

Desarrollo y validación de la Escala DomusVi de Competencia

Francesc Torralba Roselló,¹ Iciar Ancizu García,² Joaquín Tomás-Sábado,² Raúl Vaca Bermejo,³ Josep Pascual Torramadé,⁴ Dulce Fontanals de Nadal⁵

¹Universidad Ramon Llull (Barcelona, España). ²Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, Universidad Autónoma de Barcelona (Sant Cugat del vallès, Barcelona, España). ³Asociación Española de Psicogerontología (Barcelona, España). ⁴Licenciado en Medicina y Cirugía (Barcelona, España). ⁵Diplomada en Trabajo Social (Barcelona, España)

Correspondencia: FrancescTR@blanquerna.url.edu (Francesc Torralba Roselló)

Resumen

Justificación: Se necesitan nuevos instrumentos de evaluación que permitan valorar la influencia conjunta de los factores cognitivos y no cognitivos en la competencia de una persona para tomar decisiones. **Método:** La primera versión de la Escala DomusVi incluye 22 ítems dicotómicos agrupados en seis dimensiones. En el proceso de validación del instrumento participaron 25 centros y se evaluó a 93 personas. **Resultados:** Los resultados parecen indicar que existe una alta fiabilidad inter-jueces para todos los ítems. Se descartaron dos ítems, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.824. El análisis factorial confirma la existencia de 4 factores: discernimiento, información, coacciones y expectativas. Se propone una baremación preliminar de la Escala DomusVi que clasifica la competencia de una persona en cuatro niveles. **Conclusión:** La Escala DomusVi parece ser un instrumento adecuado para evaluar la competencia para la toma de decisiones que afectan a su vida. **Palabras clave:** Competencia. Toma de decisiones. Ética del cuidar. Autonomía.

Development and validation of the DomusVi Competence Scale

Abstract

Background: New tools are needed to enable the combined influence of cognitive and non-cognitive variables to be assessed and to gauge an individual's competence to make decisions. **Method:** The first version of the DomusVi Scale includes 22 dichotomous items grouped under six dimensions. In the validation process, 25 care homes were involved and 93 individuals were assessed. **Results:** The results seem to indicate that there is high inter-rater reliability for all items. Two items were discarded, thereby giving a Cronbach alpha of 0.824. The factorial analysis confirms the existence of 4 factors: Discernment, Information, Constraints and Expectations. We propose a preliminary rating for the DomusVi Scale so that an individual's competence is classified as one of four possible levels. **Conclusion:** The DomusVi Scale may be a suitable measure for assessing an individual's competence to make decisions that affect their lives.

Key-words: Competence. Decision-making. Care ethics. Autonomy.

Introducción

En el desarrollo de la labor asistencial sociosanitaria, surgen conflictos diversos y problemas éticos que dificultan la toma de decisiones y pueden generar tensiones. En este contexto, teniendo en cuenta la creciente complejidad clínica atendida en centros residenciales, surge la necesidad de desarrollar un instrumento que permita evaluar el grado de competencia de las personas atendidas con el fin de determinar qué tipo de decisiones son capaces de tomar y cuáles no.

Con frecuencia, se utilizan indistintamente los conceptos de *competencia* y *capacidad* en ámbitos clínicos y técnicos, aunque tienen connotaciones diferentes y, por tanto, es preciso definirlos. *Capacidad* se refiere a las habilidades cognitivas y funciones relacionadas con el procesamiento de la información. Refleja un juicio profesional, clínico o legal, sobre si un

individuo tiene las habilidades mínimas necesarias para llevar a cabo satisfactoriamente una tarea específica (Moye, Marson and Edelstein, 2013).

Por otro lado, se entiende por *competencia* la capacidad para tomar decisiones libre y responsablemente en lo que respecta a la propia vida. En un entorno asistencial, esta capacidad presupone que la persona disponga de una información clara y concisa del abanico de opciones que tiene, comprenda la información que se le transmite, posea capacidad para identificar las consecuencias (positivas o negativas) personales y para los otros de su decisión y no existan coacciones externas o internas que le inhabiliten para tomar decisiones libres y responsables.

