



Hermanas
Hospitalarias

HOSPITAL SAGRAT COR

RELACION ENTRE AUTONOMIA Y COMPETENCIA MENTAL.

Inmaculada Ruiz Menéndez.

Psiquiatra. CSMA St Feliu de Llobregat

I Congreso Nacional de Bioética Hermanas Hospitalarias
España.

Barcelona, 9 mayo de 2019.



AUTONOMIA y COMPETENCIA MENTAL

- ❖ Términos Ligados, pero no sinónimos.
- ❖ No existe Autonomía, sin competencia mental.
- ❖ Principio de Autonomía: EJE de la atención sanitaria
- ❖ Griego: "Autos": por si mismo y " Nomos": ley, gobierno
- ❖ Autonomía: **Autogobierno.**



AUTONOMIA. Definiciones

Real Academia Lengua: *Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie.*

Autonomía de la Voluntad: *"capacidad de los sujetos de derecho para establecer las reglas y conductas para sí mismos, y en sus relaciones con los demás, dentro de los límites que la ley señala".*

OMS (2001) IMSERSO (2004): *"Capacidad de tener control sobre la propia vida, escoger y decidir independientemente de sí la persona padece alguna dependencia o discapacidad, por lo tanto, es la capacidad de la persona de administrarse o gestionar su propia vida y sus dependencias si existen".*

AEN: Art 2 , Ley de Dependencia: *"Capacidad para controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de como vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como desarrollar actividades básicas de la vida diaria"*



AUTONOMIA. Evolución

❖ Introducida por KANT

Informe Belmont (1979)

1.- El respeto a la persona:

- a) Los individuos deben ser tratados como individuos autónomos.
- b) los individuos con Autonomía disminuida tiene derecho a ser protegidos.

2.- Beneficencia.

3.- Justicia.

Persona Autónoma: *“aquella persona capaz de deliberar acerca de sus metas personales y de actuar en sentido a tales deliberaciones”.*



Beauchamp y Childress: “Principlismo”

- 1.- No Maleficencia
- 2.- Justicia
- 3.- Beneficencia
- 4.- **Respeto a la Autonomía:** respeto a la capacidad de una toma de decisión de las personas autónomas.

Autonomía: *“capacidad que tienen las personas para autodeterminarse estando exentas de condicionantes internos y externos”.*

Dos condiciones: 1.- Respeto a la libertad (independiente de control)
2.- Ser agente (capacidad de actuar intencionadamente)



AUTONOMIA. Evolución.

❖ - **Diego Gracia**: Jerarquiza los principios.

Ética de Mínimos	No Maleficencia Justicia	Obligación Legal
Ética de Máximos	Beneficencia Autonomía	Obligación Moral

❖ **Pablo Simón Lorda**: **Autonomía**: atributo esencial de las personas.

1.- No Maleficencia: deber de no hacer daño y **deber de respetar** las decisiones autónomas.

2.- Beneficencia: deber de hacer el bien y **deber de promover** la Autonomía de los demás

3.- Justicia

❖ **Diego Gracia, 2004**: "... los pacientes tienen derecho a que se respete su Autonomía, y esto deberá generar otros principios en el personal sanitario: de No Maleficencia, de Beneficencia y Justicia"



AUTONOMIA. Evolución

- ❖ **Anderson (2014)**: *"las capacidades de ser autónomo se aprenden con y de otros"*. No se puede entender la Autonomía, sin tener en cuenta el entorno social (necesariamente cierto ambiente para desarrollarla).
- **OMS**: los factores contextuales, influyen negativa o positivamente el desempeño de la capacidad.
- ❖ **Arrieta Valero**: *"Autonomía del Paciente, una propuesta contextual y multidimensional de la Autonomía en Ética asistencial"* (2016).

Idea Clásica:

Paciente autónomo para tomar decisiones informadas de salud

Obligación profesional de respetar decisiones y valorar CTDS



Situación aguda/urgente

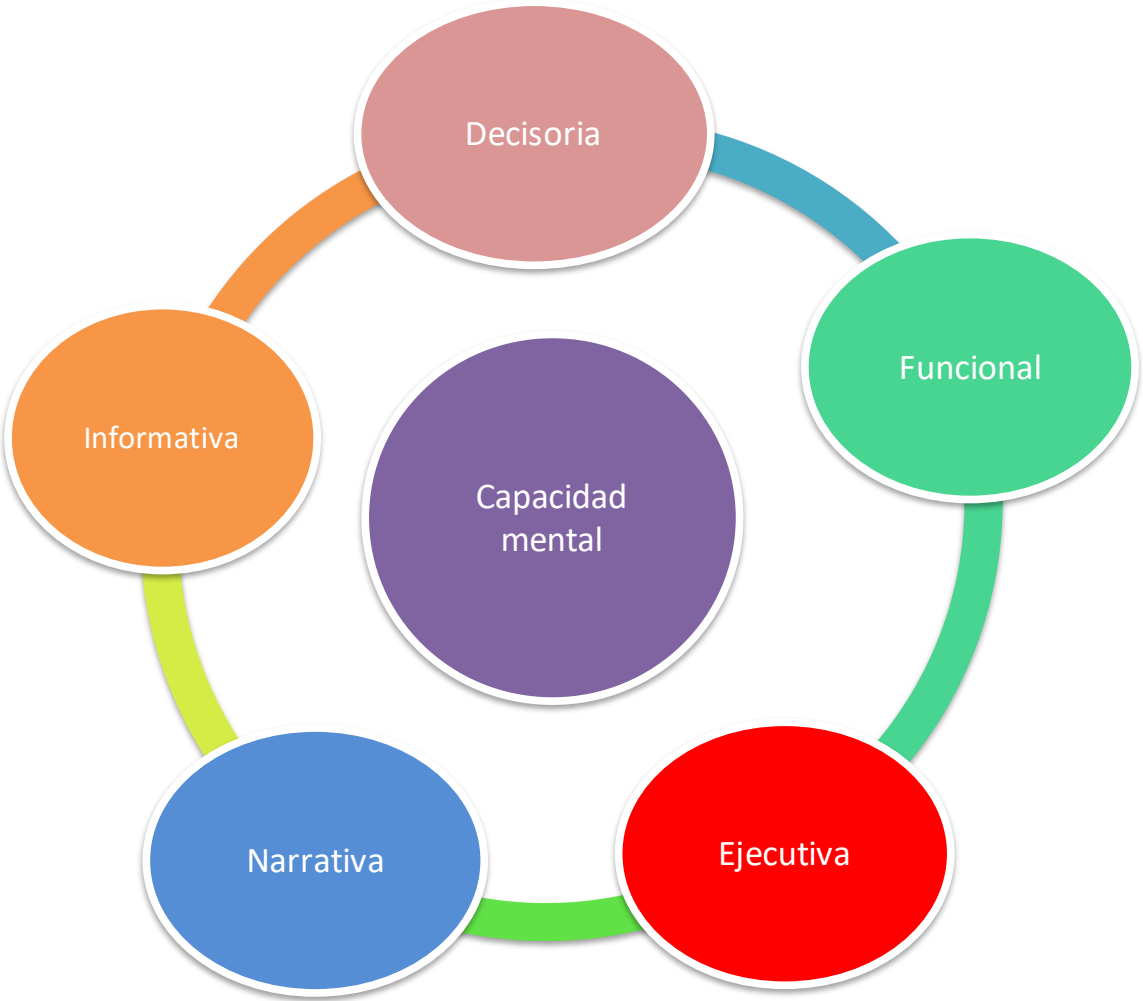


Situación crónica

¿Qué grado de elección autónoma es capaz el paciente con respecto a esta decisión? + ¿Qué puedo hacer para mejorar o aumentar la Autonomía de esa persona en el futuro?.

