

**CASO Y COMENTARIO**

**¿Quién debería aplicar la fuerza en caso de ser necesario y cómo hacerlo con compasión?**

Matthew Lin, MD

**Resumen**

Este caso cuestiona la permisibilidad moral comparativa de dos usos diferentes de la fuerza, es decir, acciones realizadas en contra de la voluntad del paciente, en el curso de su atención médica: administración encubierta de medicamentos y uso de restricción física o química. El comentario considera qué constituye el uso más compasivo de la fuerza para este paciente y cómo debería implementarse.

**Caso**

CC es una enfermera en un centro de enfermería especializada que atiende a BB, un paciente con antecedentes de agresión, paranoia, disregulación emocional y esquizofrenia. BB normalmente rechaza la medicación cuando está hospitalizado por exacerbaciones agudas de la enfermedad y no puede cuidarse por sí mismo.

DD es el tutor legal de BB y ha autorizado que el haloperidol se administre por vía oral a BB mezclado y oculto en la comida. CC ha administrado haloperidol oral a BB de esta manera, pero cada vez se siente más incómodo al hacerlo.

Durante una reunión del equipo interdisciplinario, CC declaró: “Este tipo de engaño generalmente es visto por todos en el equipo como éticamente cuestionable, probablemente porque es una especie de fuerza, pero yo soy el único que lo hace para evitar algo peor. Si no lo hago, o si alguien más no oculta el haloperidol en la comida de BB, recibiría una inyección intramuscular (IM), que es peor. Cuando BB recibe inyecciones IM, la administración de los medicamentos de BB se retrasa. Tenemos que esperar a que lleguen varios miembros del personal de seguridad a la unidad para ayudar a restringir a BB. Es ruidoso, perturbador, angustiante y molesto para todos (BB, otros pacientes, nosotros), especialmente cuando sucede en repetidas ocasiones. Si usar la fuerza en este paciente va a formar parte de una rutina, debemos ejecutarla mejor. Quiero decir, ¿existe siquiera una política o un protocolo sobre cómo deberíamos hacer esto? Necesitamos un plan que no implique que yo sea el único relegado a hacer el ‘trabajo sucio’ del engaño para evitarle a BB el trauma físico repetido”.

Los miembros del equipo se preguntaron cómo deberían reaccionar.

## Comentario

El manejo de los síntomas de BB en el contexto del rechazo de la medicación presenta una pregunta desafiante sobre la permisibilidad moral comparativa de dos prácticas éticamente indeseables: medicación encubierta y restricción física o química (en adelante, restricción). Ambos pueden entenderse como modos de fuerza o acciones utilizadas para vencer la voluntad del paciente. Este ensayo de tres partes considera la opción más compasiva para BB y cómo se puede implementar de manera ética. La primera parte revisa la investigación empírica sobre la medicación encubierta y la restricción en la práctica clínica, e identifica perspectivas éticas basadas en principios sobre el uso de la fuerza. La segunda parte pondera los daños de ambas prácticas dentro de un marco de compasión que se basa en las perspectivas de los pacientes. La tercera parte aborda los roles, las responsabilidades y la angustia moral del equipo médico a través de una discusión sobre cuándo y cómo se puede aplicar la fuerza de manera ética.

### Medicación encubierta y restricción

*Medicación encubierta.* La medicación encubierta es la práctica de administrar medicamentos a los pacientes sin su conocimiento ocultando el medicamento en la comida o la bebida.<sup>1</sup> Esta práctica puede implicar una mentira abierta o **un engaño por omisión** por parte del cuidador. Aunque hay una escasez de estudios empíricos y directrices clínicas sobre la medicación encubierta en América del Norte, existe una pequeña cantidad de literatura de Europa y el sur de Asia. Una revisión de 2010 sugiere que la medicación encubierta ocurre en el 43 % al 71 % de los hogares de ancianos en el Reino Unido, afectando del 1,5 % al 17 % de los residentes.<sup>2</sup> En un estudio de 2002, el 50 % de las familias en la India que cuidaban a familiares con esquizofrenia informaron que usaban medicación encubierta en el hogar.<sup>3</sup> En Inglaterra y Escocia se han publicado directrices clínicas que describen un uso restringido de la medicación encubierta en pacientes que carecen de capacidad de toma de decisiones (DMC, por sus siglas en inglés).<sup>4,5,6,7</sup>