La competencia no es estática en los seres humanos, sino que puede variar según circunstancias y momentos vitales o bien como consecuencia de cambios físicos, psíquicos y socia-

les. De esta forma, debería evaluarse siempre que la persona necesite tomar una decisión relevante y existan dudas sobre su competencia.

En este sentido, parece comúnmente aceptado que diferentes decisiones con distinto nivel de gravedad implicarían diferentes niveles de competencia utilizándose diferentes criterios para cada una de las decisiones (Hermann, Trachsel, Mitchell y Biller-Andorno, 2014). Así se han propuesto escalas móviles, como la de Drane (1999), en la que se reconocen tres niveles de competencia con diferentes requerimientos en orden creciente de importancia de la decisión a tomar. No obstante, esta aproximación a la valoración de la competencia no está exenta de controversia y representa un gran desafío en su ejecución (Brock, 1991; Wicclair, 1991).

Otros instrumentos para evaluar la competencia centran su atención en aptitudes o capacidades para recibir, comprender y procesar la información. A continuación, se analiza la capacidad para tomar una decisión de forma razonada y consecuente con la información disponible para finalizar con el análisis de la capacidad de transmisión de la decisión de modo comprensible (Álvaro, 2012; Cox White, 1994). Se han puesto en duda que estos criterios sean los adecuados, ya que se centran, principalmente, en aspectos cognitivos de la toma de decisiones (Charland, 1998). Por lo que respecta a este tipo de instrumentos, se ha estimado que la mayoría de los utilizados en la práctica clínica para valorar la competencia han sido diseñados originalmente para la valoración del deterioro cognitivo debido a una demencia (Hermann et al., 2014).

La escala considerada con mayor validez demostrada para la evaluación de la capacidad de la toma de decisiones es la *Mac Arthur Competence Assessment Tool* o *Mac-CAT* (Grisso & Appelbaum, 1998; Appelbaum, 2007; Bernat, 2008; Dunn, Nowrangi, Palmer, Jeste y Saks, 2006). Esta escala analiza la comprensión de la información relevante, apreciación del significado de la información concerniente al estado personal, razonamiento considerando diferentes alternativas y, finalmente, la expresión de la decisión tomada.

Otro de los instrumentos ampliamente extendido es el *Silberfeld's Competence Tool*, una entrevista semiestructurada con un enfoque centrado en la persona, cuyo objetivo es evaluar la competencia de personas con demencia a la hora de elaborar documentos de decisiones anticipadas ("directrices avanzadas" o "testamentos vitales") (Fazel, Hope y Jacoby, 1999).

Por su parte, la Guía ACE (*Aid to Capacity Evaluation*) o *Guía de Evaluación de la Capacidad* de la Universidad de Toronto (Etchells et al., 1999) incluye una serie de aspectos decisivos a la hora de definir la competencia para la toma de decisiones. En ella, se detallan ocho grupos de preguntas que han de contestarse de manera sistemática.

Una descripción más detallada de los diferentes instrumentos para evaluar la competencia en la toma de decisiones está disponible en *Assessment of older adults with diminished capacity: a Handbook for Psychologist* (ABA Commission on Law and Aging & APA, 2008). Este Manual junto con el de abogados (ABA Commission on Law and Aging & APA, 2005) y jueces (ABA Commission on Law and Aging & APA, 2006) representan un importante esfuerzo interdisciplinario para promover una comprensión conceptual sólida y una evaluación clínica especializada de la *capacidad* en adultos mayores (Moye, Marson & Edelstein, 2013).

El Grupo ABA-APA (2005, 2006, 2008) propone un modelo de nueve pasos para evaluar la capacidad: legal, funcional, diagnóstico, cognitivo, psiquiátrico / emocional, valores, riesgos, medios para mejorar la capacidad y el juicio clínico.

