

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO



**CAPACIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS DE LOS
ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE UN
DISTRITO DE SALUD, ECUADOR 2021**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN BIOÉTICA Y BIOJURÍDICA**

AUTOR

JEFFRY JOHN PAVAJEAU HERNANDEZ

ASESOR

MAGALY DEL ROSARIO CHU MONTENEGRO

<https://orcid.org/0000-0002-7707-1937>

Chiclayo, 2022

**CAPACIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS
DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DE UN DISTRITO DE SALUD, ECUADOR 2021**

PRESENTADA POR:

JEFFRY JOHN PAVAJEAU HERNANDEZ

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de

MAESTRO EN BIOÉTICA Y BIOJURÍDICA

APROBADA POR:

Marilia Sibeles Cortez Vidal

PRESIDENTE

Rosa de Jesus Sanchez Barragan

SECRETARIO

Magaly del Rosario Chu Montenegro

VOCAL

Agradecimientos

Al creador por iluminar mi mente y reavivar mi espíritu con nuevas luces para la adquisición de conocimientos y la consecución de mis propósitos.

A mis padres por haber cimentado en mí, valores morales y sobre todo ese amor fraterno que llena cada espacio en el momento justo.

A mi esposa e hijos por convertirse en ese aliciente para seguir luchando en la vida al regalarme la felicidad en cada pequeño detalle.

Al selecto grupo de docentes de la USAT, en especial a mi asesoras las maestras Magaly Chu, Marilia Cortez y al Mtro. José Rogelio Ruiz que, con su experiencia, conocimientos y paciencia, brindaron grandes aportes a la investigación.

Índice

Resumen.....	7
Abstract.....	8
I. Introducción	9
II. Marco Teórico	14
III. Hipótesis.....	30
IV. Metodología	31
4.1. Tipo y nivel de investigación.....	31
4.2. Diseño de la investigación	31
4.3. Población, muestra y muestreo.....	31
4.4. Criterios de selección.....	32
4.5. Operacionalización de variables.....	33
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
4.7. Procedimientos.....	35
4.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	35
4.9. Matriz de consistencia	37
4.10. Consideraciones éticas	38
V. Resultados.....	39
VI. Discusión.....	45
VII. Conclusiones	53
VIII. Recomendaciones.....	54
IX. Referencias	55
X. Anexos	62

Lista de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables	25
Tabla 2. Matriz de consistencia	29

Lista de figuras

Figura 1. <i>Nivel de capacidad para la toma de decisiones médicas de los adultos mayores con enfermedades crónicas, direccion distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021</i>	38
Figura 2. <i>Capacidad para entender la enfermedad de los adultos mayores con patologías crónicas, Direccion Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021</i>	39
Figura 3. <i>Capacidad para entender el tratamiento de los adultos mayores con patologías crónicas, Direccion Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021</i>	39
Figura 4. <i>Capacidad para entender alternativas al tratamiento propuesto de los adultos mayores con patologías crónicas, Direccion Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021</i>	40
Figura 5. <i>Capacidad para entender la opcion de rechazar el tratamiento - Adultos mayores con patologías crónicas, Direccion Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021</i>	41
Figura 6. <i>Capacidad para razonar las consecuencias al aceptar el tratamiento - Adultos mayores con patologías crónicas, Direccion Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021</i>	41
Figura 7. <i>Capacidad para razonar las consecuencias al rechazar el tratamiento - Adultos mayores con patologías crónicas, Direccion Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021</i>	42
Figura 8. <i>La depresión en la toma de decisiones médicas de adultos mayores con enfermedades crónicas, Direccion Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021</i>	43
Figura 9. <i>La psicosis/delirio en la toma de decisiones médicas de adultos mayores con enfermedades crónicas, Direccion Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021</i>	43

