



## COMPETENCIA Y SU VALORACIÓN

Junto con la información en cantidad suficiente y la voluntad, la competencia es uno de los elementos del Consentimiento Informado. Se trata de un concepto complejo, relacionado con el aspecto más operativo de la autonomía de las personas. Es una cualidad que debe caracterizarse y calificarse con relación a una tarea (obrar, votar, contratar, testar o tomar decisiones sanitarias) y debe presumirse siempre, ya que en principio ha de considerarse a toda persona autónoma, y en todo caso deberá demostrarse la incompetencia (1). Por lo tanto, mientras no se demuestre lo contrario, todo sujeto es competente.

El desarrollo del concepto de competencia en Norteamérica (EEUU y Canadá) se ha apoyado en decisiones judiciales que han definido los requisitos de competencia de los individuos. Además de su raíz más judicial que clínica, cualquier revisión sobre competencia representa, un auténtico quebradero de cabeza al utilizarse en la literatura americana de forma más o menos intercambiable por una parte los términos *competence / competency* (de significado jurídico ligado a la capacidad de obrar) y, por otra, *capacity* (de carácter clínico-psicológico y ético) (2). Uno de los autores que más atención ha prestado al consentimiento informado en España, Pablo Simón, ha ofrecido definiciones de competencia:

*“capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores”*(3).

y de capacidad:

*“Estado psicológico empírico en que podemos afirmar que la decisión que toma un sujeto es expresión real de su propia identidad individual, esto es, de su propia autonomía moral personal (...) por tanto, la capacidad es la forma operativa y funcional de ese otro concepto más filosófico que es la autonomía moral personal, un atributo del hombre como ser, con la potestad en la vida dándose a sí mismo el sentido y la norma de existencia” (4)*

No obstante, y puesto que la traducción al castellano puede prestarse a confusiones, al utilizar el término competencia obviaremos cuál es el concepto más adecuado o el término que en mayor pureza lexicológica debería utilizarse, para referiremos al lector esencialmente a una tarea concreta, que es la de la toma de decisiones vinculada al consentimiento informado; en otros términos, la función cuya presencia o ausencia hace que el individuo pueda o no consentir un procedimiento sanitario.

La Competencia puede contemplarse desde una perspectiva relativista, como un continuum entre la competencia plena y la incompetencia total en la que la diferencia es de grado: se puede tener más o menos, y el límite competencia - incompetencia deberá ser necesariamente arbitrario. Otra perspectiva alternativa consiste en la concepción de la competencia como un umbral, de manera que existe un requisito mínimo de Competencia, tal que todos lo pasen son competentes por igual, en tanto que todos los que no lo pasen son incompetentes por igual. Esta segunda concepción es más práctica, pero la idea de un continuum aporta otros elementos valiosos. Así, en los sistemas de oposición más habituales, aunque todos los que sobrepasan el umbral (en este caso, todos los que aprueban el examen) son igualmente competentes *"hacia abajo"* para unos requisitos mínimos (ser incluidos en listas de sustituciones), los que con mejores puntuaciones hayan resultado ser más competentes *"hacia arriba"* serán quienes obtengan una plaza en propiedad.

Otro aspecto peculiar de la Competencia es su variabilidad en un mismo individuo, según la función que consideremos o a lo largo del tiempo. Una persona puede ser competente para una función (decidir sobre un tratamiento, por ejemplo), pero no para otra (conducir un vehículo). Por otra parte, es obvio que en situaciones de inconsciencia no se tienen las mismas capacidades que al recuperar el nivel de conciencia normal. Esto implica que algunas situaciones de incompetencia son tratables y por lo tanto, reversibles.

En el marco clínico, la duda sobre la Competencia para la Toma de Decisiones Sanitarias (CTDS) se presenta sólo ante una decisión conflictiva. Si no hay desacuerdo con el médico o si la decisión no introduce riesgos significativos no suele cuestionarse, aunque en un sentido estricto y teórico pudiera dudarse de ella. Habrá que plantearse, por lo tanto, cómo valorar la CTDS.

