

Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en adultos

Josep Ramos Montes

Psiquiatra. Director de Planificación y miembro del Comité de Ética Asistencial de Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental. Barcelona. España.

Puntos clave

- La medicina no son sólo los hechos. Necesitamos de juicios valorativos para diferenciar si el problema está producido por un trastorno médico o no, y para pasar del enfoque de disfunción al de enfermo.
- La ética examina si una moral “es” moral: si una acción es un deber, es, en las mismas circunstancias, el mismo para todos, necesariamente y desde la convicción, más allá de las costumbres históricas o culturales.
- El sentido del deber moral para con el otro vulnerable implica la capacidad de darle participación en la toma de decisiones racionales sobre su salud, a menudo en condiciones de incertidumbre.
- La toma de decisiones ha de ser dialógica profesional-paciente y ha de tener como principal perspectiva los valores del paciente.
- En el proceso de asalarización médica corremos el riesgo de que, en esta transformación, transitemos también desde la moral autónoma (la que imprime carácter) a la heterónoma (la acrítica, la defensiva, la que nos viene dada).
- Una práctica ética nos obliga a cruzar la capacidad de autodeterminación del paciente (*empowerment*) con el deber de ayudar del médico, es decir, los principios de autonomía y de beneficencia.
- La toma de decisiones éticas en la práctica médica comienza exactamente en donde comienza la práctica médica, en la clínica.
- La competencia es la capacidad de comprender, valorar, razonar y expresar una decisión de salud, teniendo en cuenta las consecuencias de las diferentes opciones y los propios valores personales.
- La competencia es una situación dinámica que debería verse como un proceso, más que como un acto para la toma de decisiones. Varía en el tiempo: si el estado mental cambia, la competencia también.
- Existen factores personales, familiares y situacionales que influyen en la competencia y pueden ser gestionados y mejorados para favorecer la capacidad de decidir del paciente.
- La valoración de la competencia sigue siendo un problema pendiente, ya que los estudios de fiabilidad de los instrumentos disponibles no son concluyentes y, de hecho, se continúa considerando que el “patrón de oro” es el criterio experto.

Palabras clave: Valores personales • Profesión • Consentimiento informado • Competencia mental.

Los valores éticos son apreciaciones personales de la realidad y dependen de la conciencia de cada individuo. Los juicios valorativos forman parte intrínseca de nuestra condición de personas, de modo que no podemos actuar ni pensar sin ellos. Nos ayudan a tomar decenas de decisiones cada día. Y, desde luego, forman parte de nuestra racionalidad. Un ama de casa sin estudios realiza la compra diaria tomando en cuenta valores. El precio, el aspecto externo de las manzanas, qué productos gustan más en la casa, hasta el equilibrio dietético de la cesta de la compra, son apreciaciones de valor persona-

les. A diferencia de los hechos, y de manera general, podemos decir que los valores dependen de las personas y, por tanto, admiten una mucha mayor variabilidad.

Los profesionales sanitarios no somos una excepción. No lo somos:

1. En cuanto somos individuos con nuestra propia personalidad, cultura, tradición y creencias.
2. En cuanto la propia práctica médica necesita de juicios valorativos en su quehacer.

El modelo biomédico, gracias al cual se ha producido un enorme avance en las ciencias de la salud, se basa clásicamente en la hipótesis objetiva, esto es, en que el conocimiento científico debe apoyarse en hechos y normas libres de valores¹.

Efectivamente, mientras gran parte del saber médico se basa en el concepto de estructura y función (p. ej., hepatopatía), un paciente se experimentará siempre a sí mismo como resultado de un trastorno de la acción, es decir, como afectado (todo él) por un fracaso en sus acciones. De ahí que el modelo biomédico necesite complementarse con valores, para proyectarse desde la noción de proceso (*disease*), a la de enfermedad (*illness*), o desde la función a la persona¹. Ello conlleva cambios en muchos sentidos y aplicaciones prácticas evidentes, ya que la condición de enfermo remite necesariamente a la subjetividad de cada persona, a su experiencia personal, a sus propias vivencias, a su capacidad de reconocerse vulnerable o de pedir ayuda, a sus propios valores. Estas características personales influyen, sin duda, sobre la misma evolución del proceso².

El diagnóstico no siempre requiere de pruebas, pero siempre necesita del relato del paciente. El concepto de rendimiento o afectación también es crucial en el establecimiento del trastorno. Para todo ello, necesitamos juicios valorativos. Manifestaciones como el dolor, la ansiedad o la tristeza, cada vez más frecuentemente expresadas como demanda, son, en muchas ocasiones, más que simples fallos biológicos, respuestas adaptativas a situaciones de la vida. Debemos delimitar cuándo el comportamiento es una desviación producida por un trastorno médico y cuándo corresponde a otro tipo de fenómeno. Para su reconocimiento, necesitamos de juicios valorativos. Del propio paciente, de su entorno y del profesional. Así pues, un modelo de hechos y valores, o como dice Fulford, una práctica basada en valores (PBV). Este autor ha publicado lo que para él serían los principios fundamentales de este enfoque. En esencia, propone lo siguiente (tabla 1)³.