Algunos especialistas en ética argumentan que la medicación encubierta nunca es aceptable,<sup>8,9</sup> mientras que otros han considerado su uso en situaciones específicas, por ejemplo, con pacientes que carecen de DMC.<sup>10,11,12</sup> Una preocupación ética clave es socavar la autonomía del paciente a través del engaño, que se asocia con varios daños potenciales. El engaño evita que los pacientes **logren un entendimiento profundo** de su enfermedad y podría conducir a un mayor rechazo de la medicación y a un ciclo de engaño continuo que, si el paciente o el público lo descubren, podría dañar la relación terapéutica y la confianza en la profesión médica en general.<sup>13,14</sup> Los daños adicionales de la medicación encubierta incluyen una posible disminución de la eficacia de la medicación y un aumento de los efectos adversos de la modificación de la forma de dosis de la medicación, que los pacientes engañados podrían no ser capaces de reconocer o articular.<sup>12,15</sup>

*Restricción.* La restricción es una forma de coerción, o el uso intencional de una amenaza de daño creíble y grave para controlar a otro, que podría implicar sujeción física o medicación oral o intramuscular forzada.<sup>16</sup> A diferencia de la medicación encubierta, la restricción se ha estudiado con más rigor. Una revisión sistemática de estudios publicados entre 1990 y 2010 estima que entre el 3,8 % y el 56 % de los pacientes ingresados en salas psiquiátricas a nivel internacional experimentan algún tipo de restricción.<sup>17</sup> Los esfuerzos para reducir el uso de medidas coercitivas se han abordado en varias pautas profesionales a nivel internacional, y el consenso de expertos considera en gran medida a la restricción como último recurso en el tratamiento de emergencias conductuales cuando los pacientes representan un peligro

agudo para ellos mismos, el personal médico u otros pacientes.<sup>18,19,20,21</sup> En consecuencia, las alternativas menos traumáticas y restrictivas son las preferidas por los profesionales.<sup>22,23</sup>

La restricción, como la medicación encubierta, viola la autonomía del paciente. Al sopesar la beneficencia y la inocuidad en el uso de la restricción, el beneficio principal es la protección inmediata del paciente en una situación de emergencia a costa de un proceso que es tanto física como psicológicamente perjudicial.<sup>24</sup> La investigación que evalúa la efectividad de la restricción en relación con otras medidas coercitivas está limitada por la heterogeneidad de las definiciones, la variación de la práctica clínica y los desafíos éticos en el diseño del estudio, por lo que los beneficios de la restricción para los pacientes siguen siendo desconocidos.<sup>25,26</sup>

### **Fuerza y compasión**

Un enfoque basado en la virtud de lo que constituye el uso compasivo de la fuerza puede complementar los principios éticos, en el sentido de que **la compasión puede entenderse como una virtud** que incluye componentes cognitivos, afectivos y motivacionales que permiten una conciencia del sufrimiento de los demás y un deseo de aliviar.<sup>27,28</sup> Aunque no existe una definición consensuada de *sufrimiento*, algunos especialistas en ética lo han descrito como un estado que se extiende más allá del dolor físico para incluir elementos mentales, emocionales y espirituales.<sup>29</sup> En el caso de BB, una revisión de los daños multidimensionales experimentados por los pacientes afectados por la fuerza puede proporcionar información sobre cómo podría ser la opción más compasiva para BB, asumiendo que carece de DMC.