Resumen

La evaluación de la capacidad para la toma de decisiones médicas pretende garantizar la aplicación del principio de libertad con responsabilidad propuesto por el personalismo ante situaciones puntuales en las cuales se presume ausencia de esta condición; el proceso de envejecimiento y cronicidad de las enfermedades se crean escenarios que requieren la toma de decisiones, muchas de las cuales requieren ser bioéticamente evaluadas; la presente investigación se propuso como objetivo determinar el nivel de capacidad para la toma de decisiones médicas de los adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021; se aplicó el enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal usando como técnica la entrevista semiestructurada mediante el cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE); La población fue de 212 ancianos con enfermedades crónicas analizando una muestra de 137 individuos, aplicando una fórmula de muestreo aleatorio simple; los datos fueron procesados en el Software Estadístico SPSSv25; se aplicó durante toda la investigación los principios bioéticos del personalismo de Sgreccia; como resultados se logró evidenciar que el 73.59% de los sujetos investigados posee una probable o definitiva capacidad para la toma de decisiones y la dimensión con mayor alteración fue la capacidad para razonar las consecuencias ante la aceptación o rechazo del tratamiento propuesto la cual reflejó resultados negativos en casi la mitad de la población; se requiere de cambios en los modelos de formación de los profesionales de la salud así como el abordaje cognitivo y comunicacional en este grupo vulnerable.

Palabras clave: Anciano, Bioética, Enfermedad Crónica, Toma de decisiones clínicas.

Abstract

The evaluation of the ability to make medical decisions aims to guarantee the application of the principle of freedom with responsibility proposed by personalism in specific situations in which the absence of this condition is presumed; the aging process and chronicity of diseases create scenarios that require decision-making, many of which need to be bioethically evaluated; The objective of this research was to determine the level of medical decision-making capacity of older adults with chronic diseases, District Directorate 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021; the quantitative, non-experimental, descriptive, cross-sectional approach was applied using the semi-structured interview technique using the Aid to Capacity Evaluation (ACE) questionnaire; The population was 212 elderly people with chronic diseases, analyzing a sample of 137 individuals, applying a simple random sampling formula; the data was processed in the Statistical Software SPSSv25; The bioethical principles of Sgreccia's personalism were applied throughout the investigation; As results, it was possible to show that 73.59% of the investigated subjects have a probable or definitive capacity for decision making and the dimension with the greatest alteration was the capacity to reason the consequences before the acceptance or rejection of the proposed treatment, which reflected negative results.in almost half of the population; Changes are required in the training models of health professionals as well as the cognitive and communicational approach in this vulnerable group.

Keywords: Aged, Bioethics, Chronic Disease, Clinical Decision-Making.

I. Introducción

Las enfermedades crónicas en la actualidad constituyen un grupo importante de patologías que ponen en riesgo la vida del ser humano en todas sus etapas, pero de forma preponderante, en la tercera edad debido a que el proceso de envejecimiento conlleva en muchas ocasiones a un deterioro en el funcionamiento de aparatos y sistemas lo cual condiciona la ocurrencia de este grupo de enfermedades (Álvarez-Vázquez et al., 2019).

Desde el punto de vista transicional, el proceso de inversión de la pirámide poblacional lleva un progresivo incremento de la población adulta mayor y con ello una transformación más acelerada de cambios en el perfil epidemiológico de los países en vías de desarrollo, con un incremento significativo de las enfermedades crónico degenerativas las cuales se encuentran apuntalando en casi todos los servicios de salud como una de las principales causas de morbimortalidad en la población general y sin duda en la población adulta mayor (Silva-Caldas et al., 2018).

Las enfermedades crónicas en el contexto mundial afectan a cerca del 34% de la población total de forma general, pero sin ninguna duda más de las tres cuartas partes de estos corresponden a sujetos de la tercera edad, lo que evidencia un alto grado de afectación cuando se trata de población longeva y de la misma forma refleja un mayor grado de vulnerabilidad de este grupo poblacional ante la incidencia de patologías con este tipo de evolución clínica (Aceves Soto et al., 2020).

