

Artículo especial

Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida

Assesmet of the minor's competency to take sanitary decisions: competency scale in Lleida

Mariola Espejo^{a,d}, Eva Miquel^{a,d}, Montse Esquerda^{a,b,*} y Josep Pifarré^{a,c}

^a Facultat de Medicina, Universitat de Lleida, IRB Lleida, España

^b CSMIJ Lleida-Sant Joan de Déu SSM, Lleida, España

^c GSS, Hospital de Santa Maria, Lleida, España

^d Institut Català de la Salut, Lleida, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de marzo de 2009

Aceptado el 5 de mayo de 2009

On-line el 24 de julio de 2009

Introducción

La medicina de las últimas décadas ha experimentado una espectacular evolución, no sólo por la explosión científicotécnica, sino también por un significativo cambio en la relación entre médico y paciente, con la progresiva incorporación del paciente en la toma de decisiones dentro del marco del respeto a la autonomía de la persona. La consideración del paciente como persona autónoma lleva implícitamente el desarrollo de la habilidad del médico en la valoración de la competencia^{1,2}.

Los pacientes menores de edad constituyen uno de los grupos que más dificultades presentan. La valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias sigue siendo un tema complejo y controvertido por diversas razones: por la falta de claridad del fundamento legal, por la dificultad de la misma valoración y por la falta de estudios de investigación en el tema.

La Ley de Autonomía del Paciente 45/2002³ establece la mayoría de edad «médica» a los 16 años, excepto en situaciones de gravedad; queda a criterio del profesional sanitario establecer y valorar la gravedad. En edades menores de 16 años (entre 12 y 16 años) «es criterio del profesional sanitario la valoración de la competencia del menor para tomar decisiones referentes a la propia salud», y es necesario que realice una apreciación de la capacidad intelectual y emocional del menor para comprender la situación. Según establece la mencionada Ley, el profesional sanitario tiene que determinar la capacidad del menor de forma objetiva y tiene

que dejar constancia escrita de cómo la ha realizado en la historia clínica.

La valoración de la competencia en el menor es compleja, pues el desarrollo de la madurez del menor es un proceso progresivo en el que intervienen muy diversos factores, como son la maduración del juicio moral, el desarrollo cognitivo, la afectividad, la motivación o la situación en la que se toma la decisión⁴⁻¹¹.

Sin embargo, de todos los factores implicados, el desarrollo del juicio moral y ético es uno de los que más influencia tiene en la madurez^{4,8,12,13}. Los estudios realizados por Piaget, Kohlberg y otros autores en psicología evolutiva sobre el desarrollo de la autonomía y de la evolución ética y moral han sido decisivos para el establecimiento de la fundamentación y el desarrollo de la teoría del «menor maduro», y han tenido una enorme influencia en el desarrollo legislativo, pues demuestran que la mayor parte de los adolescentes alcanza su madurez moral entre los 13 y los 15 años, y esta madurez alcanza cierta estabilidad entre los 16 y los 18 años¹⁴⁻¹⁷.

Kohlberg^{16,17}, uno de los discípulos de Piaget, ha realizado las aportaciones más importantes en este campo. Construye una clasificación de 3 niveles de desarrollo del pensamiento moral: preconventional, convencional y posconventional. Los niveles son definidos y universales, y representan filosofías morales separadas como diferentes visiones del mundo sociomoral. Estas visiones representan 3 tipos diferentes de relación entre el yo y las reglas o expectativas de la sociedad, a los que denomina «niveles». En cada nivel se definen 2 estadios.

El nivel preconventional es el propio de la infancia, en que las normas se viven como impuestas desde el exterior. En el nivel convencional, las normas se identifican con el grupo o el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mesquerda@cirurgia.udl.cat (M. Esquerda).

sistema social y es el nivel propio del adolescente maduro o el adulto. Entre los 10 y los 12 años se produce el paso de preconvencional a convencional, y la estabilidad se alcanza más tardíamente.