DIMENSIONES de AUTONOMIA Arrieta Valero

❖ Incremento cronicidad, Desarrollo sociosanitario





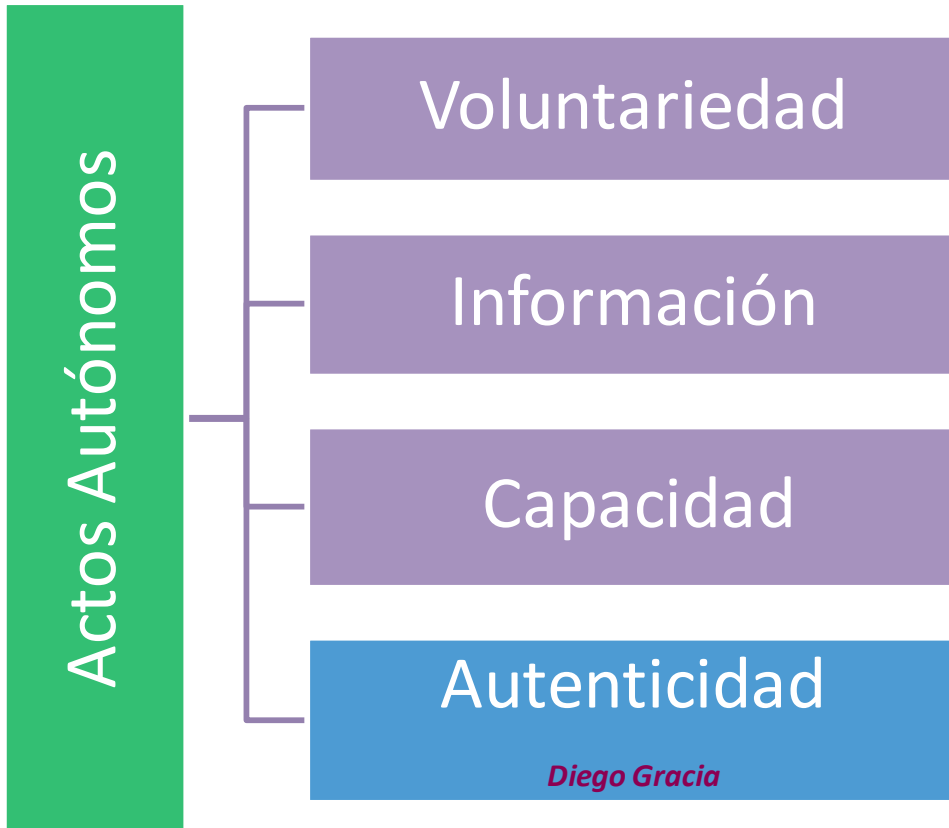
AUTONOMIA

- ❖ Autonomía: **Atributo** y **Derecho** (respeto a las elecciones autónomas de las personas, siempre que no atenten contra terceros o el bien común).

Desarrollo en España:

- 1.- **Convenio** del consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, con respeto a las aplicaciones de las biología y de la medicina, **Oviedo** (1997).
- 2.- **Congreso** mundial de Bioética, **Gijón** en el 2000.
- 3.- Las **cartas de los derechos** fundamentales de la Unión Europea (2000-2007)
- 4.- **Códigos** deontológicos profesionales
- 5.- Ley catalana **21/2000** del 21 de diciembre sobre los derechos de información concerniente a las salud y Autonomía del paciente y a la documentación clínica
- 6.- Ley estatal , **41/2002** del 14/11 Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- 7.- Ley **16/2003** de cohesión y calidad del SNS
- 8.- Ley **24 /2010** del CC Catalunya, capt 2.
- 9.- **Convención** sobre los derechos de las personas con discapacidad de las ONU, 2006
- 10.- Ley **39 /2006** de 14 de diciembre de promoción de las Autonomía personal y atención a las personas en situaciones de dependencia .
- 11.- Leyes **de derecho** y garantías del a persona en el **proceso de muerte**, de las comunidades.







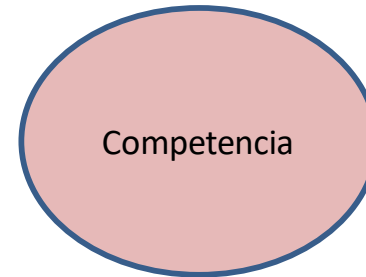
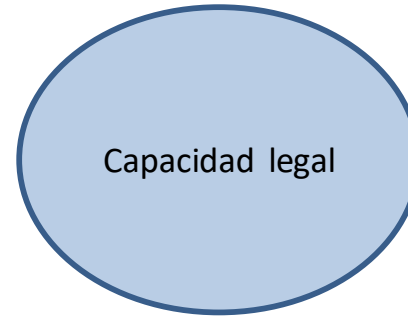
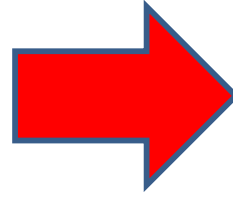
AUTONOMIA - COMPETENCIA

Capacidad Jurídica	Cualidad de la persona para ser titular de las distintas relaciones jurídicas que le afectan.
Capacidad de Obrar <i>Sánchez Caro</i>	Poder para adquirir y realizar los derechos y asumir obligaciones... Capacidad de decisión: capacidad de obrar para tomar una decisión, ante un determinado procedimiento diagnóstico, terapéutico o ser sujeto de investigación.

Capacidad de Obrar Legal	Reconocimiento legal de la potestad del sujeto para ejercer sus derechos y deberes. Se modifica por sentencia.
Capacidad de Obrar Natural o de Hecho <i>CBC</i>	Aptitudes psicológicas internas que permiten a una persona gobernar su vida, actos y obligaciones de los cuales es titular de tal modo concluir que sus decisiones son auténticas, que reflejan adecuadamente su personalidad, su Autonomía Moral: COMPETENCIA



“COMPETENCY”: termino jurídico, que significa el reconocimiento legal de las aptitudes psicológicas para tomar decisiones



