowers, W. A., Andersen, A. E. y Paulsen, J. S. (2008). Stability of neuropsychological performance in anorexia nervosa. *Annals of clinical psychiatry : official journal*

of the American Academy of Clinical Psychiatrists, *20*(1), 9–13. https://doi.org/10.1080/10401230701844836

729. Milano, W., Cotugno, A., Dalle Grave, R., Gentile, M. G., Gravina, G., Renna, C., Salvo, P., Todisco, P. y Donini, L. M. (2017). Il trattamento sanitario obbligatorio come salvavita in presenza di disturbi dell'alimentazione: una scelta complessa. *Rivista di Psichiatria*, *52*(5), 180-188. http://dx.doi.org/10.1708/2801.28345

730. Miller, A. J. (2020). Narrative Coherence and Mental Capacity in Anorexia Nervosa. *AJOB neuroscience*, *11*(1), 26-28. https://doi.org/10.1080/21507740.2019.1704921

731. Miller, D. T. y Ross, M. (1975). Self-serving biases in the attribution of causality: Fact or fiction? *Psychological Bulletin, 82*(2), 213–225. https://doi.org/10.1037/h0076486

732. Miller, K. K., Grinspoon, S. K., Ciampa, J., Hier, J., Herzog, D. y Klibanski, A. (2005). Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Archives of internal medicine*, *165*(5), 561-566. https://doi.org/10.1001/archinte.165.5.561

733. Miniati, M., Mauri, M., Ciberti, A., Mariani, M. G., Marazziti, D. y Dell'Osso, L. (2016). Psychopharmacological options for adult patients with anorexia nervosa. *CNS spectrums*, *21*(2), 134-142. https://doi.org/10.1017/S1092852914000790

734. Minkowitz, T. (2007). The United Nations Conventions on the Rights of Persons With Disabilities and the Right to Be Free From Nonconsensual Psychiatric Interventions. *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, *34*(2), 405-428.

735. Minkowitz, T. (2010). Abolishing Mental Health Laws to Comply with CRPD. In B. McSherry y P. Weller (Eds.), *Rethinking rights-based mental health laws* (pp. 151–177). Hart Publishing.

736. Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1978*). Psychosomatic Families, Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press. http://dx.doi.org/10.4159/harvard.9780674418233

737. Miranda-Montecinos, A., García-Huidobro, J. y Aguirre, S. C. (2015). La huelga de hambre como suicidio intencional. Una propuesta de valoración moral desde la tradición central de la ética. *Persona y bioética*, *19*(1), 64-79. https://doi.org/10.5294/pebi.2015.19.1.6

738. Mitchell, P. B., Parker, G. B. y Dwyer, J. M. (1988). The law and a physically-ill patient with anorexia nervosa: liberty versus paternalism. *Medical Journal of Australia*, *148*(1), 41-44. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1988.tb104484.x

739. Mitrany, E. y Melamed, Y. (2005). Compulsory treatment of anorexia nervosa. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 42*(3), 185-190.

740. Mizrahi, T. (1984). Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Social science & medicine*, *19*(2), 135-146. https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90280-6

741. Moberg, P. J. y Kniele, K. (2006). Evaluation of competency: Ethical considerations for neuropsychologists. *Applied Neuropsychology*, *13*(2), 101-114. https://doi.org/10.1207/s15324826an1302_5

742. Moberg, P. J. y Rick, J. H. (2008). Decision-making capacity and competency in the elderly: a clinical and neuropsychological perspective. *NeuroRehabilitation*, *23*(5), 403-413. https://doi.org/10.3233/NRE-2008-23504

743. Moleón, A. y Fuertes, J. C. (2020). Opinión de los psiquiatras sobre el tratamiento ambulatorio involuntario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *22*(1), 39-45. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v22n1/es_2013-6463-sanipe-22-01-0039.pdf

744. Molero, M. P. (2021). La decisión de morir, ¿libertad o derecho? Una perspectiva desde el ámbito español. *Estudios constitucionales*, *19*(2), 297-324. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002021000200297

745. Molewijk, A. C., Abma, T., Stolper, M. y Widdershoven, G. (2008). Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics*, *34*(2), 120-124. http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.018580

746. Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R. y Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: The role of moral doubt and professional context - A crosssectional survey study. *BMC Medical Ethics, 18*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12910-017-0190-0

747. Monahan, J., Hoge, S. K., Lidz, C., Roth, L. H., Bennett, N., Gardner, W. y Mulvey, E. (1995). *Coercion and commitment. International Journal of Law and Psychiatry, 18(3), 249–263.* https://doi.org/10.1016/0160-2527(95)00010-f

748. Monahan, J., Redlich, A. D., Swanson, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Petrila, J., Steadman, H. J., Swartz, M., Angell, B. y McNiel, D. E. (2005). Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *56*(1), 37–44. https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.1.37

749. Mond, J. M. (2013). Eating disorders as "brain-based mental illnesses": An antidote to stigma? *Journal of Mental Health*, *22*(1), 1-3. https://doi.org/10.3109/09638237.2012.760192

750. Moore, E. C. (1957). The moralistic fallacy. *The Journal of Philosophy*, *54*(2), 29-42. https://doi.org/10.2307/2022356

751. Mora, F., Rojo, S. F., Banzo, C. y Quintero, J. (2017). The impact of self-esteem on eating disorders. *European Psychiatry*, *41*(S1), S558-S558. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.802

752. Morandi, S., Silva, B., Rubio, M. M., Bonsack, C. y Golay, P. (2021). Mental health professionals' feelings and attitudes towards coercion. *International journal of law and psychiatry, 74*, 101665. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101665

753. Morán-Sánchez, I., Luna, A. y Pérez-Cárceles, M. D. (2016). Enhancing the informed consent process in psychiatric outpatients with a brief computer-based method. *Psychiatry research*, *245*, 354-360. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.045

754. Moreno, A., Ibáñez, V. y Gómez, M (2017). Aboliendo la coerción en los servicios de salud mental. En B. Beviá y A. Bono (Coords.). *Coerción y salud mental* (pp. 209-251). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-Te%CC%81cnico-20-Coercio%CC%81n.pdf#page=209

755. Moreno-Encinas, A., Graell, M., Martínez-Huertas, J. Á., Faya, M., Treasure, J. y Sepúlveda, A. R. (2021). Adding maintaining factors to developmental models of anorexia nervosa: An empirical examination in adolescents. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, *29*(4), 548–558. https://doi.org/10.1002/erv.2826

756. Morgan, K. J. (2008). *The anorexic self vs. the authentic self: A systematic and integrative guide in the adult treatment of anorexia nervosa* [Tesis doctoral, University of Lethbridge]. Recuperado de https://opus.uleth.ca/bitstream/handle/10133/763/morgan%2c%20kelly.pdf?sequence=1&isAllowed=y

757. Morris, M. E., Goldsmith, T. E., Roll, S. y Smith, J. E. (2001). A model for assessing the self-schemas of restrained eaters. *Cognitive Therapy and Research*, *25*(2), 201-214. https://doi.org/10.1023/A:1026472009449

758. Moser, D. J., Benjamin, M. L., Bayless, J. D., McDowell, B. D., Paulsen, J. S., Bowers, W. A., Ardnt, S. y Andersen, A. E. (2003). Neuropsychological functioning pretreatment and posttreatment in an inpatient eating disorders program. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(1), 64-70. https://doi.org/10.1002/eat.10108

759. Motloba, P. D. (2018). Understanding of the principle of Autonomy (Part 1). *South African Dental Journal*, *73*(6), 418-420. http://dx.doi.org/10.17159/2519-0105/2018/v73no5a7

760. Moura, D., Orgambídez-Ramos, A. y Gonçalves, G. (2014). Role Stress and Work Engagement as Antecedents of Job Satisfaction: Results From Portugal. *Europe's Journal of Psychology*, *10*(2), 291-300. https://doi.org/10.5964/ejop.v10i2.714

761. Moye, J., Gurrera, R. J., Karel, M. J., Edelstein, B. y O'Connell, C. (2006). Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment: clinical implications and research needs. *Clinical psychology review*, *26*(8), 1054–1077. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.013

762. Mukherjee, S.B. (2015) Multidimensionality and Complexity of Role Stress: An Empirical Study of the Public and Private Sector Managers in Kolkata. *Open Access Library Journal*, *02*(08), 1–14. https://doi.org/10.4236/oalib.1101744

763. Müller, S., Riedmüller, R., Walter, H., y Christen, M. (2015). An ethical evaluation of stereotactic neurosurgery for anorexia nervosa. *AJOB Neuroscience, 6*(4), 50-65. https://doi.org/10.1080/21507740.2015.1094536

764. Mumma, G. H. y Wilson, S. B. (1995). Procedural debiasing of primacy/anchoring effects in clinical-like judgments. *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 841–853. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<841::AID-JCLP2270510617>3.0.CO;2-K

765. Munoz, R., Fox, M., Gomez, M. y Gelfand, S. (2015). Evidence-based nudging: best practices in informed consent. *The American Journal of Bioethics*, *15*(10), 43-45. https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1074311

766. Murray, S. B., Strober, M., Tadayonnejad, R., Bari, A. A. y Feusner, J. D. (2020). Neurosurgery and neuromodulation for anorexia nervosa in the 21st century: a systematic review of treatment outcomes. *Eating Disorders*, 1-8. https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1790270

767. Muuss R. E. (1988). Carol Gilligan's theory of sex differences in the development of moral reasoning during adolescence. *Adolescence*, *23*(89), 229–243.

768. Nahmias, E. (2007). Autonomous agency and social psychology. En M. Marraffa , M. De Caro y F. Ferretti (Eds.) *Cartographies of the Mind* (pp. 169-185). Springer. https://doi.org/10.1007/1-4020-5444-0_13

769. Naik, A. D., Dyer, C. B., Kunik, M. E. y McCullough, L. B. (2009). Patient autonomy for the management of chronic conditions: a two-component re-conceptualization. *The American Journal of Bioethics*, *9*(2), 23-30. https://dx.doi.org/10.1080/15265160802654111

770. Nair, A., Palmer, E. C., Aleman, A. y David, A. S. (2014). Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: a review and

meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *152*(1), 191-200. https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.033

771. Nandrino, J. (2015). Introduction. L'anorexie mentale : présentation du problème. En J. L. Nandrino (Ed.), *L'anorexie mentale: Des théories aux prises en charge* (pp. 1-21). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.nandr.2015.01.0001

772. National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment*. NICE. Recuperado de https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813

773. Navarro, N. y Trigueros, R. (2019) Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society, & Education, 11*(2), pp. 253-266. https://doi.org/10.25115/psye.v10i1.2268

774. Navas, L., Sampascual, G. y Castejón, J. L. (1995). La teoría atribucional de Weiner y los sesgos atributivos: hacia la integración de un desencuentro. *Revista de Psicología Social*, *10*(2), 205-218. https://doi.org/10.1174/021347495763810983

775. Navío, M. y Ventura, T. (2014). *Manual de Consulta en Valoración de la Capacidad*. Editorial Médica Panamericana.

776. Nazar, B. P., Gregor, L. K., Albano, G., Marchica, A., Coco, G. L., Cardi, V. y Treasure, J. (2017). Early response to treatment in eating disorders: A systematic review and a diagnostic test accuracy meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, *25*(2), 67-79. https://doi.org/10.1002/erv.2495

777. Newman, G. E. (2019). The psychology of authenticity. *Review of General Psychology*, *23*(1), 8-18. https://doi.org/10.1037%2Fgpr0000158

778. Newman, G. E. y Smith, R. K. (2016). Kinds of authenticity. *Philosophy Compass*, *11*(10), 609-618. https://doi.org/10.1111/phc3.12343

779. Newton, J. T., Robinson, P. H., y Hartley, P. (1993). Treatment for eating disorders in the United Kingdom. part II. Experiences of treatment: A survey of members of the eating disorders association. *European Eating Disorders Review, 1*(1), 10-21.