Hay múltiples y diversos instrumentos de medida del desarrollo moral que se basan en los estudios de Kohlberg^{16,17} y miden las variables cognitivas del razonamiento moral, entre ellos el DIT (Definid Issue Test) de Rest^{18,19}, pero requieren un tiempo largo de aplicación y un alto entrenamiento de la persona que realice la valoración, por lo que no son instrumentos aplicables en la práctica clínica habitual.

Este estudio pretende diseñar y evaluar una escala de medida de la madurez según el paradigma de Kohlberg^{16,17} que pueda aplicarse para tomar decisiones sanitarias en menores de edad. El objetivo de la escala es medir la madurez del menor y distinguir entre preconvencionalidad y convencionalidad mediante un instrumento de fácil administración y corrección en la práctica clínica habitual, que discrimine el grado de madurez del menor y facilite la valoración de la competencia de este menor.

Material y método

Diseño y tipo de estudio

Se trata de un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional y transversal, que se ha realizado en Lleida y consta de 3 etapas bien diferenciadas:

Elaboración de la escala

Se creó una escala preliminar de medida de actitudes a partir del modelo escalar de Thurstone²⁰ para población adolescente entre 12 y 16 años, a partir de la que pudiera inferirse el grado de madurez de los menores a la hora de tomar decisiones relacionadas con su salud.

Se diseñaron las preguntas sobre juicio y se partió de los subgrupos descritos por Kohlberg, con la participación de todo un equipo multidisciplinario de expertos en el tema (un psiquiatra, una pediatra, un médico cirujano, un médico de familia, un psicólogo, un filósofo y una enfermera de atención primaria), de forma que se estudiara la validez de concepto de todas y cada una de las preguntas resultantes. El método utilizado es el llamado criterio de juicio de expertos o prueba de jueces²¹.

Se elaboraron los dilemas morales adaptados de dilemas clásicos y las respuestas se clasificaron según el modelo de Kohlberg en 2 grupos: respuestas preconvencionales o respuestas convencionales (la posconvencionalidad no es habitual en el adolescente). De forma independiente y ciega, los expertos clasificaron el estadio de cada respuesta, así como validaron las preguntas. La clasificación de cada una de las respuestas se hizo en función del grado en que cada una de éstas medía un grado de madurez determinado, no en función de la actitud expresada por el experto. Los casos donde había discrepancia de opiniones se eliminaron o modificaron hasta conseguir unanimidad de valoración, de forma que en los 18 casos finales había un consenso entre todos los expertos y se hacía una evaluación objetiva del grado en que cada una de las respuestas medía un determinado grado de madurez.

Este cuestionario estructurado consta de 18 situaciones hipotéticas que dan lugar a un dilema moral. Los adolescentes debían responder una de las 4 respuestas de cada caso, la que ellos consideraban más adecuada. Las respuestas corresponderían a 2 respuestas preconvencionales y 2 convencionales, según los grados de madurez moral de Kohlberg y sobre la base del criterio de juicio de expertos.

Evaluación

Una vez diseñada y creada la Escala de Valoración de la Competencia (EVC), se seleccionó una muestra de adolescentes estudiantes de 14 a 15 años de tercero de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de 3 institutos de Lleida. Los 3 institutos elegidos con muestreo por conglomerados fueron La Olivera de La Granadella como instituto rural, Joan Oró como instituto urbano y Manuel de Montsuar como instituto con población rural y urbana. Se obtuvo el consentimiento para la realización del estudio de los directores de los centros y del Departament d'Educació de la Generalitat de Cataluña. Asimismo, se pidió autorización a los padres de los alumnos mediante un documento de consentimiento informado. Los alumnos también debían consentir la realización del estudio.

El tamaño de la muestra se calculó sobre la base de detectar una correlación mínima esperada de 0,35 según el coeficiente de correlación de Pearson, entre las 3 escalas (EVC, DIT de Rest y las valoraciones de los tutores), teniendo en cuenta un nivel de significación del 5%, una potencia del 80% y un 20% de pérdidas. Con estos supuestos se incluyó a un total de 60 alumnos.

