

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN POR PARES

¿Cómo deberían los médicos clínicos ejecutar intervenciones con medidas de fuerza críticas para salvar una vida con compasión, no solo para minimizar el daño, como un objetivo clínico y ético?

Robert L. Trestman, PhD, MD y Kishore Nagaraja, MD

Resumen

Determinar de manera responsable si utilizar medidas de fuerza que podrían salvar una vida, y cuándo hacerlo, al atender pacientes que tienen enfermedades mentales severas normalmente requiere que se apliquen prudentemente dos estándares de ética claves. En primer lugar, el riesgo de morbilidad o mortalidad a corto plazo debe reducirse. En segundo lugar, se deben considerar seriamente los posibles daños a largo plazo a un paciente que fueron traumatizados tras intervenciones forzadas y posibles consecuencias a largo plazo sobre la confianza del paciente en los médicos. Este artículo sugiere que estos estándares mínimos para la toma de decisiones sobre la salud mental son necesarios pero insuficientes. Se propone que las intenciones y motivaciones de los médicos no deberían basarse solo en minimizar el daño; sino que deberían basarse en maximizar la compasión. En este artículo, entonces, se proponen criterios de cómo se vería la maximización de la compasión como respuesta a un caso.

Para obtener un AMA PRA Category 1 Credit™ por la actividad de EMC relacionada con este artículo, usted deberá: (1) leer este artículo completo, (2) responder al menos el 80 por ciento de las respuestas del cuestionario de manera correcta y (3) completar una evaluación. El cuestionario, la evaluación y el formulario para obtener un AMA PRA Category 1 Credit™ están disponibles en el [AMA Ed Hub™](#).

Caso

LL es un paciente de 25 años con antecedentes de trauma infantil, autolesión, agresión y esquizofrenia que fue llevado contra su voluntad al servicio de urgencias (ED, por sus siglas en inglés). Un médico del ED vio que LL no hablaba pero que podía mover la cabeza levemente y confirmó que presentó súbitamente rigidez e hipertensión. El Dr. P, médico psiquiatra, evaluó a LL y confirmó que tenía una postura anormal, notó que había dejado de comer y beber e internó a LL por catatonía maligna, una afección potencialmente mortal. Se condujo una evaluación de las capacidades; se determinó que LL no tenía capacidad de tomar decisiones respecto del tratamiento. Se designó entonces a la madre de LL como su representante. Se trató a LL con benzodiazepinas pero luego las rechazó. Los miembros del personal están de acuerdo en que la administración forzada de benzodiazepinas a LL mediante una inyección intramuscular

(IM) está justificado y es necesario desde el punto de vista clínico, dado el peligro de retrasar el tratamiento. La madre de LL accede a que se usen benzodiazepinas IM a pesar de la objeción de LL. No obstante, el personal de consentimiento del representante está reacio de continuar sin el consentimiento de LL, siendo que LL no se presentó al ED voluntariamente y ha rechazado los medicamentos durante la internación. El Dr. P sigue insistiendo que es apropiado medicar a LL en contra de su voluntad y dos colegas psiquiatras adicionales corroboran esta opinión. “Mientras más esperemos, más sufre LL, y mayor riesgo corre su vida”, explica el Dr. P.

Comentario

Los aspectos éticos del tratamiento forzado en la psiquiatría han sido un punto de debate apasionado en este campo.¹ En la psiquiatría y en la sociedad, tendemos a valorar la **autonomía personal**, en contraste con el paternalismo de las prácticas de mediados del siglo XX. La psiquiatría actualmente también considera las tensiones entre el pragmatismo a corto plazo (es decir, abordar una crisis inmediata) y el tratamiento y la recuperación de una enfermedad a largo plazo.