780. Newton-Howes, G. y Stanley, J. (2012). Prevalence of perceived coercion among psychiatric patients: literature review and meta-regression modelling. *The Psychiatrist*, *36*(9), 335-340. https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.037358

781. Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of general psychology*, *2*(2), 175-220. https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.2.2.175

782. Nikendei, C., Funiok, C., Pfüller, U., Zastrow, A., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., Herzog, W. y Friederich, H. C. (2011). Memory performance in acute and weight-restored anorexia nervosa patients. *Psychological medicine*, *41*(4), 829-838. https://doi.org/10.1017/S0033291710001121

783. Nilsson, K., Sundbom, E. y Hägglöf, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders*, *16*(5), 386-394. https://doi.org/10.1002/erv.850

784. Nocete, L., Carballeira, L., López, I., Cocho, C. y Fernández, A. (2017). Percepciones y actitudes de los profesionales de salud mental en la contención mecánica. En B. Beviá y A. Bono (Coords.). *Coerción y salud mental* (pp.109-168). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-Te%CC%81cnico-20-Coercio%CC%81n.pdf#page=109

785. Noggle, R. (2005). Autonomy and the Paradox of Self-Creation: Infinite Regresses, Finite Selves, and the Limits of Authenticity. En J. S. Taylor (Ed.), *Personal Autonomy: New Essays on Personal Autonomy and its Role in Contemporary Moral Philosophy* (pp. 87-108). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511614194.004

786. Noriega, L. (2020). La interpretación jurisprudencial sobre el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. *Revista Boliviana de Derecho*, (30), 76-99. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7521501.pdf

787. Norvoll, R. y Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine*, *156*, 204-211. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033

788. Norvoll, R., Hem, M. H. y Pedersen, R. (2017). The Role of Ethics in Reducing and Improving the Quality of Coercion in Mental Health Care. *HEC Forum, 29*(1), 59–74. https://doi.org/10.1007/s10730-016-9312-1

789. Nunn, K., Frampton, I. y Lask, B. (2012). Anorexia nervosa–a noradrenergic dysregulation hypothesis. *Medical Hypotheses*, *78*(5), 580-584. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2012.01.033

790. Nygaard, J. A. (1990). *Anorexia Nervosa. Treatment and triggering factors. Acta Psychiatrica Scandinavica, 82, 44–49*. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb11084.x

791. O'Connor, G., Nicholls, D., Hudson, L. y Singhal, A. (2016). Refeeding low weight hospitalized adolescents with anorexia nervosa: a multicenter randomized controlled trial. *Nutrition in Clinical Practice*, *31*(5), 681-689. https://doi.org/10.1177/0884533615627267

792. O'Donoghue, B., Roche, E., Shannon, S., Lyne, J., Madigan, K. y Feeney, L. (2014). Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry research*, *215*(1), 120-126. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.016

793. Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D. y Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical psychology review*, *39*, 83-95. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005

794. Oliver, J. (1997). Anorexia and the refusal of medical treatment. *Victoria University of Wellington Law Review, 27(4),* 621-648. Recuperado de https://heinonline.org/hol-cgi-bin/get_pdf.cgi?handle=hein.journals/vuwlr27&section=42&casa_token=mEjiPo0cToYAAAAA:TqvPnT3iOmCldyQXS3Fnx95i3fWaxVUBXDTK7LulThGrvvZH2eVXg_r-l9HIeRzCoK4PwPs

795. Olofsson, B. (2005). Opening up: psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *12*(3), 259-267. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00827.x

796. Olofsson, B. y Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of advanced nursing*, *33*(1), 89-97. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x

797. Olofsson, B., Gilje, F., Jacobsson, L. y Norberg, A. (1998). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, *28*(1), 45-53. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00687.x

798. Olofsson, B., Jacobsson, L., Gilje, F. y Norberg, A. (1999). Being in conflict: Physicians' experience with using coercion in psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, *53*(3), 203-210. https://doi.org/10.1080/080394899427214

799. Olson, J. M. y Stone, J. (2005). The Influence of Behavior on Attitudes. En D. Albarracín, B. T. Johnson y M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (p. 223–271). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

800. O'neill, O. (2002). *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511606250

801. O'neill, O. (2003). Autonomy: the emperor's new clothes. *Aristotelian Society Supplementary Volume 77*(1), 1-21. https://doi.org/10.1111/1467-8349.00100

802. Orgambídez-Ramos, A., Borrego-Alés, Y. y Mendoza-Sierra, I. (2014). Role stress and work engagement as antecedents of job satisfaction in Spanish workers. *Journal of Industrial engineering and Management*, *7*(1), 360-372. http://dx.doi.org/10.3926/jiem.992

803. Orgambídez-Ramos, A., Pérez-Moreno, P.J. y Borrego-Alés, Y. (2015). Estrés de rol y satisfacción laboral: Examinando el papel mediador del engagement. *Journal of Work and Organizational Psychology, 31*(2), 71-77. https://doi.org/10.1016/j.rpto.2015.04.001

804. Organización de Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

805. Organización Mundial de la Salud (1994). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.

806. Organización Mundial de la Salud (2018). 6B80 Anorexia nerviosa. En *CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión*. Recuperado de https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/263852475

807. Orleans, C. T. y Barnett, L. R. (1984). Bulimarexia: Guidelines for behavioral assessment and treatment. En R. C. Hawkins, W. J. Fremouw, and P. F. Clement (Eds.), *The binge-purge syndrome: Diagnosis, treatment and research*. Springer

808. Ornstein, R. M., Golden, N. H., Jacobson, M. S. y Shenker, I. R. (2003). Hypophosphatemia during nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: implications for refeeding and monitoring. *Journal of adolescent health*, *32*(1), 83-88. https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00456-1

809. Osca, A., González-Camino, G., Bardera, P. y Peiró, J. M. (2003). Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. *Psicothema*, *15*(1), 54-57. Recuperado de https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8137

810. O'Shea, T. (2012). Critics of autonomy. *Essex Autonomy Project Green Paper Report, Essex Autonomy Project, University of Essex*. Recuperado de CriticsofAutonomyGPRJune2012.pdf (essex.ac.uk)

811. O'Sullivan, E. D. y Schofield, S. J. (2018). Cognitive bias in clinical medicine. *JR Coll Physicians Edinb*, *48*(3), 225-32. https://doi.org/10.4997/JRCPE.2018.306

812. Osterrieth, P. A. (1944). Le test de copie d'une figure complexe; contribution à l'étude de la perception et de la mémoire [Test of copying a complex figure; contribution to the study of perception and memory]. *Archives de Psychologie, 30,* 206–356.

813. Owen, G. S., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., Szmukler, G. y Hotopf, M. (2009). Retrospective views of psychiatric in-patients regaining mental capacity. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(5), 403-407. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065151

814. Owen, G. S., Freyenhagen, F., Hotopf, M. y Martin, W. (2015). Temporal inabilities and decision-making capacity in depression. *Phenomenology and*

the Cognitive Sciences, *14*(1), 163-182. https://doi.org/10.1007/s11097-013-9327-x

815. Pacilio, R. M., Livingston, R. K. y Gordon, M. R. (2019). *The Use of Electroconvulsive Therapy in Eating Disorders. The Journal of ECT, 35(4), 272–278.* https://doi.org/10.1097/yct.0000000000000599

816. Pain, M. D. y Sharpley, C. F. (1989). Varying the order in which positive and negative information is presented: Effects on counselors' judgments of clients' mental health. *Journal of Counseling Psychology, 36*(1), 3–7. https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.1.3

817. Palacios, G. J., Pinto, P., Marquez, O. y Herreros, B. (2020). Valoración de la competencia de los pacientes para tomar decisiones. *Revista Clínica Española*, *220*(4), 256-262. https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.04.009

818. Palazzoli, M. (1997). Family therapy with anorexic-bulimic girls. Beyond systemic rigidity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *2*(3), 156-159. Recuperado de https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF03339967.pdf&casa_token=1yMP1DjWWQ8AAAAA:emysaNcREwEMsZNiNKNGF4sz-rwfEeYxeC9r74Qe1MJrHbOIooVHAzM0uTrwe_GthGG-jVsd6B_izUE

819. Palmer, B. W. y Harmell, A. L. (2016). Assessment of healthcare decision-making capacity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *31*(6), 530-540. https://doi.org/10.1093/arclin/acw051

820. Palmer, B. W. y Savla, G. N. (2007). The association of specific neuropsychological deficits with capacity to consent to research or treatment. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS, 13*(6), 1047-59. https://doi.org/10.1017/s1355617707071299

821. Palmer, B. W., Harmell, A. L., Pinto, L. L., Dunn, L. B., Kim, S. Y., Golshan, S. y Jeste, D. V. (2017). Determinants of capacity to consent to research on Alzheimer's disease. *Clinical gerontologist*, *40*(1), 24-34. https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1197352

822. Palmer, B. W., Savla, G. N. y Harmell, A. L. (2012). Healthcare decision-making capacity. En G. J. Demakis (Ed.), *Civil capacities in clinical neuropsychology: Research findings and practical applications* (pp. 69–94). Oxford University Press.

823. Palmer, H., y Jones, M. S. (1939). Anorexia nervosa as a manifestation of compulsive neurosis. *Archives of Neurology and Psychiatry, 41*, 856-860.

824. Pardo, A. (2003). Más allá de la autonomía. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, *47*(3), 45-48. Recuperado de

https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/download/9049/7996

825. Parker, R. S. (1990). Nurses' stories. *Advances in Nursing Science, 13*(1), 31–40. https://doi.org/10.1097/00012272-199009000-00005

826. Patterson, C., Procter, N. y Toffoli, L. (2016). Situation awareness: when nurses decide to admit or not admit a person with mental illness as an involuntary patient. *Journal of advanced nursing*, *72*(9), 2042-2053. https://doi.org/10.1111/jan.13024

827. Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of psychosomatic research*, *62*(6), 681–690. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.010

828. Peláez, M. A., Raich, R. M. y Labrador, F. J. (2010). Eating disorders in spain: Revision of empirical epidemiological studies. *Mexican Journal of Eating Disorders, 1*, 62-75. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v1n1/v1n1a7.pdf

829. Pellegrino, E. D. y Thomasma, D. C. (1987). The conflict between autonomy and beneficence in medical ethics: proposal for a resolution. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, *3*, 23. Recuperado de https://scholarship.law.edu/jchlp/vol3/iss1/7

830. Peterson, A. (2019). Should neuroscience inform judgements of decision-making capacity? *Neuroethics*, *12*(2), 133-151. https://doi.org/10.1007/s12152-018-9369-4

831. Pettit, S. A., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A. E., Moylan, L. B., Sethi, F., McCrone, P., Baker, J., Quirk, A. y Stewart, D. (2017). Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *Journal of advanced nursing*, *73*(4), 966-976. https://doi.org/10.1111/jan.13197

832. Phelan, J. C., Yang, L. H. y Cruz-Rojas, R. (2006). Effects of attributing serious mental illnesses to genetic causes on orientations to treatment. *Psychiatric Services*, *57*(3), 382-387. https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.382

833. Piccolo, M., Claussen, M. C., Bluemel, S., Schumacher, S., Cronin, A., Fried, M., Goetze, O., Martin-Soelch, C. y Milos, G. (2020). Altered circulating endocannabinoids in anorexia nervosa during acute and weight-restored phases: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, *28*(1), 46-54. https://doi.org/10.1002/erv.2709

834. Pietrini, F., Castellini, G., Ricca, V., Polito, C., Pupi, A. y Faravelli, C. (2011). Functional neuroimaging in anorexia nervosa: a clinical approach. *European*

psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists, *26*(3), 176–182. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.07.011

835. Pike, K. M. y Olmsted, M. P. (2016). Cognitive behavioral therapy for severe and enduring anorexia nervosa. En S. Touyz, D. Le Grange, J. H. Lacey, and P. Hay (Eds.), *Managing Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A Clinician's Guide*, (pp.128-145).

836. Pike, K. M., So, M., Hilbert, A., Maekawa, H., Shimanouchi, T., Wilfley, D., Dohm, F., Fairburn, C.G. y Weissman, R. S. (2021). Risk factors for anorexia nervosa and bulimia nervosa in Japan and compared to a US sample. *International Journal of Eating Disorders*. https://doi.org/10.1002/eat.23442

837. Piñeiro, M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Global, 12*(31), 125-150. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300008

838. Ploug, T. y Holm, S. (2015). Doctors, patients, and nudging in the clinical context—Four views on nudging and informed consent. *The American Journal of Bioethics*, *15*(10), 28-38. https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1074303

839. Plous, S. (1993). *McGraw-Hill series in social psychology.The psychology of judgment and decision making.* Mcgraw-Hill Book Company.