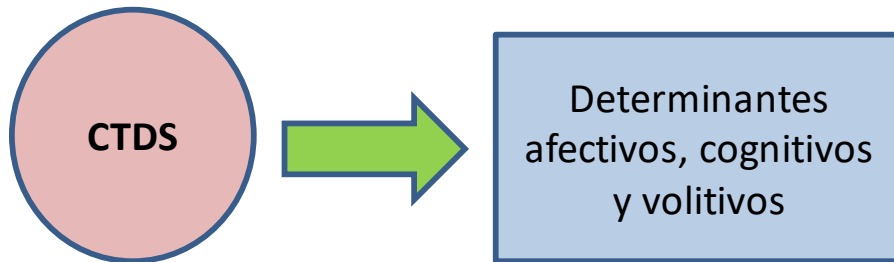
“CAPACITY”: termino psicológico y clínico que define las aptitudes psicológicas necesarias para tomar aquí y ahora una determinada decisión

- Ley Catalana, 21/2000: **“Competencia”**.
- Ley Estatal, 41/2002: **“Capacidad”**.



COMPETENCIA MENTAL

- ❖ **Competencia:** *“Capacidad de comprender, valorar, razonar y expresar una decisión, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales., así como los propios valores de la persona” (Appelbaum)*
- ❖ **Capacidad mental:** *“la habilidad para comprender la información relevante para tomar una decisión que afecta a su salud y apreciar las consecuencias razonablemente previsibles que se derivan de expresar esa decisión” (Tirso Ventura, 2010).*



~~No necesariamente capaz para otras decisiones.
No constituye un juicio respecto a su capacidad legal~~



COMPETENCIA MENTAL. Premisas

- ✓ Se presupone
- ✓ Para una decisión concreta en un momento concreto.
- ✓ "Continuum" entre Competencia plena y nula. Ante una decisión concreta se marcará un umbral.
- ✓ Varía con el tiempo, y el estado mental.
- ✓ Sí hay alteraciones puntuales, se debería de tratar la causa. El deber es reestablecer la competencia.
- ✓ La toma de una decisión, insensata, precipitada y hasta imprudente no es en si prueba de falta de competencia.
- ✓ No se identifica con el deterioro mental
- ✓ El juicio de competencia es de carácter probabilístico, prudencial.
- ✓ Ante la duda, competente.
- ✓ Segunda opinión.
- ✓ El paciente debe ser informado.
- ✓ Registrarse en la Historia Clínica.

COMPETENCIA MENTAL. Premisas



Diez mitos acerca de Capacidad para tomar decisiones. Linda Ganzini, 2004

- 1.- Capacidad Legal es lo mismo que competencia o capacidad para la toma de decisiones
- 2.- Se puede suponer la falta de capacidad cuando el pcte mantiene una opinión contraria al médico
- 3.- No hay necesidad de evaluar la competencia salvo si el pcte mantiene la opinión contraria al médico
- 4.- La competencia para la toma de decisiones es un fenómeno de todo o nada
- 5.- Alteración cognitiva es igual a falta de capacidad para tomar decisiones
- 6.- La falta de competencia para tomar decisiones es una condición permanente
- 7.- Aquellos pctes a los que no se les ha proporcionado información relevante y consistente sobre sus tratamientos carecen de capacidad para tomar decisiones
- 8.- Ningún pcte que padezca ciertos trastornos mentales tiene capacidad para tomar decisiones
- 9.- Aquellos pctes ingresados involuntariamente no tiene capacidad para tomar decisiones
- 10.- Únicamente expertos en salud mental pueden evaluar la capacidad para tomar decisiones



COMPETENCIA MENTAL

❖ ¿Quién puede y debe evaluar la CTDS?

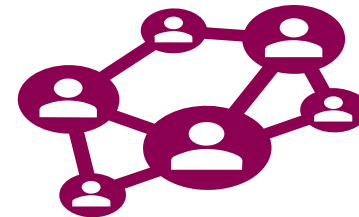
- **Ley Catalana 21/2000, 29/12** sobre los derechos... **Art 7-2:**
"*...son situaciones de otorgamiento por sustitución: a) Cuando el enfermo, a criterio del **MEDICO RESPONSABLE** de la asistencia, no es competente...*"

- **Ley Estatal, 41/2002, 14/11** Básica reguladora...Apartado 5.3: "*... cuando el paciente, según criterio del **MEDICO** que le asiste, carezca de capacidad...*"

- Práctica asistencial: **equipo interdisciplinar**



- Otros profesionales o al CEA.



❖ ¿Cuándo hay que valorar la CTDS de un paciente?

1.- Cambio brusco del estado mental habitual

2.- El paciente rechaza un tratamiento, que está claramente indicado y, no consigue argumentar los motivos con claridad, o se basa en ideas excesivamente irracionales.

3.- El paciente acepta con facilidad un tratamiento o procedimiento especialmente invasivo, molesto o con riesgo considerable, sin ponderar los riesgos.