Se trata de entender que los problemas de salud no sólo se explican desde un análisis objetivo del funcionamiento fisiopatológico, sino que aparecen, se desarrollan, modifican o desactivan en un contexto complejo de interrelaciones. Un contexto complejo significa no sólo multicausalidad, sino también variabilidad cultural, grado de tolerancia, contextos y apreciaciones de unos y otros. Así, ser un experto nos obliga a tratar de integrar diversos registros en nuestro modo de abordar los problemas de salud. El registro de la experiencia del trastorno, en primer lugar del paciente, pero también el de sus allegados; en segundo lugar, el narrativo, la interpretación que hace el profesional del problema, y en tercer lugar, el perceptivo o físico o funcional, las pruebas complementarias o instrumentales, y finalmente, el registro terapéutico.

TABLA 1. Los axiomas de un modelo de práctica basada en valores (PBV)

Todas las decisiones se apoyan en dos pilares, hechos y valores, incluyendo las decisiones acerca del diagnóstico
Tendemos a ver los valores sólo cuando son diferentes o conflictivos y de ahí que parezcan un problema
El progreso científico, en la medida en que abre nuevas oportunidades, trae cada vez más diversidad de valores humanos que intervienen en todas las áreas de los cuidados de salud
La primera exigencia de la PBV en cuanto a la información es la perspectiva del paciente o del grupo de pacientes a los que concierne la toma de la decisión
Los conflictos de valores no deberían resolverse tomando como referencia el mejor resultado, sino en primer lugar, tomando como referencia las legítimas perspectivas diferentes presentes
Y en cuanto a la práctica,
La cuidadosa atención al lenguaje utilizado en cada contexto es uno de los métodos más poderosos para captar y ser conscientes de los valores subyacentes
Deberíamos utilizar el razonamiento ético para explorar diferencias en los valores y no para hacer juicios sobre los valores de los otros o determinar qué es lo correcto
Los aspectos de la comunicación son bastante más relevantes que la mera capacidad ejecutiva de la toma de decisión

La profesión del médico

Moral (del latín *mos, moris*) significa hábito o costumbre, aunque la acepción más corriente se refiere a la experiencia cotidiana de juzgar algo como correcto o incorrecto. En realidad no existe “la moral”, sino las morales, ya que constituyen normas o comportamientos dependientes de las diversas culturas y de los valores imperantes. Ética (del griego *ethos*, carácter, personalidad) remite a la necesidad del ser humano de justificar su comportamiento; es una moral creadora de carácter, e implica la crítica racional sobre los comportamientos o las morales. Es decir, la ética examina si una moral “es” moral. Si una acción es un deber es, en las mismas circunstancias, el mismo para todos, necesariamente y desde la convicción. Las morales variarán en sus contenidos históricos y culturales, pero su legitimación única no debiera ser histórica o cultural, sino racional, es decir, universalizable (lo que es bueno para todos, es un deber para mí), autónoma (obrar por convicción, más allá de las tradiciones) y necesaria (lo correcto es lo adecuado y necesario a las circunstancias, y no podría ser por razones contingentes, ni arbitrarias, ni relativas a los gustos)⁴.

La profesión médica se asienta en un principio fundamental de la ética. En los distintos sistemas morales de la humanidad, la respuesta efectiva y solidaria frente a la vulnerabilidad ajena es un rasgo de carácter universal, aunque pueda ser objeto de distintas fundamentaciones⁵. En esta respuesta responsable a la llamada del otro se funda la ética. La vulne-

rabilidad del otro se convierte en un límite al propio ejercicio de la libertad personal y exige una práctica de compromiso frente a dicha vulnerabilidad. El respeto al principio de autonomía requiere inevitablemente del principio de responsabilidad, definido como “el deber de cuidar y preocuparse del otro vulnerable”⁶.

No existe profesión sin ética. Profesión, *professus sum*, significa realizar una promesa pública; declarar públicamente una obligación, en este caso, la de servir a los demás. En su raíz alemana (*beruf*) o inglesa (*calling*) tiene a la vez el sentido de vocación y de misión⁷, de conciencia moral de un deber (universalizable, por convicción personal y necesario). Por eso, el principio de beneficencia está tan arraigado en la profesión médica. En la época clásica, sin regulaciones externas ni desde la administración sanitaria ni desde el mundo judicial, la garantía ética era la base del compromiso de los médicos con la sociedad y con sus pacientes. De aquí parte la razón por la cual la sociedad espera de los médicos, no sólo que hagan bien su trabajo, sino que se preocupen sinceramente por los enfermos, que les ofrezcan las técnicas más modernas y con menos riesgos o incomodidades, que muestren en definitiva un exquisito respeto por el paciente por encima de cualquier otro interés. En el fondo, estas expectativas descansan sobre la idea de que ciertas profesiones no son aceptables sin una conciencia ética elevada, y de que esta conciencia es una garantía mucho más importante que las normas, controles o sanciones que se pudieran practicar.