La cronicidad, es uno de los factores que repercuten en gran parte de las enfermedades que constituyen las principales causas de morbimortalidad en la población en general que bajo el nuevo paradigma planteado desde los conceptos de la transición demográfica; conlleva a pensar que los procesos transicionales bajo los dos enfoques previamente expuestos, conllevan a la alta incidencia de procesos crónico-degenerativos en personas ancianas, encontrándose dentro de estas, afecciones cardiovasculares, metabólicas, infecciosas de larga data, autoinmunes y neoplásicas (Rodríguez Marín et al., 2018).

El deterioro en la salud holística del sujeto de la tercera edad con afecciones crónicas, puede inducir también a la aparición de fenómenos de negación de su patología y la adopción de conductas con escasa validez a la luz de la ciencia, las que en primera instancia poseen una efectividad limitada ante su problema de salud y en instancias ulteriores se convierten en condicionantes para la ocurrencia de complicaciones que pongan en riesgo la vida de la persona (Ivanovic, 2020).

El decline cognitivo en sus diferentes niveles de severidad, evidenciado más fácilmente en

la tercera edad como parte del proceso de envejecimiento, afecta sin lugar a dudas la objetividad y rapidez en la toma de decisiones desde los aspectos cotidianos, hasta los aspectos de mayor relevancia como lo son las cuestiones de índole médico; este es uno de los motivos por el cual, la población longeva presenta amplios grados de renuencia a la adopción de planes terapéuticos recomendados por el personal de salud, lo que trae consigo la posibilidad de desenlaces fatales en la vida del sujeto (Flores-Villavicencio et al., 2020).

La emergencia de un sinnúmero de patologías de forma independiente o como comorbilidades, repercute no solo en su esfera física de la población anciana, sino que altera su dinámica situacional, influyendo de manera indirecta sobre su esfera mental y social, hecho que a su vez complica la comprensión del usuario a cerca de la necesidad de adoptar un régimen terapéutico, la adherencia al mismo, así como la realización de procedimientos encaminados en la gestión efectiva de sus salud (Sánchez Jacob et al., 2017).

Las patologías crónicas, debido a su perfil impercedero, generan en el sujeto incertidumbre desde el momento de su diagnóstico, momento en el cual la persona se halla el mejor de los escenarios con respecto a la adopción de diferentes tipos de conducta ante dicha patología, este hecho se asemeja a una encrucijada con una gama de opciones, la elección de la conducta a seguir se encuentra supeditada a factores como el grado de conocimiento de la enfermedad, el reconocimiento de las opciones terapéuticas, el nivel de autonomía, independencia, afrontamiento, soporte social y si lugar a dudas gravedad de la enfermedad (Pascual Sánchez et al., 2017).

Uno de los peores panoramas, es el acaecido ante el rechazo a un régimen terapéutico por parte de los adultos mayores como propuesta inicial del profesional médico, quebrantando de esta forma la relación entre cada uno de los actores del acto médico y de forma concomitante generando un incremento en la incidencia de complicaciones a causa de las patologías de base; este hecho se considera uno de los principales condicionantes que complejizan el accionar de equipo multidisciplinario en salud y a su vez deterioran la calidad de vida e integridad física, psíquica y social de la persona humana (Guadarrama-Orozco et al., 2015).

La decisión de los usuarios en cuanto a la gestión de su salud, parte de los principios de libertad consolidados desde la dignidad humana y su voluntad para desarrollar un acto sea cual fuese, pero una simple decisión deliberada o mal consensuada trae consigo repercusiones no solo personales, sino, que en múltiples ocasiones pueden llegar a afectar a su núcleo familiar y comunitario, debido a que el individuo posee una esencia social desde etapas tempranas de su vida (Cárdenas et al., 2017).