Se han descrito bien las perspectivas de los pacientes sobre el daño causado por la restricción. En una revisión sistemática de 26 estudios, Tingleff et al analizaron temáticamente las experiencias registradas de pacientes psiquiátricos antes, durante y después de la restricción y encontraron que los pacientes tenían percepciones profundamente negativas de la coerción en todas las etapas.<sup>30</sup> Durante la coerción, los temas de malestar físico (es decir, dolor por inyecciones o restricción) y la percepción de ser controlados, marcados por sentimientos de abuso mental, humillación y desempoderamiento, aparecieron de manera prominente en las narrativas de los pacientes. Después de la coerción, los pacientes mencionaron como efectos a largo plazo sentimientos de miedo, impotencia, trauma y pérdida de confianza en las personas.<sup>30</sup>

Si la restricción se considera la única opción aceptable, debe implementarse prestando atención a las necesidades declaradas por los pacientes para minimizar el sufrimiento. Por ejemplo, durante la coerción, los pacientes han manifestado la necesidad de que los médicos estén presentes, y sean respetuosos y comunicativos.<sup>30</sup> Después de la coerción, los pacientes han manifestado la necesidad de una reunión con el equipo médico.<sup>30</sup> Existen modelos informados sobre el trauma para guiar este tipo de comunicación, y se ha demostrado que reducen los episodios futuros de restricción y promueven el proceso de recuperación posterior a la restricción.<sup>31,32,33</sup>

Ningún estudio conocido por este autor ha abordado explícitamente las experiencias de los pacientes con la medicación encubierta, aunque existe literatura sobre las preferencias de los pacientes con respecto a la atención psiquiátrica de emergencia y el engaño. Sheline y Nelson encontraron que, cuando a los pacientes con enfermedades psiquiátricas se les daba una opción hipotética de restricción o medicación antipsicótica en una emergencia, el 64 % de los pacientes encuestados preferían la medicación.<sup>34</sup> Con base en las respuestas de los pacientes en los foros de los servicios de

emergencia, Allen et al encontraron que los pacientes preferían los medicamentos orales y rechazaban abrumadoramente las inyecciones forzadas.<sup>35</sup> Investigación cualitativa que explora las actitudes de los pacientes con Alzheimer hacia los comportamientos engañosos en el cuidado de la demencia (aunque no específicamente medicación encubierta) ha demostrado que las respuestas de los pacientes a escenarios hipotéticos de engaño son complejas y variadas, y algunos pacientes sienten que el engaño siempre es inaceptable y otros lo consideran permisible si es para el bienestar del paciente.<sup>36</sup>

Una perspectiva basada en las virtudes sugiere que, dado el sufrimiento físico y psicológico significativo experimentado y expresado por pacientes previamente restringidos, la medicación encubierta podría ser la opción más compasiva, con la salvedad de que se necesita más investigación sobre las experiencias de los pacientes con la medicación encubierta.

### **Funciones, responsabilidades y práctica**

Seleccionar la medicación encubierta en lugar de la restricción como el modo de fuerza más compasivo plantea la cuestión de cómo se puede implementar de manera ética. Los especialistas en ética han descrito varias herramientas de toma de decisiones para los médicos en la implementación de la medicación encubierta.<sup>10,12,13,37</sup> Las estrategias recomendadas incluyen la reevaluación constante de la DMC del paciente, **el reconocimiento por parte del equipo interdisciplinario** de la decisión y la práctica, y la ponderación de los beneficios de la medicación encubierta frente a sus daños. Estas estrategias ayudan a aclarar los roles de los miembros del equipo responsables de implementar la medicación encubierta, al mismo tiempo que brindan vías para abordar la angustia moral o las preocupaciones éticas de los miembros del equipo.

Evaluar la presencia o ausencia de DMC es un prerrequisito vital para considerar la medicación encubierta.<sup>10,12</sup> La verificación de DMC debe incluir una evaluación de si BB puede o no comprender la situación, apreciar las consecuencias de la decisión y las alternativas potenciales, y comunicar la justificación de su decisión.<sup>38</sup> Si se considera que BB tiene DMC y aún así se rechaza la medicación, el personal médico debe cumplir ese deseo. Si BB carece de DMC, se podría dar peso a los deseos previos de BB expresados en conversaciones pasadas sobre las preferencias de medicamentos y el uso de la coerción y el engaño o en las directivas anticipadas psiquiátricas, si están disponibles. Alternativamente, si falta dicha información, los representantes responsables de tomar decisiones pueden presentar decisiones basadas en lo que creen que es lo mejor para BB.