Parece evidente que los factores exógenos, consecuencia del entorno, y los endógenos, consecuencia del estado físico, psíquico y espiritual resultan clave a la hora de evaluar la competencia de un individuo. De esta manera, se detecta la necesidad de contar con un instrumento estandarizado y con indicaciones claras (Hermann et al., 2014) que permita a profesionales y familiares dedicados al cuidado analizar el nivel de competencia en un determinado momento y determinar qué decisiones es capaz de tomar una persona y cuáles no.

En definitiva, se necesitan nuevos instrumentos de evaluación que permitan valorar la influencia conjunta de factores cognitivos y no cognitivos en la competencia de una persona para tomar decisiones. El presente artículo expone los resultados preliminares obtenidos en el proceso de desarrollo y validación de la Escala DomusVi de Competencia, que está diseñada para proporcionar a los profesionales una herramienta de evaluación de la competencia para la toma de decisiones en diferentes contextos asistenciales.

Diseño y metodología

Desarrollo de la Escala DomusVi de Competencia

Tras un intenso proceso de revisión bibliográfica, se definieron las siguientes dimensiones: *Información* o exploración del conocimiento de la persona sobre el objeto de la decisión y su nivel de *comprensión* de la situación, discernimiento de las *consecuencias* de la decisión tomada, *elementos coercitivos externos e internos* y una exploración sobre las *expectativas* de la persona.

Para construir la versión preliminar de la *Escala DomusVi de Competencia*, se seleccionaron 22 ítems dicotómicos, siendo el rango de la puntuación de 0 a 22 puntos, de un banco de 70 elaborados inicialmente, mediante un proceso de consenso en el que participaron expertos externos, miembros del Comité de Ética Asistencial de DomusVi y otros profesionales de la Organización (ver tabla 1).

Consideraciones generales para la aplicación de la Escala DomusVi de Competencia

La Escala DomusVi ha sido concebida para ser aplicada por dos profesionales cualificados al mismo tiempo (Trabajo Social, Psicología, Enfermería o Medicina). Además, debe aplicarse en un entorno reservado y tranquilo libre de posibles coacciones externas, como la presencia de miembros del entorno afectivo, que pueda influenciar el proceso de toma de decisiones de la persona. Por el mismo motivo, se debe evitar su administración en situaciones de final de vida o de crisis aguda.

La Escala DomusVi se aplicará únicamente cuando haya dudas sobre el nivel de competencia de una persona. La información necesaria para responder a cada uno de los ítems se obtendrá a partir de la argumentación de la persona evaluada. Las puntuaciones están invertidas para los ítems: 6, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19.

Solo pueden ser evaluadas aquellas personas que conservan un mínimo nivel de autonomía para manejar su vida. Por tanto, quedan excluidas personas con un deterioro cognitivo grave (MMSE<12). Además, considerando el método de apli-

cación de la Escala DomusVi se excluye a las personas que no conserven un nivel de comprensión y expresión verbal que les permita analizar y expresar temas reales o hipotéticos complejos referentes a aspectos cotidianos o familiares.