En la psiquiatría, el tratamiento forzado por lo general debería ser acorde a los valores del paciente con el objetivo de no exacerbar el trauma existente ni alienar al paciente de que se involucre en tratamientos a futuro.² El uso de la fuerza puede tener un impacto negativo significativo y duradero en cómo experimenta el tratamiento el paciente y, como postulan McLaughlin et al., puede considerarse “‘tóxico’ respecto de su impacto en la actitud del paciente con el tratamiento”.² Considerar el contexto y la cultura de un paciente puede ayudar a tomar decisiones informadas sobre si se usa de la fuerza y cómo hacerlo y para minimizar el daño. De acuerdo con lo que se informó en un importante estudio, se descubrió que profesar “respeto por usted, su familia y sus seres queridos” —es decir, la sensibilidad cultural— fue el factor más importante en la compasión expresada tanto por pacientes como médicos.³ Comprender la cultura y los antecedentes del paciente y tratarlo con sensibilidad son aspectos clave para usar la fuerza con compasión en la psiquiatría. Este artículo aboga por la maximización de la compasión cuando es necesario el uso de la fuerza (es decir, en algunos casos de psicosis o catatonia, en los que las personas mantienen algo de control consciente, o en algunos casos de delirio severo o intoxicación).

Contexto cultural y social

Contexto cultural. La cultura es un constructo amplio y abarcativo. Varios aspectos de la cultura son relevantes para el debate sobre el uso compasivo de la fuerza, tales como las características demográficas y el desarrollo social. Las que son relevantes en este caso son las variables que principalmente incluyen la raza, la edad, el género y el estatus socioeconómico. Cada variable contribuye al proceso de toma de decisiones de un paciente, lo que incluye las decisiones vinculadas con la atención forzada. Por ejemplo, la raza y el género de los pacientes brinda un potencial punto de partida para entender su comportamiento actual, incluida su reacción ante los psiquiatras como figuras de autoridad. El estatus socioeconómico de los pacientes de igual manera puede brindar información sobre las experiencias formativas de su crianza en contextos de relativa pobreza o riqueza. Si los pacientes han vivido y continúan viviendo en la pobreza, sus experiencias previas con la atención médica pueden haber sido limitadas, inadecuadas o desdeñosas y puede que por esto no confíen en los médicos y el personal. Si logramos un mejor entendimiento del contexto de la vida del paciente, podemos no solo expresar compasión por la situación actual del paciente, sino que también podemos construir un marco para entender su perspectiva. Las experiencias

de los pacientes pueden contribuir de manera significativa a la forma en la que abogan por sus derechos en el contexto de la atención forzada. Integrar el **entendimiento del contexto cultural de los pacientes** con la administración de la atención médica puede guiar la comunicación y la toma de decisiones y potencialmente reducir o eliminar las objeciones al tratamiento. Intentar involucrar a un paciente al compartir las decisiones es un factor clave de la compasión.

Contexto social. El desarrollo social incluye construir vínculos y comprender las expectativas sociales, que pueden influenciar fuertemente la actitud del paciente hacia el tratamiento. Un paciente que proviene de una comunidad que estigmatiza las enfermedades mentales como defectos de personalidad o debilidades o que infravalora la atención psiquiátrica puede tener una aceptación o entendimiento limitados de un diagnóstico y los tratamientos necesarios, lo que podría derivar en un **tratamiento forzado tras una crisis**. Si agregamos información sobre el contexto social de los pacientes a las notas del caso, podemos involucrarnos y apoyar a los pacientes con más compasión a lo largo de su tratamiento. Particularmente, podemos ayudar a apoyar la autonomía de los pacientes tomando decisiones informadas a partir de sus valores. Cuando está involucrado un representante que toma decisiones, como suele suceder, lograr que el representante se comprometa es clave para implementar la fuerza con compasión.

Uso compasivo de medidas de fuerza

La reducción o minimización del daño normalmente es un factor principal en la decisión de administrar tratamiento contra la voluntad del paciente. La medicación, reclusión o contención involuntaria por lo general se utilizan con el objetivo de reducir el riesgo de dañar a un paciente o a otros.⁴ Si bien las determinaciones son pragmáticas y justificadas con esos motivos, estas normalmente se basan en el sistema de valores y la formación profesional del médico (“lo primero es no hacer daño”). No obstante, la implementación compasiva de la fuerza, requiere tener en cuenta el resultado ideal previsto del paciente, no solo los resultados esperados.