Si se determina que BB carece de DMC y se considera la medicación encubierta, todos los miembros del equipo involucrados en el cuidado de BB deben participar en esta discusión inicial.<sup>10,39</sup> Esta discusión interdisciplinaria debe incluir a miembros de la familia, enfermeros que administran los medicamentos, médicos, farmacéuticos (para garantizar que las modificaciones de dosis sean seguras y efectivas) y aportes de un comité de ética. Aunque el tutor legal de BB ha autorizado el haloperidol oral encubierto, para abordar la angustia moral del personal médico, el equipo debe volver a revisar esta decisión para comprender mejor el razonamiento y la justificación de la misma.

Como parte de la discusión interdisciplinaria, se debe llegar a un acuerdo sobre si existe una relación beneficio-daño favorable, es decir, si los beneficios de la administración encubierta de medicamentos superan significativamente los daños de violar los principios de respeto por la autonomía del paciente y la inocuidad. Los beneficios

potenciales de la medicación encubierta para BB podrían incluir la prevención de descompensaciones agudas que resultan en contención y el tratamiento de la paranoia, agresión y falta de autocuidado de BB, que en sí mismo pueden ser una forma de sufrimiento y erosionar su autonomía.<sup>39</sup>

### Conclusión

La medicación encubierta y la restricción son dos prácticas éticamente problemáticas desde una perspectiva basada en principios que tienen sus raíces en el engaño y la coerción, respectivamente. A través del lente de la ética de la virtud, la medicación encubierta podría considerarse el modo de fuerza más compasivo, dadas las descripciones de los pacientes sobre el sufrimiento de la restricción. Si los miembros del equipo involucrados deciden que la medicación encubierta es lo indicado debido a la falta de DMC en BB, a los deseos expresados previamente o al juicio sustituto del representante responsable de tomar decisiones, y si hay una relación beneficio-daño muy favorable, esta decisión debe ser discutida, documentada y reevaluada de manera transparente con todo el equipo de cuidado.

### References

1. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28(6):605-612.
2. Haw C, Stubbs J. Covert administration of medication to older adults: a review of the literature and published studies. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17(9):761-768.
3. Srinivasan TN, Thara R. At issue: management of medication noncompliance in schizophrenia by families in India. *Schizophr Bull.* 2002;28(3):531-535.
4. Royal College of Psychiatrists. College statement on covert administration of medicines. *Psychiatr Bull.* 2004;28(10):385-386.
5. Telford and Wrekin Clinical Commissioning Group Medicines Management, National Health Service. Covert administration of medicines policy. June 2018. Accessed November 19, 2020. <https://www.telfordccg.nhs.uk/your-health/medicines-management/policies/medicines-management-policies/4594-covert-administration-of-medicines-policy-and-guidelines-june-2018/file>
6. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines management in care homes quality statement 6: covert medicines administration. March 25, 2015. Accessed November 19, 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs85/chapter/Quality-statement-6-Covert-medicines-administration>
7. Mental Welfare Commission for Scotland. Good practice guide: covert medication. November 2013. Reviewed February 2017. Accessed November 19, 2020. [https://www.mwscot.org.uk/sites/default/files/2019-06/covert\\_medication.pdf](https://www.mwscot.org.uk/sites/default/files/2019-06/covert_medication.pdf)
8. Ahern L, Van Tosh L. The irreversible damage caused by surreptitious prescribing. Editorial. *Psychiatr Serv.* 2005;56(4):383.
9. Kitwood TM. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press; 1997.
10. Macauley RC. Covert medications: act of compassion or conspiracy of silence? *J Clin Ethics.* 2016;27(4):298-307.
11. Latha KS. The noncompliant patient in psychiatry: the case for and against covert/surreptitious medication. *Mens Sana Monogr.* 2010;8(1):96-121.
12. Young JM, Unger D. Covert administration of medication to persons with dementia: exploring ethical dimensions. *J Clin Ethics.* 2016;27(4):290-297.



