



ORIGINAL

¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones? Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva

M.D. Bernat-Adell^{a,*}, R. Ballester-Arnal^b y R. Abizanda-Campos^a

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Asociado General de Castellón, Castellón, España

^b Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I de Castellón, Castellón, España

Recibido el 11 de agosto de 2011; aceptado el 23 de noviembre de 2011

Disponible en Internet el 17 de enero de 2012

PALABRAS CLAVE

Paciente crítico;
Competencia;
Toma de decisiones;
Factores psicológicos

KEYWORDS

Critically ill patients;
Competence;
Decisions taking;
Psychological factors

Resumen

Introducción: Factores emocionales pueden condicionar alteraciones cognitivas que bloqueen la habilidad del paciente para razonar, limitando su participación en la toma de decisiones.

Objetivos: Evaluar la disposición del paciente crítico para tomar decisiones e identificar qué variables pueden influir en su competencia.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Ámbito: Unidad de cuidados.

Pacientes: 29 pacientes críticos.

Variables: Se analizaron variables sociodemográficas y psicológicas. Se evaluó la capacidad funcional y la reacción psicológica durante la estancia en UCI.

Resultados: Muestran que los pacientes están totalmente de acuerdo en que la última palabra a la hora de tomar decisiones corresponde a ellos mismos, prefieren que una mala noticia sea transmitida por el médico y dicen que la presencia del psicólogo facilitaría el proceso. Que los profesionales no respondan a sus preguntas es el factor de mayor estrés. A mayor nivel de depresión resulta una menor capacidad cognitiva, y para los pacientes con menor capacidad cognitiva, participar en la toma de decisiones supone una sobrecarga. Las variables ansiedad y depresión se relacionan significativamente con la capacidad para tomar decisiones.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Is the critical patient competent for decision taking? Psychological and psychopathological reasons of cognitive impairment

Abstract

Background: Emotional factors may lead to cognitive impairment that can adversely affect the capacity of patients to reason, and thereby, limit their participation in decision taking.

Purposes: To analyze critical patient aptitude for decision taking, and to identify variables that may influence competence.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: bernat.mar@gva.es, a.bernat.a@telefonica.net (M.D. Bernat-Adell).

Design: An observational descriptive study was carried out.

Setting: Intensive care unit.

Patients: Participants were 29 critically ill patients.

Main variables: Social, demographic and psychological variables were analyzed. Functional capacities and psychological reactions during stay in the ICU were assessed.

Results: The patients are of the firm opinion that they should have the last word in the taking of decisions; they prefer bad news to be given by the physician; and feel that the presence of a psychologist would make the process easier. Failure on the part of the professional to answer their questions is perceived as the greatest stress factor. Increased depression results in lesser cognitive capacity, and for patients with impaired cognitive capacity, participation in the decision taking process constitutes a burden. The variables anxiety and depression are significantly related to decision taking capacity.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

La doctrina del consentimiento, ya desde sus inicios tal como admite Drane^{1,2}, presenta varios dilemas puesto que para que un documento de consentimiento no se convierta en un mero instrumento defensivo se precisa que el paciente sea competente, actúe de forma autónoma, libre de coerción y con la suficiente capacidad cognitiva para evaluar la enfermedad y los beneficios o consecuencias de un tratamiento. Simón-Lorda³ define cuatro situaciones que pueden hacer sospechar al clínico al respecto de la competencia del paciente:

1. Cuando el paciente muestra un cambio brusco en su estado mental.
2. Cuando rechaza un tratamiento que está claramente indicado y no argumenta los motivos con claridad o se basa en supuestos irracionales.
3. Cuando acepta procedimientos molestos, sin ponderar riesgos ni beneficios.
4. Cuando tiene un trastorno neurológico o psiquiátrico de base, que puede producirle estados transitorios de incapacidad.

El paciente crítico también tiene el derecho y la necesidad de ser informado. La información debe ser comprendida por el paciente, ya que la comprensión es un paso fundamental del proceso cognitivo que conducirá a una toma de decisiones. Y la evaluación de la competencia es especialmente relevante en él porque la toma de decisiones acostumbra a tener lugar en situaciones angustiosas.