El momento en el cual se requiere la toma de decisiones médicas por parte del usuario ante

su condición clínica, contrario a lo que se cree, en muchos de los casos, lejano a convertirse en un acto consciente y armónico con la realidad tanto ideológica como moral del sujeto, se transforma en un acto deliberativo entre sus propias ideas y las comunicadas por el equipo de salud, lo que altera la psiquis de la persona, generando decisiones fuera de contexto, dejando en descubierto la fragilidad de los procesos mentales al ser sometidos a situaciones o condiciones problemáticas (Buitrago Ramírez et al., 2018).

Los sujetos de la tercera edad, ante el contexto anteriormente citado y asumiendo el principio de la autonomía, goza del pleno derecho a aceptar o limitar una determinada terapéutica cuando bajo sus principios morales, creencias, cultura o cualquier otro aspecto así lo demanden; este evento en específico, sitúa en una encrucijada para al profesional de la salud, ya que ve limitado o postergado su accionar en aras a la curación o prevención de complicaciones en el sujeto, por el simple hecho de fomentar el respeto a las decisiones tomadas por los propios sujetos (Riganti et al., 2019).

No obstante, en la tercera edad, el proceso de envejecimiento trae consigo alteraciones orgánicas, psíquicas, intelectuales y sociales, las cuales dificultan la objetividad a la hora de tomar decisiones acerca de la gestión de su salud, lo que en muchas ocasiones deriva en la pérdida de la autonomía ante decisiones moralmente aceptadas.

Si por un lado la autonomía del sujeto de cuidado es uno de los elementos fundamentales de la bioética del principalísimo, los cuales fundamentan la aceptación o negación de una intervención médica, este de forma errónea conflictúa y se sobrepone a otros principios de mayor jerarquía como la justicia y la no maleficencia, alterando el accionar del proceso ético para la toma de decisiones, incurriendo en equivocaciones que crean una disyuntiva entre la decisión ejercida y la opción más acertada, hecho influenciado desde la superficialidad el mismo que contraviene de esta forma, su dignidad humana como eje fundamental de la vida (Forero et al., 2019).

La evidente pérdida de la autonomía y capacidad para determinar una decisión médica de forma independiente en los seres humanos, propicia que esta función sea delegada a su cuidador legal, el mismo que al ser un individuo con perspectivas propias y en ocasiones distintas a las del sujeto en condición crónica, trasgrede los valores del mismo anciano, imponiendo medidas contrarias a las deseadas por él, generando desacuerdos e inconformidades entre el enfermo, el encargado y el resto del grupo familiar (Ramírez-Perdomo et al., 2018).

En diversas situaciones médicas, el consentimiento informado, aunque es un documento de amplia validez a nivel mundial, en muchos entornos de salud constituye un documento frío que no traduce el deseo real del usuario, ni de su familia, sino que se transforma en un elemento para

legitimar el acto médico, peor aún si el usuario por diferentes circunstancias no se encuentra competente para la toma de decisiones (Granados, 2018).

La incapacidad para la toma de decisiones médicas, al ser un parámetro que se condiciona por diferentes factores y se construye a partir de la subjetividad del observador que muchas veces si no adecua su óptica a las condiciones, genera conflictos interpersonales del usuario con el personal sanitario o sus familiares, pudiendo llegar hasta alegatos y en casos extremos a la intimidación y coacción del usuario para el cumplimiento de un determinado propósito, acto que vulnera de forma tácita su principio de autonomía (Coronado-Vázquez et al., 2020).

El desatino en las decisiones médicas tomadas tanto desde la óptica del usuario, como desde la autonomía del sujeto de atención, no solo inciden de forma individual en su proceso salud-enfermedad, sino que también afectan aspectos más globales de la salud, entre ellos la sostenibilidad de los sistemas de salud, en el hecho que resoluciones particulares derivadas en complicaciones generan grandes costos en la resolución de los mismos, ocasionando un verdadero desfase en los presupuestos destinados al sector; esta situación se complejiza en países en donde los sistemas de salud penden de un hilo por la honda crisis económica mundial (Lobo, 2017).