A la muestra seleccionada se le realizó el protocolo de evaluación que constaba de los siguientes cuestionarios:

- La EVC elaborada según los criterios anteriormente comentados.
- El test DIT de James Rest, como medida del estadio de desarrollo de juicio moral. El resultado del DIT ofrece una distribución porcentual de respuestas según el estadio.
- A los correspondientes tutores se les administró una medida sobre la capacidad cognitiva y la madurez de cada alumno mediante 2 escalas tipo Likert. Previamente se había facilitado a cada tutor información extensa sobre el estudio y sobre el concepto que se pretendía medir. Los tutores debían tener un conocimiento mínimo del alumno de un curso.

Análisis de datos

Variables personales: edad, sexo y centro.

Variables clínicas: preconvencionalidad de la EVC, estadio del Rest predominante, valoración cognitiva y de la madurez del alumno (tutor).

Criterios de inclusión: tener la autorización de los padres para que sus hijos participaran en el estudio, la aceptación por parte de los estudiantes a participar en el estudio y la respuesta completa de cada participante de la EVC, del DIT y la valoración del tutor.

Criterios de exclusión: la negativa por parte del alumno o de los padres para participar en el estudio, la resolución incompleta de los cuestionarios o la existencia de problemas de idioma que dificultaran la comprensión.

Método de recogida de datos y procedimiento: la recogida de datos del estudio se realizó en una de las clases de tercero de ESO (14 y 15 años) de cada uno de los 3 institutos de Lleida durante un período de 3 meses, entre diciembre del año 2007 y febrero de 2008.

Análisis estadístico: el programa utilizado fue el paquete estadístico SPSS 15.0. Se hizo un análisis descriptivo de todas las variables del estudio. Para evaluar el grado y determinar la existencia de asociación entre los diferentes test, se hizo un análisis de correlación lineal con el coeficiente de correlación de Spearman y se calculó su grado de significación. Se utilizó el test de la U de Mann-Whitney para determinar si había diferencias de las distintas escalas entre sexos. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

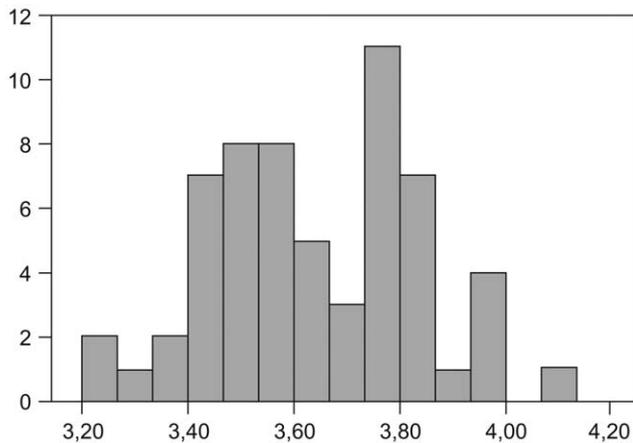


Figura 1. Histograma de frecuencias del estadio de desarrollo según el Definid Issue Test.

Resultados

Análisis descriptivo

Participaron en el estudio 66 estudiantes, de los que se excluyó a 6 por resolución incompleta o no válida de los cuestionarios. De los 60 restantes, 32 eran chicos (53,3%) y 28 eran chicas (46,7%). En cuanto a la edad en años de la población estudiada, 47 estudiantes (78,3%) tenían 14 años y 13 estudiantes (21,7%) tenían 15 años. Con respecto a la distribución de los institutos, 12 de ellos (20%) pertenecían al ámbito rural y el resto al ámbito urbano.

En la EVC, el tiempo medio de realización de esta escala es de aproximadamente 30 min. La media del número de respuestas preconventionales es de 4,28, de un máximo teórico de 18; la mediana es de 4, la desviación típica es de 2,35 y el intervalo es de entre 0 y 10.

Como el DIT de Rest ofrece una distribución porcentual de respuestas, se ha calculado el estadio de Rest ponderado, que corresponde al percentil 50 del área bajo la curva. La figura 1 muestra la frecuencia de alumnos en función del estadio; la mayoría se hallaba entre el estadio 3 y 4.