Por otra parte los profesionales sanitarios, tienen el deber de crear un ambiente de colaboración con los pacientes y con sus familiares, un ambiente en el que las decisiones clínicas puedan ser tomadas utilizando la mejor evidencia al respecto en conjunto con el respeto a los valores, objetivos y capacidades de los pacientes⁴.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituyen un espacio tecnológico y personal cuya misión es ofrecer tratamiento y cuidados integrales a pacientes críticos, y para ello están dotadas de profesionales especializados y de equipamiento tecnológico complejo. La dinámica de trabajo, la situación del paciente, la inmediatez de las respuestas exigidas a los profesionales, la dificultad en minimizar ruidos

o iluminación convierten a las UCI en entornos ciertamente estresantes.

Por su parte, los pacientes críticos se definen como aquellos que sufren una inestabilidad orgánica, estructural o funcional y están en situación de riesgo vital real o potencial; o bien sufren un fracaso de uno o más de un órgano vital. Muy pocos pacientes críticos tienen capacidad de expresar sus deseos, solo en contadas ocasiones existen documentos de voluntades anticipadas, y pocas veces existe una relación asistencial previa^{5,6}. Conocer las decisiones del paciente resulta complicado debido a:

- Un nivel de consciencia deteriorado.
- Una imposibilidad de establecer comunicación (puesto que en su mayoría están sedados, intubados o traqueostomizados).
- Una necesidad y/o inmediatez de aplicar una actuación clínica.
- Una situación emocional alterada por la propia enfermedad o por la situación personal, familiar, laboral y/o social.
- Un entorno desconocido y estresante.

La responsabilidad del cuidado al paciente crítico exige un esfuerzo de equipo⁷. Todos los profesionales deben pensar y actuar de forma responsable, y en este caso una actitud responsable lleva a profundizar en el estudio de la competencia. Tal como dice Drane⁸, la competencia puede ser dependiente de la situación física, psíquica y del entorno, y por tanto puede ser cambiante.

La competencia está directamente relacionada con la capacidad mental, las habilidades cognitivas, la psicopatología, el proceso de información, la relación con los profesionales sanitarios y el entorno familiar y socio-laboral del paciente. La psicología actuaría como un nexo de unión que daría sentido a las dimensiones jurídicas y éticas⁹. El diseño de una metodología de evaluación de la competencia precisaría definir el perfil cognitivo del paciente y la etiología del deterioro cognitivo, especificando si este es permanente, progresivo o transitorio. Sería también necesario realizar un informe sobre la capacidad y la toma de decisiones; además de una evaluación neurológica, una descripción del estado evolutivo y de la afectación funcional, del pronóstico y del grado de dependencia¹⁰.

El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la capacidad y disposición del paciente crítico para tomar decisiones y qué variables pueden influir en su competencia para ello.

Método

Participantes

Estudio observacional descriptivo, realizado en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Asociado General de Castellón. En el periodo a estudio, de abril a septiembre de 2009, ingresaron en el SMI 548 pacientes siendo el índice de mortalidad 13,6%. De los 473 pacientes que sobrevivieron, se incluyeron solo a 390 pacientes, aquellos cuya estancia fue superior a 24 horas. De estos 390 pacientes un 45,9% no pudieron ser entrevistados por encontrarse intubados o traqueotomizados, un 37,4% sufrían alteraciones fisiopatológicas que impedían la comunicación y un 5,9% no eran castellano parlantes. La muestra a estudio fue de 42 pacientes, de los cuales se perdieron 5 casos por motivos diversos y 8 casos por no aceptar el paciente su participación en el estudio; quedando una muestra válida de 29 pacientes que representó un 5,3% del total de ingresos en el periodo descrito.

El 96,6% de los participantes eran hombres y la media de edad fue de 63,8 años. Un 3,4% no tenía estudios, un 72,4% tenía estudios primarios, un 20,7% tenía estudios secundarios y únicamente un 3,4% disponía de educación superior. En cuanto al estado civil, un 76,9% estaban casados o con pareja estable, un 15,4% eran solteros y un 7,7% divorciados. Atendiendo al motivo de ingreso, un 27,6% eran coronarios, un 24,1% tenían patología médica, un 10,3% eran neuroquirúrgicos, un 17,2% estaban en situación séptica y un 20,7% tenían enfermedad respiratoria.