Tabla 1. Escala DomusVi para evaluar la competencia en la toma de decisiones

Información: Exploración de lo que sabe el usuario	
1.	¿Ha obtenido la información adecuada?
2.	¿Le ha informado la persona adecuada?
3.	¿Le inspira confianza la persona que le ha informado?
4.	¿Está satisfecho con la información recibida?
Comprensión: Investigación de su nivel de comprensión	
5.	¿Puede explicar lo que ha comprendido con sus propias palabras?
6.	¿Tiene alguna duda que precise aclaración adicional?
7.	¿Puede identificar las alternativas que tiene?
8.	¿La persona considera que ha entendido todo el proceso?
Consecuencias: Discernimiento de las consecuencias de la decisión	
9.	¿La persona es capaz de entender las consecuencias que su decisión puede tener en su vida?
10.	¿La persona es capaz de entender las consecuencias que su decisión puede tener sobre otras personas?
11.	¿La persona es capaz de anticipar las consecuencias de su decisión?
12.	¿La persona es capaz de asumir las consecuencias de su decisión?
Coacciones externas: Investigación de posibles elementos externos coercitivos	
13.	¿La persona está coaccionada por la opinión de la familia?
14.	¿La persona está coaccionada por el factor económico?
15.	¿La persona está coaccionada por la opinión de otras personas?
Coacciones internas: Investigación de elementos internos coercitivos	
16.	¿La persona manifiesta algún sentimiento o emoción que pueda coaccionar la toma de decisiones?
17.	¿Hay alguna experiencia o decisión del pasado que pueda coaccionar la toma de decisiones?
18.	¿La persona manifiesta algún cuadro psicopatológico que pueda afectar la toma de decisiones?
19.	¿La persona manifiesta algún cuadro fisiopatológico que pueda afectar la toma de decisiones?
Expectativa: Exploración de las expectativas del usuario	
20.	¿La persona muestra alguna expectativa respecto a su decisión?
21.	¿La persona manifiesta una expectativa acorde a la decisión tomada?
22.	¿La persona es consciente de que sus expectativas pueden no cumplirse?
Puntuación Total:	

Fase de pilotaje

El objetivo de esta fase es asegurar la validez interjueces de la Escala DomusVi. Se administró a un total de 25 personas, 5 por cada centro participante. El 76% fueron mujeres, con una media de edad de 82,40 (dt=9,32) y un rango comprendido entre los 61 y los 97 años. En cuanto al estado cognitivo de los participantes medido por el Mini Mental State Examination (MMSE) (Blesa et al., 2001; Folstein, Folstein y McHugh 1975), la media se situó en 24,08 (dt=4,33). El 36% de las personas no presentaba deterioro cognitivo, un 20% se encontraban en situación de sospecha patológica, el 20% presentaba deterioro leve y el 24% moderado. Por otro lado, la puntuación media de capacidad funcional de los participantes, medida por el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965), se situó en 70,20 (dt=24,68) con un 16% de las personas sin dependencia funcional, 60% con dependencia leve, 8% moderada, 12% grave y un 4% en situación de total dependencia.

Al analizar la fiabilidad interjueces de la Escala DomusVi no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas dadas por los dos evaluadores al mismo caso. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las respuestas de los profesionales en cada uno de los ítems. No se encontraron diferencias, por lo que se asume que las puntuaciones de ambos profesionales son iguales.

A la luz de los resultados obtenidos, se puede afirmar que la estructura original de la Escala DomusVi cuenta con las garantías psicométricas suficientes como para continuar con el proceso de validación sin modificar los ítems que la componen.

Validación Preliminar

El proceso de validación preliminar se realizó en 25 centros residenciales DomusVi situados en diferentes regiones españolas en las que opera la Compañía. Al igual que en la fase previa, se realizó una formación específica.

Muestra de la Validación Preliminar

La muestra de estudio estaba formada por 93 sujetos, 52 mujeres (55,91%) y 41 hombres (44,09%), con una edad media de 79,63 (dt=10,48) años y un rango de edad comprendido entre 52 y 101 años.

El estado cognitivo medio de los participantes, medido por el MMSE (Blesa et al., 2001; Folstein et al., 1975), se situó en los 25,16 puntos (dt=4,29). Más en detalle, el 49,46% de la muestra tenía un estado cognitivo normal, el 27,96% obtuvo puntuaciones que podrían corresponderse con un deterioro leve, un 12,90% moderado y el 9,68% restante se situaría en la zona de sospecha patológica para los que sería necesario una

exploración neuropsicológica más exhaustiva. Por otro lado, el estado funcional medio de estas personas, medido por el Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), se situó en los 74,03 puntos ($dt=23,93$) con un 19,35% de los sujetos totalmente independientes, un 54,84% en situación de dependencia funcional leve, un 15,05% moderada y un 10,75% grave.