Con respecto a la valoración que hizo el tutor del nivel cognitivo de sus alumnos, valoró al 33,3% de ellos como 4 en una escala de Likert de 1 a 5; consideró que un 28,3% de ellos tenía un nivel cognitivo de 5 y un 26,7%, un nivel 3. En la valoración que hizo el tutor del nivel de madurez de sus alumnos, valoró al 48,3% de ellos como 4 en una escala de Likert de 1 a 5; valoró a un 33,3% de ellos con un nivel de madurez de 3 y consideró que un 11,7% tenía un nivel 5.

Análisis de asociación entre escalas

En la tabla 1 se presentan los coeficientes de correlación 2 a 2 entre las escalas de valoración del tutor y el número de respuestas preconventionales de la EVC. Entre la valoración que hace el tutor respecto de la madurez del alumno y el estadio del DIT, el coeficiente de correlación de Spearman es de 0,240 (valor $p=0,064$, asociación lineal al límite de la significación).

Se observa una asociación lineal significativa entre la valoración que hace el tutor respecto de la madurez del alumno y el número de respuestas preconventionales de la EVC que responde el alumno, con un coeficiente de correlación de Spearman de $-0,45$ (valor $p<0,05$), expresada de forma que a menor número de respuestas preconventionales que contestan los alumnos, mayor grado de madurez (fig. 2). Con respecto a la valoración que hace el tutor respecto de la cognición del alumno y el número de

respuestas preconventionales de la EVC que responde el alumno, hay una asociación lineal negativa significativa, con un coeficiente de correlación de Spearman de $-0,39$ (valor $p<0,05$), es decir, a menos respuestas preconventionales que contestan los alumnos, mayor nivel cognitivo presenta el alumno.

Las alumnas responden un menor número de respuestas preconventionales de la EVC que los alumnos, es decir, con un mayor número de respuestas convencionales o posconvencionales contestadas. Mientras los estudiantes se mueven entre 1 y 10 respuestas preconventionales, las estudiantes están entre 0 y 8 respuestas preconventionales, y las diferencias son estadísticamente significativas.

Discusión

Este estudio pretende esbozar lo que sería una escala válida, fiable y fácil de administrar para la valoración de la competencia moral en adolescentes, que pueda utilizarse en población clínica dado que en la actualidad no se dispone de ninguna escala que cumpla estos requisitos.

En este estudio se encuentra que la mayor parte de los estudiantes de 14 y 15 años están dentro del nivel convencional de Kohlberg, a partir de los resultados obtenidos en el DIT de Rest. Este resultado es consistente con otros estudios previos realizados en diferentes ámbitos (Romo Martínez, 2004; Barba, 2001, y Pérez Delgado y Mestre, 1993)^{19,22,23}, donde los adolescentes presentan puntuaciones mayoritarias entre el estadio 3 y 4 de su desarrollo moral.

En relación con la escala del presente estudio (la EVC), se encuentra también que la mayoría de los alumnos contestan mayoritariamente con respuestas convencionales y la media de respuestas preconventionales es de 4,28 (mediana=4). Esto quiere decir que la mitad de los estudiantes contestó 4 respuestas preconventionales y 14 convencionales, hecho que apunta a una buena medición de esta escala en relación con el DIT.

Al relacionar el resultado del DIT con la valoración de la madurez que hacen los tutores, se observa una correlación que no es estadísticamente significativa, a pesar de que está al límite de la significación (coeficiente de Spearman=0,24; valor $p=0,064$). El DIT es un cuestionario complejo y largo de realizar por los alumnos (una hora), en el que han mostrado muy poca dispersión, mientras que la escala Likert de valoración que hace el tutor es una valoración más sencilla y más polarizada, en la que se pide un cribado, mientras que el DIT hace una descripción. Esto y la falta de potencia estadística (poca muestra) pueden ser las causas de que la correlación entre ambas escalas, conceptos teóricamente relacionados, no llegue a ser estadísticamente significativa.

Se ha obtenido muy poca dispersión en el DIT, hecho que dificulta la correlación, aunque no invalida la hipótesis; además, son instrumentos diseñados para medir aspectos diferentes: el DIT está diseñado para medir el cambio de convencionalidad a posconvencionalidad, y lo que se pedía a los tutores era que detectaran el cambio de pensamiento de más preconventional a convencional. Estos mismos argumentos servirían para justificar la ausencia de correlación entre el DIT y la EVC.