840. Porras-Garcia, B., Ferrer-Garcia, M., Serrano-Troncoso, E., Carulla-Roig, M., Soto-Usera, P., Miquel-Nabau, H., Olivares, L., Marnet-Fiol, R., Santos-Carrasco, I. M., Borszewski, B., Díaz-Marsá, M., Sánchez-Díaz, I., Fernández-Aranda, F. y Gutiérrez-Maldonado, J. (2021). AN-VR-BE. A Randomized Controlled Trial for Reducing Fear of Gaining Weight and Other Eating Disorder Symptoms in Anorexia Nervosa through Virtual Reality-Based Body Exposure. *Journal of clinical medicine*, *10*(4), 682. https://doi.org/10.3390/jcm10040682

841. Portero, G. (2010). Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil: Una revisión. *Cuadernos De Medicina Forense, 16*(1-2), 87-97. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062010000100010&script=sci_arttext&tlng=en

842. Porxas, M. À. (2018). Un análisis del impacto del derecho en las personas con un diagnóstico psiquiátrico: la capacidad jurídica y el sujeto de derechos reinterpretados a la luz de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Revista de Derecho Político*, (103), 355-379. http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/download/23206/18609

843. Pose, C. (2015). Grisso, T. y Appelbaum, P., (2014). herramienta de evaluación de la capacidad para tratamiento (MacCAT-T). adaptada al español por

Ventura, T.; Navío, M.; Álvarez, I.; Baón, B. y el grupo de investigación Servet. Madrid: Editorial médica panamericana. *Eidon: Revista De La Fundación De Ciencias De La Salud,* (43). Recuperado de https://revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2015/43_junio.pdf#page=83

844. Poses, R. M. y Anthony, M. (1991). Availability, wishful thinking, and physicians' diagnostic judgments for patients with suspected bacteremia. *Medical Decision Making*, *11*(3), 159-168. https://doi.org/10.1177%2F0272989X9101100303

845. Prefasi, S., Magal, T., Garde, F. y Jiménez, J. L. (2011). Uso del Arte y de la Creatividad en las Terapias Psicosociales. Estudio y valoración de resultados de la utilización de la fotografía con pacientes con un trastorno grave y crónico. *Arte, Individuo y Sociedad, 23* (1), 45-54. https://doi.org/10.5209/rev_ARIS.2011.v23.n1.4

846. Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T. y Yeeles, K. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *The British journal of psychiatry*, *194*(1), 49-54. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052266

847. Priebe, S., Katsakou, C., Glöckner, M., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A., Kiejna, A., Kjellin, L., Nawka, P., Onchev, G., Raboch, J., Schuetzwohl, M., Solomon, Z., Torres-González, F., Wang, D. y Kallert, T. (2010). Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *196*(3), 179–185. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.068916

848. PU, J. y Jackson, T. (2016). Biological, psychological, and social factors associated with anorexia nervosa. *Advances in Psychological Science*, *24*(12), 1873-1881. https://doi.org/10.3724/SP.J.1042.2016.01873

849. Pugh, J., Tan, J., Aziz, T. y Park, R. J. (2018). The moral obligation to prioritize research into deep brain stimulation over brain lesioning procedures for severe enduring anorexia nervosa. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 523. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00523

850. Puppe, I. (2007). La justificación de la intervención médica curativa. *Indret: Revista para el Análisis del Derecho*, (1), 404. Recuperado de https://indret.com/wp-content/themes/indret/pdf/404_es.pdf

851. Quinn, C. A. y Smith, M.D. (1987). *The professional commitment: Issues and ethics in nursing*. Saunders.

852. Racine, S. E. y Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: An exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(1), 55-58. https://doi.org/10.1002/eat.22364

853. Radden, J. H. (2021). Food Refusal, Anorexia and Soft Paternalism: What's at Stake? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *28*(2), 141-150. https://doi.org/10.1353/ppp.2021.0022

854. RAE [@RAEinforma]. (12 marzo 2018). Tanto «monarca» como «paciente» son sustantivos comunes en cuanto al género: «el/la paciente», «el/la monarca». https://twitter.com/RAEinforma/status/973132860940079105

855. RAE [@RAEinforma]. (22 marzo 2019)Si se utiliza el femenino «enfermeras», debe saber que solo se estaría aludiendo al colectivo femenino de profesionales de la [Respuesta duda género] [Tweet]. Twitter. https://twitter.com/raeinforma/status/1109065300547379201

856. RAE [@RAEinforma]. (9 mayo 2019) Aunque, tradicionalmente, ha habido más mujeres que hombres desempeñando las labores de enfermería, la única posibilidad correcta desde el punto. [Tweet]. Twitter. https://twitter.com/raeinforma/status/1126480953084469251

857. Raisanen, U. y Hunt, K. (2014). The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *BMJ Open 4* (4): e004342. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004342

858. Ramírez, R. (2006). X Jornadas Aequitas: Derecho y situaciones de discapacidad. Recuperado de http://aequitas.notariado.org/liferay/c/document_library/get_file?uuid=1a471469-153a-42ce-bc9f-5442f509924a&groupId=10228

859. Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of advanced nursing*, *45*(5), 495-503. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x

860. Ramjan, L. M. y Gill, B. I. (2012). Original research: An inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison. *American Journal of Nursing, 112(*8), 24–33. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000418094.31317.52

861. Ramos, A. J. (2002). La ley de información y documentación clínica: análisis, aspectos prácticos y novedades. *Actualidad del Derecho sanitario*, *88*, 803-818.

862. Ramos, F. R. S., Barth, P. O., Brehmer, L. C. D. F., Dalmolin, G. D. L., Vargas, M. A. y Schneider, D. G. (2020). Intensidad y frecuencia de distrés moral en enfermeros brasileños. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *54*. http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018020703578

863. Ramos, S. y Robles, B. (2019). Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico. *Dilemata*, (30), 187-198. Recuperado de https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000298/648

864. Ramsay, R., Ward, A., Treasure, J. y Russell, G. F. (1999). Compulsory treatment in anorexia nervosa: short-term benefits and long-term mortality. *The British Journal of Psychiatry*, *175*(2), 147-153. https://doi.org/10.1192/bjp.175.2.147

865. Rathner, G. (1998). A plea against compulsory treatment of anorexia nervosa patients. En W.Vandereycken y P.Beumont (Eds.), *Treating eating Disorders: Ethical, legal and personal issues (Vol 1)* (pp. 179–215). Athlone Press.

866. Raveesh, B. N., Pathare, S., Noorthoorn, E. O., Gowda, G. S., Lepping, P. y Bunders-Aelen, J. G. F. (2016). Staff and caregiver attitude to coercion in India. *Indian journal of psychiatry*, *58*(Suppl 2), S221-S229. https://dx.doi.org/10.4103%2F0019-5545.196847

867. Raveneau, G., Feinstein, R., Rosen, L. M. y Fisher, M. (2014). Attitudes and knowledge levels of nurses and residents caring for adolescents with an eating disorder. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(1), 131–136. http://10.1515/ijamh-2013-0015

868. Real Academia Española. (2020). *Informe de la Real Academia Española sobre el uso del lenguaje inclusivo y cuestiones conexas*. https://www.rae.es/sites/default/files/Informe_lenguaje_inclusivo.pdf

869. Real Academia Española. (s.f.-a). severo, ra. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 31 de diciembre de 2021, de https://dle.rae.es/severo

870. Real Academia Española. (s.f.-b). duradero, ra. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 31 de diciembre de 2021, de https://dle.rae.es/duradero

871. Real Academia Española. (s.f.-c). crónico, ca. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 31 de diciembre de 2021, de https://dle.rae.es/cr%C3%B3nico?m=form

872. Real Academia Española. (s.f.-a). coacción. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 29 de noviembre de 2021, de https://dle.rae.es/coacci%C3%B3n

873. Real Academia Española. (s.f.-b). dilema. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 28 de agosto de 2021, de https://dle.rae.es/dilema

874. Real Academia Nacional de Medicina de España. (s. f.-a). ablación. *En Diccionario de términos médicos*. Recuperado 14 de diciembre de 2021, de http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=ablaci%C3%B3n

875. Real Academia Nacional de Medicina de España. (s. f.-b). severo, -ra. *En Diccionario de términos médicos*. Recuperado 31 de diciembre de 2021, de http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=severo

876. Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. *Gaceta de Madrid 206*. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con

877. Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., Ayuso-Mateos, J. L., … Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *18*(1), 3–19. https://doi.org/10.1002/wps.20611

878. Reid, M, Williams, S y Hammersley, R (2009). Managing eating disorder patients in primary care in the UK: A qualitative study. *The Journal of Treatment and Prevention, 18*(1), 1–9. http://dx.doi.org/10.1080/10640260903439441

879. Reid, M., Burr, J., Williams, S. y Hammersley, R. (2008). Eating disorders patients' views on their disorders and on an outpatient service: a qualitative study. *Journal of health psychology*, *13*(7), 956-960. https://doi.org/10.1177%2F1359105308095070

880. Reilly, E. E., Anderson, L. M., Gorrell, S., Schaumberg, K. y Anderson, D. A. (2017). Expanding exposure-based interventions for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(10), 1137–1141. https://doi.org/10.1002/eat.22761

881. Rendtorff, J. D. (1998). Basic principles in bioethics and biolaw. En *The Paideia Archive: Twentieth World Congress of Philosophy* (Vol. 4, pp. 130-142).

882. Renner, C. H. y Renner, M. J. (2001). But I thought I knew that: Using confidence estimation as a debiasing technique to improve classroom performance. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, *15*(1), 23-32. https://doi.org/10.1002/1099-0720(200101/02)15:1%3C23::AID-ACP681%3E3.0.CO;2-J

883. Resmark, G., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B. y Zeeck, A. (2019). Treatment of Anorexia Nervosa—New Evidence-Based Guidelines. *Journal of clinical medicine*, *8*(2), 153. https://doi.org/10.3390/jcm8020153

884. Reville, M. C., O'Connor, L. y Frampton, I. (2016). Literature review of cognitive neuroscience and anorexia nervosa. *Current psychiatry reports*, *18*(2), 18. https://doi.org/10.1007/s11920-015-0651-4

885. Rey, F. (2021). El nuevo modelo español de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido como derechos: contenido y valoración crítica. *Anuario de derecho eclesiástico del Estado*, (37), 465-504. Recuperado de

https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-E-2021-10046500504

886. del Río, C. (2009). La docencia de la ética profesional en los estudios de psicología en España. *Papeles del psicólogo, 30* (3), 210-219. Recuperado de https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/16906/file_1.pdf?sequence=1

887. Rhodes, N. y Ewoldsen, D. R. (2013). Outcomes of persuasion: Cognitive, behavioral and social. En J. Dillard y L. Shen (Eds.), Handbook of persuasion: Developments in theory and practice (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. http://dx.doi.org/10.4135/9781452218410.n4

888. Rhodes, N., Ewoldsen, D. R., Shen, L., Monahan, J. L. y Eno, C. (2014). The accessibility of family and peer norms as predictors of young adolescent risk behavior. *Communication Research, 41*, 3–26. https://doi.org/10.1177%2F0093650211429118

889. Ribeiro-Alves, A. (2012). La autonomía del paciente desde una perspectiva bioética. *Journal of Oral Research*, *1*(2), 90-97. https://doi.org/10.17126/joralres.2012.019

890. Rice, C. (2015). Rethinking fat: From bio-to body-becoming pedagogies. *Cultural Studies? Critical Methodologies*, *15*(5), 387-397. https://doi.org/10.1177%2F1532708615611720

891. Rich, E. (2006). Anorexic dis (connection): managing anorexia as an illness and an identity. *Sociology of health & illness*, *28*(3), 284-305. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00493.x

892. Richards, M. S. y Wierzbicki, M. (1990). Anchoring errors in clinical-like judgments. *Journal of clinical psychology*, *46*(3), 358-365. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199005)46:3%3C358::AID-JCLP2270460317%3E3.0.CO;2-7

893. Richmond, J. (2001). Anorexia and involuntary commitment: A necessary approach? *Psychiatry, Psychology and Law*, *8*(1), 86-96. https://doi.org/10.1080/13218710109525007

894. Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R. y Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical psychology review*, *30*(4), 400-410. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.001

895. Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I. y Lindahl, A. K. (2013). Norway: health system review. *Health systems in transition*, *15*(8), 1–162. Recuperado de https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf

896. Ringstad, Ø. (2016). Being an autonomous person with chronic disease. *Croatian Medical Journal*, *57*(6), 608. https://dx.doi.org/10.3325%2Fcmj.2016.57.608

897. Robb, C., Chen, H. y Haley, W. E. (2002). Ageism in mental health and health care: A critical review. *Journal of Clinical Geropsychology*, *8*(1), 1-12. https://doi.org/10.1023/A:1013013322947

898. Roberts, C., Peay, J. y Eastman, N. (2002). *Mental Health Professionals' Attitudes Towards Legal Compulsion: Report of a National Survey. International Journal of Forensic Mental Health, 1(1), 71–82*. https://doi.org/10.1080/14999013.2002.10471162

899. Robertson, A. y Thornton, C. (2021). Challenging rigidity in Anorexia (treatment, training and supervision): questioning manual adherence in the face of complexity. *Journal of eating disorders*, *9*(1), 104. https://doi.org/10.1186/s40337-021-00460-2

900. Robinson, A. L. y Kosmerly, S. (2015). The influence of clinician emotion on decisions in child and adolescent eating disorder treatment: a survey of self and others. *Eating disorders*, *23*(2), 163-176. https://doi.org/10.1080/10640266.2014.976107

901. Robinson, A. L., Dolhanty, J. y Greenberg, L. (2015). Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*, *22*(1), 75-82. https://doi.org/10.1002/cpp.1861

902. Robinson, P. (2009). *Severe and enduring eating disorder (SEED): management of complex presentations of anorexia and bulimia nervosa*. John Wiley & Sons.

903. Robinson, P. H., Kukucska, R., Guidetti, G. y Leavey, G. (2015). Severe and enduring anorexia nervosa (SEED-AN): A qualitative study of patients with 20+ years of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *23*(4), 318-326. https://doi.org/10.1002/erv.2367

904. Rodríguez, E., Rodríguez, A., Rodríguez, M.S., Campelo, M., Mansilla, M., Boga, P., Lence, B.E. y Estany, A. (2019). Desasosiego moral en la unidad de cuidados intensivos (DEMOUCI). Recuperado de https://seeiuc.org/wp-content/uploads/nubaval/documents/9_32_15695711320128.pdf

905. Rodríguez, R. y de Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del trabajo*, *57*, 72-88. http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500006

906. Rodríguez-Quiroga, A., MacDowell, K. S., Leza, J. C., Carrasco, J. L. y Díaz-Marsá, M. (2021). Childhood trauma determines different clinical and

biological manifestations in patients with eating disorders. *Eating and weight disorders : EWD*, *26*(3), 847–857. https://doi.org/10.1007/s40519-020-00922-7

907. Roe, D., Lereya, J. y Fennig, S. (2001). Comparing patients' and staff members' attitudes: does patients' competence to disagree mean they are not competent? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*(5), 307-310.