Instrumentos

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron:

- *Parámetros biológicos*¹¹⁻¹³. Los parámetros biológicos fueron seleccionados por su capacidad para alterar la competencia. Se recogieron valores de la presión parcial de dióxido de carbono (PaCO₂), de la presión parcial de oxígeno (PaO₂), de la saturación de oxígeno (SatO₂), del pH, del sodio (Na⁺), de la glucemia, de la presión arterial media (PAM), de la temperatura, de la frecuencia respiratoria (FR) y de la frecuencia cardíaca (FC).
- *Escala de coma de Glasgow*¹⁴ y escala de sedación y agitación de Richmond (RASS)¹⁵, para evaluación del nivel de consciencia y sedación.
- *Índice Barthel (IB)*¹⁶. Evaluación de la capacidad del paciente para realizar de forma independiente las actividades básicas de la vida diaria.
- *Minimal Test (MMSE)*¹⁷. Evalúa orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción. Los puntos de corte se han establecido en ≥ 25 como normal, ≤ 24 como sospecha de patología.
- *Escala de factores estresantes*. Este instrumento es una adaptación de la Escala de estresores hospitalarios de Richard et al.¹⁸, para evaluar el grado de malestar

asociado a diferentes estresores que se relacionan con el ingreso y estancia en una UCI. La escala cuenta con 40 ítems que medidos mediante una escala tipo Likert del 1 al 5 (1 = nada, 2 = algo, 3 = bastante, 4 = mucho y 5 = muchísimo) indican el grado de estrés que el paciente siente ante una determinada situación.

- *Escala de ansiedad y depresión (HADS)*¹⁹. La frecuencia o intensidad de cada ítem es evaluada mediante una escala Likert. Es indicativo de sintomatología ansiosa o depresiva una puntuación por encima de 11 puntos.
- *Cuestionario de valoración subjetiva del proceso de información y toma de decisiones en el ámbito hospitalario (CITD)*. Cuestionario elaborado *ad hoc* y validado en un grupo de profesionales sanitarios que participaron de forma voluntaria y anónima; obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,83. Su misión es recabar información del paciente en cuanto al proceso de información, el grado de implicación que los pacientes críticos desean tener en la toma de decisiones, el papel que estos otorgan a los familiares y/o representantes así como el grado de interés que los pacientes muestran con respecto a la información relacionada con el proceso de morir. El CITD consta de 26 ítems; su puntuación va de 1 (nada de acuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo).

Procedimiento

Las entrevistas se realizaron de forma personalizada, en habitación cerrada para preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad. Previamente se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

Análisis de datos

El análisis estadístico se dividió en dos fases. En primer lugar se realizaron análisis descriptivos cuyos resultados se expresan en media, desviación típica y/o porcentajes. En segundo lugar, se realizaron análisis diferenciales de las principales variables en función de las variables sociodemográficas a través de ANOVA y análisis de correlación de Pearson. Finalmente, se dividió a los pacientes en función de su capacidad cognitiva y se realizaron pruebas t con las puntuaciones del CITD.

Resultados

El análisis descriptivo de los parámetros biológicos, resultó en valores de media superiores a la considerada como normal, alejándose del rango establecido como referencia. El Glasgow de todos los pacientes fue de 15, lo que aseguraba un buen nivel de consciencia en el momento de realizar la entrevista. En cuanto al nivel de sedación todos los pacientes estaban con un RASS de 0 puntos. La media del IB fue de 98,64 ($\sigma=7,74$). Un 54,5% de los participantes tenía una capacidad funcional previo ingreso en UCI de 100.