Por lo que se refiere al estado de deterioro global medido por el GDS (Reisberg, Ferris, de León & Crook, 1982), un 34,41% obtuvo una puntuación que indica ausencia de déficit (GDS=1), el 30,11% un déficit muy leve (GDS=2), el 27,96% leve (GDS=3) y el 7,53% moderado (GDS=4).

Finalmente la puntuación media obtenida por los participantes en la Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg (de la Gándara, 1997; Golberg, Bridges, Duncan-Jones, & Grayson, 1988) fue de 2,44 ($dt=2,64$) y 2,35 ($dt=2,61$) para la subescala de ansiedad y de depresión respectivamente. De manera más concreta, un 28,57% de la muestra presentó sintomatología ansiosa y un 48,35% depresiva.

Resultados de la Validación Preliminar

En el análisis preliminar de la consistencia interna (alfas de Cronbach), se obtuvieron los siguientes resultados: 0,793 para la dimensión de Información; 0,565 para la de Comprensión; 0,894 para la de Consecuencias; 0,608 para la de Coacciones Externas; 0,509 para la de Coacciones Internas; 0,641 para la de Expectativas; y 0,679 para el Total de la Escala. El alfa de Cronbach para las preguntas cualitativas fue de 0,737.

Análisis Factorial Exploratorio

Se estudió la adecuación muestral mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,725$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p<0,01$).

Mediante un análisis de componentes principales con rotación ortogonal Varimax, se ensayaron soluciones factoriales en función del número de factores con autovalores superiores a la unidad (7), según el número de dimensiones planteadas a priori en la construcción de la Escala DomusVi (6) y según el examen visual del gráfico de sedimentación (4-5) (ver Figura 1).

Se concluyó que la solución factorial más coherente y parsimoniosa era la formada por cuatro factores que, en su conjunto, explican el 54,39% de la varianza total (ver tabla 2).

El análisis de la distribución de las cargas factoriales recomendó eliminar los ítems 16 y 17, obteniéndose la siguiente distribución:

- El factor 1, “Discernimiento”, explica un 21,49% de la varianza. Los ítems que tienen las mayores cargas factoriales son el 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 18. Todos los ítems corresponden a las áreas de Comprensión, Consecuencias y uno de Coacciones Internas.
- El factor 2, “Información”, explica el 12,99% de la varianza. Obtiene las mayores cargas factoriales en los ítems 1, 2, 3 y 4, todos ellos componentes del área Información de la escala.
- El factor 3, “Coacciones”, explica el 10,25% de la varianza y tiene las cargas factoriales más elevadas en los ítems 13, 14, 15, 19. Todos ellos forman parte de las áreas Coacciones Externas y uno de Coacciones Internas.
- El factor 4, “Expectativas”, explica el 9,66% de la varianza y los ítems que cargan en él con mayor intensidad son los correspondientes al área Expectativas de la escala, es decir, el 20, 21 y 22.