La repercusión por el desacierto en la toma de decisiones médicas por parte del usuario adulto mayor, tiene su impacto de forma directa en la economía familiar, ya en nuestro medio la población perteneciente a este grupo etario, continúa generando ingresos para el sostenimiento de su núcleo, para los cuales su ausencia o debilitamiento generaría efectos contraproducentes en la dinámica del quehacer diario, creando cambios significativos en los roles desempeñados por cada miembro del hogar con alteraciones en los patrones conductuales que no siempre traen son positivos (Troncoso Pantoja & Soto-López, 2018).

La Dirección Distrital de Salud 24D02, posee unidades de primer y segundo nivel de complejidad las mismas que responden a la demanda de usuarios ambulatorios los cuales demandan servicios multidisciplinarios; en los que respecta a la población de enfermos crónicos en rangos de edades superiores a los 65 años, posee bajo la modalidad de espacios alternativos brinda asistencia a más de 200 adultos mayores, los cuales requieren de una asistencia personalizada que muchas veces y la realización de terapéuticas que ponen a prueba su capacidad para la toma de decisiones en el contexto clínico.

Ante esta situación problemática antes descrita el investigador se planteó como pregunta de investigación el siguiente interrogante ¿Cuál es la nivel de CAPACIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, DIRECCIÓN DISTRITAL 24D02 LA LIBERTAD - SALINAS-SALUD,

ECUADOR, 2021?, destacando como objeto de la presente investigación, la capacidad para la toma de decisiones del adulto mayor con enfermedad crónica ; en función a este precepto se propone como objetivo general el determinar el nivel de capacidad para de toma de decisiones médicas de los adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021, y como objetivos específicos Evaluar la capacidad para entender la enfermedad de los adultos mayores con enfermedades crónicas en la población objeto de estudio, Evaluar la capacidad para entender el tratamiento y las alternativas terapéuticas de los adultos mayores con enfermedades crónicas en el grupo humano antes descrito, Evaluar la capacidad para razonar las consecuencias de la aceptación/rechazo del tratamiento de los adultos mayores con enfermedades crónicas sujetos al estudio y como último objetivo Valorar la presencia de patología mental que pueda afectar la decisión de los adultos mayores con enfermedades crónicas del colectivo antes enunciado.

La presente investigación se justificó debido a que aborda una problemática enfocada hacia el adulto mayor en situación de vulnerabilidad, El presente estudio se justifica porque las enfermedades crónico degenerativas en la actualidad se han convertido en un verdadero problema de salud pública, más aún en el grupo generacional de adultos mayores, ya que afecta no sólo a la persona que lo padece, sino que a su vez repercute en su núcleo social y familiar; peor aún al considerar que el abandono o renuncia al tratamiento por parte del paciente, de forma deliberada de por sí constituye un riesgo para la salud humana, y se hace inherente la búsqueda de factores que condicionan dichas decisiones por parte de la población afectada.

Las condiciones de salud de la población adulta mayor debido a la común ocurrencia del envejecimiento patológico, ponen al sujeto en situaciones complejas que demandan de la toma de decisiones trascendentales para la vida, ante la oferta de terapéuticas para su mejoría clínica, este hecho se convierte en una razón clara para la proposición de evaluaciones sistemáticas vinculadas hacia la búsqueda de una libertad con responsabilidad a la hora de abordar este momento crucial.

La creciente incidencia de patologías vinculadas con la esfera mental y el decline cognitivo se hacen cada vez más comunes en este grupo humano longevo, conlleva a un redireccionamiento a la hora de valorar la capacidad para la valoración de ofertas terapéuticas por parte del adulto mayor, por lo cual herramientas que vinculen la búsqueda de trastornos psicóticos o depresivos se convierte en una llave para la clarificación el ejercicio de la libertad y el resguardo de la autonomía responsable en el adulto mayor.