4.- El paciente muestra uno o más factores de riesgo conocido (p. e.: enfermedad neurológica o psiquiátrica), que podrían producir incompetencia previa.

5.- Circunstancias específicas:

a.- Consentimiento Informado en pruebas diagnósticas o tratamientos, que comportan mayores riesgos por efectos secundarios, o gravedad de la enfermedad.

b.- Ingresos en hospitales psiquiátricos o residencias

c.- Elaboración de Planificación Decisiones Anticipadas

d.- Elaboración de Voluntades Anticipadas (si participa profesional sanitario)

e.- Investigación en poblaciones vulnerables.

f.- Preocupación planteada por familiares o personas cercanas.



¿Se debería de valorar previamente?

¿Cómo se evalúa la CTDS?



➤ Andalucía: **ley 2/2010** del 8/4 de **Derechos y garantías de las persona en el proceso de muerte**: "... el médico debe valorar sí la persona se encuentra en una situación de **incapacidad de hecho**, que le impida decidir por si misma. Esta valoración debe constar en la Historia clínica y, se debe evaluar para determinar la incapacidad entre otros factores:

- 1) Sí presenta dificultad para **comprender** la información que se le da
- 2) Sí **retiene** defectuosamente dicha información en el proceso de toma de decisiones
- 3) Sí **no utiliza** de forma **lógica** la información en el proceso de toma de decisiones,
- 4) Sí falla en la **apreciación** de las posibles consecuencias de las distintas alternativas.
- 5) Sí finalmente **no** logra **comunicar** la decisión.

¿Cómo se evalúa la CTDS?



- Valencia: **Ley 16/2018 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.**

Art. 23, *"Deberes respecto a quienes pueden hallarse en situación de **incapacidad de facto**:"*

2.- *La evaluación de la incapacidad de facto deberá ser realizada por un o una profesional **que no participe** directamente en el proceso de toma de decisiones o en su atención médica.*

3.- *"La evaluación de la incapacidad de facto , junto a otros criterios que dicha persona considere clínicamente relevantes, se hará mención expresa a las capacidades de **entendimiento**, de **evaluación**, de **raciocinio** y de **indicar su elección**".*



Determinación de las áreas mentales	Criterios
Grado de exigencia que debería de satisfacer dichos criterios	Estándares Escala Móvil
Diseño y validación	Protocolos o herramientas estandarizadas
<i>Simón</i>	

1) CRITERIOS:

<i>Appelbaum y Grisso</i>	
Expresar un elección	capacidad de comunicar y mantener una decisión
Comprender	Reconocer la información relevante sobre los diagnósticos y alternativas de tratamiento.
Apreciar	Es consciente cognitivamente como afectivamente de la situación, reconoce alternativas, sabe lo que implican los riesgos y beneficios.
Razonar	capacidad del enfermo de desarrollar un sistema de argumentación lógico.



Draper y Dawson (1990). Asociación Canadiense psiquiátrica

¿El paciente es capaz de comunicarse?

¿Comprende la enfermedad para la que se propone el tratamiento?

¿Comprende la naturaleza y el propósito del tratamiento

¿Comprende los beneficios y riesgos de seguir tratamiento?

¿Comprende los beneficios y el riesgo de no seguir el tratamiento?

¿Es capaz de expresar una decisión?

¿Esta decisión es estable?.

Evaluación de la CTDS



❖ Criterios de capacidad de **White**, 1994 (DI)

Criterios	Aptitudes
Susceptibilidad de ser informados	<ul style="list-style-type: none">.- Recepción de información..- Reconocer información como relevante..- Recodar información.
Capacidades cognitivas y afectivas	<ul style="list-style-type: none">.- Autorreferenciar los acontecimientos que le suceden.- Razonar adecuadamente sobre las alternativas..- Jerarquizar las distintas alternativas.
Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none">.- Seleccionar una opción posible..- Hacerse cargo de la decisión y reafirmarse en ella.
Revisión crítica del proceso de decisión.	<ul style="list-style-type: none">.- Contarle a otro cómo y porque ha tomado esa decisión



Evaluación de la CTDS

❖ Factores clínicos que afectan la evaluación. *Appelbaum y Roth:*

- 1.- Factores psicodinámicos. Deben analizarse, sobre todo si se rechaza un tratamiento (ansiedad, temor, etc.).
- 2.- La calidad de la información aportada por el paciente
- 3.- La calidad de la información presentada al paciente
- 4.- Estabilidad del estado mental
- 5.- Efectos del marco asistencial, factores personales, etc.