Para el análisis descriptivo de las variables psicológicas, se evaluó la capacidad cognitiva mediante el MMSE, y se obtuvo una media de 24,11 ($\sigma=4,50$). Solo un 14,8% de los pacientes fueron capaces de responder al cuestionario. El resto, un 85,2% presentó un deterioro de la capacidad cognitiva. Un valor del MMSE inferior a 24 coincide con deterioro

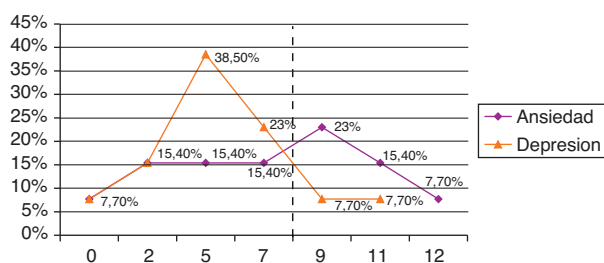


Figura 1 Evaluación del nivel de ansiedad y depresión en paciente crítico. El valor 0 se traduce por ausencia de sintomatología ansiosa o depresiva y el valor 12 representa presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva. Los resultados se expresan en porcentajes.

de moderado a grave, un 51,8% de los pacientes presentaba esta situación, mientras que un 33,2% presentaba un deterioro de la capacidad cognitiva leve.

Para evaluar los factores causantes de estrés, se seleccionaron seis de los ítems de la escala original. Cinco de ellos fueron elegidos por su relación con el proceso de información y el sexto, ofrecía una visión global del nivel de estrés. La media en estrés general fue de 2,32 ($\sigma=1,24$) y, que los profesionales no respondiéramos a sus preguntas fue el factor que definieron como más estresante con un valor de media de 3,76 ($\sigma=1,34$).

El análisis descriptivo realizado para las variables ansiedad y depresión mostró que un 38,5% de la muestra presentaba ausencia de ansiedad y un 92,3% puntuaba bajo para la variable depresión (fig. 1).

Para el análisis descriptivo de los resultados obtenidos mediante el cuestionario CITD, se agrupan los ítems del mismo en seis categorías. Cada una ellas identifica el papel que el paciente considera que deberían desempeñar los implicados en el proceso de información y toma de decisiones.

Para el papel que el paciente asigna a los familiares, el promedio del total de los ítems resulta en una media de 2,35 ($\sigma=0,98$). La mayor puntuación corresponde al ítem «los familiares deben ser informados acerca de todo lo que se

refiere al estado, tratamiento y pronóstico del enfermo», con una media de 3,62 ($\sigma=0,67$). Con un valor de media de 2,82 ($\sigma=0,96$) también muestra acuerdo con el ítem «en el caso de tener que tomar una decisión relevante, me gustaría que el médico preguntara a los familiares, es decir, les hiciera participar en la decisión». Sin embargo, el paciente muestra menor acuerdo con los ítems «si fuera a morir, preferiría que me lo dijera mi familia» y «cuando las noticias son negativas, es la familia la que debe transmitir la información al enfermo y no el médico», con valores de media 1,85 ($\sigma=0,98$) y 1,55 ($\sigma=0,94$) respectivamente.

Los resultados con respecto al papel que el paciente considera que debe desempeñar en el proceso de información y toma de decisiones, el promedio del total de los ítems resulta en una media de 2,83 ($\sigma=1,06$), mayor que la de familiares. Los ítems «en el caso de tener que tomar una decisión relevante, me gustaría que el médico pidiera opinión al enfermo» y «los enfermos deben tener la posibilidad de participar en las decisiones médicas respecto al tratamiento de su enfermedad», obtienen el mismo valor de media de 3,34 ($\sigma=0,93$). El paciente ha mostrado un menor acuerdo con el ítem «en el caso de que las noticias fueran negativas, se deberían ocultar al enfermo», con una media de 1,48 ($\sigma=0,87$).

El promedio del total de los ítems evaluados, para el papel que el paciente crítico otorga al médico, resulta en una media de 3,16 ($\sigma=1,03$). Cuando se explora si la última palabra en la toma de decisiones corresponde al médico, la media obtenida es de 2,72 ($\sigma=1,13$). Cabe destacar que un 74,1% de los encuestados responde con total acuerdo ante la afirmación de que «si fuera a morir preferiría que me lo comunicara el médico». Por otra parte, para el papel que el paciente crítico otorga al psicólogo se obtiene una media de 2,86 ($\sigma=1,05$). Para un 34,5% de los participantes, contar con un psicólogo les resultaría de gran ayuda.