13. Guidry-Grimes L, Dean M, Victor EK. Covert administration of medication in food: a worthwhile moral gamble? *J Med Ethics*. Published online February 14, 2020.
14. Levin A. Covert drug administration: win battle, but lose war. *Psychiatr News*. 2005;40(10):10-11.
15. Tweddle F. Covert medication in older adults who lack decision-making capacity. *Br J Nurs*. 2009;18(15):936-939.
16. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford University Press; 2019.
17. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr*. 2013;48(1):10-22.
18. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. 2005;11(suppl 1):5-108.
19. Recupero PR, Price M, Garvey KA, Daly B, Xavier SL. Restraint and seclusion in psychiatric treatment settings: regulation, case law, and risk management. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2011;39(4):465-476.
20. American Psychiatric Association; American Psychiatric Nurses Association; National Association of Psychiatric Health Systems. Learning from each other: success stories and ideas for reducing restraint/seclusion in behavioral health. June 2018. Accessed February 18, 2021. <https://www.nabh.org/wp-content/uploads/2018/06/LearningfromEachOtherFINAL.pdf>
21. Delaney KR. American Psychiatric Nurses Association (APNA) revision of its Position Statement on the Use of Seclusion and Restraint. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2015;21(2):114.
22. Lorenzo RD, Miani F, Formicola V, Ferri P. Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014;10(1):94-102.
23. Steinert T. Ethics of coercive treatment and misuse of psychiatry. *Psychiatr Serv*. 2017;68(3):291-294.
24. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(9):889-897.
25. Kjellin L, Wallsten T. Accumulated coercion and short-term outcome of inpatient psychiatric care. *BMC Psychiatry*. 2010;10:53.
26. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:491.
27. Pellegrino E. Character formation and the making of good physicians. In: Kenny N, Shelton W, eds. *Lost Virtue: Professional Character Development in Medical Education*. Elsevier; 2006:1-15. *Advances in Bioethics*; vol 10.
28. de Zulueta PC. Suffering, compassion and “doing good medical ethics.” *J Med Ethics*. 2015;41(1):87-90.
29. Green RM, Palpant NJ, eds. *Suffering and Bioethics*. Oxford University Press; 2014.
30. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. “Treat me with respect.” A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients’ reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24(9-10):681-698.
31. Goulet MH, Larue C, Lemieux AJ. A pilot study of “post-seclusion and/or restraint review” intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspect Psychiatr Care*. 2018;54(2):212-220.

32. Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2004;42(9):22-33.
33. Hammervold UE, Norvoll R, Aas RW, Sagvaag H. Post-incident review after restraint in mental health care—a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):235.
34. Sheline Y, Nelson T. Patient choice: deciding between psychotropic medication and physical restraints in an emergency. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1993;21(3):321-329.
35. Allen MH, Carpenter D, Sheets JL, Miccio S, Ross R. What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency? *J Psychiatr Pract.* 2003;9(1):39-58.
36. Day AM, James IA, Meyer TD, Lee DR. Do people with dementia find lies and deception in dementia care acceptable? *Aging Ment Health.* 2011;15(7):822-829.
37. Sokol DK. Can deceiving patients be morally acceptable? *BMJ.* 2007;334(7601):984-986.
38. Barstow C, Shahan B, Roberts M. Evaluating medical decision-making capacity in practice. *Am Fam Physician.* 2018;98(1):40-46.
39. Olsen DP. Ethical issues: putting the meds in the applesauce. *Am J Nurs.* 2012;112(3):67-69.

**Matthew Lin, MD** es un becario de medicina perinatal neonatal de segundo año en el Boston Children's Hospital en Massachusetts. Obtuvo su título de médico en la Universidad de Vermont y completó su residencia de pediatría en la Universidad de Nueva York. Tiene un interés clínico y académico en la bioética.

#### Nota del editor

Este ensayo es el ensayo ganador del Concurso John Conley de Ensayos sobre Ética, edición 2020. El caso al que responde este ensayo fue desarrollado por el personal editorial.

#### Cita

*AMA J Ethics.* 2021;23(4):E311-317.

#### DOI

10.1001/amajethics.2021.311.

#### Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

*Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.*

Copyright 2021 American Medical Association. Todos los derechos reservados.  
ISSN 2376-6980