## **Criterios de Competencia para la Toma de Decisiones Sanitarias**

En los años 60 y 70 en los EEUU numerosas sentencias se pronunciaron sobre la CTDS de pacientes que habían rechazado procedimientos terapéuticos o diagnósticos. En 1977, Roth y colaboradores (5) revisaron los criterios más utilizados en esas sentencias y los agruparon en cinco:

- 1.- **Expresar una elección:** Capacidad de expresarse a favor o en contra de un tratamiento: asentir o disentir.
- 2.- **Decisión "razonable"** comparada con el criterio de la persona "razonable".
- 3.- **Elección basada en motivos racionales** (no relacionados con enfermedad)
- 4.- **Capacidad para comprender el proceso de toma de decisiones, con los riesgos y beneficios**
- 5.- **Comprensión real y completa** del proceso de decisión.

Estos cinco criterios parten, como se ha dicho, de sentencias judiciales, y su nivel de exigencia es diferente. Desde una perspectiva umbral, cada uno de ellos representa diferentes puntos de corte, por lo que del hecho de que se utilice uno u otro se derivará una mayor o menor exigencia para que el paciente sea considerado competente.

El primer criterio (*expresar una elección*) es el menos exigente y el que pueden superar más personas; supone, por lo tanto el máximo respeto por la autonomía de las personas, ya que toda persona capaz de elegir es considerada autónoma. Por contra, el criterio de la *decisión razonable* sacrifica la autonomía personal en aras de fines sociales y de la promoción de la salud individual, ya que toda decisión que no sea asumible por la hipotética "*persona razonable*" (por ejemplo, la retirada de medidas de soporte vital en determinadas circunstancias) será descartada automáticamente.

A su vez el criterio de elección racional podría descartar a todas las personas con trastornos psiquiátricos severos. Por último, los criterios de comprensión del proceso y de comprensión real y completa requieren una información y una cierta educación del paciente, por lo cual exigen no sólo una mayor competencia, sino también un conocimiento y una relación asistencial más dilatada.

En 1982, la *President's Commission* (6) introdujo los siguientes criterios de competencia:

- 1.- El paciente debe poseer una **escala de valores y objetivos** en que fundamentar sus decisiones
- 2.- Capacidad para **comprender y comunicar la información**, junto con una suficiente experiencia vital para *apreciar el significado* de las posibles actuaciones.
- 3.- Capacidad para **razonar y discutir** acerca de la propia opción.

De esta manera se podían aceptar como competentes a personas que tomaban decisiones aparentemente irracionales siempre que estuvieran en armonía con la escala de valores del paciente.

En 1988, Appelbaum y Grisso publicaron sus criterios de CTDS (7):

1.- **Capacidad de comunicar una elección**, que exige una capacidad para mantener y comunicar elecciones estables un tiempo lo suficientemente dilatado como para poder llevarlas a cabo.

2.- **Comprensión de la información relevante** para la decisión a tomar. Requiere una memoria suficiente para almacenar palabras, frases y secuencias de información, reteniéndose así los datos fundamentales sobre la situación. Exige asimismo un nivel adecuado de atención y participación de los procesos intelectuales.

3.- **Apreciación de la situación** (enfermedad, elección) y sus consecuencias. Este criterio se refiere al significado que tienen los datos y las situaciones (estar enfermo, tener que tomar una decisión, consecuencias) para el paciente. No se relaciona con lo razonable o no razonable de la opción del paciente, sino con la necesaria aprehensión de la situación para poder tomar una decisión.

4.- **Manipulación racional de la información**. Supone la capacidad de utilizar procesos lógicos para comparar beneficios o riesgos, sopesándolos y considerándolos para llegar a una decisión. Implica una capacidad para alcanzar conclusiones lógicamente consistentes con las premisas de modo que se refleje el valor o peso que previamente se les asignó.

Estos cuatro criterios son los más reflejados en la bibliografía e introducen varios cambios respecto de los criterios de Roth y colaboradores, en los que se basan. Otras propuestas proceden de países diferentes a los EEUU. Así, la *Canadian Psychiatric Association* ha propuesto los siguientes criterios para la valoración de la competencia para consentir tratamientos (8):

- 1.- ¿Comprende el paciente la enfermedad para la que se propone el tratamiento?
- 2.- ¿Comprende el paciente la naturaleza y el propósito del tratamiento?
- 3.- ¿Comprende el paciente los beneficios y los riesgos de seguir el tratamiento?
- 4.- ¿Comprende el paciente los beneficios y los riesgos de no seguir el tratamiento?