En este contexto, es potestad y responsabilidad del personal médico analizar y evaluar la capacidad para la toma de decisiones médicas del adulto mayor, en situaciones cuando el

paciente rechaza un procedimiento claramente indicado, cuando no consigue argumentar con claridad los motivos o se basa en supuestos irracionales para la adherencia al tratamiento, o cuando existen indicios de cambios en su estado mental habitual.

Los hallazgos investigativos tendrán gran aporte en la práctica clínica médica, porque clarificará de forma holística y objetiva los sujetos idóneos y con potencialidad para asumir un procedimiento o terapéutica de forma consciente y racional y se convertirá de esta forma en un elemento fundamental para el mejoramiento de la atención por parte del equipo multidisciplinario en salud a través de la proposición de estrategias que condicionen y transparenten el uso del consentimiento informados de forma eficiente.

Este estudio se constituirá en una línea de base para el análisis de dicha problemática no sólo desde el punto de vista bioético, que busca un salto desde el frío principalísimo basado en la autonomía hacia personalismo cimentado en la libertad y responsabilidad, sino que desde múltiples aristas entre ellas el contexto social, económico, clínico sanitario, entre otros se propongan políticas públicas a favor de este grupo vulnerable.

II. Marco Teórico

En el análisis riguroso de las investigaciones desarrolladas tanto a nivel nacional como internacional, con enfoque hacia la problemática de la toma de decisiones médicas desde diferentes ópticas, se pudieron resaltar de forma prioritaria los siguientes estudios:

En primera instancia podemos citar la investigación desarrollada en Huelva - España por Atienza-Martín et al., (2013), la misma que se tituló “Evaluación de la capacidad de toma de decisiones sobre su salud en pacientes ancianos” la cual fue desarrollada mediante el enfoque cuantitativo y se propuso como objetivo evaluar la prevalencia de capacidad para la toma de decisiones y las variables relacionadas con ella, en pacientes ancianos de un programa de atención domiciliaria. La población participante estuvo conformada por 130 adultos mayores en los cuales se valoraron tanto aspectos sociodemográficos como variables específicas entre ellas la comorbilidad, el apoyo social, la institucionalización, la polifarmacia, el grado de dependencia, la función cognitiva, pero sobre todo la capacidad para la toma de decisiones médicas como eje transversal; la técnica empleada fue la encuesta y la entrevista semiestructurada empleándose como instrumento de investigación el cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE) entre otros. Como resultante se determinó una prevalencia de la capacidad para la toma de decisiones medicas del 58,5% y además se encontró una asociación entre capacidad e independencia para las actividades de la vida diaria y función intelectual

intacta con una significación asintónica $< 0,0001$ en ambos casos.

Otra de las investigaciones de gran relevancia para la problemática en mención fue la generada en Santiago de Chile por Bravo et al., (2018) la cual se denominó “Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile” abordado desde la perspectiva cualitativa descriptiva con un corte transversal mediante cinco grupos focales y análisis de la información mediante el software atlas.ti V6.; se planteó como objetivo describir la experiencia de participación en las decisiones clínicas desde la perspectiva de usuarios de Centros de Salud Familiar de la Atención Primaria de Salud; como resultado se logró describir dos categorías entre ellas el rol pasivo de los usuarios en la toma de decisiones sobre su salud y la toma de decisión delegada al personal de salud: se concluyó que la participación por parte de los usuarios en la toma de decisiones clínicas es aún escasa, lo cual otorga un mayor protagonismo al médico durante el acto clínico. Se recomendó el potenciar la participación del usuario como elemento fundamental para la promoción de un cuidado centrado en la persona.