2) ESTANDARES. ESCALA MOVIL

Drane: " a medida que cambia la propia decisión o bien el contexto en el que el paciente debe decidir, los criterios de competencia para enfrentarse a la demanda también cambian".

Riesgo /Beneficio Tipo Decisión	Beneficio Alto	Riesgo Alto
Aceptación	Baja exigencia de Competencia	Alta exigencia de Competencia
Rechazo	Alta exigencia de competencia	Baja exigencia de competencia



Evaluación de CTDS

❖ **Grado I:** Tratamientos sencillos y eficaces.

A.- Incompetentes: Inconsciente DI profundo Niño pequeño Desorientación absoluta Demencia senil aguda Autismo Defensas psicóticas: negación de uno mismo y de la situación Proyección delirante	C O N S E N T I M I E N T O	Ttos. Eficaces para enfermedades graves Certeza diagnóstica Gran beneficio bajo riesgo, con alternativas limitadas Ej.: grave, aflicción extrema, riesgo de muerte inmediato.	R E C H A Z O	Tratamientos ineficaces	B.- Competentes Niño mayor de 10 años. DI educable Incapacidad de concentración Demencia senil leve Obnubilado Estados recogidos en los grados 2 y 3 bajo letras A y B
--	--	--	--	-------------------------	---

Requisitos para la Competencia: Mínimos

- 1.- **Conciencia:** Orientación hacia la situación médica propia.
- 2.- **Asentimiento:** expreso o implícito.

- *Drane, "Ética médica, profesionalidad y la competencia del enfermo", 2008.*

Evaluación de CTDS



❖ Grado II: Tratamientos menos seguros

<p>A.- Incompetentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - T Graves del animo. - Fobia al tto. - Autismo. - Pérdida de memoria a corto plazo. - Trastornos del pensamiento: ignorancia, fantasías, incoherencia, delirios, alucinaciones. - Estados recogidos Grado I, letra A y B 	<p>C O N S E N T M / R E C H A Z O</p>	<p>Enfermedades Crónicas, diagnósticos dudosos.</p> <p>Resultados inciertos para enfermedades graves.</p> <p>Equilibrio riesgo/beneficio: posiblemente eficaces pero onerosos riesgos o de riesgos altos</p> <p>Única esperanza</p>	<p>B.- Competentes:</p> <p>Adolescentes (mayores de 16 años)</p> <p>D Intelectual leve</p> <p>Trastornos de la personalidad: narcisistas,. Limites y obsesivo.</p> <p>Estados recogidos en los Grados III, bajo letras A y B</p>
--	---	---	---

Requisitos para la Competencia:

- 1.- **Comprensión**: de la situación médica y del tto propuesto
- 2.- **Elección** basada en los resultados médicos



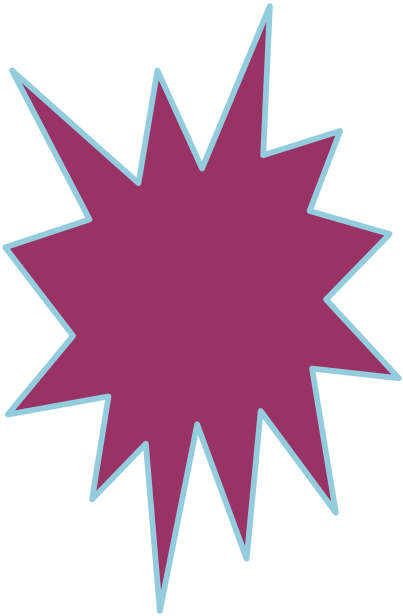
Evaluación de CTDS

❖ Grado III: Tratamientos peligrosos.

A. Incompetentes: Indecisos o ambivalentes a lo largo del tiempo Falsas creencias sobre la realidad Histeria Consumo de estupefacientes. Defensas neuróticas: intelectualización, represión, disposición, “acting out” Depresión leve/ Hipomanía Estados recogidos en grado I y II en las letras A y B	C O N S E N T I M I E N T O	Ttos. Ineficaces	R E C H A Z O	Ttos. eficaces para enfermedades graves. Certeza diagnóstica Gran beneficio con bajo riesgo Alternativas limitadas Enfermedades graves, aflicción extrema, riesgo de muerte inmediata	B. Competentes: Mayoría de edad. Reflexivo y autocrítica. Mecanismo de afrontamiento maduros: altruismo, previsión, sublimación.
---	--	-----------------------------	--	---	--

Requisitos de Competencia:

- 1.- **Apreciación:** comprensión crítica y reflexiva de la enfermedad y tratamiento.
- 2.- **Decisión Racional,** basada en implicaciones relevantes como creencias y valores expresados.