Si bien estas preguntas se refieren sólo a la comprensión de determinadas cuestiones, implícitamente contemplan aspectos como la apreciación y la manipulación racional de la información. Por otra parte, en la aplicación práctica de estos criterios toda persona que no puede comunicarse es considerada incompetente.

Como ya se ha indicado, estos diferentes conjuntos de criterios, extraídos entre las variadas propuestas existentes en la literatura, surgen de decisiones judiciales que a su vez se basan en tradiciones jurídicas determinadas, y se encaminan hacia actuaciones legales. Por estos motivos, habría que plantearse hasta qué punto son transferibles a nuestra realidad social y asistencial. Pero al margen de estas consideraciones sobre lo que podría llamarse validez transcultural, los criterios de CTDS más habituales plantean cuestiones importantes.

En primer lugar, la valoración de la competencia se orienta hacia *tareas específicas* (en este caso, consentir un tratamiento). Esto quiere decir que personas que se desenvuelven con absoluta independencia en otros ámbitos de la vida pueden, en un momento determinado, ser consideradas incompetentes para la toma de decisiones sanitarias. Este es el criterio generalizado, aunque hay quien defiende que las personas que son capaces para tomar decisiones en otros ámbitos de su vida deberían ser consideradas automáticamente competentes para tomar decisiones sanitarias (9).

Algunos criterios, como los de la President's Commission o los de la Canadian Psychiatric Association constituyen un conjunto de requisitos necesarios, de manera que deben cumplirse todos ellos para aceptar que el paciente es competente. Los de Roth o Appelbaum, en cambio, se plantean como alternativos o intercambiables, de manera que del hecho de que se seleccione uno u otro se desprenderá una *diferente grado de exigencia* para que el paciente pueda ser considerado competente. En todo caso, todos los criterios expuestos se refieren a aspectos intelectuales y cognitivos del funcionamiento mental del individuo, sin entrar a considerar el factor afectivo.

Por otra parte, los criterios no mencionan en ningún momento que entidades clínicas concretas conlleven automáticamente incompetencia para la toma de decisiones sanitarias. Como consecuencia del principio de que la CTDS se presume no puede suponerse de antemano que un paciente afecto, por ejemplo, de un trastorno esquizofrénico, sea por definición incompetente. Será preciso en su caso estudiar el grado de cumplimiento de estos criterios de CTDS para poder determinar si es competente o no.

Otro aspecto importante es que todos los criterios dan por supuesto que se ha aportado *información* de manera comprensible para el paciente tipo. De ahí la trascendencia de que la información se aporte en cantidad y calidad suficiente.

Las alusiones a *escalas de valores* pueden resultar incómodas, puesto que cabe preguntarse hasta qué punto es habitual que los sujetos normales puedan referirse para la toma de cualquier tipo de decisión a un sistema jerarquizado de objetivos o valores. Una lectura restrictiva de este criterio, por lo tanto, podría llevar a la conclusión de que una gran parte de los ciudadanos son incompetentes. A este respecto Buchanan y Brock aclaran que la CTDS no requiere un conjunto de valores plenamente consistente, y mucho menos un detallado plan vital para cubrir todas las contingencias. Desde una perspectiva minimalista, estos autores señalan que basta con que el individuo formule y se adhiera a una elección a lo largo de su discusión, puesta en práctica y desarrollo (10).

## **La Competencia en la Clínica**

La realidad clínica ha demostrado que existen elementos y circunstancias que influyen y matizan la competencia. Appelbaum y Roth (11) recogen algunos de ellos:

\* **Factores psicodinámicos.** Miedo del paciente al procedimiento diagnóstico o terapéutico.

\* **Calidad de la Información aportada por el paciente,** con la posibilidad de que oculte datos o sintomatología.