Pero en el pasado, los pacientes no tenían la misma condición de clientes y ciudadanos que tienen hoy. Las libertades y los derechos humanos se han desarrollado enormemente en las sociedades occidentales modernas y la libertad de conciencia se ha instalado definitivamente como un pilar irrenunciable de nuestra organización social y de nuestro desarrollo personal como individuos. El valor de la autonomía de la persona atraviesa toda relación del individuo con el medio. La democratización de derechos sociales, como el de la salud, y la construcción del estado del bienestar han significado también la recontextualización de la relación clásica médico-paciente en un escenario político, económico y organizacional mucho más complejo. Por eso, en muchos aspectos de nuestra práctica, las regulaciones heterónomas, es decir, procedentes de otros, como el Derecho o la propia administración sanitaria, son tan importantes.

Desde Hipócrates, la ética y la medicina siempre han estado íntimamente relacionadas, y aún hoy los elementos éticos se encuentran en el mismo núcleo de lo que es ser un buen médico⁸. Sin embargo, en la actualidad se reconocen mucho más las competencias técnicas, mientras que los entornos donde se desarrolla la profesión son contextos organizativos amplios, compuestos grupos de intereses distintos (*stakeholders*) y donde existen jerarquía, programaciones y objetivos a cumplir, a veces, bajo la fórmula de incentivos económicos directos. En general, prima la condición de asalariado

a la de profesional, con el claro riesgo de que, en esta transformación, transitemos también desde la moral autónoma (la que imprime carácter) a la heterónoma (la acrítica, la defensiva, la que nos viene dada). Esto también representa un profundo cambio de valores para el ejercicio profesional. Por eso, en un sector como el sanitario, que se ha visto sacudido por cambios tecnológicos tan extraordinarios en los últimos 20 años, se ha hecho un gran esfuerzo de diálogo con el fin de consensuar algunos principios básicos que ayuden en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios, más allá de opiniones o ideologías exclusivamente personales.

Hacia un nuevo pacto entre el profesional y el paciente

Se trata de redefinir y actualizar el profundo componente ético de la profesión médica, de acuerdo con el nuevo escenario. El sentido del deber moral para con el otro vulnerable implica la capacidad de participar en la toma de decisiones racionales, a menudo en condiciones concretas de limitaciones e incertidumbre. Implica asumir el reconocimiento del otro-paciente como persona autónoma con sus propios valores. Significa que, en condiciones de autonomía, los valores personales del paciente son los que realmente importan.

Existen iniciativas, como las ayudas a las decisiones del paciente (*patient decision aids*)^{9,10}, instrumentos para ayudar a las personas en las decisiones de salud según sus preferencias. Se utilizan cuando existe más de una opción médica razonable en el diagnóstico o el tratamiento de un problema de salud (porque en muchas ocasiones no se trata de consentir que se le haga una acción, sino en elegir entre varias opciones: hacerse o no hacerse el PSA o tratarse con quimio/radio o braquiterapia en el cáncer de próstata). Cada opción tiene componentes positivos y negativos que las personas valoran de modo distinto (lo que es importante para uno, puede no serlo para otro). Para tomar una buena decisión, se necesita un experto de los hechos (el médico), un experto capaz de apreciar lo que importa más (el paciente) y una manera de compartir sus puntos de vista.

El consentimiento informado (CI) es la traducción de la libertad de conciencia al ámbito sanitario. En la simplificación última, implica reconocer que el paciente autónomo, maduro, tiene el derecho a rechazar un tratamiento eficaz, aun a costa de su propia vida. A partir del reconocimiento pleno del otro, el modelo de relación que se establece obliga a cruzar la capacidad de autodeterminación del paciente (*empowerment*) con el deber de ayudar del médico, es decir, los principios de autonomía y de beneficencia. El CI debe gestionar con frecuencia el conflicto de valores entre el beneficio del paciente y el de su derecho al ejercicio de la autonomía.

Uno de los mayores expertos en el tema, P. Simón Lorda, lo expresa con total lucidez: “El modelo de consenti-

miento informado que he propuesto reiteradamente es el que insiste en que la toma de decisiones es el fruto de una deliberación compartida entre paciente (autonomía) y profesional (beneficencia) dentro de un marco social que define lo dañino (no-maleficencia) y lo injusto (justicia). El paciente debe, por tanto, aceptar que sus deseos privados no pueden ser ilimitados, sino que están constreñidos por un marco social que es público y colectivo, aunque no sea fijo e inmutable”¹¹.