Figura 1. Gráfico de sedimentación

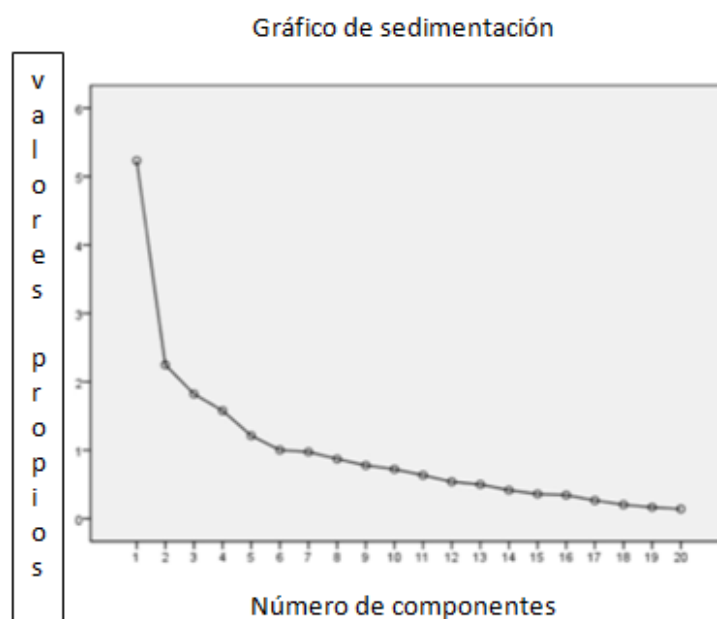


Tabla 2. Varianza total explicada por la solución factorial más coherente

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,232	26,161	26,161	5,232	26,161	26,161	4,299	21,494	21,494
2	2,248	11,239	37,400	2,248	11,239	37,400	2,599	12,993	34,487
3	1,821	9,105	46,505	1,821	9,105	46,505	2,049	10,247	44,733
4	1,577	7,886	54,391	1,577	7,886	54,391	1,931	9,657	54,391
5	1,212	6,061	60,452						
6	1,003	5,013	65,465						
7	,975	4,873	70,338						
8	,871	4,354	74,692						
9	,778	3,889	78,580						
10	,721	3,606	82,186						
11	,634	3,170	85,356						
12	,538	2,688	88,044						
13	,499	2,495	90,540						
14	,415	2,075	92,615						
15	,360	1,799	94,414						
16	,344	1,718	96,132						
17	,265	1,324	97,456						
18	,203	1,017	98,472						
19	,165	,824	99,297						
20	,141	,703	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.

Análisis de la Consistencia Interna

Tras la eliminación de los ítems 16 y 17, la Escala DomusVi queda finalmente constituida por 20 ítems, con un alfa de Cronbach de 0,824. Los cuatro factores resultantes del análisis factorial presentan un coeficiente de consistencia interna de 0,846 para *Discernimiento*; 0,793 para *Información*, 0,562 para *Coacciones* y 0,641 para *Expectativas*.

Correlaciones

No se obtienen correlaciones significativas entre la puntuación total de la Escala DomusVi y el resto de variables (edad, género, estado global, cognitivo y funcional, sintomatología ansiosa y depresiva).

Únicamente el primer factor (*Discernimiento*) presenta correlación positiva y significativa con la edad de los participantes ($p < 0,05$).

Baremación Preliminar de la Escala DomusVi

La puntuación total de la Escala DomusVi se calculó sin tener en cuenta la puntuación de los ítems 16 y 17. Se analizó la distribución de estas puntuaciones para comprobar el supuesto de normalidad. Tanto los resultados de la inspección visual del histograma con curva normal, como el resultado de

la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p > 0,05$), permiten aceptar la normalidad de la distribución de las puntuaciones. Por ello, se procede al cálculo de una nueva variable con los valores de las puntuaciones tipificadas.

La media de las puntuaciones tipificadas corresponde a la puntuación directa 15 (puntuación $Z = 0,07$). Teniendo en cuenta estos datos, se proponen los siguientes grupos:

- Ausencia de Competencia: Puntuaciones iguales o inferiores a 10 (-1 desviación típica).

- Competencia Limitada: Puntuaciones entre 11 y 16, ambos incluidos (-1 desviación típica y +0,5 desviaciones típicas).

- Competencia Moderada: Puntuaciones entre 17 y 18, ambos incluidos (entre +0,5 desviaciones típicas y +1 desviación típica).

- Competencia Conservada: Puntuaciones mayores o iguales a 19 (mayores a +1 desviación típica).