908. Roehrig, J. P. y McLean, C. P. (2010). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. *International Journal of Eating Disorders, 43*(7), 671–674. https://doi.org/10.1002/eat.20760

909. Rogers, W. A. (2006). Feminism and public health ethics. *Journal of Medical Ethics*, *32*(6), 351-354. http://dx.doi.org/10.1136/jme.2005.013466

910. Roig, A., González, O., Díez, M. E., Hernández, M., Leal, J., y Santos, F. (2012). El tratamiento ambulatorio involuntario: Historia de una obstinación. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría, 32*(114), 435-440. http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200018

911. Rojo, L. M. (2020). *Adicción a comportamientos alimentarios en la Anorexia Nerviosa* [Tesis doctoral, Universitat de Valencia]. Recuperado de https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/74799/Rojo%20Bofill%20-%20Addicci%c3%b3n%20a%20comportamientos%20alimentarios%20en%20la%20Anorexia%20Nerviosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

912. Romans, S., Dawson, J., Mullen, R. y Gibbs, A. (2004). How Mental Health Clinicians View Community Treatment Orders: A National New Zealand Survey. Australian & New Zealand *Journal of Psychiatry, 38*(10), 836–841. https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01470.x

913. Romero-Tapia, Á. y Gamboa-Bernal, G. A. (2018). ¿Es bioéticamente adecuada la aplicación de la terapia electroconvulsiva? *Cuadernos de Bioética*, *29*(95), 13-24. Recuperado de http://aebioetica.org/revistas/2018/29/95/13.pdf

914. Roncero, M., Belloch, A., Perpiñá, C. y Treasure, J. (2013). Ego–syntonicity and egodystonicity of eating-related intrusive thoughts in patients with eating disorders. *Psychiatry Research, 208*(1), 67–73. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.01.006

915. Rosenbaum, A. S. (1986). *Coercion and autonomy: Philosophical foundations, issues, and practices*. Greenwood Press.

916. Rosillo , S., Alcántara, M., Rodríguez, M.A., y Giménez, S. (2018). "A propósito de un caso: La dificultad en la toma de decisiones en casos de anorexia nerviosa". *Dilemata*, (26), 63-70. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278554

917. Roskos-Ewoldsen, D. R. y Fazio, R. H. (1992). On the orienting value of attitudes: Attitude accessibility as a determinant of an object's attraction of

visual attention. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(2), 198–211. https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.2.198

918. Roskos-Ewoldsen, D. R. y Fazio, R. H. (1997). The role of belief accessibility in attitude formation. *Southern Journal of Communication*, *62*(2), 107-116. https://doi.org/10.1080/10417949709373045

919. Roth, L. H., Meisel, A. y Lidz, C. W. (1977). Tests of competency to consent to treatment. *The American Journal of Psychiatry, 134*(3), 279–284. https://doi.org/10.1176/ajp.134.3.279

920. Røtvold, K. y Wynn, R. (2014). *Involuntary psychiatric admission: Characteristics of the referring doctors and the doctors' experiences of being pressured. Nordic Journal of Psychiatry, 69(5), 373–379*. https://doi.org/10.3109/08039488.2014.987165

921. Roux, H., Chapelon, E. y Godart, N. (2013). Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature [Epidemiology of anorexia nervosa: a review]. *L'Encephale*, *39*(2), 85–93. https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.001

922. Ruissen, A. M., Widdershoven, G. A. M., Meynen, G., Abma, T. A. y Van Balkom, A. J. L. M. (2012). A systematic review of the literature about competence and poor insight. *Acta psychiatrica scandinavica*, *125*(2), 103-113. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01760.x

923. Ruiz, A. (2016). Proyecto docente e investigador programas docentes. Prueba de acceso al Cuerpo de Catedrático de Universidad del área de Lenguajes y Sistemas Informáticos. Recuperado 28 de mayo de 2020, de https://www.researchgate.net/ website: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Ruiz-Cortes/publication/320922340_Proyecto_Docente_e_Investigador_sobre_Ingenieria_de_Software_y_de_los_Servicios/links/5a02ba4b0f7e9b68874db62b/Proyecto-Docente-e-Investigador-sobre-Ingenieria-de-Software-y-de-los-Servicios.pdf

924. Ruiz, A. I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J. M., Cuppa, S. y García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, *36*(2). Recuperado de https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/50/ENG/9-50-ENG-111-119-949105.pdf

925. Ruiz, M. E., Salorio, P. y Santiuste, M.A. (2000) Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa. En *Tratado de Psiquiatría, Editorial Aran*, *1*.

926. Ruíz-Cano, J., Cantú-Quintanilla, G. R., Ávila-Montiel, D., Gamboa-Marrufo, J. D., Juárez-Villegas, L. E., de Hoyos-Bermea, A., Chávez-López, A., Estrada-Ramírez, K. P., Merelo-Arias, C. A., Altamirano-Bustamante, M. M., de la Vega-

Morell, N., Peláez-Ballestas, I., Guadarrama-Orozco, J. H., Muñoz-Hernández, O y Garduño-Espinosa, J (2015). Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México, 72*(2), 89-98. https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.03.006

927. Rukavina, T. y Pokrajac-Bulian, A. (2006). Thin-ideal internalization, body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in Croatian adolescent girls. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *11*(1), 31-37. https://doi.org/10.1007/BF03327741

928. Russell, G. F. (2001). Involuntary treatment in anorexia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, *24*(2), 337-349. https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70229-X

929. Rylander, M., Taylor, G., Bennett, S., Pierce, C., Keniston, A. y Mehler, P. S. (2020). Evaluation of cognitive function in patients with severe anorexia nervosa before and after medical stabilization. *Journal of Eating Disorders*, *8*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00312-5

930. Sacco, M. (2021). The unconvicted detention of persons with mental impairments: the ECHR "unsound" that does not sound. *Freedom, Security & Justice: European Legal Studies*, (1), 153-175.

931. Saeidi, S., Fieldsend, G. y Morgan, J. (2013). Managing anorexia nervosa in the community. *Nursing times*, *109*(33-34), 12–14.

932. Saiz, J. y Chévez, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Transtorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Psychosocial Intervention*, *18*(1), 75-88.

933. Salcedo, J. R. (2020). Bioderecho y derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión. *Derecho y Religión*, 517-574. Recuperado de https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1232/Tema%2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

934. Salerno, L., Rhind, C., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., McDonald, P., Goddard, E., Todd, G., Tchanturia, K., Lo Coco, G. y Treasure, J. (2016). A longitudinal examination of dyadic distress patterns following a skills intervention for carers of adolescents with anorexia nervosa. *European child & adolescent psychiatry*, *25*(12), 1337-1347. https://doi.org/10.1007/s00787-016-0859-9

935. Salgado, C. A. (2014). Una experiencia de Trabajo Social de grupo con pacientes con enfermedad mental grave y crónica. Una alternativa de recuperación psicosocial. *Cuadernos de Trabajo Social*, *27*(1), 223-231. http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2014.v27.n1.41212

936. Samanez-Larkin, G. R. y Knutson, B. (2014). *Reward processing and risky decision making in the aging brain.* En V. F. Reyna y V. Zayas (Eds.), *Bronfenbrenner series on the ecology of human development. The neuroscience of risky decision making* (p. 123–142). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14322-006

937. Sánchez, B., Muñoz-Calero, P., Rodriguez, N., Cruz, J.F., Martín, R., Bravo, S., García-Poggio, M., Gil-Eliche, M., De Cos, A. y Chinchurreta, N. (2016). Eating Disorders. Review Of Current Treatment Options For Anorexia Nervosa, Focused On Psychotherapy And Pharmacological Treatment. *European Psychiatry, 33*(S1), S432-S432. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1564

938. Sandia, I. y Baptista, T. (2020). Egodistónico: Una Revisión en Busca de Definiciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.007

939. Saposnik, G., Redelmeier, D., Ruff, C. C. y Tobler, P. N. (2016). Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC medical informatics and decision making*, *16*(1), 138. https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12911-016-0377-1

940. Sarin A. (2012). On psychiatric wills and the Ulysses clause: The advance directive in psychiatry. *Indian journal of psychiatry*, *54*(3), 206–207. https://doi.org/10.4103/0019-5545.102332

941. Sassaroli, S. y Ruggiero, G. M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *37*(2), 135-141. https://doi.org/10.1002/eat.20079

942. Satir, D. A., Thompson-Brenner, H., Boisseau, C. L. y Crisafulli, M. A. (2009). Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: Relationships to clinician and patient factors. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(6), 511-521. http://dx.doi.org/10.1002/eat.20650

943. Savulescu, J. (1995). Rational non-interventional paternalism: why doctors ought to make judgments of what is best for their patients. *Journal of medical ethics*, *21*(6), 327-331. http://dx.doi.org/10.1136/jme.21.6.327

944. Saya, A., Brugnoli, C., Piazzi, G., Liberato, D., Di Ciaccia, G., Niolu, C. y Siracusano, A. (2019). Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: a narrative review. *Frontiers in psychiatry, 10*, 271. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00271

945. Scharner, S. y Stengel, A. (2019). Alterations of brain structure and functions in anorexia nervosa. *Clinical Nutrition Experimental*. https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.02.001

946. Schaumberg, K., Reilly, E. E., Gorrell, S., Levinson, C. A., Farrell, N. R., Brown, T. A., Smith, K.M., Shaefer, L.M., Essayli, J.H., Haynos, A.F. y Anderson, L. M. (2020). Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: Evidence and implications for exposure-based clinical research. *Clinical Psychology Review*, 101952. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101952

947. Scherer, L. D., de Vries, M., Zikmund-Fisher, B. J., Witteman, H. O. y Fagerlin, A. (2015). Trust in deliberation: The consequences of deliberative decision strategies for medical decisions. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *34*(11), 1090–1099. https://doi.org/10.1037/hea0000203

948. Schlimme J.E. (2016) Impairments of Personal Freedom in Mental Disorders. En T. Schramme y S. Edwards (Eds.) *Handbook of the Philosophy of Medicine* (577-595) Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_24-1

949. Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21st century. *European child & adolescent psychiatry*, *12*(1), 30-37. https://doi.org/10.1007/s00787-003-1105-9

950. Schmidt, U. y Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*(3), 343-366. https://doi.org/10.1348/014466505X53902

951. Schmitz-Buhl, M., Gairing, S. K., Rietz, C., Häussermann, P., Zielasek, J. y Gouzoulis-Mayfrank, E. (2019). A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment. *BMC psychiatry*, *19*(1), 127. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2096-5

952. Schneider, C.E. (1998). *The practice of autonomy: patients, doctors, and medical decisions*. Oxford University Press.

953. Scholten, M. y Gather, J. (2018). Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward. *Journal of medical ethics*, *44*(4), 226-233. http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2017-104414

954. Scholten, M., Gather, J. y Vollmann, J. (2021). Equality in the Informed Consent Process: Competence to Consent, Substitute Decision-Making, and Discrimination of Persons with Mental Disorders. *The Journal of medicine and philosophy*, *46*(1), 108-136. https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa030

955. Schreyer, C. C., Coughlin, J. W., Makhzoumi, S. H., Redgrave, G. W., Hansen, J. L. y Guarda, A. S. (2016). Perceived coercion in inpatients with Anorexia nervosa: Associations with illness severity and hospital course. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(4), 407-412. https://doi.org/10.1002/eat.22476

956. Schurrer, M. (2018). Eating Disorder Deaths: Eating Disorders Are Slow Suicides. *HealthyPlace*. Recuperado de https://www.healthyplace.com/blogs/survivinged/2018/9/eating-disorder-deaths-eating-disorders-are-slow-suicide

957. Scully, J. L. (2021). Feminist bioethics. En Asta y , K. Q. Hall (Eds.). *The Oxford Handbook of Feminist Philosophy*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190628925.013.21

958. Scully, J. L., Baldwin-Ragaven, L. E. y Fitzpatrick, P. (Eds.). (2010). *Feminist Bioethics: At the Center, on the Margins*. The John Hopkins University Press.

959. Seah, X. Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R. y Yobas, P. K. (2017). Knowledge, Attitudes and Challenges of Healthcare Professionals Managing People With Eating Disorders: A Literature Review. *Archives of psychiatric nursing*, *31*(1), 125–136. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.002

960. Seidel, M., Brooker, H., Lauenborg, K., Wesnes, K. y Sjögren, M. (2021). Cognitive Function in Adults with Enduring Anorexia Nervosa. *Nutrients*, *13*(3), 859. https://doi.org/10.3390/nu13030859

961. Selvini Palazzoli M. (1963). *L'Anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare.* Feltrinelli.

962. Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1998). Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare. Milano: Raffaello Cortina.