\* **Calidad de la Información presentada al paciente**, con el riesgo de que si es incompleta o inadecuada pueda condicionar el proceso de decisión del paciente y dar la impresión de incompetencia

\* **Estabilidad del estado mental**. El estado de ánimo, el nivel de conciencia, y otros fenómenos clínicos pueden variar a lo largo del tiempo, por lo que la valoración de incompetencia puede modificarse si se reevalúa al paciente en otro momento.

\* **Efecto del marco asistencial**. Si el lugar en que se realiza el tratamiento le desagrada o hay factores personales o étnicos que dificultan la relación con el equipo asistencial, el paciente puede reaccionar rechazando el abordaje o desoyendo la información que se le aporte. En estos casos puede crearse una falsa impresión de incompetencia por factores derivados del marco de tratamiento.

Las alteraciones neurológicas y cognitivas influyen decisivamente en la CTDS. En la toma de decisiones sanitarias participan diferentes funciones y estructuras cerebrales, como el sistema límbico (aspectos instintivos e impulsivos) y el neocórtex (comunicación) y se requiere la intervención de la memoria, el lenguaje y las funciones superiores (incluida la introspección y el razonamiento lógico) (12). Las alteraciones de estas funciones pueden condicionar la CTDS, en especial en aquellas circunstancias en que se utilice un criterio de alta exigencia.

A pesar de que tienden a ser olvidados en las valoraciones, dada la enorme relevancia que se concede a la dimensión cognitiva en todos los criterios de CTDS, los aspectos afectivos juegan una gran influencia al matizar y distorsionar notablemente el peso que da el paciente a los riesgos y beneficios. Los enfermos depresivos tienden a hacer valoraciones menos optimistas que los sujetos normales en situaciones problemáticas. En otras palabras, frente a la negación defensiva del individuo normal, el depresivo exhibiría un realismo depresivo que hace que sus juicios sobre la situación se ajusten más a la realidad y a las probabilidades reales de éxito (13). Por último, la edad avanzada parece influir negativamente sobre la CTDS, especialmente si se añaden otros factores como la presencia de enfermedades médicas agudas o crónicas, alteraciones cognitivas, un bajo nivel educacional y resultados pobres en tests de vocabulario (14).

## Valoración de la Competencia

Una vez definidos criterios de CTDS y establecidos los factores clínicos que pueden condicionarla, surge el problema de su valoración o medición.

Ya en el trabajo original de Roth y colaboradores (5) se sugería una primera aproximación al problema. Los criterios de base judicial recogidos por estos autores podían jerarquizarse de menor a mayor exigencia, por lo que se proponía que se utilizaran en relación con la trascendencia de la decisión a tomar. De esta manera, las decisiones de rechazo de procedimientos con un ratio riesgo / beneficio favorable requerirían que el sujeto sobrepasara un criterio de competencia muy exigente, mientras que en las situaciones en que se rechazara un procedimiento con un ratio riesgo / beneficio desfavorable podría utilizarse un criterio de baja exigencia. Para el consentimiento se procedería a la inversa.

Aunque se afirme que la competencia es un fenómeno de todo o nada existen situaciones que exigen más o menos competencia a la hora de enfrentarse a ellas. Si el dintel de competencia requerido es desproporcionadamente bajo para la tarea se corre el riesgo de que personas incompetentes decidan en situaciones de gran gravedad. Por otra parte, la mayor parte de las personas pueden ser competentes para tomar ciertas decisiones, por lo que si se utiliza un criterio de gran exigencia se anulará innecesariamente la competencia del sujeto para participar las decisiones sobre su cuidado. Por lo tanto, una aplicación indebida por defecto de los criterios de competencia puede dar lugar a un autonomismo exagerado, mientras que si la aplicación indebida lo es por exceso se dará lugar a actitudes paternalistas "*duras*".

Esta estrategia fue desarrollada posteriormente por Drane en su conocida Escala Móvil de Competencia (15). Este autor distingue tres grados progresivos de exigencia en las decisiones sanitarias. En el primer nivel los criterios de competencia consisten en Conocer (conciencia básica de la propia situación) y Asentir de manera explícita o implícita a las

opciones que se le proponen al sujeto. No cumplen estos requisitos básicos y son por lo tanto incompetentes las personas en estado de inconsciencia, coma o Estado Vegetativo Persistente, los niños pequeños y las personas con retraso mental severo o con demencias avanzadas. Cumplen los requerimientos, en cambio, algunos grupos como los niños, las personas con retraso mental y los que padecen formas moderadas de demencia, por lo que son competentes para esta categoría de decisiones de baja exigencia, que incluyen el consentimiento de tratamientos eficaces y el rechazo de tratamientos ineficaces.