En cambio, sí se observa una asociación estadísticamente significativa entre el número de respuestas preconventionales de la EVC y la puntuación que da el tutor respecto de la madurez de los alumnos: se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa (coeficiente de Spearman= $-0,45$; valor $p<0,001$), puesto que a menos respuestas preconventionales que contestaban los alumnos más alta era la puntuación que daba el tutor; es decir, aquellos alumnos que el tutor consideraba más maduros puntuaban como más maduros en la EVC. Hay que tener en cuenta que la figura del tutor no es meramente docente, pues el tutor es

Tabla 1
Correlaciones 2 a 2 de las diferentes escalas según el coeficiente de correlación de Spearman

Variables	Estadio desarrollo de DIT	Madurez del alumno valorada por el tutor	Cognición del alumno valorada por el tutor
Madurez del alumno valorada por el tutor	0,240		
Cognición del alumno valorada por el tutor	0,053	0,67 ^a	
Número de respuestas preconventionales de la EVC	0,003	-0,45 ^a	-0,39 ^a

DIT: Defining Issue Test; EVC: Escalade Valoración de la Competencia.

^a La correlación es significativa al nivel 0,05.

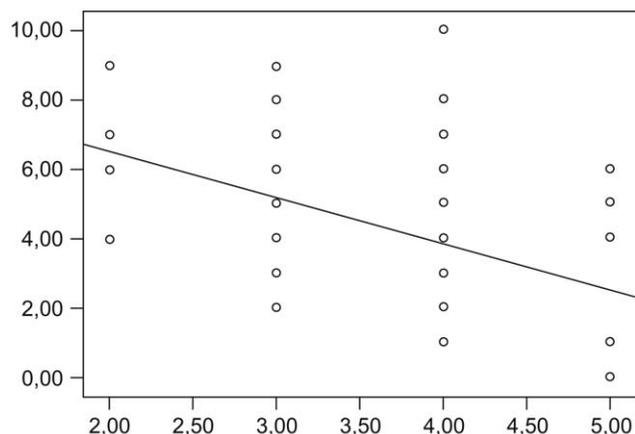


Figura 2. Gráfico de dispersión entre la madurez del alumno valorada por el tutor y el número de respuestas preconventionales de la Escala de Valoración de la Competencia.

quien conoce de primera línea la personalidad y la evolución de cada uno de sus alumnos²⁴.

Con respecto a la relación entre el número de respuestas preconventionales y la valoración del tutor respecto de la cognición de los alumnos (coeficiente de Spearman=-0,67; valor $p=0,001$), a mayor nivel cognitivo, más maduros. Pero hace falta destacar que la correlación de la EVC con la escala de madurez es superior que con la escala de inteligencia, hecho que va también a favor de esta correlación de manera independiente de la inteligencia.

Finalmente, respecto al sexo, se vio que esta variable puede influir en la valoración de la competencia, puesto que en la EVC las estudiantes de la muestra eran más maduras, al contestar menos respuestas preconventionales que los estudiantes, y las diferencias fueron estadísticamente significativas (test de la U de Mann-Whitney; valor $p<0,01$).

Asimismo, los tutores valoraron a las chicas como más maduras. Otros estudios como el de Barba²³ comentan que el grupo de 163 chicas tiene un mayor crecimiento en el razonamiento moral de principios (media del índice P del test DIT de Rest de 20,16) comparado con el grupo de 182 chicos (media del índice P del test DIT de Rest de 18,87).

Entre las limitaciones del presente estudio destacaríamos la necesidad de ampliar éste con la inclusión de una muestra más amplia de edades, así como su aplicación en población clínica, teniendo en cuenta que hay factores situacionales que influyen en la toma de decisiones.

Como conclusión, los autores del presente artículo encuentran que la EVC puede ser una buena aproximación para la valoración de la competencia moral en los alumnos de 14 y 15 años, y creen que podría ser un buen instrumento para utilizar en algunas situaciones clínicas.