963. Senín-Calderón, C., Rodríguez-Testal, J. F. y Perona-Garcelán, S. (2014). El pensamiento referencial: aspectos psicopatológicos y del desarrollo [Referential thinking: Psychopathological and developmental aspects]. Charleston, SC: CreateSpace Independent Publishing Platform.

964. Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987, de 27 de octubre. Recuperado de http://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/893

965. Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio. Recuperado de http://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/1545

966. Sentencia del Tribunal Constitucional 341/1993, de 18 de noviembre. Recuperado de http://hj.tribunalconstitucional.es/es/Resolucion/Show/2470

967. Sentencia del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 de diciembre. Recuperado de http://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es-ES/Resolucion/Show/SENTENCIA/2010/132

968. Sentencia del Tribunal Constitucional 141/2012, de 2 de julio. Recuperado de http://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/22988

969. Sentencia del Tribunal Constitucional 145/2015, de 25 de junio. Recuperado de http://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/24527

970. Seoane, J. A. (2010). Las autonomías del paciente. *Dilemata*, (3), 61-75. Recuperado de https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/35/29

971. Seoane J. A. (2016a). Improving bioethical decision-making with a little help from legal argumentation. *Soft Power*, *3*(1), 108-129. http://dx.doi.org/10.17450/160107

972. Seoane, J. A. (2016b). *Bioethics, Deliberation and Argumentation. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, 89–106*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43419-3_7

973. Sepúlveda, A. R., Moreno-Encinas, A., Martínez-Huertas, J. A., Anastasiadou, D., Nova, E., Marcos, A., Gómez-Martínez, S., Villa-Asensi, J. R., Mollejo, E. y Graell, M. (2021). Toward a Biological, Psychological and Familial Approach of Eating Disorders at Onset: Case-Control ANOBAS Study. *Frontiers in psychology*, *12*, 714414. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.714414

974. Serfaty, M. y McCluskey, S. (1998). Compulsory treatment of anorexia nervosa and the moribund patient. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *6*(1), 27-37. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(199803)6:1%3C27::AID-ERV192%3E3.0.CO;2-5

975. Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., y Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive–compulsive disorder, obsessive–compulsive personality disorder, or neither? *Clinical Psychology Review, 22*(5), 647-669. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00112-X

976. Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. y Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, *25*(2), 177-186. https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2%3C177::AID-EAT7%3E3.0.CO;2-D

977. Sessums, L. L., Zembrzuska, H. y Jackson, J. L. (2011). Does this patient have medical decision-making capacity? *Jama*, *306*(4), 420-427. http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.1023

978. Seuba, J. C., y Ramos, S. (2003). Derechos y obligaciones en materia de autonomía privada, información y documentación clínica. *InDret,* (2). Recuperado de https://indret.com/wp-content/uploads/2007/06/138_es.pdf

979. Shafran, R. y de Silva, P. (2003). Cognitive-Behavioural Models. En J. Treasure, U. Schmidt y E. Van Furth (Eds.) *Handbook of eating disorders* (pp. 121-138). Wiley. https://doi.org/10.1002/0470013443.ch7

980. Shafran, R., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive–behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, *40*(7), 773-791. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6

981. Shalowitz, D. I., Garrett-Mayer, E. y Wendler, D. (2006). The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. *Archives of internal medicine*, *166*(5), 493-497. https://doi.org/10.1001/archinte.166.5.493

982. Shao, Y., Xie, B. y Wu, Z. (2012). Psychiatrists' attitudes towards the procedure of involuntary admission to mental hospitals in China. *International Journal of Social Psychiatry*, *58*(4), 440-447. https://doi.org/10.1177%2F0020764011408541

983. Sharp, C. y Freeman, C. (1993). The Medical Complications of Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry, 162*(4), 452-462. https://doi.org/10.1192/bjp.162.4.452

984. Sheehan, K. A., y Burns, T. (2011). Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association? *Psychiatric Services*, *62*(5), 471-476. https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.471

985. Sheridan-Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B. y Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The lancet. Psychiatry*, *6*(5), 403–417. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2

986. Shroff, H., Reba, L., Thornton, L. M., Tozzi, F., Klump, K. L., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., Crow, S., Fichter, M. M., Goldman, D., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Keel, P., LaVia, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Treasure, J., … Bulik, C. M. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *39*(6), 454–461. https://doi.org/10.1002/eat.20247

987. Sibeoni, J., Orri, M., Valentin, M., Podlipski, M. A., Colin, S., Pradere, J. y Revah-Levy, A. (2017). Metasynthesis of the views about treatment of anorexia nervosa in adolescents: Perspectives of adolescents, parents, and professionals. *PloS one*, *12*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169493

988. Silber T. J. (2011). Treatment of anorexia nervosa against the patient's will: ethical considerations. *Adolescent medicine: state of the art reviews*, *22*(2), 283–288. http://dx.doi.org/10.1542/9781581106473-ch11

989. Silverstone P. H. (1992). Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? *Medical hypotheses, 39*(4), 311–315. https://doi.org/10.1016/0306-9877(92)90054-g

990. Simkulet W. (2019). Informed consent and nudging. *Bioethics*, *33*(1), 169–184. https://doi.org/10.1111/bioe.12449

991. Simón, P. y Barrio, I. M. (2004). ¿ Quién puede decidir por mí? Una revisión de la legislación española vigente sobre las decisiones de representación y las instrucciones previas. *Revista de Calidad Asistencial*, *19*(7), 460-472. https://doi.org/10.1016/S1134-282X(04)77743-X

992. Simón, P., Rodríguez, J. J., Martínez, A., López, R. M. y Júdez, J. (2001). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Medicina Clínica*, *117*(11), 419-426. https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72134-3

993. Simon, V., De Hert, M., Wampers, M., Peuskens, J. y Van Winkel, R. (2009). The relation between neurocognitive dysfunction and impaired insight in patients with schizophrenia. *European Psychiatry, 24*(4), 239-243. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.10.004

994. Simón-Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *28*(2), 327-350. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000200006&script=sci_arttext&tlng=en

995. Singer, P. (1972). Famine, affluence, and morality. *Philosophy & public affairs*, 229-243.

996. Sjöstrand, M. y Helgesson, G. (2008). Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*, *22*(2), 113-120. https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00610.x

997. Sjöstrand, M. y Juth, N. (2014). Authenticity and psychiatric disorder: does autonomy of personal preferences matter? *Medicine, Health Care and Philosophy*, *17*(1), 115-122. https://doi.org/10.1007/s11019-013-9509-x

998. Sjöstrand, M., Sandman, L., Karlsson, P., Helgesson, G., Eriksson, S. y Juth, N. (2015). Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC medical ethics*, *16*(1), 37. https://doi.org/10.1186/s12910-015-0029-5

999. Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: A qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *15*(2), 81-97. https://doi.org/10.1002/erv.774

1000. Sleesman, D. J., Conlon, D. E., McNamara, G. y Miles, J. E. (2012). *Cleaning Up the Big Muddy: A Meta-Analytic Review of the Determinants of Escalation of Commitment. Academy of Management Journal, 55(3), 541–562.* https://doi.org/10.5465/amj.2010.0696

1001. Smail, D. J. (2005). *Power, interest and psychology: Elements of a social materialist understanding of distress*. PCCS books.

1002. Smink, F., van Hoeken, D., Dijkstra, J. K., Deen, M., Oldehinkel, A. J. y Hoek, H. W. (2018). Self-esteem and peer-perceived social status in early adolescence and prediction of eating pathology in young adulthood. *The International journal of eating disorders, 51*(8), 852–862. https://doi.org/10.1002/eat.22875

1003. Smith, K. E., Mason, T. B., Johnson, J. S., Lavender, J. M. y Wonderlich, S. A. (2018). A systematic review of reviews of neurocognitive functioning in eating disorders: The state-of-the-literature and future directions. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(8), 798-821. https://doi.org/10.1002/eat.22929

1004. Smith, S. y Woodside, D. B. (2020). Characterizing Treatment-Resistant Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2020.542206

1005. Smolak, L., Levine, M. P. y Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, *25*(3), 263-271. https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3%3C263::AID-EAT3%3E3.0.CO;2-V

1006. Snell, L., Crowe, M. y Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of clinical nursing*, *19*(3-4), 351-358. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x

1007. Sociedad Española de Psiquiatría (2020). Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Revista de psiquiatría y salud mental*, *13*(4), 177-179. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.10.005

1008. Sohlberg, S. S., Norring, C. E. y Rosmark, B. (1992). Prediction of the course of anorexia nervosa/bulimia nervosa over three years. International Journal of Eating Disorders, 12(2), 121–131. https://doi.org/10.1002/1098-108X(199209)12:2%3C121::AID-EAT2260120202%3E3.0.CO;2-Y

1009. Soler, J. A. (2020). Las objeciones de conciencia. *Derecho y Religión*, 923-949. Recuperado de https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1225/Tema%2035.pdf?sequence=1&isAllowed=y

1010. Solomon, S. M. y Kirby, D. F. (1990). The refeeding syndrome: a review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, *14*(1), 90-97. https://doi.org/10.1177/014860719001400190

1011. Song, G., Ma, Q., Wu, F. y Li, L. (2012). The psychological explanation of conformity. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *40*(8), 1365-1372. https://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.8.1365

1012. Sørgaard, K. W. (2004). Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *58*(4), 299-304. https://doi.org/10.1080/08039480410005819

1013. Sowden, S., Koletsi, S., Lymberopoulos, E., Militaru, E., Catmur, C. y Bird, G. (2018). Quantifying compliance and acceptance through public and private social conformity. *Consciousness and cognition*, *65*, 359-367. https://doi.org/10.1016/j.concog.2018.08.009

1014. Spiel, E. C., Paxton, S. J. y Yager, Z. (2012). Weight attitudes in 3-to 5-year-old children: Age differences and cross-sectional predictors. *Body image*, *9*(4), 524-527. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.07.006

1015. Stanfield, M. A. (2019). *Autonomy, Suffering, and the Practice of Medicine: A Relational Approach* [Tesis doctoral, University of South Florida]. Recuperado de Autonomy, Suffering, and the Practice of Medicine: A Relational Approach (core.ac.uk)

1016. Startup, H., Mountford, V., Lavender, A. y Schmidt, U. (2015). Cognitive behavioural case formulation in complex eating disorders. *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases*, 239-264.

1017. Starzomska, M. (2006). Ethical challenges in forcible feeding among patients with anorexia nervosa and prisoners. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *8*(3), 85-96.

1018. Staw, B. M. (1976). Knee-deep in the big muddy: A study of escalating commitment to a chosen course of action. *Organizational behavior and human performance*, *16*(1), 27-44. https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90005-2

1019. Staw, B. M. (1997). *The escalation of commitment: An update and appraisal.* En Z. Shapira (Ed.), *Cambridge series on judgment and decision making. Organizational decision making* (pp. 191–215). Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511584169.011

1020. Stedal, K., Broomfield, C., Hay, P., Touyz, S. y Scherer, R. (2021). Neuropsychological functioning in adult anorexia nervosa: A meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *130*, 214–226. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.08.021

1021. Stedal, K., Frampton, I., Landrø, N. I. y Lask, B. (2012). An examination of the ravello profile—a neuropsychological test battery for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *20*(3), 175-181. https://doi.org/10.1002/erv.1160

1022. Stefanopoulou, E., Lafuente, A. R., Fonseca, J. A. S. y Huxley, A. (2009). Insight, global functioning and psychopathology amongst in-patient clients with

schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *80*(3), 155-165. https://doi.org/10.1007/s11126-009-9103-9

1023. Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J. y Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders*, *19*(2), 147-157. https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2%3C147::AID-EAT5%3E3.0.CO;2-N

1024. Stein, K. F. y Corte, C. (2007). Identity impairment and the eating disorders: Content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *15*(1), 58-69. https://doi.org/10.1002/erv.726

1025. Steinert, T. (2019). The UN Committee's Interpretation of" Will and Preferences" Can Violate Human Rights. *World psychiatry*, *18*(1), 45-46. https://dx.doi.org/10.1002%2Fwps.20601

1026. Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R., Hoffmann, M. y Leherr, H. (2005). Compulsory admission and treatment in schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *40*(8), 635-641. https://doi.org/10.1007/s00127-005-0929-7

1027. Steinglass, J. E., Albano, A. M., Simpson, H. B., Wang, Y., Zou, J., Attia, E. y Walsh, B. T. (2014). Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(2), 174-180. https://doi.org/10.1002/eat.22214

1028. Steinglass, J. E., Sysko, R., Glasofer, D., Albano, A. M., Simpson, H. B. y Walsh, B. T. (2011). Rationale for the application of exposure and response prevention to the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *44*(2), 134-141. https://doi.org/10.1002/eat.20784

1029. Steinglass, J. y Walsh, B. T. (2006). Habit learning and anorexia nervosa: a cognitive neuroscience hypothesis. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(4), 267-275. https://doi.org/10.1002/eat.20244

1030. Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. American Journal of Psychiatry, 159(8), 1284–1293. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284

1031. Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *18*(1), 225-242. https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013

