

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 20 de enero de 2021

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: josef01@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.

Competence and Involuntary Commitment of Patients with Anorexia Nervosa: A Qualitative study on the Perceptions and Performance of Psychiatrists and Clinical Psychologists

A B S T R A C T

Keywords:

Bioethics
Mental competency
Grounded theory
Involuntary treatment
Eating disorders and food
ingestion

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 morbilidad¹ y mortalidad². 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 española³, 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 Civil⁴ (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 incapaces⁷.

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 psíquico⁸.

Ha habido estudios sobre actitudes de psiquiatras y psicólogos hacia la implementación del tratamiento involuntario⁹⁻¹¹, 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 de 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.

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 investigación¹⁴. 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 investigar¹⁷.

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, semi-estructurada 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 teórica 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

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 respecto 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).

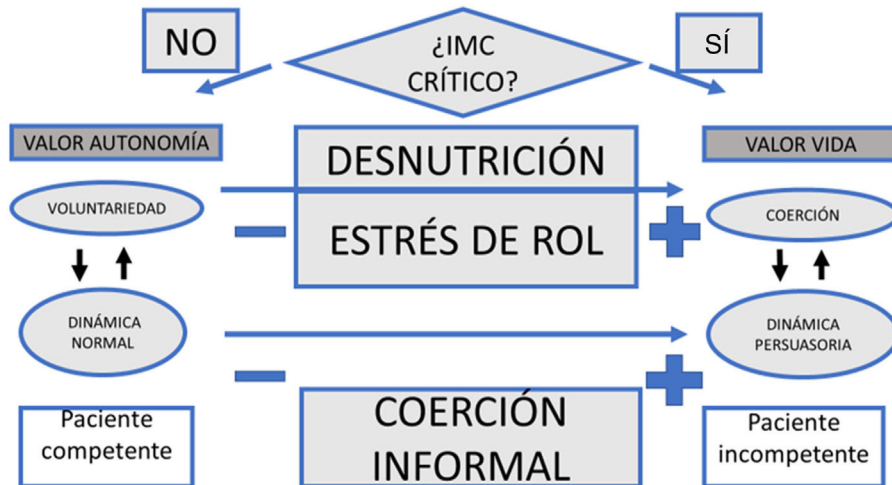


Figura 1 – Las dos dinámicas asistenciales.

«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

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 coincidir 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).



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 contribuyere a cronificar el trastorno²³.

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 paciente²³ y si este ha de ser necesariamente el facultativo que le atiende. De Miguel²⁶ 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

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 mental⁷.

Además, tampoco conviene olvidar que estos pacientes evocan reacciones contratransferenciales particularmente intensas²⁷. Los profesionales no son inmunes a ellas y una respuesta contratransferencial común es reaccionar con coerción y control²⁸⁻³⁰.

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 García³¹, 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 psiquiátrica³².

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 alimentarios³³. 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 especializada 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 voluntario³⁴.

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 nerviosa⁶. 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 trastorno⁵. Pero, a su vez, decidir qué valores son o no válidos introduciría un elemento subjetivo y moralmente controvertido en la valoración de la capacidad mental⁶.

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. Kendall³⁸ 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 evaluación³⁹.

La confusión de la voluntariedad con la competencia también tiene traslado en una utilización particular del art. 763 LEC. La dúa «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 atracción⁴² y que la relación entre conciencia de enfermedad e IMC puede dejar de ser significativa cuando se controlan posibles factores de confusión³⁶.

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 incapacidad⁴³.

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 IMC⁶. 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 trascendentes del ego de que habla Yager⁴⁷ o a la noción de conciencia de vida con la enfermedad²³, 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 Giordano²⁵, 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 mal-estar 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 cognitiva⁴⁸, 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.

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. Elzakkars 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: Weidenfeld & 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. McEaney 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. Matussek 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.

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](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. Tavis 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.