Recordemos que los principios éticos de la práctica sanitaria (principios *prima facie* de la Bioética) son el de beneficencia (procurar el mayor beneficio al paciente) y el de no maleficencia (no dañarle), el principio de justicia (tratar a todo el mundo de manera equitativa) y el de autonomía (la decisión es del paciente, y se basa en la información y en sus propios valores)¹². Se considera que el principio de autonomía es hoy el primordial en la materialización práctica de lo que entendemos por respeto a la dignidad de la persona y está en la base de concepciones como la humanización de la asistencia, los códigos de derechos y deberes de los usuarios, la orientación al cliente o los protocolos de consentimiento informado. La jerarquía del principio de autonomía es tal que la aplicación del principio de beneficencia en contra de aquél se considera maleficente¹³.

En relación con estos cuatro principios, hay que decir que suele reconocerse que la no maleficencia y la equidad constituyen los principios de ética “mínima” (o pública) considerados prioritarios y, aunque en sí mismos resulten insuficientes, deben considerarse jerárquicamente superiores cuando entran en conflicto con el resto. En este enfoque relativo al bien común (la salud pública) se basa, por ejemplo, la obligatoriedad de tratarse de una tuberculosis activa, que recogen todas las legislaciones sanitarias.

Los principios de beneficencia y no maleficencia se expresan hoy también de una manera diferente. Se trata de la obligación ética de evaluar esmeradamente la relación entre los riesgos y los beneficios razonablemente esperables de una decisión clínica, diagnóstica o terapéutica, siempre en un contexto relacional participativo y adulto entre el profesional y el paciente, en contraposición con la tradicional actitud paternalista de la medicina clásica. Estos principios citados forman parte de la mayoría de códigos y declaraciones más conocidos que se han consensuado desde el famoso Informe Belmont de 1978 o la declaración de la American Medical Association sobre CI en 1981.

La toma de decisiones éticas en la práctica médica comienza exactamente en donde comienza la práctica médica, en la clínica: diagnóstico cuidadoso y evaluación del balance riesgo-beneficio de una intervención diagnóstica, de cribado, prevención y terapéutica⁸. Es sobre esta base que se produce la dinámica de la participación en la relación médico-paciente, un proceso deliberativo en el que ambos intervienen, cada uno desde su lugar (fig. 1).



Figura 1. El proceso deliberativo en la relación médico-paciente.

La competencia para la toma de decisiones sanitarias y su valoración

El ejercicio del derecho a decidir autónomamente implica la “capacidad de hecho” (las aptitudes personales o psicológicas que se poseen) y la “capacidad legal o de derecho” (el reconocimiento legal de las aptitudes anteriores). Aunque en inglés se diferencian con mayor precisión los términos *capacity* y *competency*, en nuestra lengua el concepto de “capacidad” tiene una fuerte connotación jurídica, motivo por el que muchos preferimos utilizar el término de competencia para señalar, en el ámbito sanitario, la capacidad (“de hecho”) de comprender, valorar, razonar y expresar una decisión que afecta a la salud, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales¹⁴, así como los propios valores de la persona.

La competencia para las decisiones sanitarias, además de la capacidad de comprender, valorar, razonar y expresar una decisión, comporta otras dos condiciones esenciales: tener toda la información necesaria acerca de la situación (diagnóstico, beneficios y riesgos de la medida terapéutica o diagnóstica, beneficios y riesgos de la no medida [véase tabla 2]) y actuar de manera voluntaria y libre de coacciones externas¹⁵.

El concepto de competencia remite pues a la capacidad psicológica y madurativa del individuo para poder sostener una decisión concreta, lo que supone hacerse cargo de sus consecuencias. Depende, en primer lugar, del tipo de decisión de que se trate y, más concretamente, del riesgo que suponga. Un individuo puede tener habilidades suficientes para sostener una decisión concreta, pero no para otras de mayor riesgo. Utilizamos y gestionamos, de manera intuitiva, la va-

TABLA 2. Factores que se deben evaluar en las decisiones de salud

Cuando se trata de decisiones sanitarias, los factores que un paciente competente ha de poder evaluar para tomar una decisión asistencial, son:

- La efectividad del tratamiento propuesto
- La evaluación de los riesgos que comporta el tratamiento, la prueba diagnóstica, el cribado, etc., así como los riesgos derivados de no hacer efectivo el tratamiento
- La existencia de otras alternativas viables

loración de la competencia, por ejemplo, en la crianza de los hijos. El desarrollo psicoevolutivo puede verse como una conquista de nuevas competencias. La evaluación de la competencia es una función que padres y madres tratan de ejercer de manera continuada durante la etapa de crianza, lo que hace que pueda considerarse a un niño de 3 años “competente” cuando pide un vaso de agua, pero no para salir a la calle a jugar solo.

La competencia se basa en una decisión autónoma orientada a una finalidad concreta. La autonomía es un *continuum*, una dimensión teóricamente cuantificable que puede aumentar o disminuir. La competencia, en cambio, es dicotómica, categorial: para una decisión concreta se es o no se es competente¹⁶. Así, un paciente con un trastorno mental grave puede no ser competente para gestionar su patrimonio pero sí para decidir entre dos opciones terapéuticas.