1032. Steinhausen, H., Grigoroiu-Serbanescu, M., Boyadjieva, S., Neumärker, K., y Winkler Metzke, C. (2008). "Course and predictors of rehospitalization in

adolescent anorexia nervosa in a multisite study". *International Journal of Eating Disorders*, *41*(1), 29-36. https://doi.org/10.1002/eat.20414

1033. Steinkühler, D., Mahlendorf, M. D. y Brettel, M. (2014). How Self-Justification Indirectly Drives Escalation of Commitment. *Schmalenbach Business Review*, *66*(2), 191-222. https://doi.org/10.1007/BF03396905

1034. Stensrud, B., Høyer, G., Beston, G., Granerud, A. y Landheim, A. S. (2016). "Care or control?": a qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *51*(5), 747-755. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1193-8

1035. Stevens, I. y Gilbert, F. (2021). Ethical examination of deep brain stimulation's 'last resort'status. *Journal of Medical Ethics*. http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2020-106609

1036. Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour research and therapy*, *36*(10), 931-944. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00074-6

1037. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, *128*(5), 825-848. https://doi.org/10.1037//0033-2909.128.5.825

1038. Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P. y Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of abnormal psychology*, *126*(1), 38. https://dx.doi.org/10.1037%2Fabn0000219

1039. Stice, E., Marti, C. N. y Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, *49*(10), 622-627. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009

1040. Stice, E., Presnell, K., y Bearman, S. K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology, 37*(5), 608–619. https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.5.608

1041. Stirrat, G. M. y Gill, R. (2005). Autonomy in medical ethics after O'Neill. *Journal of Medical Ethics*, *31*(3), 127-130. http://dx.doi.org/10.1136/jme.2004.008292

1042. Stormoen, S., Almkvist, O., Eriksdotter, M., Sundström, E. y Tallberg, I. (2014). Cognitive predictors of medical decision-making capacity in mild cognitive impairment and alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(12), 1304-1311. https://doi.org/10.1002/gps.4114

1043. Stout, J. K. y Posner, J. L. (1984). Stress, Role Ambiguity, and Role Conflict. *Psychological Reports, 55*(3), 747–753. https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1984.55.3.747

1044. Strand, M., Sjöstrand, M. y Lindblad, A. (2020). A palliative care approach in psychiatry: clinical implications. *BMC Medical Ethics*, *21*, 1-8. https://doi.org/10.1186/s12910-020-00472-8

1045. Strawson, P. F. (1974). Fredom and resentment. En *Freedom and resentment and other essays* (pp.1-25). Methuen & Co Ltd.

1046. Strepetova, T., Trotta, D., Otranto, L. y Gorga, F. (2017). Anorexia and Sexuality. *The Journal of Sexual Medicine, 14*(5), e340. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.714

1047. Strober, M. (2004). Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *36*(3), 245-255. https://doi.org/10.1002/eat.20054

1048. Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. y Kaye, W. (2001). Males with anorexia nervosa: A controlled study of eating disorders in first-degree relatives. *International Journal of Eating Disorders*, *29*(3), 263-269. https://doi.org/10.1002/eat.1017

1049. Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., y Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am. J. Psychiatry* 157, 393–401. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.393

1050. Sturman E. D. (2005). The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools. *Clinical psychology review*, *25*(7), 954–974. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.010

1051. Subotnik, K. L., Ventura, J., Hellemann, G. S., Zito, M. F., Agee, E. R. y Nuechterlein, K. H. (2020). Relationship of poor insight to neurocognition, social cognition, and psychiatric symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia research*, *220*, 164-171. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.038

1052. Sullivan, I. G. (1989). Burnout—A study of a psychiatric center. *Loss, Grief & Care*, *3*(1-2), 83-93. https://doi.org/10.1300/J132v03n01_11

1053. Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry*, *152*(7), 1073–1074. https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1073

1054. Sundgot-Borgen, J., Skårderud, F. y Rodgers, S. (2003). Athletes and dancers. En J. Treasure, U. Schmidt y E. van Furth (eds.) (pp. 385–400), *Handbook of Eating Disorders*. John Wiley & Sons. http://dx.doi.org/10.1002/0470013443.ch24

1055. Sunstein, C. R. (2002). The law of group polarization. *Journal of political philosophy*, *10*(2), 175-195. https://doi.org/10.1111/1467-9760.00148

1056. Surgenor, L. J., Maguire, S., Russell, J. y Touyz, S. (2007). Self-liking and self-competence: Relationship to symptoms of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *15*(2), 139-145. https://doi.org/10.1002/erv.734

1057. Surya, S., Bishnoi, R. J. y Shashank, R. B. (2019). Balancing medical ethics to consider involuntary administration of electroconvulsive therapy. *The journal of ECT*, *35*(3), 150-151. https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000624

1058. Sutandar-Pinnock, K., Blake Woodside, D., Carter, J. C., Olmsted, M. P. y Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6–24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(2), 225-229. https://doi.org/10.1002/eat.10127

1059. Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., Andrianto, S., Arora, A., Brännström, A., Cunningham, J., Danel, D., Doroszewicz, K., Forbes, G. B., Furnham, A., Greven, C. U., Halberstadt, J., Hao, S., Haubner, T., Hwang, C. S., Inman, M., … Zivcic-Becirevic, I. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: results of the international body project I. *Personality & social psychology bulletin*, *36*(3), 309–325. https://doi.org/10.1177/0146167209359702

1060. Swartz, M. S., Swanson, J. W. y Hannon, M. J. (2003). Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral sciences & the law*, *21*(4), 459-472. https://doi.org/10.1002/bsl.539

1061. Szabo, C. P., Kohn, R., Gordon, A., Levav, I. y Hart, G. A. (2000). Ethics in the practice of psychiatry in South Africa. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, *90*(5), 498–503.

1062. Szasz, T. (1997). The Case against Psychiatric Coercion. *The Independent Review, 1*(4), 485-498. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/24560781

1063. Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist, 15*(2), 113–118. https://doi.org/10.1037/h0046535

1064. Szmukler, G. (2019). "Capacity","best interests","will and preferences" and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*, *18*(1), 34-41. https://doi.org/10.1002/wps.20584

1065. Szmukler, G. y Appelbaum, P. (2001). Treatment pressures, coercion and compulsion. En G. Thornicroft y G. Szmukler (Eds.), *Textbook of community psychiatry* (pp. 529–543). Oxford University Press

1066. Szmukler, G. y Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, *17*(3), 233-244. https://doi.org/10.1080/09638230802052203

1067. Szmukler, G. y Kelly, B. D. (2016). We should replace conventional mental health law with capacity-based law. *British Journal of Psychiatry, 209*(06), 449–*453.* https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.191080

1068. Tamiya, H., Ouchi, A., Chen, R., Miyazawa, S., Akimoto, Y., Kaneda, Y. y Sora, I. (2018). Neurocognitive impairments are more severe in the binge-eating/purging anorexia nervosa subtype than in the restricting subtype. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 138. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00138

1069. Tan, J. (2003). The anorexia talking? *Lancet (London, England)*, *362*(9391), 1246-1246. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14534-5

1070. Tan, J. O., Doll, H. A., Fitzpatrick, R., Stewart, A. y Hope, T. (2008). Psychiatrists' attitudes towards autonomy, best interests and compulsory treatment in anorexia nervosa: a questionnaire survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *2*(1), 40. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.003

1071. Tan, J., Hope, T. y Stewart, A. (2003a). Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, *26*(6), 697. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2003.09.010

1072. Tan, J. O., Hope, T. y Stewart, A. (2003b). Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry, 26*(5), 533-548. https://doi.org/10.1016/s0160-2527(03)00085-2

1073. Tan, J. O. A., Hope, T., Stewart, A. y Fitzpatrick, R. (2003). Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents. *International Journal of Law and Psychiatry, 26*(6), 627–645. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2003.09.009

1074. Tan, J. O., Hope, T., Stewart, A. y Fitzpatrick, R. (2006). Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philosophy, psychiatry, & psychology: PPP*, *13*(4), 267-282. http://dx.doi.org/10.1353/ppp.2007.0032

1075. Tan, J. O., Stewart, A., Fitzpatrick, R. y Hope, T. (2010). Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *International Journal of Law and Psychiatry*, *33*(1), 13-19. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.003

1076. Tan, J. y Richards, L. (2015). Legal and ethical issues in the treatment of really sick patients with anorexia nervosa. En: P. Robinson y D. Nicholls (Eds.), *Critical*

care for anorexia nervosa (pp. 113-150). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-08174-8_6

1077. Tantleff-Dunn, S. y Gokee, J. L. (2002). Interpersonal influences on body image development. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, 108-116.

1078. Tasca, G. A., Keating, L., Maxwell, H., Hares, S., Trinneer, A., Barber, A. M., Bradwejn, J. y Bissada, H. (2012). Predictors of treatment acceptance and of participation in a randomized controlled trial among women with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *20*(2), 155-161. https://doi.org/10.1002/erv.1133

1079. Tasca, G. A., Taylor, D., Ritchie, K. y Balfour, L. (2004). Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, *83*(3), 201-212. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8303_04

1080. Tavris, C. y Aronson, E. (2007). *Mistakes were made (but not by me): Why we justify foolish beliefs, bad decisions, and hurtful acts*. Houghton Mifflin Harcourt

1081. Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., Treasure, J. y Morris, R. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PloS one*, *7*(1). https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0028331

1082. Thaler, R. H. y Sunstein, C. R. (2003). Libertarian paternalism. *American economic review*, *93*(2), 175-179. https://dx.doi.org/10.1257/000282803321947001

1083. Thaler, R. H. y Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Penguin.

1084. Thompson-Brenner, H., Satir, D. A., Franko, D. L. y Herzog, D. B. (2012). Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature. *Psychiatric services*, *63*(1), 73-78. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100050

1085. Tiller, J., Schmidt, U. y Treasure, J. (1993). Compulsory Treatment for Anorexia Nervosa: Compassion or Coercion? *The British Journal of Psychiatry, 162*(5), 679-680. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.162.5.679

1086. Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G. y Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *24*(9-10), 681-698. https://doi.org/10.1111/jpm.12410

1087. Tomasini, F. (2010). A Broader Notion of Competent Decision Making in Respect to What Is in the Best Interests of Patients Affected by Anorexia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology 17*(2), 155-157. https://doi.org/10.1353/ppp.0.0289

1088. Torres, M. (2020). Deliberación moral, procesos grupales y comunidades de práctica. *Dilemata*, (33), 171-184. Recuperado de https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000344/690

1089. Torres, M. E. (2017). Ingresos geriátricos y derecho a la libertad. España y México. *Métodhos*, (12), 57-89. Recuperado de http://revistametodhos.cdhdf.org.mx/images/numero12/12_metodhos_articulo_3.pdf

1090. Torres, M. E. (2020). *La capacidad jurídica a la luz del artículo 12 de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Recuperado de https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php?id=PUB-PR-2020-168

1091. Touyz, S. y Strober, M. (2016). Managing the Patient with Severe and Enduring Anorexia Nervosa. En S. Touyz, D. Le Grange, J. Hubert, P. Hay (Eds). *Managing severe and enduring anorexia nervosa: a clinician's guide*. Routledge

1092. Trachsel, M., Irwin, S. A., Biller-Andorno, N., Hoff, P. y Riese, F. (2016). Palliative psychiatry for severe and persistent mental illness. *The Lancet Psychiatry*, *3*(3), 200. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00005-5

1093. Trachsel, M., Wild, V., Biller-Andorno, N. y Krones, T. (2015). Compulsory treatment in chronic anorexia nervosa by all means? searching for a middle ground between a curative and a palliative approach. *American Journal of Bioethics 15*(7), 55-56. https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1039730

1094. Treasure, J. y Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of eating disorders*, *1*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13

1095. Treasure, J. y Wolff, G. (2008). Treatment of anorexia nervosa in adults. *Psychiatry*, *7*(4), 156-160. https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.02.011

1096. Treasure, J., Corfield, F. y Cardi, V. (2012). A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *20*(6), 431-438. https://doi.org/10.1002/erv.2181

1097. Treasure, J., Crane, A., McKnight, R., Buchanan, E., y Wolfe, M. (2011). First do no harm: iatrogenic maintaining factors in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *19*(4), 296-302. https://doi.org/10.1002/erv.1056

1098. Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., Kyriacou, G. y Todd, G. (2008). The assessment of the family of people with eating disorders. *European Eating Disorder Review*, *16*, 247–255. https://doi.org/10.1002/erv.859

1099. Treasure, J., Stein, D. y Maguire, S. (2015). Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early intervention in psychiatry*, *9*(3), 173-184. https://doi.org/10.1111/eip.12170

1100. Treasure, J., Todd, G. y Szmukler, G.I. (1995) The Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa. En G. I. Szmukler, C. Dare y J. Treasure (eds.) *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research.* John Wiley & Sons.