En el segundo nivel, los criterios consisten en Comprender la situación médica y el tratamiento y en la capacidad de Elegir basada en las expectativas aportadas por el médico. En esta categoría son incompetentes las personas con trastornos afectivos severos, los pacientes con fobia al tratamiento, los mutistas, las personas con problemas mnésicos y cognitivos, los pacientes con distorsiones psicopatológicas severas y todos los competentes o incompetentes para la categoría 1. A juicio de Drane, los adolescentes, las personas con retraso mental leve y los trastornos de personalidad con defensas no psicóticas son competentes para esta categoría de decisiones de exigencia media, por lo que pueden consentir o rechazar tratamientos de eficacia dudosa.

Finalmente, en el tercer nivel los criterios consisten en Apreciar (comprensión reflexiva y crítica) la enfermedad y el tratamiento y en Decidir de forma racional basándose en consideraciones relevantes que incluyen creencias y valores sistematizados. Son incompetentes para esta categoría los pacientes indecisos o ambivalentes, los que tienen creencias erróneas sobre la realidad, las personas con mecanismos de defensa neuróticos, los paciente hipomaniacos y los deprimidos leves y todos los recogidos en las categorías 1 y 2. Serán competentes los adultos, los enfermos reflexivos y autocríticos y las personas con mecanismos de defensa maduros, que podrán consentir tratamientos ineficaces y rechazar tratamientos eficaces.

A esta escala se le ha criticado (16) porque en la valoración de la CTDS se incluye de hecho el resultado de la decisión, quedando ésta escindida en dos decisiones diferentes. Por ejemplo, según esta estrategia, la decisión sobre una transfusión de sangre en una situación de riesgo vital, se descompone en dos: Aceptación de la transfusión (decisión de nivel 1) y Rechazo de la transfusión (a valorar como decisión de nivel 3). A pesar de esta objeción la estrategia propuesta por la escala móvil es útil en las evaluaciones sobre CTDS.

Por su parte, Appelbaum y Grisso (7) sugieren algunas estrategias para la valoración del cumplimiento de sus criterios. La Capacidad de comunicar una elección se evalúa preguntando al paciente su decisión y repitiendo la pregunta al de unos minutos. La Comprensión de la información puede evaluarse solicitando al paciente que parafrasee la información que se le ha dado o solicitándole que explique qué significan las probabilidades que se le han comunicado. Para valorar la Apreciación de la situación es necesario indagar sobre las concepciones del paciente sobre la enfermedad, la necesidad de tratamiento y la evolución, su motivación, etc. Finalmente la Manipulación racional de la información puede evaluarse examinando la cadena de razonamientos. Según estos autores, aunque son pocas las personas que llegan a decisiones por procesos rigurosamente lógicos, en principio cualquier persona puede indicar los principales factores en su decisión y la importancia que les ha asignado.

Otras estrategias de valoración consisten en cuestionarios a modo de examen-guía de ciertos criterios de competencia. Draper y Dawson (8) proponen un cuestionario con un algoritmo para establecer la CTDS del paciente psiquiátrico hospitalizado. Tras haber aportado la información necesaria se plantea al paciente el siguiente cuestionario:

- 1.- ¿Tiene Ud alguna enfermedad?
- 2.- Si la respuesta es no: ¿Podría Ud explicarme por qué está en el hospital?
- 3.- ¿Podría Ud describir o dar el nombre de su enfermedad y explicar en qué consiste?
- 4.- ¿Podría Ud explicarme en qué consiste el tratamiento que le hemos recomendado?
- 5.- ¿Qué cree Ud que pasará si toma el tratamiento?
- 6.- ¿Qué cree Ud que pasará si no toma el tratamiento?