En lo referente a qué representa para el paciente tomar una decisión, vemos que para el ítem «me siento capacitado para participar en la toma de decisiones que afecten a la salud del enfermo» la media es de 3,37 ($\sigma=1,01$) y para el ítem «para mí, poder participar en una decisión médica sería más una carga que un privilegio» la media es de 2,31

Tabla 1 Correlación de Pearson entre variables sociodemográficas y MMSE, HADS y CITD

	Influencia de la Edad		Influencia del Nivel de Estudios	
	r	p	r	p
Capacidad Cognitiva - MMSE ^a	-0,53	0,004**	0,42	0,027*
Nivel Ansiedad (HADS) ^b	0,04	0,896	-0,20	0,510
Nivel Depresión (HADS) ^b	0,26	0,385	-0,23	0,435
CITD ^c Familiares	0,21	0,281	-0,10	0,604
CITD ^c Pacientes	-0,32	0,099	0,30	0,118
CITD ^c Médicos	0,10	0,596	0,08	0,663
CITD ^c Psicólogos	-0,10	0,587	0,19	0,306
CITD ^c Satisfacción	-0,10	0,586	-0,05	0,794
CITD ^c Privilegio	-0,47	0,009**	0,33	0,075

^a Mini-Mental Test

^b Hospital Anxiety and Depression Scale

^c Cuestionario de Valoración Subjetiva del Proceso de Información y Toma de Decisiones

** p ≤ 0,01

* p ≤ 0,05

Tabla 2 Correlación de Pearson entre variables emocionales (HADS) y variables cognitivas (MMSE)–CITD

	Nivel Ansiedad (HADS) ^b		Nivel Depresión (HADS) ^b	
	r	ρ	r	ρ
Capacidad Cognitiva - MMSE ^a	-0,53	0,059	-0,55	0,048*
CITD ^c –Familiars	-0,04	0,892	0,20	0,506
CITD ^c –Pacientes	0,09	0,769	-0,17	0,562
CITD ^c –Médicos	0,22	0,471	0,10	0,736
CITD ^c –Psicólogos	-0,08	0,775	0,11	0,704
CITD ^c –Satisfacción	0,08	0,790	-0,08	0,792
CITD ^c –Privilegio	-0,27	0,373	-0,05	0,868

^a Mini-Mental Test

^b Hospital Anxiety and Depression Scale

^c Cuestionario de Valoración Subjetiva del Proceso de Información y Toma de Decisiones

* p ≤ 0,05

Tabla 3 Diferencias entre grupos de pacientes con alta y baja capacidad cognitiva (MMSE) en las variables relativas a la capacidad de tomar decisiones (CITD)

Variable	Minimental 1 (n = 15)		Minimental 2 (n = 14)		t	p
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica		
CITD ^a Familiares	16,64	4,58	15	4,39	0,94	0,352
CITD ^a Pacientes	21,57	7,30	25,61	5,51	-1,61	0,119
CITD ^a Médicos	6,92	1,26	5,30	1,75	2,77	0,010*
CITD ^a Psicólogos	3	0,67	2,53	1,33	1,12	0,262
CITD ^a Satisfacción	7,14	1,65	6	2,12	0,56	0,130
CITD ^a Privilegio	8,34	1,94	2	1,08	-3,39	0,002*

^a Cuestionario de Valoración Subjetiva del Proceso de Información y Toma de Decisiones

* p ≤ 0,01

(σ=1,33). El 65,6% está totalmente de acuerdo con la afirmación «me siento capacitado para participar en la toma de decisiones».

La **tabla 1** muestra los resultados del análisis de la influencia de las variables sociodemográficas en las variables cognitivas, en las emocionales y en las variables subjetivas relativas al proceso de tomar decisiones. Para el análisis de la relación entre variables emocionales, capacidad cognitiva y CITD, resulta una relación significativa negativa entre el nivel de depresión en UCI y la capacidad cognitiva, con un valor p=0,048 (**tabla 2**).