1101. Treasure, J., Willmott, D., Ambwani, S., Cardi, V., Clark Bryan, D., Rowlands, K. y Schmidt, U. (2020). Cognitive interpersonal model for anorexia nervosa revisited: the perpetuating factors that contribute to the development of the severe and enduring illness. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(3), 630. https://dx.doi.org/10.3390%2Fjcm9030630

1102. Tress, W. y Erny, N. (2009). Patientenautonomie–ein dynamisches Konzept. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, *10*(04), 291-295. http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1223391

1103. Tretter F. (2020) Authenticity—Psychiatric Perspectives. En G. Brüntrup M. Reder y L. Gierstl (Eds.) *Authenticity. Studien zur Interdisziplinären Anthropologie*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29661-2_11

1104. Triebel, K. L., Novack, T. A., Kennedy, R., Martin, R. C., Dreer, L. E., Raman, R. y Marson, D. C. (2016). Neurocognitive Models of Medical Decision-Making Capacity in Traumatic Brain Injury Across Injury Severity. *The Journal of head trauma rehabilitation*, *31*(3), E49–E59. https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000163

1105. Trimble, M. y Hamilton, P. (2016). The thinking doctor: clinical decision making in contemporary medicine. *Clinical Medicine*, *16*(4), 343. https://dx.doi.org/10.7861%2Fclinmedicine.16-4-343

1106. Tsai, G. (2014). Rational Persuasion as Paternalism. *Philosophy & Public Affairs, 42(1), 78–112.* https://doi.org/10.1111/papa.12026

1107. Tsiaka, M. (2019). *A description of the interpersonal impact of an eating disorder on family members: an examination of whether cultural, kinship factors and specific ED behaviours contribute to carer's distress and the maintenance of the*

illness [Tesis doctoral, King's College London]. Recuperado de https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/files/122130698/2019_Tsiaka_Maria_0975680_ethesis.pdf

1108. Tummers, G. E., Janssen, P. P., Landeweerd, A. B. y Houkes, I. (2001). A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses: A multi-sample analysis. *Journal of advanced nursing*, *36*(1), 151-162. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01952.x

1109. Turrell, S. L., Peterson-Badali, M. y Katzman, D. K. (2011). Consent to treatment in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *44*(8), 703-707. https://doi.org/10.1002/eat.20870

1110. Túry, F., Szalai, T. y Szumska, I. (2019). Compulsory treatment in eating disorders: Control, provocation, and the coercion paradox. Journal of Clinical Psychology 75, 1444– 1454. https://doi.org/10.1002/jclp.22783

1111. Tversky, A. y Kahneman, D. (1983). Extensional versus intuitive reasoning: The conjunction fallacy in probability judgment. *Psychological Review, 90*(4), 293–315. https://doi.org/10.1037/0033-295X.90.4.293

1112. Umezulike, C. C. (2020). *The meaning-centred anorexic body: a human rights-based approach to involuntary treatment* [Tesis doctoral, Birkbeck, University of London].Recuperado de https://eprints.bbk.ac.uk/id/eprint/40480/1/Thesis%20APRIL%202020.pdf

1113. Unger, P. K. (1996). *Living high and letting die: Our illusion of innocence*. Oxford University Press. http://dx.doi.org/10.1093/0195108590.001.0001

1114. Urwin, R. E., Bennetts, B., Wilcken, B., Lampropoulos, B., Beumont, P., Clarke, S., Russell, J., Tanner, S. y Nunn, K. P. (2002). Anorexia nervosa (restrictive subtype) is associated with a polymorphism in the novel norepinephrine transporter gene promoter polymorphic region. *Molecular psychiatry*, *7*(6), 652. https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001080

1115. Valenti, E., Banks, C., Calcedo-Barba, A., Bensimon, C. M., Hoffmann, K. M., Pelto-Piri, V., Jurin, T., Márquez-Mendoza, O., Mundt, A.P., Rugkåsa, J., Tubini, J. y Priebe, S. (2015). Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *50*(8), 1297-1308. https://doi.org/10.1007/s00127-015-1032-3

1116. Van Autreve, S. y Vervaet, M. (2015). Are There differences in central coherence and set shifting across the subtypes of anorexia nervosa? A systematic review. *The Journal of nervous and mental disease*, *203*(10), 774-780. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000366

1117. van den Berg, E., Houtzager, L., de Vos, J., Daemen, I., Katsaragaki, G., Karyotaki, E., Cuijpers, P. y Dekker, J. (2019). Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. https://doi.org/10.1002/erv.2683

1118. van Doeselaar, M., Sleegers, P. y Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' attitudes toward reducing restraint: the case of seclusion in the Netherlands. *The Psychiatric quarterly*, *79*(2), 97–109. https://doi.org/10.1007/s11126-007-9063-x

1119. van Eeden, A. E., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 10.1097/YCO.0000000000000739. Advance online publication. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739

1120. Vandereycken, W. (2006). Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: part 1 diagnostic significance and assessment. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *14*(5), 341-351. https://doi.org/10.1002/erv.721

1121. Vandereycken, W. y Vansteenkiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *17*(3), 177-183. https://doi.org/10.1002/erv.917

1122. Varelius, J. (2006). The value of autonomy in medical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *9*(3), 377-388. https://doi.org/10.1007/s11019-006-9000-z

1123. Vargas, I. y Concha, C. A. (2019). Angustia moral, señal de problemas éticos en la práctica de enfermería oncológica: revisión de literatura. *Aquichan*, *19*(1), 1-16. https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.1.3

1124. Vasquez, L.E. (2021) Eutanasia y enfermedades psiquiátricas en la nueva ley española: la enfermedad psiquiátrica bajo los supuestos de la ley, la voluntariedad y la necesidad de una pericia psiquiátrica rigurosa. *Bioética Complutense 41*, 59-63. Recuperado de https://www.ucm.es/data/cont/docs/1634-2021-07-16-Bio%C3%A9tica%20Complutense%2041_.pdf

1125. Vázquez, C. (1986) Sistemas de autoreferencia y esquemas cognitivos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *41(6)*, 1095-1113. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Carmelo_Vazquez2/publication/235413433_Sistemas_de_autorreferencia_y_esquemas_cognitivos/links/02bfe5118bf17a3579000000/Sistemas-de-autorreferencia-y-esquemas-cognitivos.pdf

1126. Vázquez, J. C. y Martell, C. M. (2020). El respeto de la autonomía como elemento fundamental en el tratamiento ético de los trastornos de la

conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana De Bioética*, *20*(1), 93-105. https://doi.org/10.18359/rlbi.4369

1127. Ventura, T., Acosta, M., Álvarez, I., y Baón, B. (2014). La evaluación de la capacidad y sus problemas. *Eidon: Revista De La Fundación De Ciencias De La Salud,* (41), 3. https://doi.org/10.13184/eidon.41.2014.12-27

1128. Vera, O. (2016). El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Revista Médica La Paz*, *22*(1), 59-68. Recuperado de http://scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v22n1/v22n1_a10.pdf

1129. Verkerk, M. (1999). A care perspective on coercian and autonomy. *Bioethics*, *13*(3-4), 358-368. https://doi.org/10.1111/1467-8519.00163

1130. Via, E., Soriano-Mas, C., Sánchez, I., Forcano, L., Harrison, B. J., Davey, C. G., Pujol, J., Martínez-Zalacaín, I., Menchón, J.M., Fernández-Arana, F. y Cardoner, N. (2015). Abnormal social reward responses in anorexia nervosa: an fMRI study. *PLoS One*, *10*(7), e0133539. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133539

1131. Vico, G. (2019). Régimen jurídico aplicable a los internamientos involuntarios en centros geriátricos: especial referencia a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. *Anuario de derecho civil, 72*(1), 101-160. Recuperado de https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-C-2019-10010100160

1132. Villafranca, A. (2019). *The Role of Authentic Choices in Medical Consent* [Tesis doctoral, University of Manitoba]. Recuperado de https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/34518/Villafranca_Alexander.pdf?sequence=5&isAllowed=y

1133. Villagrán, J. M., Lara Ruiz-Granados, I. y González-Saiz, F. (2014). El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *34*(123), 491-506. https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000300004

1134. Vitousek, K. B. y Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive therapy and research*, *14*(2), 191-214. https://doi.org/10.1007/BF01176209

1135. Vitousek, K., Watson, S. y Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical psychology review*, *18*(4), 391-420. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00012-9

1136. Vogel, D. L., Wade, N. G. y Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and

attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 40–50. https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40

1137. Vollmann, J. (2006). "But I Don't Feel It": Values and Emotions in the Assessment of Competence in Patients With Anorexia Nervosa. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology 13*(4), 289-291. https://doi.org/10.1353/ppp.2007.0034

1138. Voskes, Y., Evenblij, K., Noorthoorn, E., Porz, R. y Widdershoven, G. (2014). Moral case deliberation about coercion in psychiatry. Dilemmas, value and implementation. *Psychiatrische Praxis*, *41*(7), 364-370. https://doi.org/10.1055/s-0034-1370292

1139. Vuckovich, P. K. y Artinian, B. M. (2005). Justifying coercion. *Nursing Ethics*, *12*(4), 370-380. https://doi.org/10.1191%2F0969733005ne802oa

1140. Walker R. L. (2008). Medical ethics needs a new view of autonomy. *The Journal of medicine and philosophy*, *33*(6), 594–608. https://doi.org/10.1093/jmp/jhn033

1141. Walker, S., Mackay, E., Barnett, P., Sheridan-Rains, L., Leverton, M., Dalton-Locke, C., Trevillion, K., Lloyd-Evans, B. y Johnson, S. (2019). Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*, *6*(12), 1039-1053. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30406-7

1142. Wall, E. (1988). Intention and coercion. *Journal of applied Philosophy*, *5*(1), 75-85. https://doi.org/10.1111/j.1468-5930.1988.tb00230.x

1143. Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour research and therapy*, *47*(2), 119-127. https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.018

1144. Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C. y Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, *28*(2), 235-241. https://doi.org/10.1002/1098-108X(200009)28:2%3C235::AID-EAT15%3E3.0.CO;2-1

1145. Waller, G., Stringer, H. y Meyer, C. (2012). What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating disorders? *Journal of Consultation & Clinical Psychology*, *80*, 171–175. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0026559

1146. Wallsten, T. S. (1981). Physician and medical student bias in evaluating diagnostic information. *Medical decision making*, *1*(2), 145-164. https://doi.org/10.1177%2F0272989X8100100205

1147. Walsh, B. T. (2013). The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *170*(5), 477-484. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12081074

1148. Wang, H. y Zhang, N. (1993). Analysis on occupational burnout of psychiatrists and it's related factors. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, (01).

1149. Wang, S. B., Fox, K., Boccagno, C. E., Jill Miranda Hooley, D., Mair, P., Nock, M. y Haynos, A. (2020). Functional assessment of restrictive eating: A three-study transdiagnostic investigation. https://doi.org/10.31234/osf.io/q2ezw

1150. Ward, A., Ramsay, R., Russell, G. y Treasure, J. (2015). Follow-up mortality study of compulsorily treated patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(7), 860-865. https://doi.org/10.1192/bjp.175.2.147

1151. Warren, C. S., Crowley, M. E., Olivardia, R. y Schoen, A. (2008). Treating patients with eating disorders: An examination of treatment providers' experiences. *Eating Disorders, 17*(1), 27–45. http://doi.org/10.1080/10640260802570098

1152. Warren, C. S., Schafer, K. J., Crowley, M. E. y Olivardia, R. (2012). A qualitative analysis of job burnout in eating disorder treatment providers. Eating Disorders, 20(3), 175–195. https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668476

1153. Wason, P. C. (1960). On the failure to eliminate hypotheses in a conceptual task. *Quarterly journal of experimental psychology*, *12*(3), 129-140. https://doi.org/10.1080/17470216008416717

1154. Waszczuk, M. A., Waaktaar, T., Eley, T. C. y Torgersen, S. (2019). Etiological influences on continuity and co-occurrence of eating disorders symptoms across adolescence and emerging adulthood. *The International journal of eating disorders*, *52*(5), 554–563. https://doi.org/10.1002/eat.23040

1155. Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., Hübel, C., Coleman, J., Gaspar, H. A., Bryois, J., Hinney, A., Leppä, V. M., Mattheisen, M., Medland, S. E., Ripke, S., Yao, S., Giusti-Rodríguez, P., Anorexia Nervosa Genetics Initiative, Hanscombe, K. B., Purves, K. L., Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Adan, R., Alfredsson, L., … Bulik, C. M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature genetics*, *51*(8), 1207–1214. https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2

1156. Watson, T. L., Bowers, W. A. y Andersen, A. E. (2000). Involuntary treatment of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *157*(11), 1806-1810. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1806

1157. Webster, J. J. y Palmer, R. L. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: A comparison with women with major

depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, *30*(1), 53-60. https://doi.org/10.1017/S0033291799001440

1158. Welch, S. L. y Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(4), 451-458. https://doi.org/10.1192/bjp.169.4.451

1159. Werth Jr, J. L., Wright, K. S., Archambault, R. J. y Bardash, R. J. (2003). When does the "duty to protect" apply with a client who has anorexia nervosa? *The Counseling Psychologist*, *31*(4), 427-450. https://doi.org/10.1177%2F0011000003031004006

1160. Wertheim, E. H. (2002). Parent influences in the transmission of eating and weight related values and behaviors. *Eating Disorders*, *10*(4), 321-334.https://doi.org/10.1080/10640260214507

1161. Wertheimer, A. (1993). A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behavioral Sciences & the Law*, *11*(3), 239-258. https://doi.org/10.1002/bsl.2370110303

1162. Westermair, A. L., Perrar, K. M. y Schweiger, U. (2020). Ein palliativer Ansatz für schwerste Anorexia nervosa? *Der Nervenarzt*, 1-6. https://doi.org/10.1007/s00115-020-00875-3

1163. Westmoreland, P. y Mehler, P. S. (2019). Role of Palliative Care in Severe and Enduring Eating Disorders. En V. R. Preedy (Ed.) *Handbook of Nutrition and Diet in Palliative Care* (pp. 361-370). CRC Press.