Las personas que muestran *ausencia de competencia o competencia limitada* se considerarían competentes para tomar decisiones que afectan levemente a su vida y cuyas consecuencias no son graves. Por ejemplo, decidir participar o no en una actividad lúdica o elegir entre dos menús compatibles con su salud.

Las personas con *competencia moderada* serían competentes para tomar decisiones que tienen consecuencias a largo plazo en su vida y en la de los otros. Por ejemplo, gestionar

los propios recursos económicos o decidir marcharse de un centro residencial para ir a vivir al domicilio.

Finalmente, las personas con *competencia conservada* se las considera competentes para tomar decisiones de carácter irreversible y asumir las consecuencias. Por ejemplo, rechazar o interrumpir un tratamiento.

Discusión

Tal como se esperaba, no se encontraron correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas y clínicas comúnmente utilizadas en los entornos residenciales, y la puntuación total de la Escala DomusVi o sus factores, a excepción de la relación entre “discernimiento” y edad. Como ha sido señalado por otros autores (ABA Commission on Law and Aging & APA, 2008; Mata, Josef, Samanez-Larking & Hertwig, 2011; Álvaro, 2012), la ausencia de esta relación señala la necesidad de tener en cuenta otras variables más allá de las cognitivas en la evaluación de la competencia de una persona para la toma de decisiones.

La evaluación de la competencia se ha centrado, tradicionalmente, en la valoración del nivel cognitivo de un individuo. Así, se suelen utilizar los resultados obtenidos en las valoraciones neuropsicológicas, casi siempre diseñadas para la evaluación de personas con algún tipo de demencia, como indicador de su capacidad para la toma de decisiones (Boada y Robles, 2009). Este acercamiento a la valoración de la competencia, sin dejar de ser adecuado, no tiene en cuenta, o al menos no con la importancia que se merece, la influencia de variables no cognitivas que puedan afectar de alguna manera en el proceso de toma de decisiones.

Diversos autores han señalado que la competencia puede variar de acuerdo con las circunstancias personales, el estado emocional de la persona o a la calidad de sus relaciones sociales y cómo es tratada esa persona (Kitwood, 1997; Sabat, 2005). La Escala DomusVi surge como un intento de complementar la valoración neuropsicológica y considerar el papel

de estas otras variables a la hora de tomar una determinada decisión en un momento concreto.

Los resultados obtenidos en la fase de pilotaje de la Escala DomusVi permiten afirmar que puede ser administrada por diferentes perfiles profesionales sin menoscabar la validez de los resultados obtenidos, siempre que se haya realizado una formación previa. En general, dadas las características de la Escala DomusVi, el número de ítems y el formato de respuesta, los resultados obtenidos en el proceso de validación pueden considerarse aceptables.

A la luz de estos resultados, se considera que la Escala DomusVi ofrece una aproximación adecuada a la valoración de la competencia de una persona para la toma de decisiones en un contexto asistencial diario. Además, permite graduar el nivel de competencia en función del tipo e importancia de las decisiones a tomar. Este es un aspecto ampliamente solicitado por los profesionales encargados de la provisión de cuidados a personas sobre las que existe duda acerca de su nivel de competencia (Smeybe, Kirkevold y Engedal, 2012).

Finalmente, este estudio no está exento de limitaciones tales como el tamaño reducido de la muestra que, además, ha sido obtenida de una única organización con un modelo asistencial basado en una fuerte cultura ética. Por otro lado, la necesidad de formación específica en la utilización de la Escala DomusVi por parte de los evaluadores puede ser una fuente de sesgos no controlados.

En futuras investigaciones será necesario desarrollar una baremación definitiva con una muestra más amplia que garantice la validez de los datos. Además, se deberían realizar nuevos estudios que confirmen y repliquen la estabilidad de los cuatro factores encontrados. Por otro lado, sería necesario analizar la validez de constructo de la Escala DomusVi comparada, no solo con las variables aquí expuestas, sino con los resultados obtenidos en un proceso de valoración neuropsicológica en profundidad. Finalmente, en futuros estudios se debería profundizar en la sensibilidad y especificidad de la Escala DomusVi para evaluar la competencia en la toma de decisiones.