También se puede destacar el estudio desarrollado bajo la perspectiva socio-sanitaria cubana en una investigación desarrollada en La Habana por Hernández-Ruiz et al., (2020) la misma que tomó el nombre de “Opiniones y percepciones sobre la toma de decisiones a través del consentimiento informado en pacientes graves” la cual se basó en el modelo metodológico cuantitativo descriptivo de tipo prospectivo con corte longitudinal, el cual se propuso como objetivo determinar las opiniones y percepciones sobre su participación en la toma de decisiones en pacientes graves. La población objeto de la investigación estuvo conformada por 354 participantes entre usuarios y familiares utilizando como técnica la encuesta; como resultados obtenidos de la investigación se determinó que solo el 22% de profesionales aplicaron de forma completa el consentimiento informado, cerca del 34% de usuarios firmaron el consentimiento por obligación o como mero requisito para la ejecución del procedimiento y menos del 21% de la población entendió la explicación del procedimiento y la necesidad de gestionar el consentimiento informado. Se logró concluir que la gestión del consentimiento informado es solo una formalidad la cual denota un escaso nivel de satisfacción por parte de los usuarios y familiares durante la toma de decisiones médicas.

El presente estudio analiza de forma clara cada uno de los elementos que confluyen y articulan de forma sistemática la capacidad para la toma de decisiones médicas ante diferentes situaciones o condiciones clínicas propiciadas en la población de ancianos que cursan alguna patología crónica, lo que bajo la perspectiva bioética y socio-sanitaria demanda de un análisis profundo basado en las diversas teorías que abordan la autonomía del sujeto.

A. La teoría del envejecimiento.

Al día de hoy el envejecimiento poblacional sigue siendo percibido como un problema más que como un logro. El concepto de envejecimiento en sí es un concepto técnico que sirve para indicar el aumento de la edad media de las personas en una población y según Cerri (2015), “cuando disminuye la proporción de niños y jóvenes, automáticamente aumenta la proporción de adultos y ancianos, y viceversa”. Sin embargo, este concepto ha sido y sigue siendo rodeado por diferentes ideologías, y hoy en día la más difusa lo identifica con el envejecimiento biológico, dando una visión de las poblaciones como decadentes y socialmente viejas.

Dicha percepción del envejecimiento deriva de una mirada organicista de las poblaciones que entiende los colectivos humanos únicamente como seres vivos que nacen, crecen, envejecen y mueren, obviando sus componentes sociales y culturales (Aguado & Rodríguez, 2018).

Desde la década de los sesenta ha sido reconocido el concepto de envejecimiento activo, que ya en durante esta época se proporcionó la primera definición de envejecimiento con éxito, dicho autor describió el envejecimiento exitoso en términos de felicidad y satisfacción vital y afirmó que para que la gerontología pudiese realizar correctamente su tarea, se debería haber elaborado una teoría sobre el envejecimiento con éxito que describiese las condiciones a través de las cuales promover el máximo nivel de satisfacción y felicidad, teoría que tendría que convertirse en un tema central de dicha disciplina (Petretto et al., 2016).

El envejecimiento activo puede ser interpretado como una adhesión continua a las actividades y a las actitudes de las personas de mediana edad, como alternativa a la sustitución de los roles que se han perdido debido a la edad, con el fin de mantener un sentido positivo de uno mismo. Para tener en cuenta las diferencias individuales, el autor habla del sentimiento interno de felicidad y de la satisfacción vital presente y pasada. Es así como se consideró el envejecimiento exitoso más como un marco teórico que como una experiencia evaluable a través de estudios empíricos. Sin embargo, indica que se debe tener precaución a la hora de considerar el envejecimiento con éxito, y recuerda que ninguna parte de la sociedad logra la satisfacción sin un costo para otros segmentos de la sociedad (Saucedo et al., 2019). El autor defiende que las personas que presentan envejecimiento con éxito están satisfechas, son activas, independientes, autosuficientes y, sobre todo, contrastan con la visión tradicional del declive.

Las teorías psicológicas con relación al envejecimiento, se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo. La teoría del desarrollo de Erikson la misma que se propuso en la década de los 50, propone que el fenómeno del envejecimiento en

la adultez mayor se ve influenciado por múltiples factores de los cuales poseen gran relevancia los del contexto individual y cultural destacando de forma tácita que la crisis esencial presentada en esta etapa se forja como resultado una lucha constante entre la integridad y la desesperación del sujeto, donde los principales elementos protectores son la prudencia y la sabiduría.