En 1977, Roth et al¹⁷ realizaron un estudio basado en la revisión de un número considerable de sentencias judiciales y llegaron a la conclusión de que la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones se relacionaba con la trascendencia de la decisión que se debía tomar.

Drane¹⁸ publicó, en 1985, un famoso artículo donde establecía claramente que la competencia de una persona no es un valor genérico ni estable y que depende en esencia del tipo de decisión que deba tomar, y sobre todo de sus consecuencias. En función de ellas, las demandas funcionales (las aptitudes o habilidades psicológicas necesarias) cambian y, por tanto, los requerimientos que exigimos para aceptar la competencia del paciente, también. Drane clasificó las distintas tipologías de decisiones en el marco sanitario en decisiones difíciles, fáciles y de dificultad mediana. A este modelo se lo denominó “escala móvil de la competencia” (tabla 3).

Las decisiones difíciles son aquellas en las que optamos por el mayor riesgo, sea porque es el único modo de obtener la salud, sea por la importancia que le damos a nuestros valores, ideología o convicciones religiosas o morales. Son ejemplos consentir un tratamiento de altísimo riesgo vital o cuando el diagnóstico no es claro. O bien rechazar un tratamiento de alta eficacia y bajo riesgo. Se comprende que una decisión así requiere mucha competencia mental y no sería aceptable, por ejemplo, en un menor o en un disminuido intelectual.

Las decisiones fáciles son las contrarias. Aceptar un tratamiento muy efectivo y sin riesgo no implica mayores habilidades, como tampoco rechazar algo que sólo trae incomodidades o problemas y un beneficio pequeño. Los requerimientos para que la decisión sea competente son mínimos. No serían competentes los niños menores de 10 años, las personas con retraso mental profundo, demencia grave o desorientación, psicosis aguda.

Entre ambas dificultades estarían las de dificultad mediana, normalmente referidas a situaciones crónicas donde riesgos y beneficios van más parejos, o donde existe mayor

TABLA 3. Escala móvil de Drane

Nivel de decisión	Tipo de decisión	Requerimientos	Pacientes competentes
Nivel 1: fácil (riesgo mínimo)	Consentir tratamiento eficaz	Conciencia básica de la situación clínica	Menores de 10 años
	Rechazar tratamiento Ineficaz	Asentimiento: aceptar implícita/explicitamente las propuestas	Retraso mental leve Demencia moderada
Nivel 2: medio (riesgo medio)	Consentir o rechazar tratamientos de eficacia dudosa	Comprensión de la situación médica y del tratamiento	Adolescentes
		Capacidad de elección basada en expectativas médicas	Retraso mental leve Trastorno de la personalidad
Nivel 3: difícil (riesgo alto)	Consentir tratamientos ineficaces	Comprensión reflexiva crítica de la enfermedad y el tratamiento	Adultos: Capacidad reflexiva y autocrítica
	Rechazar tratamientos efectivos	Capacidad de tomar decisiones racionales basadas en criterios internos	Mecanismos de conducta maduros

incertidumbre. No serían competentes personas con depresión grave, fobia al tratamiento, trastornos del pensamiento (delirio, intoxicación aguda) y pérdida de memoria de fijación. Nótese que, frente a una situación clínica concreta, no tiene la misma dificultad (y, por tanto, no exige la misma capacidad) aceptar que rechazar, salvo en las decisiones medianas.

El modelo de Drane introdujo un enfoque mucho más concreto a la metodología de la valoración de la competencia, pero se ha criticado que reintroduce una cierta mirada subjetiva y paternalista (el “riesgo” lo evalúa el médico y podría ser distinto según el evaluador), que enfoca bien el qué pero no el cómo de la evaluación, o la dificultad de encarar opciones en las que, tanto si son de aceptación o de rechazo, la decisión final pueda seguir siendo del médico¹⁹.

En 1988, Appelbaum y Grisso²⁰ publicaron sus criterios de competencia:

1. La habilidad o capacidad de expresar una elección.
2. La capacidad de entender la información relevante para la toma de la decisión.
3. La capacidad de valorar el significado de esa información en relación con la propia situación, especialmente en lo referente a la propia enfermedad y el significado personal (valores) de las probables consecuencias de las opciones de tratamiento.
4. La capacidad de razonar, manejando la información relevante, para desarrollar un proceso lógico de adecuada consideración de las opciones terapéuticas.

En esquema, la toma de decisiones en el ámbito sanitario pivota sobre dos modelos bien caracterizados, como se muestran en la figura 2.

Tomando como base estos criterios en mayor o menor medida, se han propuesto distintos modelos de instrumentos, tanto para la clínica general²¹ como para la evaluación psiquiátrica que a veces se requiere^{22,23}.