La atención médica compasiva también incluye mejorar la autonomía y resiliencia del paciente. Dada la naturaleza crónica de muchas enfermedades graves de salud mental, los pacientes pueden descompensarse, lo que puede comprometer su toma de decisiones. En estas situaciones, el foco no debería ubicarse únicamente en el tratamiento para salvar la vida, sino también en fomentar la recuperación del paciente. Un ejemplo de esto es mantener seguro a un paciente con manía que está internado contra su voluntad al ajustar el tratamiento farmacológico e involucrar al paciente en el tratamiento. Los médicos pueden usar la fuerza con compasión en situaciones no críticas para mitigar los síntomas y trabajar para mejorar la toma de decisiones del paciente y la capacidad de ejercitar su autonomía. Un modelo de recuperación de enfermedades de salud mental pone el énfasis no “solo en tratar o manejar los síntomas sino en enfocarse en construir la resiliencia de personas con enfermedades de salud mental y ayudar a aquellas con angustia emocional”.⁵ Cuando los pacientes recuperan la capacidad de tomar decisiones, pueden evaluar las opciones con mayor claridad y visualizar un futuro que pueda haber sido incierto durante una crisis. El enfoque de un modelo de recuperación para el uso de la fuerza puede ayudar a los pacientes a tomar sus propias **decisiones informadas** y brindarles esperanza.

Minimización del daño y usos compasivos de la fuerza

En el caso de LL, la atención médica compasiva implicaría que el Dr. P se tome el tiempo de hablar con la madre de LL e intente comprender un trauma de la infancia y el origen y los antecedentes del comportamiento de autolesión de LL. Este entendimiento podría ayudar a que el equipo llegue a un consenso sobre el abordaje del tratamiento luego de debatir el riesgo de daño y cada una de las potenciales opciones de tratamiento, así como de la posibilidad de preservar la sensación de autonomía del paciente. Cuando LL mejore, este proceso —documentado en el informe de salud— proporcionaría un contexto para la decisión del equipo; se le aseguraría a LL que se han considerado sus deseos y su bienestar. De hecho, se demostró que la compasión que demostró el equipo de cuidado de un paciente fue crucial para la “satisfacción del paciente y la percepción de la calidad de atención”.⁶ Es particularmente importante minimizar el riesgo de nuevos traumas o de daño psicológico, incluidos los sentimientos de humillación y angustia.²

Dentro de un enfoque más limitado de minimización del daño, el equipo de tratamiento tomaría la decisión de usar fuerza, ignoraría las apelaciones de consentimiento del profesional y simplemente haría que el responsable del paciente firme el consentimiento para el tratamiento. En el caso de LL, ya sea si se emplean el enfoque de atención médica compasiva o el de minimización del daño, el resultado del tratamiento puede ser el mismo en el corto plazo. Sin embargo, la atención médica compasiva probablemente conducirá a mejores resultados a largo plazo debido al menor riesgo de ocasionar nuevos traumas, la mayor confianza en los profesionales de atención médica, la mejoría en la autonomía del paciente y la mayor probabilidad de adhesión a subsiguientes tratamientos ambulatorios. Particularmente, la compasión mejora la “adhesión a las recomendaciones de tratamientos”,³ y la comunicación efectiva —un factor clave de la atención médica compasiva— está asociada “a una mejor alianza terapéutica” entre el médico y el paciente.⁷

Implementar la atención médica compasiva significa comprender los roles de cada persona involucrada. El médico de un paciente actúa como coordinador de decisiones (no como una persona clave que toma las decisiones) y como mentor clínico que sintetiza la información cultural del paciente y vincula los hechos clínicos y contextuales para ofrecer recomendaciones. Según lo que se estudió en el caso de LL, la persona clave que toma las decisiones es el representante de LL, quien tiene la responsabilidad legal de las decisiones y puede ayudar a los médicos a entender mejor las facetas relevantes del contexto cultural de LL. El médico debería intentar reunir la mayor cantidad de información de la mayor cantidad de fuentes (es decir, la familia, las instalaciones hospitalarias, los proveedores de atención médica ambulatorios) como sea posible, siempre que no obstaculice la capacidad de tomar decisiones del representante. En el ejemplo de este caso, antes de usar la fuerza en el proceso del tratamiento, la madre de LL y el equipo de tratamiento deberían intercambiar información sobre los antecedentes médicos de LL y la crianza social para comprender verdaderamente si el tratamiento de benzodiazepina inyectable es la mejor opción para LL. Este debate se nutre del marco de la atención médica compasiva y continúa el trabajo de establecer vínculos de confianza en cada etapa.