1164. Westmoreland, P., Johnson, C., Stafford, M., Martinez, R. y Mehler, P. S. (2017). Involuntary Treatment of Patients With Life-Threatening Anorexia Nervosa. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *45*(4), 419–425.

1165. Westmoreland, P., Krantz, M. y Mehler, P. (2015). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *American Journal of Medicine, 129*(1), 30–37. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031

1166. Westmoreland, P., y Mehler, P. S. (2016). "Caring for patients with severe and enduring eating disorders (SEED): Certification, harm reduction, palliative care, and the question of futility". *Journal of Psychiatric Practice®*, *22*(4), 313-320. https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000160

1167. Westwood, H., Stahl, D., Mandy, W. y Tchanturia, K. (2016). The set-shifting profiles of anorexia nervosa and autism spectrum disorder using the Wisconsin Card Sorting Test: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *46*(9), 1809-1827. https://doi.org/10.1017/S0033291716000581

1168. White, B. C. (1994). *Competence to consent.* Georgetown University Press.

1169. White, L. (2017). How autonomy can legitimate beneficial coercion. En J. Gather, T. Henking, A. Nossek y J. Vollmann (Eds.), *Beneficial coercion in psychiatry? Foundations and challenges* (pp. 85–99). Münster: Mentis.

1170. White, L. (2018). The need for authenticity-based autonomy in medical ethics. *HEC Forum*, *30* (3), 191-209. Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/s10730-017-9335-2

1171. Whiting, A. C., Oh, M. Y. y Whiting, D. M. (2018). Deep brain stimulation for appetite disorders: a review. *Neurosurgical focus*, *45*(2), E9. https://doi.org/10.3171/2018.4.FOCUS18141

1172. Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A. y Neil, L. (2009). Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric Services*, *60*(6), 792-798. https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.6.792

1173. Whyte, W. H., Jr. (1952). Groupthink. *Fortune 45,* 114–117. https://fortune.com/2012/07/22/groupthink-fortune-1952/

1174. Widerker, D. y McKenna, M. (Eds.). (2003). Moral Responsibility and Alternative Possibilities: *Essays on the Importance of Alternative Possibilities* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315248660

1175. Wierenga, C., Bischoff-Grethe, A., Melrose, A. J., Grenesko-Stevens, E., Irvine, Z., Wagner, A., Simmons, A., Matthews, S., Yau, W.Y.W., Fennema-Notestine, C y Kaye, W. H. (2014). Altered BOLD response during inhibitory and error processing in adolescents with anorexia nervosa. *PloS one, 9*(3), e92017. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092017

1176. Wildes, J. E., Forbush, K. T., Hagan, K. E., Marcus, M. D., Attia, E., Gianini, L. M. y Wu, W. (2017). Characterizing severe and enduring anorexia nervosa: An empirical approach. *International Journal of Eating Disorders, 50*(4), 389–397. https://doi.org/10.1002/eat.22651

1177. Wildes, J. E., Marcus, M. D., Cheng, Y., McCabe, E. B. y Gaskill, J. A. (2014). Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(8), 870-873. https://doi.org/10.1002/eat.22241

1178. Wilhelm, K. (2020). La toma de decisiones en la atención de la salud mental: el papel del cuidador. *Medicina y ética*, *31*(4), 955-974. https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n4.06

1179. Williams, C. J., Pieri, L. y Sims, A. (1998). We should strive to keep patients alive. *British Medical Journal*, *317*(7152), 195-197.

1180. Williams, C. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., MacPherson, F. y Jackson, M. A. (1993). Comparison

of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, *14*(1), 27-32. https://doi.org/10.1002/1098-108X(199307)14:1%3C27::AID-EAT2260140104%3E3.0.CO;2-F

1181. Williams, S. y Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: The maintainer's perspective. *Psychology and Health*, *25*(5), 551-567. https://doi.org/10.1080/08870440802617629

1182. Wilson, T. y Weaver, K. (2019) Seeing Beyond the Eating Disorder: The Complexities of Eating Disorder Care in New Brunswick, Canada. *International Journal of Advanced Nursing Education and Research, 4,*(3), 135-154. http://dx.doi.org/10.21742/IJANER.2019.4.3.15

1183. Winston, AP, Baxter, H y Rogers, D (2007). Effect of a specialist eating disorders service on the knowledge and attitudes of local health professionals. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 15*(2), 153–158. http://dx.doi.org/10.1080/10640260701190683

1184. Wonderlich, S. A., Bulik, C. M., Schmidt, U., Steiger, H. y Hoek, H. W. (2020). Severe and enduring anorexia nervosa: Update and observations about the current clinical reality. *International Journal of Eating Disorders*. https://doi.org/10.1002/eat.23283

1185. Wood-Molina, T. y Rivas-Riveros, E. (2017). Conflictividad ética en enfermeras/os de unidades de cuidados críticos en un hospital del sur de Chile. *Enfermería universitaria*, *14*(4), 224-234. https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.09.002

1186. Woodside, D. B., Carter, J. C. y Blackmore, E. (2004). Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2277-2281. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2277

1187. Wu, H. C., Tang, I. C., Lin, W. I. y Chang, L. H. (2013). Professional values and attitude of psychiatric social workers toward involuntary hospitalization of psychiatric patients. *Journal of Social Work*, *13*(4), 419-434. https://doi.org/10.1177%2F1468017311435201

1188. Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W. y Friederich, H. (2014). Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 44*(16), 3365-85. http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714000294

1189. Wurzbach M. E. (1993). The moral certainty or uncertainty of nurses regarding end-of-life treatment decisions [Tesis doctoral, University of Minnesota]. Recuperado de https://sigma.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/17275/MWurzbach_1.pdf?sequence=1

1190. Wynn, R. (2003). Staffs' attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, (12), 453–459. https://doi.org/10.1080/08039480310003470

1191. Wynn, R., Kvalvik, A. M. y Hynnekleiv, T. (2011). Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(2), 133-137. https://doi.org/10.3109/08039488.2010.513068

1192. Wynn, R., Myklebust, L. H. y Bratlid, T. (2006). Attitudes to coercion among health-care workers and the general public in Norway. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, *2*(1), 31-37. https://doi.org/10.1017/S1742646406000252

1193. Wynn, R., Myklebust, L. H. y Bratlid, T. (2007). Psychologists and coercion: Decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. *Nordic Journal of Psychiatry*, *61*(6), 433–437. https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1080/08039480701773139

1194. XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo. La protección de las personas con enfermedad mental. Taller II "Tratamientos involuntarios en el ámbito de la Salud Mental". (2012). Recuperado 11 de junio de 2020, de elsindic.com website: https://www.elsindic.com/documentos/380_Taller%20II%20Tratamientos%20involuntarios%20en%20el%20%C3%A1mbito%20de%20la%20salud%20mental1.pdf

1195. Yackobovitch-Gavan, M., Golan, M., Valevski, A., Kreitler, S., Bachar, E., Lieblich, A., Mitrani, E., Weizman, A y Stein, D. (2009). An integrative quantitative model of factors influencing the course of anorexia nervosa over time. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(4), 306-317. https://doi.org/10.1002/eat.20624

1196. Yager, J. (2015). The futility of arguing about medical futility in anorexia nervosa: the question is how would you handle highly specific circumstances? *The American Journal of Bioethics*, *15*(7), 47-50. https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1039724

1197. Yager, J. (2020). Managing Patients With Severe and Enduring Anorexia Nervosa: When Is Enough, Enough? *The Journal of nervous and mental disease*, *208*(4), 277-282. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001124

1198. Yager, J., Carney, T. y Touyz, S. (2016). Is involuntary (compulsory) treatment ever justified in patients with with severe and enduring anorexia nervosa. En S. Touyz, D. Le Grange, J. H. Lacey, and P. Hay (Eds.), *Managing severe and enduring anorexia nervosa. A clinician's guide* (pp. 185–200). Routledge.

1199. Yáñez , K., Rivas , E. y Campillay , M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *10*(1), 3-17. https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124

1200. Yorke, E., Steinegger, C. y Toulany, A. (2018). From under-eating to overindulgence - clinician perspectives on caring for adolescents with eating disorders. *International journal of adolescent medicine and health*, *32*(4), /j/ijamh.2020.32.issue-4/ijamh-2017-0198/ijamh-2017-0198.xml. https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0198

1201. Yoshizawa, K., Sugawara, N., Yasui-Furukori, N., Danjo, K., Furukori, H., Sato, Y., Tomita, T., Fujii, A., Nakagam, T., Sasaki, M. y Nakamura, K. (2016). Relationship between occupational stress and depression among psychiatric nurses in Japan. *Archives of environmental & occupational health*, *71*(1), 10–15. https://doi.org/10.1080/19338244.2014.927345

1202. Zabala, J. y Díaz, J. (2010). Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas. *Medicina de Familia-SEMERGEN*, *36*(5), 266-272. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2009.06.003

1203. Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M. y Aime, H. (2015). The role of the therapeutic alliance in eating disorder treatment outcomes: A systematic review. *Eating Disorders*, 23(2), 99–114. https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964623

1204. Zakzanis, K. K., Campbell, Z. y Polsinelli, A. (2010). Quantitative evidence for distinct cognitive impairment in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of neuropsychology*, *4*(1), 89-106. https://doi.org/10.1348/174866409X459674

1205. Zalar, B., Weber, U. y Sernec, K. (2011). Aggression and impulsivity with impulsive behaviours in patients with purgative anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatria Danubina*, *23*(1.), 27-33. Recuperado de https://hrcak.srce.hr/file/113532

1206. Zamani Sani, S. H., Fathirezaie, Z., Gerber, M., Pühse, U., Bahmani, D. S., Bashiri, M., Pourali, M. y Brand, S. (2021). Self-Esteem and Symptoms of Eating-Disordered Behavior Among Female Adolescents. *Psychological reports*, *124*(4), 1515–1538. https://doi.org/10.1177/0033294120948226

1207. Zanna, M. P., Olson, J. M. y Fazio, R. H. (1980). Attitude–behavior consistency: An individual difference perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*(3), 432–440. https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.3.432

1208. Zeeck, A. y Schlegel, S. (2013). Sportprogramme und sporttherapeutische Interventionen bei Essstörungen. *Psychotherapie im Dialog, 14*(04): 62-65. https://doi.org/10.1055/s-0033-1363015

1209. Zerbe K. J. (1993). Whose body is it anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *57*(2), 161–177.

1210. Zerwas, S., Lund, B. C., Von Holle, A., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., La Via,

M., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Kaye, W. H. y Bulik, C. M. (2013). Factors associated with recovery from anorexia nervosa. *Journal of psychiatric research*, *47*(7), 972–979. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.02.011

1211. Zhang, C., Lin, Z., Xu, W., Liu, W., Li, D., Lin, G. y Sun, B. (2019). Commentary: The Moral Obligation to Prioritize Research Into Deep Brain Stimulation Over Brain Lesioning Procedures for Severe Enduring Anorexia Nervosa. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 634. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00634

1212. Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P. y Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The lancet psychiatry*, *2*(12), 1099-1111. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9

1213. Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C. y Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, *355*(9205), 721-722. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)05363-5

1214. Zivian, M. T., Larsen, W., Knox, V. J., Gekoski, W. L. y Hatchette, V. (1992). Psychotherapy for the elderly: Psychotherapists' preferences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 29*(4), 668–674. https://doi.org/10.1037/0033-3204.29.4.668

1215. Zogg, H., Lauber, C., Ajdacic-Gross, V. y Rössler, W. (2003). Expert's and lay attitudes towards restrictions on mentally ill people. *Psychiatrische Praxis*, *30*(7), 379-383. https://doi.org/10.1055/s-2003-43247

1216. Zorlu, P. K., Bilgic, O., Sahin, T. y Zorlu, N. (2017). Associations of psychiatric symptoms and neurocognition with clinical insight in schizophrenia. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *30*(2), 79-85. http://dx.doi.org/10.5350/DAJPN2017300201

1217. Zrinzo, L., Wilson, J., Hariz, M., Joyce, E., Morris, J. y Schmidt, U. (2019). Exploring every ethical avenue. Commentary: the moral obligation to prioritize research into deep brain stimulation over brain lesioning procedures for severe enduring anorexia nervosa. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 326. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00326

1218. Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. y Roche, M. (2019). Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing.* 1 https://doi.org/0.1111/inm.12595

1219. Zúñiga, Y. y Paravic, T. (2009). El género en el desarrollo de la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, *25*(1-2), 1-9. Recuperado de http://ref.scielo.org/4ffg5k