Para analizar estas diferencias entre grupos de pacientes con alta y baja capacidad cognitiva en las variables subjetivas relativas al proceso de tomar decisiones (CITD) se definieron dos grupos de pacientes, según el valor obtenido en el MMSE. El grupo 1 (n = 15), pertenecía a pacientes cuyo valor MMSE estaba dentro del rango de 16 a 24 puntos; y el grupo 2 (n = 14), a pacientes cuyo valor MMSE estaba en rango de 25 a 30 puntos (**tabla 3**).

Discusión y conclusiones

Cuando en clínica se plantea el respeto por la competencia, encontramos que no hay guías de actuación, aunque sí hay definidos principios prácticos, tales como establecer la fuente de autoridad, conseguir una comunicación eficaz,

disponer de información pronta y certera sobre los deseos del paciente y respetar sus derechos²⁰.

Partiendo de la base de que la competencia hace referencia a cómo se aplica una capacidad a una situación concreta y que esta tiene más que ver con una habilidad que con una característica cognitiva estable²¹, hemos evaluado tanto la capacidad cognitiva del paciente como las habilidades que este demuestra para evaluar el entorno y los roles que según él desempeñan los implicados en el proceso.

Los resultados del cuestionario CITD indican que el paciente crítico muestra un total acuerdo en que los familiares sean informados acerca de todo lo que se refiere al estado, tratamiento y pronóstico del enfermo. Aunque el paciente solo muestra algo de acuerdo con que sea la familia quien tenga la última palabra y quien transmita al enfermo una mala noticia. En algunas ocasiones tanto los familiares como los clínicos infravaloran los deseos del paciente y esta conclusión obtenida del estudio de Cioldi et al.²², con respecto al consentimiento para participar en estudios de investigación, bien podría ser extrapolable a otras áreas de la toma de decisiones en UCI²³.

Con respecto al papel que el paciente se otorga a sí mismo en el proceso de información, el 62% está totalmente de acuerdo en que el paciente participe en las decisiones, y el mismo porcentaje dice estar totalmente de acuerdo en que la última palabra la debe tener el propio paciente. Casi dos tercios de los participantes refieren un total acuerdo en

que si se fuera a morir, le gustaría saberlo con antelación. Los resultados de un estudio realizado en Atención Primaria, utilizando cuestiones similares a las planteadas en el CITD, ofrecen unos resultados similares²⁴.

Con respecto al papel que el paciente crítico asigna al médico, tres cuartas partes están totalmente de acuerdo en que una mala noticia es preferible que sea comunicada por el médico. El paciente continúa dando al médico un papel importante en el proceso de comunicación y toma de decisiones. Los resultados de nuestro estudio hacen pensar en que la relación de confianza que siempre ha existido entre el paciente y su médico debe retomarse y que recuperar esta relación no implica dejar de respetar los deseos y creencias del paciente, primando la comunicación, el respeto mutuo y la honestidad²⁵.

Según el CITD, más de la mitad de los participantes dice estar de bastante a totalmente de acuerdo en que contar con la ayuda de un psicólogo facilitaría al paciente la toma de decisiones. La figura del psicólogo de la salud es cada vez más necesaria sobre todo en las UCI debido a las situaciones extremas a las que se enfrentan pacientes, familiares e incluso profesionales²⁶.

Los estudios de Jorm²⁷, los de O' Connor²⁸ y los de Manubens²⁹ mostraron una influencia positiva del nivel de estudios en el MMSE y una influencia negativa de la edad en la capacidad cognitiva. Estos estudios difieren del nuestro, en el tipo de paciente, aunque nuestros resultados son coincidentes. Obtenemos una correlación negativa entre edad y MMSE, y una correlación positiva entre el nivel de estudios y MMSE, de forma que un mayor nivel educativo se corresponde una mejor capacidad cognitiva. Además resulta que la edad también influye de forma negativa con la variable «Privilegio» del CITD; de forma que a mayor edad, para el paciente crítico, tomar una decisión representa una carga más que un privilegio.