El presente estudio se enmarca en la valoración de la madurez del menor, teniendo en cuenta que para valorar la competencia a fin de tomar una decisión sanitaria deberán ponderarse otros factores de influencia, como el riesgo o la gravedad de la decisión o la influencia de factores contextuales determinantes¹⁰⁻¹².

Este primer trabajo abre toda una línea de investigación sobre la posibilidad de la valoración de la competencia moral en menores de edad con un instrumento sencillo y de uso factible en situaciones clínicas.

Conflicto de intereses

Financiado en parte por la Beca de Investigación de Bioética de la Fundació Grifols.

Financiación

A los Servicios Territoriales del Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya por haber facilitado la realización del trabajo.

Agradecimientos

A Salvador Ribas, Alex Palau, Jordi Real i Joan Viñas por su colaboración en el diseño de la escala, en la etapa de prueba de jueces, así como en el asesoramiento estadístico de este estudio.

Bibliografía

- Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.
- Simon Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc). 2001;117:99-106.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de información y Documentación Clínica. BOE, 15 de noviembre de 2002.
- Gracia D, Jarabe Y, Martín Espildora N, Ríos J, et al. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin (Barc). 2001;117:179-90.
- Mc Cabe MA. Involving children and adolescent in medical decision making: Developmental and clinical considerations. J Pediatr Psychol. 1996;21:505-16.
- Martínez Urionabarrenetxea K. La capacidad del menor en el ámbito de la salud. Dimensión socio-sanitaria Derecho y Salud. 2007;15:27-42.
- Gabaldon S. El menor maduro. El adolescente y la sanidad. De Adolescencia: conflicto y decisión. Institut Borja de bioética. Universitat Ramon Llull. Ed. Mapfre S.A. 2008
- Mann L, Harmony RV, Power CN. Adolescent decision making: The development of competence. J Adolesc. 1989;12:265-78.
- Pearce J. Consent to treat during childhood: The assessment of competence and avoidance of conflict. Br J Psych. 1994;165:713-6.
- Reder P, Fitzpatrick G. What is sufficient understanding? Clin Child Psychol Psychiatry. 1998;3:103-13.
- Shaw M. Competence and consent to treatment in children and adolescent. Adv Psychiatric Treat. 2001;7:150-9.
- Drane JF. Métodos de ética clínica. En: Couceiro A (Ed.) Bioética para clínicos. Madrid: Editorial Triacastella; 1999.
- Esquerda M. Valoración de la competencia del menor en relación a la toma de decisiones sanitarias. De: Adolescencia: conflicto y decisión. Institut Borja de bioética. Universitat Ramon Llull, Mapfre (Barc). 2008.

14. Piaget J. El criterio moral en el niño. 2.^a ed. Barcelona: Fontanella; 1974.
15. Piaget J, Inhelder B. The psychology of the child. New York: Basic books; 1969.
16. Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Desclée de Brower; 1992.
17. Pérez-Delgado E, García Ros R. La psicología del desarrollo moral. Madrid: Siglo XXI;1991.
18. Rest J. Development in judging moral issues. USA: University of Minnesota Press;1979.
19. Pérez-Delgado E, Gimeno A, Oliver JC. El razonamiento moral y su medición a través del Defining Issue Test de Rest. Revista de Psicología de la Educación. 1989.
20. Thurstone LL. A law of comparative judgement. Psychol Revi. 1972;34:273-83.
21. Barbero García MI, Psicometría II. Métodos de elaboración de escalas. Facultad de Psicología. UNED 1993.
22. Romo Martínez JM. Juicio moral en estudiantes de bachillerato. Un diagnóstico. Rev Iberoame Educa. 2004 (ISSN: 1681-5653).
23. Barba B. Razonamiento moral de principios en estudiantes de secundaria y bachillerato. Rev Mexi Investi Educ. 2001;6:501-23.
24. Luque Lozano A. Orientación y acción tutorial con estudiantes de Educación Secundaria. Departamento de Psicología Evolutiva de la Educación. Universidad de Sevilla; 2007.