Por su parte, Kaplan (17) sugiere seis preguntas que pueden facilitar la evaluación:

- 1.- ¿Cuál es la comprensión que tiene el paciente del problema?
- 2.- ¿Cuál es la comprensión que tiene el paciente de las recomendaciones del médico?
- 3.- ¿Cuál es la comprensión que tiene el paciente de los motivos del médico para recomendar el tratamiento?
- 4.- ¿Cuál es la elección del paciente?
- 5.- ¿De qué manera se justifica la elección del paciente?
- 6.- ¿Es capaz el paciente de prever las consecuencias de su decisión?

Otra posibilidad es el empleo de instrumentos de medición de la CTDS. Para este fin los tests neuropsicológicos no resultan útiles, ya que analizan de manera muy genérica el funcionamiento mental y no detectan ciertos déficits neuropsicológicos con repercusión sobre la CTDS. Tampoco son útiles para captar los aspectos afectivos y sus sensibilidades y especificidades son muy variadas (10).

La *Competency Interview Schedule* de Bean (18) se compone de 15 preguntas que exploran los cuatro criterios de Appelbaum y Grisso (7). Cada respuesta se evalúa de 1 a 7 puntos (las respuestas adecuadas, de 1 a 3; las dudosas con 4 y las inadecuadas, de 5 a 7).

Grisso y Appelbaum han diseñado un instrumento, el *McArthur Competence Assessment Test* (19) que permite valorar la CTDS en función de los criterios de estos autores.

La elección se evalúa con dos ítems que permiten puntuar el cumplimiento de este criterio de 0 a 2 puntos. La comprensión, una vez facilitada la información, se valora con dos ítems referidos a la enfermedad (0 a 2 puntos), dos relacionados con el tratamiento (0 a 2 puntos) y dos más en torno a riesgos y beneficios (0 a 2). En total, puede evaluarse el criterio entre 0 y 6 puntos. La apreciación se evalúa mediante dos ítems relacionados con la enfermedad (0 a 2 puntos) y otros dos acerca del tratamiento, con lo que la puntuación posible para este

criterio oscila entre 0 y 4 puntos. Por último, la manipulación racional se valora con dos items sobre cada uno de estos aspectos: pensamiento lógico – secuencial, pensamiento o razonamiento lógico – comparativo, razonamiento predictivo y consistencia interna del razonamiento. Así, cada uno de estos aspectos puede puntuarse de 0 a 2 y el criterio en su globalidad, de 0 a 8 puntos. Una vez más, hay que insistir en dos aspectos. En primer lugar, la selección del criterio habrá de adecuarse a la decisión sanitaria en cuestión, tal y como se ha planteado con anterioridad. Por otra parte, como todos los instrumentos a los que hemos hecho referencia, el McArthur Competence Assessment Test no puede hoy por hoy considerarse un instrumento de aplicación clínica generalizada, pero sí representa un valioso “guión” en una eventual valoración de la CTDS.

## **El psiquiatra y las valoraciones de CTDS en el Hospital General**

Entre las funciones que con el paso de los años ha ido adquiriendo la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace (PIE) figura la de la valoración de CTDS de los pacientes, que se suscita esencialmente en pacientes que rechazan el tratamiento.

En algunos casos se solicita este tipo de valoraciones con la oculta intención de que el psiquiatra, con su supuesta habilidad para las relaciones humanas, consiga revertir la negativa del paciente al tratamiento (20) o simplemente para confirmar una impresión previa de competencia o incompetencia cara a que la autorizada impresión del psiquiatra evite responsabilidades al médico que solicitó la valoración (21). En cualquier caso, no debería olvidarse que el cometido del psiquiatra no se limita a la valoración, sino que debe intervenir activamente para corregir la situación clínica que esté limitando la CTDS, para fin de contribuir a su recuperación (22).

Para la valoración Freedman y colaboradores (12) recomiendan seguir un protocolo que aborde en primer lugar el grado de atención que exhibe el paciente. La incapacidad de mantener una conversación durante más de un minuto, no puede haber competencia, y si la atención es cambiante, la conclusión dependerá de la capacidad para recoger y transmitir información.