CRITICAS a la Escala Móvil:

- La patologías deben revisarse
- Aplicación indebida: Autonomismo exagerado o Paternalismo Duro.
- El médico elige el estándar, y sí la decisión es difícil o no.
- Al incluir la decisión en la valoración, el nivel requerido para aceptar o rechazar el mismo tratamiento es distinto
- **White, Wicclair**: la capacidad debe valorarse antes de la decisión.

Evaluación de CTDS. Protocolos



Test Neuropsicológicos	Protocolos Específicos	Protocolos Generales
“Minimental”, “Weschler”, “Torre de Hanoi”, “Trait Making Test”, Etc.	<ul style="list-style-type: none">•“Competence Interview Schedule” (CIS): TEC.•“<i>Hopkins Competency Assessment Tool</i>” (HCAT): directrices anticipadas.	Guiones de entrevistas Protocolos estructurados o semiestructurados: <i>Mac CaT</i> Protocolos basados en Viñetas

Evaluación de CTDS. Protocolos



Denominación	Acrónimo	Autor	País	Año	tipo
Aid to Capacity Evaluation	ACE	Etchelles et al	Canadá	1999	Entrevista semiestructurada
Capacity Assessment Tool	CAT	Carney et al	EEUU	2001	Entrevista estructurada
Capacity to Consent to Treatment Instrument	CCTI	Marson et al	EEUU	1995	2 escenarios y entrevistas
Decision Assessment Measure	DAM	Wong et al	UK	2000	Entrevista semiestructurada
Hopemont Capacity Assessment Interview	HCAI	Edelstein	EEUU	1998	2 escenarios y entrevistas
MacArthur Competence Assessment Tool	MacCAT-T MacCAT-CR MacCAT-CA	Grisso y Appelbaum	EEUU	1998	Entrevista semiestructurada.

Modificada de **Simón**: "la capacidad de los pacientes para tomar decisiones una tarea todavía pendiente", 2008



“Mac Arthur Treatment Competency”

Clínico: **MacCAT-T**, Investigación: **Mac CAT-CD** y Forense: **Mac CAT-CA**

CRITERIO	SUBCRITERIO	Puntuac. Parcial	P. total
COMPRESION	.- Comprensión de la enfermedad.	0-2	0-6
	.- Comprensión del tto.	0-2	
	.- Compresión de los riesgos y beneficios	0-2	
APRECIACION	.- De la situación de la enfermedad	0-2	0-4
	.- Del objetivo general del tto.	0-2	
RAZONAMIENTO	.- Lógico -secuencial	0-2	0-8
	.- Lógico – comparativo	0-2	
	.- Predictivo (consecuencias derivadas de posibles elecciones).	0-2	
	.-Consistencia interna del procedimiento de elección.	0-2	
ELECCION	Expresar una decisión	0-2	0.-2

- 0: no cumplen criterios, 1: lo cumplen limitadamente, 2: lo cumplen adecuadamente.
- No puntuación total, sirve de guía.
- 20 minutos: pctes de salud mental y demencias.
- 3 pasos: preparación, entrevista y puntuación.



“Mac Arthur Treatment Competency”. Validación España

Validación, Adaptación y Traducción al castellano del Mac CAT-T; herramientas para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. **Hernando Robles y col.**

2012:

- .- Diálisis peritoneal,
 - .- IQ hernia
 - .- Colonoscopia.
- No salud mental.

Herramienta de evaluación de la capacidad para el tto: Mac Cat-T, Adaptación española: **Tirso ventura** et al. Editorial Médica Panamericana.

2014:

- .- 40 pctes de salud mental
- .- 80 medicina interna
- .- 40 controles

Mac CAT-CR, Mac Arthur Competence Assessment tool for clinical Research: Validado Tirso Ventura et al.

Formulario C5-Servet. *Equipo Tirso Ventura*

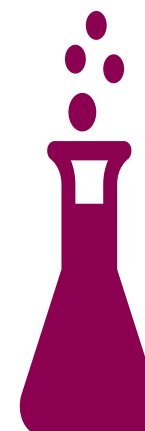
0 - 2

- 1.- ¿Cuál es el objetivo del estudio?
- 2.- ¿Cuáles son los beneficios del estudio?
- 3.- ¿Cuáles son los riesgos del estudio?
- 4.- ¿Por qué quiere o no participar en el estudio?
- 5.- ¿le plantea algún problema con sus valores personales participar en el estudio?

2: refleja clara comprensión de la divulgación de la información

1: refleja comprensión parcial

0: refleja incomprensión de la divulgación de información.





.- AID TO CAPACITY EVALUATION: ACE.... Ayuda para la evaluación de la capacidad.

- ❖ Validada por **Sandra Moraleda Barba et al**, 2015
129 pacientes.
No pacientes de salud mental.