Grisso y Appelbaum²⁴ diseñaron, en 1998, la MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT-T), una herramienta que permite obtener la información de forma organizada, relativamente rápida y cuantificada. Consiste en un cuestionario que recoge las 4 fases citadas en las que hemos dividido la competencia (información, valoración, razonamiento y decisión), con diversos apartados para los diferentes puntos de cada fase. Probablemente, se trata del instrumento de referencia, aunque aún no ha sido validado al español.

Los autores citados realizaron un estudio multicéntrico a gran escala²⁵, utilizando la MacCAT-T, y en el que demostraron que, cuanto más rigurosamente se explore la competencia, más probablemente los pacientes psiquiátricos eran evaluados como competentes. En el estudio se aceptaba las limitaciones a la validez de estas valoraciones, pero también que, en general, debía darse más crédito a los usuarios.

Recientemente, Simón Lorda²⁶ realizaba un exhaustivo análisis acerca del desarrollo de los instrumentos de evaluación disponibles. Citando los trabajos de Sturman²⁷ y de Moye et al²⁸, concluye que los criterios de comprensión y razonamiento de los instrumentos como el citado se correlacionan bien con las pruebas neuropsicológicas al uso, como el MiniMental^{29,30}, pero no así los criterios de apreciación (la valoración que hace el sujeto acerca del significado personal de las consecuencias de las opciones), que son más difíciles de objetivar. Los estudios de fiabilidad de los instrumentos disponibles no son concluyentes y, de hecho, se continúa considerando que el “patrón de oro” es el criterio experto.

Así pues, la valoración de la competencia sigue siendo un problema pendiente. Algunos opinan que, fuera de los proyectos de investigación donde es necesario objetivar este punto (existe una versión de la McArthur, el Mac-CAT-CR, orientada a la valoración de la competencia en materia de investigación), en la práctica asistencial cotidiana “abordar el problema de la competencia significa tratar de visualizar a la persona de la forma más global, integral y holística posi-

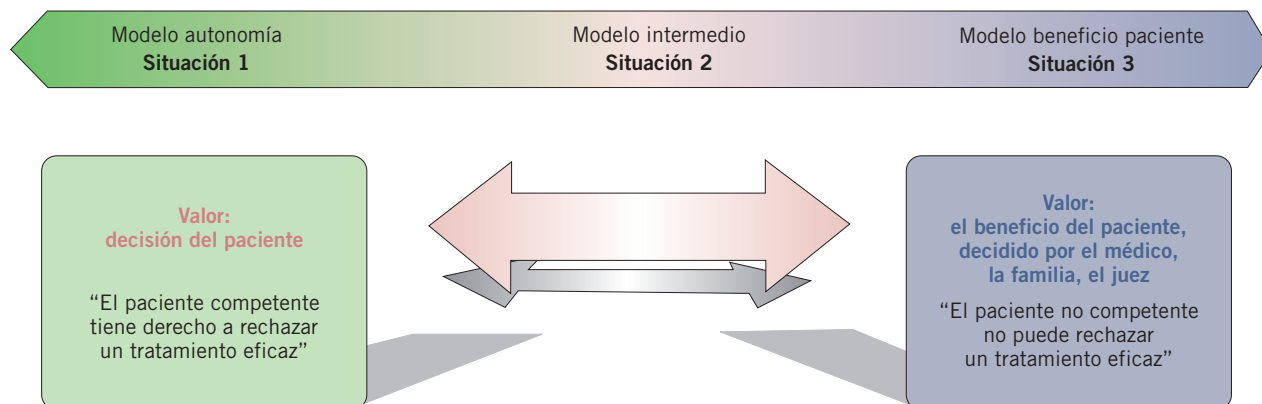


Figura 2. Modelos básicos de relación asistencial en razón de la competencia del paciente.

ble³¹, es decir, aplicar el paradigma de la clínica y del consentimiento informado de manera adecuada (tabla 4).

Mejorando la competencia mental del paciente

La competencia es una situación dinámica que debería verse como un proceso, más que como un acto en las decisiones difíciles. Varía en el tiempo: si el estado mental cambia, la competencia también. Así pues, ¿cuándo evaluar la competencia? (tabla 5).

La competencia no es una condición pura e independiente de la situación concreta, ahora y aquí. Es relativa (depende del tipo de decisión), es racional (depende de la capacidad mental, en general) y relacional (influye el contexto con los otros). La competencia (no la decisión) admite ser influida, modificada, mejorada.

Existen factores personales, familiares y situacionales³² que afectan a la competencia del paciente y que pueden gestionarse y mejorarse para favorecerla.