Tras el examen de la atención se examinará el lenguaje, teniendo presente que no se puede juzgar a un paciente incompetente si no se han agotado todas las posibilidades de comunicación (oral, escrita, gestual). En algunos casos la lectura en voz alta puede mejorar la comprensión. En los pacientes en los que haya dudas sobre su comprensión auditiva puede ser útil repetir el examen en días diferentes. Las personas que mantienen las mismas decisiones en días distintos deberían ser consideradas competentes.

El siguiente paso consiste en evaluar la memoria. La persistencia de las decisiones en exploraciones realizadas días diferentes sugiere CTDS, aunque el paciente no recuerde haber sido examinado anteriormente.

A continuación deberían explorarse los deseos e intereses del paciente, que darían una idea de su sistema de valores. La exploración terminaría con una evaluación de funciones superiores (juicio y conciencia).

Por su parte, Mahler y Perry (23) sugieren que valoración de competencia debe constar de cuatro pasos:

- 1) Evaluación clínica

- 2) Trabajo con los pacientes y el personal, tratando en el paciente los trastornos que limitan su CTDS y aclarando con los médicos derivantes que la valoración es específica para la decisión en cuestión y que en último término, la decisión sobre capacidad o incapacidad del paciente tan sólo compete a los jueces.

3) Plantear recomendaciones sobre el tratamiento

4) Documentar el grado de comprensión que tiene el paciente de la naturaleza de la enfermedad, del tratamiento, de los riesgos y beneficios del mismo y, finalmente, de las alternativas existentes.

En todo caso, los tests neuropsicológicos al uso no son el instrumento más adecuado para medir la CTDS. El MiniExamen Cognoscitivo, por ejemplo, no tiene por qué correlacionarse, en puntuaciones altas, con CTDS ni en puntuaciones bajas con incompetencia. Hay que insistir, por lo tanto, en que la evaluación deberá seguir un esquema y un método, con una particular atención a la adecuación de nuestra exigencia de competencia a la decisión sanitaria de que se trate. La estrategia implícita en la escala móvil de CTDS maximizará la intervención de los pacientes en su tratamiento al tiempo que se evita que el derecho al CI degenera en una excesiva burocratización de la relación médico-paciente a través de una comprobación minuciosa del cumplimiento del máximo grado de competencia para cualquier decisión sanitaria. Igualmente, se evitará que en otras ocasiones pueda sobrevalorarse la CTDS de los pacientes y se les haga decidir y responsabilizarse de su decisión en situaciones en las que no están capacitados para ello.

Una pauta de valoración, podría incluir:

1) Adquirir conocimiento de las circunstancias en que tiene lugar la solicitud de valoración de CTDS y en caso de que se trate de un rechazo del tratamiento, de los factores (transferencia, contratransferencia) que han podido influir en este caso. Aclarar el contenido y límites de la valoración.

2) Conocer la información que se ha dado al paciente, solicitando al médico derivante que se la exponga si es preciso en presencia del evaluador y proponiendo cambios en su presentación si se considera que pueden ayudar a una mejor comprensión por parte del enfermo.

3) Examen clínico en profundidad, con una exploración psicopatológica exhaustiva que incluya un estudio de funciones neuropsicológicas (atención, lenguaje, memoria, juicio).

4) Explorar el grado de cumplimiento de los factores y dimensiones ligados a la CTDS. Pueden servir de orientación los criterios de Roth y colaboradores (5), Appelbaum y Grisso (7) o la CPA (8). Es recomendable adecuar la decisión a una exigencia proporcional de

competencia, como sugiere el modelo de Drane (15), con el fin de permitir la participación en el CI del mayor número de pacientes posible.

5) Intentar determinar los valores y creencias del paciente y su influencia en la toma de decisiones.

6) Recabar información en torno al paciente, solicitando la colaboración de la familia para confirmar los valores y creencias del enfermo y para evitar que el desconocimiento de algunos síntomas (ideas delirantes, por ejemplo) pueda hacer que la valoración sea errónea.

7) Repetir la valoración transcurridos al menos dos días. Esta sugerencia se orienta a comprobar la adherencia del paciente a su decisión y a eliminar el riesgo de equivocación en pacientes con cuadros clínicos fluctuantes o que en el momento de la primera evaluación pudieran estar sujetos a influencias emocionales distorsionadoras de su decisión. Una nueva evaluación podría interpretarse como una dilación encaminada a que el enfermo que rechaza un tratamiento acceda a tomarlo, pero no es menos cierto que también debe respetarse el derecho del enfermo a cambiar de opinión.