Bibliografía

- Álvaro, L.C. (2012). Competencia: conceptos generales y aplicación en la demencia. *Neurología*, 27, 290-300. doi:10.1016/j.nrl.2011.12.005.
- American Bar Association Commission on Law and Aging, & American Psychological Association. Assessment of older adults with diminished capacity: A handbook for lawyers. Washington, DC: Author; 2005.
- American Bar Association Commission on Law and Aging, & American Psychological Association. Judicial determination of capacity of older adults in guardianship proceedings: A handbook for judges. Washington, DC: Author; 2006.
- American Bar Association Commission on Law and Aging, & American Psychological Association. Assessment of older adults with diminished capacity: A handbook for psychologists. Washington, DC: Author; 2008.
- Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*. 2007;357:1834-40.
- Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. & Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 28, 32-40.
- Bernat, J.L. (2008). *Ethical Issues in Neurology (3rd Edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertrán-Serra, I., Hernández, G., Sol, J.M., Peña-Casanova, J. & NORMA-CODEM Group. (2001). Clinical validity of the 'mini-mental state' for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*, 39, 1150-1157.
- Boada, M. & Robles, A. (2009). *Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Brock, D.W. (1991). Decision making competence and risk. *Bioethics*, 5, 105-112.

- Charland, L.C. (1998). Is Mr. Spock mentally competent? Competence to consent and emotion. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 5, 67–81.
- Cox White, B. (1994). *Competence to consent*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- de la Gándara, J. (1997). Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. *Atención Primaria*, 20, 389-394.
- Drane, J.F. (1999). Las múltiples caras de la competencia. In A. Cruceiro A (Ed.), *Bioética para clínicos* (pp. 163-176). Madrid: Triacastela.
- Dunn, L.B., Nowrangi, M.A., Palmer, B.W., Jeste, D.V. & Saks, E.R. (2006). Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1323—1334.
- Etchells, E., Darzins, P., Silberfeld, M., Singer, P.A., McKenny, J., Naglie G., Katz, M., Guyatt, G.H., Molloy, D.W. & Strang, D. (1999). Assessment of patients capacity to consent to treatment. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 27—34.
- Fazel, S., Hope, T. & Jacoby, R. (1999) Assessment of competence to complete advance directives: Validation of patient centred approach. *BMC*, 318, 493-497.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. & Grayson, D. (1998). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMC*, 97, 897-899. Grisso, T. Evaluating competencies. New York, NY: Plenum Press; 1986.
- Grisso, T. Evaluating competences. 2. New York, NY: Plenum Press; 2003.
- Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
- Hermann, H., Trachsel, M., Mitchell, C. & Biller-Andorno, N. (2014). Medical decision-making capacity: knowledge, attitudes, and assessment practices of physicians in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 144:w14039. doi: 10.4414/smw.2014.14039.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Birkshire: Open University Press.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Mata R, Josef AK, Samanez-Larkin GR, Hertwig R. Age differences in risky choice: A meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2011; 1235:18–29.10.1111/j. 1749-6632.2011.06200.x [PubMed: 22023565]
- Moye, J., Marson, D.C. & Edelstein, B. (2013). Assessment of capacity in an aging society. *American Journal of Psychology*, 68, 158-171. doi:10.1037/a0032159
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de León, M.D. & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136–1139.
- Sabat, S.R. (2005). Capacity for decision making in Alzheimer's disease: selfhood, positioning and semiotic people. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1030–1035.
- Smebye, K.L., Kirkevold, M. & Engedal, K. (2012). How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study. *BMC Health Services Research*, 12, 241. doi: 10.1186/1472-6963-12-241.
- Wicclair, M.R. (1991). Patient decision-making capacity and risk. *Bioethics*, 5, 91–104.