Los factores personales pueden valorarse gestionando una adecuada relación con el paciente. Las funciones neurológicas y cognitivas son fundamentales para la toma de decisiones. Diferentes estructuras cerebrales, como el sistema límbico o el neocórtex, las funciones de memoria, orientación, el lenguaje y la capacidad de juicio, intervienen de manera decisiva²². Es necesario explorar la situación emocional del paciente y descartar trastornos psicopatológicos. En este sentido, debemos entender que la presencia de emociones como la ansiedad, la tristeza o el miedo pueden ser egosintónicos y perfectamente adaptativos a la situación vivida. Pero también que la depresión franca o las defensas rígidas, como la negación, pueden ser un factor realmente limitante, ya que pueden distorsionar de manera significativa no sólo la comprensión, sino también el peso que el paciente dé, por ejemplo, a los riesgos de las diferentes opciones.

Los psicofármacos y otros fármacos de uso general pueden alterar el estado psíquico y, por tanto, la competencia.

Los factores familiares presentan un interés creciente en los sistemas sanitarios, dada la trascendencia de los cuidados informales en la atención a los enfermos crónicos, las personas mayores y, por supuesto, los niños y adolescentes. Es evidente que nuestro actual marco jurídico se basa exclusivamente en los derechos individuales, y que, salvo en los supuestos de incapacitación legal o minoría de edad, la tendencia general es a considerar solamente al individuo como depositario de derechos. Los familiares cuidadores deben participar en la toma de decisiones si los cuidados de la persona lo requieren razonablemente y si van a participar realmente en la prestación de dichos cuidados. Los familiares cuidadores deben reconstruir sus relaciones con el paciente, añadiendo un rol (proveer atención) que, de algún modo, les

TABLA 4. Explorando la competencia

1. Exploración funciones cognitivas: MMS de Folstein (visión neuropsicológica)
 2. ¿Entiende la información? Con sus palabras, qué enfermedad, qué pruebas o medidas y por qué, riesgos y beneficios si se hace y si no se hace
 3. ¿Puede valorar (apreciación) la información en relación con su situación personal? ¿Por qué lo informamos de todo eso y qué parte le afecta más de todo lo que le hemos dicho?
 4. ¿Puede razonar con los datos que le hemos dado? ¿Relaciona bien los factores que se deben tener en cuenta y las alternativas?
 5. ¿Puede expresar la decisión? Pedírselo
- Repetir la valoración transcurridos al menos 2 días
- Registrar detalladamente el proceso de evaluación y los datos clínicos que lo sustenten

TABLA 5. ¿Cuándo evaluar la competencia?

Hay que estar atentos a la competencia continuamente, y evaluarla siempre que:

1. Se produzca un cambio brusco en el estado mental
2. El profesional no entienda, honestamente, el rechazo a un tratamiento
3. El paciente dé demasiado fácilmente consentimiento para una intervención de riesgo
4. El paciente modifique bruscamente una decisión contraria anterior
5. Cambie el problema o la demanda a decidir

es delegado. Deberían tener entonces algunos derechos en tanto que familiares (conocen al paciente y sus valores) y en tanto que cuidadores (necesitan ser informados).

Los factores situacionales son significativos. En una situación de urgencia, suponemos que una persona razonable querría ser tratada, y esto determina en gran parte la conducta del médico. Además, difícilmente podrá tratarse el problema de la competencia siguiendo el marco del proceso que proponemos. En cualquier caso, el enfoque dependerá en gran parte de la posibilidad de diferir la toma de la decisión para que el paciente pueda, efectivamente, participar.

Es fundamental que el encuadre en el que se realiza la valoración de la competencia sea apropiado al tipo de decisión requerido (espacio y tiempo, ambiente privado, tranquilo y protegido) y recordar que cuanto más difícil es una decisión, más "entorno emocional" se necesita para tomarla.

Para mejorar la capacidad del paciente deberemos averiguar las causas de su disfunción e intervenir para solucionarlas o controlarlas (tabla 6).

Gestionar hoy los principios éticos clásicos en los que se ha basado siempre la profesión médica, implica un ejercicio audaz de combinar el conocimiento científico con la sensibi-

TABLA 6. Mejorar la competencia del paciente

1. ¿Existe un problema psiquiátrico que limita la capacidad del paciente, ahora y aquí, para la correcta comprensión y apreciación de la situación? Atenderlo, si es el caso, antes de la toma de decisiones. Pensar en un tratamiento farmacológico
 2. ¿El paciente está tomando medicamentos que pueden afectar a sus capacidades de razonamiento actuales? Revisar los medicamentos y ver si se pueden omitir, cambiar, etc.
 3. Revisar la calidad de la información transmitida: ¿es necesario dársela también por escrito?, ¿necesita el paciente traductor o mediador cultural?, ¿podemos apoyarnos en otro profesional mejor comunicador o más experto?, ¿es necesaria una segunda opinión?
 4. ¿Existe demasiada ansiedad en el paciente? ¿Expresa mecanismos de defensa psicológicos exagerados, como por ejemplo la negación o ideas sobrevaloradas? Tratarlo y afrontarlo
 5. ¿El paciente podría beneficiarse de la implicación en la toma de decisiones de familiares o amigos? ¿Y de algún otro profesional de su confianza?
- Diferir la decisión para mejorar la capacidad del paciente puede ser la mejor decisión, siempre que esto sea posible