8) En caso de que se aprecie una reducción de la CTDS derivada de un trastorno psiquiátrico instaurar tratamiento.

9) Asesorar al servicio tratante sobre las actuaciones que pudieran estar indicadas en el caso en particular.

10) Registrar detalladamente el proceso de evaluación y los datos clínicos que lo sustenten.

Evidentemente, esta propuesta casa muy mal con la actual organización sanitaria. Resulta difícil creer que un servicio derivante acepte de buen grado que el psiquiatra requiera varios días para concluir si el paciente es o no competente para decidir sobre una intervención quirúrgica, por ejemplo. Sin embargo, la propia noción del consentimiento informado, si no degenera en un mero acto burocrático, debe presumir que el paciente necesitará reflexionar (lo que conlleva un consumo de tiempo, y un alargamiento de estancias). Como otras contradicciones del sistema sanitario, es posible que esta discordancia entre lo ideal que proclaman las leyes y deben buscar los clínicos y la cruda realidad asistencial derive en ciertos daños colaterales. El CI nos plantea al mismo tiempo la exigencia y la oportunidad de modificar nuestra práctica para solventar estas carencias.

## Bibliografía

- 1.- Childress JF. Who should decide? Paternalism in health care. New York: Oxford University Press, 1982.
- 2.- Simón Lorda P. El consentimiento informado y el anciano. En Ribera Casado JM, Gil Gregorio P: Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Editores Médicos SA, 1995; pp 33-46
- 3.- Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Med Clin (Barc)* 1992; 100: 659-663
- 4.- Simón Lorda P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. *Medifam* 1995; 5: 264-271
- 5.- Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 279-284
- 6.- President' s Commission for the study of ethical problems in Medicine and biomedical and behavioral research: Making health care decisions. Washington DC: Governmet Printing Office, 1982
- 7.- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988; 319: 1635-1638
- 8.- Draper RJ, Dawson DD. Competence to consent to treatment: A guide for the psychiatrist. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 285-289
- 9.- Drane JF. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *JAMA* 1984; 252: 925-927
- 10.- Buchanan AE, Brock DW. Deciding for others: the ethics of surrogate decision making. New York: Oxford University Press, 1989
- 11.- Appelbaum PS, Roth LH. Clinical issues in the assessment of competency. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 1462-1467
- 12.- Freedman M, Stuss DT, Gordon M. Assessment of competency: the role of neurobehavioral deficits. *Ann Intern Med* 1991; 115: 203-208
- 13.- Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur treatment competence study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Human Behav* 1995; 19: 105-126
- 14.- Christensen K, Haroun A, Schneiderman LJ, Jeste DV. Decision-making capacity for informed consent in the older population. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995; 23: 353-365

- 15.- Drane JF. The many faces of incompetence. *Hastings Cent Report* 1985; 15: 17-21
- 16.- Culver CM, Gert B, The inadequacy of incompetence. *Milbank Q* 1991; 68: 619-643
- 17.- Kaplan KH, Price M. The clinician' s role in competency evaluations. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11: 397-403
- 18.- Bean G, Nishisato S, Rector NA, Glancy G. The psychometric properties of the competency interview schedule. *Can J Psychiatry* 1994; 39: 368-376
- 19.- Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press, 1998
- 20.- Katz M, Abbey S, Rydall A, Lowy F. Psychiatric consultation for competency to refuse medical treatment. A retrospective study of patient characteristics and outcome. *Psychosomatics* 1995; 36: 33-41
- 21.- Jourdan JB, Glickman JL. Reasons for requests for evaluation of competency in a municipal general hospital. *Psychosomatics* 1991; 32: 413-416
- 22.- Mahler JC, Perry S, Miller F. Psychiatric evaluation of competency in physically ill patients who refuse treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 1140-1141
- 23.- Mahler J, Perry S. Assessing competency in the physically ill: guidelines for psychiatric consultants. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 856-861