Guión Entrevista Semiestructurada ACE				
1.- Problema médico	si	no	dudoso	Evalúa capacidad de entendimiento
2.- El tratamiento	si	no	dudoso	
3.- Alternativas de tto	si	no	dudoso	
4.- Opción de rechazar el tto.	si	no	dudoso	
5.- Consecuencias de aceptar tto.	si	no	dudoso	Explora razonamiento
6.- Consecuencias de rechazar tto.	si	no	dudoso	
7.- Contexto depresivo, delirium...	si	no	dudoso	Explora razonamiento.



“ Documento Sitges”, 2009

❖ Demencias.

Aspectos neurológicos que intervienen en la Toma de decisiones:

- 1.- Nivel de conciencia
- 2.- Percepción de estímulos
- 3.- Atención
- 4.- Gnosias
- 5.- Lenguaje: comprensión
- 6.- Lenguaje: Expresión
- 7.- Cálculo
- 8.- Memoria episódica de hechos recientes
- 9.- Memoria episódica autobiográfica
- 10.- Orientación espacial
- 11.- Praxia constructiva
- 12.- Funciones ejecutivas
- 13.- Razonamiento abstracto
- 14.- Motivación- autocontrol-introspección
- 15.- Ideación espontánea
- 16.- Afectividad-estado emocional.

Resumen Evaluación CTDS. *Medrano*



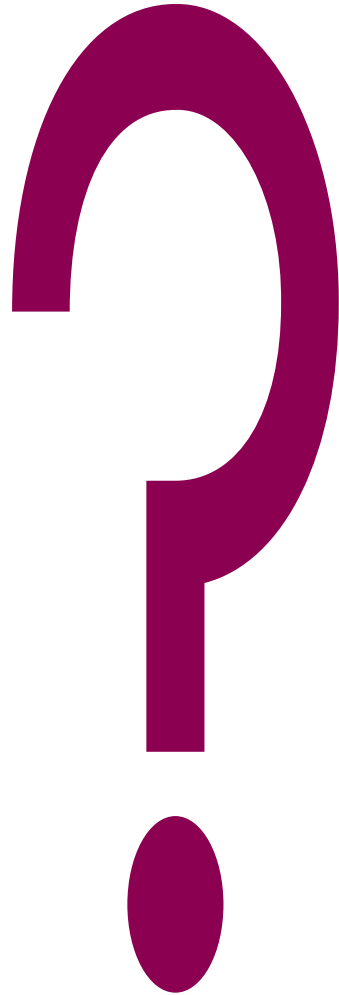
- 1) Finalidad y circunstancias de la valoración. Determinando decisión específica.
- 2) Preparar la información. Establecer apoyo, si fuera necesario.
- 3) Diagnosticar si existe deterioro o alteración funcionamiento mental (delirium, etc.).
Antecedentes.
- 4) Exploración psicopatológica y determinar la influencia cognitivo y afectiva.
- 5) Evaluar sistemáticamente: Comprensión, Apreciación, Razonamiento y Expresión de una elección. Sí necesario usar herramienta tipo MacCAT.
- 6) Valorar riesgo beneficio de la decisión. Usar Escala móvil si precisa.
- 7) Explorar deseos, sentimientos, creencias, valores de la persona y su influencia en la toma de decisión.
- 8) Contrastar información con el entorno.
- 9) Registrar el proceso de evaluación y datos clínicos que lo sustentan.
- 10) Si incompetente: instaurar tto. menos restrictivo. Reevaluarla.



"..... que la Autonomía del paciente no sea la coartada que libere al médico del engorro de tomar decisiones,.....el Principio de Autonomía, no se puede invocar por sí mismo generalizándolo, sin tener en cuenta las diferencias entre los pacientes. El mismo respeto a la persona requiere el reconocimiento de que algunos individuos no son autónomos.

Las dificultades anteriores, son dificultades, pero perfectamente salvables. Requiere de la Voluntad de hacerlo. Un voluntarismo que es condición fundamental en ética. Cumplir con un requisito legal es el primer paso, pero un paso insuficiente. El problema de las leyes no es sólo tenerlas, sino aplicarlas bien, lo que exige Prudencia. La disponibilidad de hacer lo justo, en el momento justo, para encontrar el término medio adecuado a cada caso".

Victoria Camps, en el consentimiento y sus limitaciones,



¿Asumimos que son competentes?

¿Deberíamos valorar la C previamente?

¿Cada vez que se toma una decisión se hace una valoración de la CTDS?. o
¿sólo la valoramos cuando rechazan el tratamiento?

¿Tenemos baja sensibilidad a la competencia?

¿Estamos realmente formados?

¿Está el sistema preparado?

Etc





GRACIAS