Los resultados obtenidos de la relación entre las variables emocionales, el MMSE y las variables subjetivas relativas a la toma de decisiones, indican una relación entre un mayor nivel de ansiedad y depresión y una menor capacidad cognitiva. Prevenir, minimizar las causas de estrés y procurar al paciente una situación de confort son eficaces para promover una situación emocional estable que facilite el proceso de toma de decisiones³⁰.

Aunque en nuestro estudio no resulten niveles muy elevados de ansiedad y de depresión, la literatura sí documenta que los pacientes críticos pueden manifestar diversas alteraciones psicológicas. Destacan la ansiedad, el estrés y la desesperación como los principales desordenes afectivos, siendo su necesidad primaria la sensación de seguridad³¹. La evaluación de la competencia se debería ajustar a las necesidades de cada paciente, y para ello, se recomienda incluir una evaluación neuropsicológica³².

En el estudio CoBaTrICE³³, los pacientes daban mayor importancia que los familiares a participar en la toma de decisiones y en ser informados con detalle, mientras que para los familiares el dar las malas noticias con delicadeza y el trato individualizado eran más importantes que para el paciente. La «humanidad» fue una cualidad deseada tanto por pacientes como por familiares quienes con frecuencia se referían a cualidades como paciencia, capacidad de acercamiento y sentido del humor. Como aspectos mejorables y relacionados con experiencias previas, destacaban

la continuidad en la atención por un mismo médico y la intercomunicación entre facultativos.

Finalmente podemos decir que los profesionales que atendemos a pacientes críticos, nos hemos acostumbrado a tratar con enfermos sedados e inconscientes, con familiares asustados y abrumados por situaciones incomprensibles que desestabilizan su vida, con situaciones en las que las decisiones deben ser tomadas con prisa, puesto que de ellas depende la vida del paciente. Hablar de humanización es fácil, ponerla en práctica es un reto, y citando a Simón-Lorda³⁴, podemos decir que:

«...el juicio sobre la capacidad de un paciente siempre será probabilístico y prudencial, no de certeza científica. Por eso, ninguno de los guiones, herramientas o protocolos de evaluación de la capacidad podrá ser nunca un «Santo Grial», el remedio mágico que dará respuesta a todas las dudas y aplacará definitivamente la angustia. Al utilizarlos habrá que asumir la posibilidad de equivocarse, científica, técnica y éticamente. Ello no es óbice para que deban buscarse herramientas de evaluación de la capacidad lo más sensibles y específicas posible».

Nuestros resultados, ponen de manifiesto que el paciente crítico desea participar en el proceso de toma de decisiones, desea ser informado por el médico cuando se trate de una mala noticia y desea tener la última palabra en lo concerniente al proceso de enfermedad.

Nuestras conclusiones permiten establecer las siguientes recomendaciones para la práctica clínica:

1. Evaluar el proceso de la toma de decisiones, no el resultado.
2. Evaluar si el paciente comprende todos los aspectos relevantes de la decisión y emite un consentimiento voluntario e informado.
3. Mejorar nuestras habilidades de comunicación, respetar las decisiones del paciente e implicar a los familiares en el cuidado.
4. Evitar tomar decisiones en situaciones de crisis.
5. Planificar sesiones sobre discusiones éticas, identificar los roles de los implicados, elaborar estrategias de abordaje y revisar los criterios utilizados para resolver cada situación.
6. Mejorar el entorno de UCI, minimizar estresores y crear un ambiente de confort.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Drane JF. The Many Faces of Competency. The Hastings Center Report. 1985:17-21.
2. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making health care decisions: the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship. Washington, DC: US Government Printing Office; 1982. p. 181-3.
3. Simón-Lorda P, Rodríguez JJ, Martínez A, López RS, Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin. 2001;117:419-26.

4. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995. p. 267.
5. Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, Iribarren S, Martín MA, et al., Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:121-33.
6. Solsona JF, Martín MC, Campos JM. Diferencias morales en la toma de decisiones entre los Servicios de Medicina Intensiva de los hospitales públicos y privados. *Med Intensiva*. 2005;29:103-5.
7. Roca J, Pérez JM, Colmenero M, Muñoz H, Alarcón L, Vázquez G. Competencias profesionales para la atención al paciente crítico. Más allá de las especialidades. *Med Intensiva*. 2007;31:473-84.
8. Drane JF. Competency to Give an Informed Consent. *JAMA*. 1984;252:925-7.
9. Welie SPK. Criteria for assessment of patient competence: a conceptual analysis from the legal, psychological and ethical perspectives. Davenport Iowa (USA): Fidler Doubleday Inc; 2008.
10. Parker AM, Fischhoff B. Decision-making competence: External validation through an individual-differences approach. *J Behav Decis Making*. 2005;18:1-17.
11. Marino PL. *El libro de la UCI*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999, p.851-865.
12. Reynolds RM, Padfield PL, Seckl JR. Disorders of sodium balance. *BMJ*. 2006;332:702-5.
13. Berbel-García A, Porta-Etessam J, Martínez-Salio A, Ballesta F, Sáiz-Díaz RA, Pérez-Martínez DA, et al. Edema cerebral transitorio asociado a hipoglucemia. *Rev Neurol*. 2004;39:1030-3.
14. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*. 1974;2:81-4.
15. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). *JAMA*. 2003;289:2983-91.
16. Cabañero MJ, Cabrero J, Richard M, Muñoz CL. The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): A structured review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49:77-84.
17. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin*. 1999;122:764-74.
18. Richard M, Cabrero J, Reig A. Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1993;19:75-89.
19. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.
20. Jesse B, Schmith GA, Wood LDH. *Perspectives on Clinical Medical Ethics, Principles of Critical Care*. New York: McGraw-Hill; 2009. p. 2187-200.
21. Abizanda R, García D, Ballester R, Fabra D. Competencia y capacidad. Más que una cuestión terminológica. *Bioética & debat*. 2009;15:5-14.
22. Cioldi M, Cariou A, Adrie CH, Annane D, Castelain V, Cohen Y, et al. Ability of family members to predict patient's consent to critical care research. *Intensive Care Med*. 2007;33:807-13.
23. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G, et al. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med*. 2004;32:1832-8.
24. Correoso MM, Romeu MA. Derechos y deberes del profesional y del paciente con respecto a la información. Informe preliminar de un estudio de opinión. En: Abizanda R, Ballester R, Gil MD, editores. *Comunicación Médico-Paciente en la UCI*. Barcelona: EdikaMed; 2009. p. 3-13.
25. Moya J, Gurrera RJ, Karel MJ, Edelstein B, O'Connell CH. 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.
26. Santana L, Martín J, Sánchez M. Cuidados psicológicos del paciente crítico. *Rev Psiquiat Salud Ment*. 2009;2:99-101.
27. Jorm AF, Scott R, Henderson AS, Kay DWA. Educational level differences on the Mini-Mental State: the role of test bias. *Psychol Med*. 1988;18:727-31.
28. O'Connor DW, Pollitt PA, Treasure FP, Brook CP, et al. The influence of education, social class and sex on Mini-Mental State scores. *Psychol Med*. 1989;19:771-6.
29. Manubens JM, Martínez-Lage P, Martínez-Lage JM, Larumbe R, Muruzábal J, Martínez-González MA, et al. Variación de las puntuaciones en el Mini-Mental-State con la edad y el nivel educativo. Datos normalizados en la población mayor de 40 años de Pamplona. *Neurología*. 1998;13:111-9.
30. Kompanje EJO, van der Hoven B, Bakker J. Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life. *Intensive Care Med*. 2008;34:1593-9.
31. Fan E, Shahid S, Kondreddi P, Bienvenu J, Mendez-Tellez PA, Pronovost PJ, et al. Informed consent in the critically ill: A two-step approach incorporating delirium screening. *Crit Care Med*. 2008;36:94-9.
32. Monsalve V, Gómez-Carretero P. Intervención psicológica en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En: *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario*. Valencia: Col.legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana; 2009. p. 105-16.
33. CoBaTri.C.E Collaboration. The views of patients and relatives of what makes a good intensivist: a European survey. *Intensive Care Med*. 2007;33:1913-20.
34. Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2008;28:325-48.