lidad de reconocer al paciente como sujeto activo (autónomo) de su propia vida, así como de identificar su vulnerabilidad, que en ocasiones puede ser extraordinariamente limitante. Se trata de construir una relación dialógica que ayude al paciente, no sólo a afrontar sus problemas de salud, sino a poder hacerlo desde su propia visión de la vida. La valoración de la competencia del paciente para una decisión de salud es un aspecto concreto de la construcción de esa relación, pero es también un proceso dinámico que admite ser enfocado y mejorado desde la propia práctica clínica. Es posible que los contextos en los que se mueve el profesional no sean muy favorables para tal práctica, pero no hay duda de que sin ella la medicina dejaría de tener el sentido profesional que ha sido su razón de ser para convertirse en una técnica alejada de las necesidades reales de las personas.

Bibliografía

1. Fulford KWM. Filosofía analítica, neurociencias y concepto de trastorno. En: Bloch S, Chodoff P, Green SA, editores. *La ética en psiquiatría*. Fundación Archivos de Neurobiología. Madr: Ed. Triacastela; 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. *Evaluación de los métodos de tratamiento de los trastornos mentales*. Ginebra, 1991.
3. Fulford KW, Hope T. Control and practical experience. En: Koch HG, Reiter-Theil S, Helmchen E, editores. *Informed Consent in Psychiatry*, 1996.
4. Begoña Román. *Conciencia moral y pluralismo en la sociedad actual*. Ars Brevis. 1996;2:157-76.
5. Rendtorff JD, Kemp P. Report to the European Commission of the BIOMED II Project Basil Ethical Principles in Bioethics and Biolaw (Vol II). Barcelona: Institut Borja de Bioètica; 2000.
6. Jonas, H. *El principio de responsabilidad: una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Ed. Herder; 1995.
7. Cortina A. Universalizar la aristocracia. Por una ética de las profesiones. En: *La Bioética, lugar de encuentro II Congreso Nacional de la Asociación de Bioética fundamental y clínica*. Barcelona, 1998.
8. Drane J. Ética médica, profesionalidad y la competencia del enfermo. En: *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas. n.º 14. Barcelona, 2008.
9. International Patient Decision Aid Standards (IPDAS). Disponible en: www.ipdas.ohri.ca
10. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A. (International Patient Decision Aids Standards [IPDAS] Collaboration). Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ*. 2006;333:417.
11. Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:99-106.
12. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética médica*. Barcelona: Masson; 1999.
13. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Ed. Eudema; 1989.
14. Appelbaum PS, Roth LH. Competency to consent to research. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39:951-8.
15. Beauchamp TL, McCullough LB. *Ética médica*. Madrid: Labor; 1987.
16. Llovet JM, Ramos J. Capacidad mental y consentimiento en los trastornos mentales graves. En: *La Bioética, lugar de encuentro*. Madrid: Ed. Asociación de Bioética Fundamental y clínica; 1999.
17. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry*. 1977;134:279-84.
18. Drane J. The many faces of competency. The Hasting Center Report. April, 1985. Disponible en español: *Las múltiples caras de la competencia*. En: Couceiro A, editor. *Bioética para clínicos*. Madrid: Ed Triacastela; 1999.
19. Culver CM, Gert B. The inadequacy of incompetence. *Milbank Q*. 1991;68:619-43.
20. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med*. 1988;319:1635-8.
21. Bean G, Nishisato S, Rector NA, Glancy G. The psychometric properties of the competency interview schedule. *Can J Psychiatry*. 1994;39:368-76.
22. Freedman M, Stuss DT, Gordon M. Assessment of competency: the role of neurobehavioral deficits. *Ann Intern Med*. 1991;115:203-8.
23. Mahler J, Perry S. Assessing competency in the physically ill: guidelines for psychiatric consultants. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39:856-61.
24. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment*. New York: Oxford University Press; 1998.
25. Appelbaum PS, Grisso T. The McArthur treatment competence study I. Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Human Behavior*. 1995;19:105-26.
26. Simón Lorda P. La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. En: *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas n.º 14. Barcelona, 2008.
27. Sturman ED. The capacity to consent to treatment and research: A review of standardized assessment tools. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:954-74.
28. Moye J, Gurrera RJ, Karel MJ, Eldestein B, O'Connell C. Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment. *Clinical implications and research needs*. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:1054-77.
29. Folstein MF. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psy Res*. 1975;12:189-98.
30. Lobo A, Esquerria J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva A. El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1979;3:189-202.
31. Busquets M. Intervenciones de la mesa redonda. En: *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas n.º 14. Barcelona, 2008.
32. Esquerda M. Valoración de la competencia del menor en relación a la toma de decisiones sanitaria. En: *Adolescencia: conflicto y decisión*. Fundación Mapfre- Institut Borja de Bioètica, 2008.