Las últimas personas involucradas en la atención médica del paciente son los miembros auxiliares del equipo que administran los tratamientos y obtienen el consentimiento. La responsabilidad del médico es asegurar que los miembros del equipo comprendan el contexto cultural del paciente y de qué manera brinda

información para el tratamiento. Por ejemplo, en el caso de LL, el Dr. P debería hablar con los miembros auxiliares del equipo de que la información sobre el contexto cultural y los valores de LL se obtuvieron a partir de las fuentes disponibles y las conversaciones con un responsable y que se llevó a cabo una revisión a conciencia de los daños y beneficios probables de cada potencial intervención (incluida la ausencia de una intervención). De esta manera, se hace saber a todos los miembros del equipo que el uso de fuerza es necesario y debería emplearse con intenciones compasivas. Este proceso también puede ayudar a abordar las preocupaciones de los miembros respecto de la implementación de la fuerza en el transcurso de la atención médica a LL.

Se debe reconocer que la implementación de la atención médica compasiva lleva tiempo. Los profesionales de atención médica de hoy que trabajan con pacientes hospitalizados tienen la presión de tratar y dar de alta a los pacientes rápidamente. A pesar de estos desafíos que impone el sistema, cuando se implementa la fuerza con compasión, los beneficios tanto para el paciente como para el equipo de cuidado superan ampliamente el compromiso de tiempo relativamente modesto que implica.

Conclusión

La atención médica compasiva integra la empatía con la toma de decisiones basada en información y puede unir al paciente y los miembros del equipo de cuidado para fomentar un plan de atención médica centrado en el paciente. Los psiquiatras deberían considerar el uso compasivo de la fuerza como el estándar de atención médica cuando se requiere emplear fuerza, ya que debería hacerse con el objetivo no solo de minimizar el daño sino también de mejorar el compromiso del paciente y la recuperación. Puede que los psiquiatras se enfrenten a menores obstáculos al implementar la atención médica compasiva que algunos otros especialistas debido a su aptitud relativamente mayor por la empatía y un mejor nivel de entrenamiento en tratamiento interpersonal.⁸ La compasión no solo beneficia a los pacientes, sino también a los psiquiatras, dado que genera una mayor satisfacción laboral.² Como médicos, deberíamos apuntar a comprender la perspectiva de los pacientes y su contexto cultural. Cuando lo hacemos, no solo tendremos más probabilidades de mitigar el riesgo de dañar a los pacientes sino que también los ayudaremos a comprometerse y recuperarse.

References

1. Steinert T. Ethics of coercive treatment and misuse of psychiatry. *Psychiatr Serv.* 2016;68(3):291-294.
2. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One.* 2016;11(12):e0168720.
3. Lown BA, Rosen J, Marttila J. An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Aff (Millwood).* 2011;30(9):1772-1778.
4. Georgieva I, Mulder CL, Noorthoorn E. Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry Res.* 2013;205(1-2):48-53.
5. Jacob KS. Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian J Psychol Med.* 2015;37(2):117-119.
6. Baker LR, Martimianakis MAT, Nasirzadeh Y, et al. Compassionate care in the age of evidence-based practice: a critical discourse analysis in the context of chronic pain care. *Acad Med.* 2018;93(12):1841-1849.

7. Kemp J, Zhang T, Inglis F, et al. Delivery of compassionate mental health care in a digital technology-driven age: scoping review. *J Med Internet Res*. 2020;22(3):e16263.
8. Fernando AT III, Consedine NS. Barriers to medical compassion as a function of experience and specialization: psychiatry, pediatrics, internal medicine, surgery, and general practice. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(6):979-987.

Robert L. Trestman, PhD, MD es profesor y director de psiquiatría en Virginia Tech Carilion School of Medicine y director de psiquiatría y medicina del comportamiento en Carilion Clinic en Roanoke, Virginia.

Kishore Nagaraja, MD es médico residente en el Departamento de Psiquiatría y Medicina del Comportamiento en Carilion Clinic en Roanoke, Virginia.

Nota del editor

El caso al que responde este comentario fue desarrollado por el personal editorial.

Cita

AMA J Ethics. 2021;23(4):E292-297.

DOI

10.1001/amajethics.2021.292.

Agradecimientos

Los autores deseamos agradecer a Mark Swope, PhD, director de ética médica, Carilion Clinic, por su revisión rigurosa de este artículo.

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.