Otra teoría que toma importancia dentro del análisis del envejecimiento es la denominada teoría de la "continuidad", la cual resalta, que contrario a lo que se piensa, la tercera edad no es una etapa divorciada de la edad adulta y más bien constituye en un paso más del curso de la vida y bajo el punto de vista vivencial, se constituye en la prolongación de experiencias, proyectos y estilos de vida, manteniéndose intactos los aspectos relevantes de la personalidad del sujeto incluido sus valores, sentimiento y emociones; este proceso de continuidad lleva implícito el fenómeno de adaptación, fortaleciendo en el sujeto sus estrategias para sobrellevar cada uno de los cambios generados y responder de forma asertiva a las dificultades del cotidiano (Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

También podemos analizar el envejecimiento desde las perspectivas teóricas con trasfondo social las mismas que tratan de analizar y pronosticar la adaptación satisfactoria de los sujetos longevos en la dinámica social; Entre ellas están la teoría de la desvinculación, la misma que infiere que el aislamiento social y la limitación en la interacción con otros sujetos es un mecanismo de adaptación del ser humano en las edades extremas, por lo cual debe ser considerado como una característica natural del procesos de envejecer, observándose la necesidad del adulto mayor por preocuparse por si mismo dejando a un lado su interés emocional por los demás, hecho que contribuye de forma significativa ante la aceptación de sus nueva condición (Dulcey, 2016).

Una teoría que discrepa con la realidad antes planteada es la teoría de la actividad, la misma que afirma la conservación de la independencia, autonomía y la participación activa en aspectos cotidianos, asimismo esta teoría refuerza el hecho de que la conservación de la actividad en el sujeto promueve su capacidad para transformar su entorno como mecanismo adaptativo con la finalidad de mejorar su satisfacción con la vida; es así como esta teoría del envejecimiento mejora el entendimiento de esta etapa definiendo que elementos como los estilos de vida saludables que incluyen una lucha constante contra el sedentarismo y demás hábitos deletéreos mejoraran el grado de satisfacción del adulto mayor con la vida y a su vez incide en su estado de ánimo y sus relaciones con la sociedad en general (Abellán et al., 2017).

B. La teoría de la cronicidad de las enfermedades

Desde hace décadas el sistema se ha construido con una lógica de salvar vidas y por ellos está centrada en las enfermedades agudas. Ante el avance de las enfermedades crónicas se necesario complementar este sistema con uno que se mueven tanto en términos de cuidar como de curar y ofrezca una continuidad de cuidados durante toda una vida, y que generen como valor agregado añadido el prevenir hospitalizaciones innecesarias y reducir costos (Mestre, 2016).

La cronicidad ha crecido por el cambio en la estructura poblacional que alcanza dimensiones mundiales y se evidencia en el aumento de personas adultas y viejas y la disminución de la población en edades menores, lo cual puede verificarse por las inversiones de las pirámides poblacionales. La persona con enfermedad crónica deteriorante, enfrenta la desesperanza de recuperación de la salud y de su condición de ser humano y social, porque estos padecimientos le producen incapacidad residual y le dejan secuelas psicofísicas que reducen su calidad de vida (Cruz Ortiz et al., 2017).

El concepto cronicidad proviene de la Medicina y se refiere a la larga duración de una enfermedad o a su resistencia a las terapias. Así, los criterios definitorios clásicos de enfermedad crónica incluyen: 1) Tiempo de evolución, entendiendo que se trata de enfermedades de largo plazo; 2) Diagnóstico, relacionado generalmente con enfermedades no infecciosas o no transmisibles; y 3) Funcionalidad, asociada a una mayor afectación. Los criterios señalados prevalecen aun, pero han variado en cuanto al peso específico que se brinda a cada uno de ellos y se centran cada vez menos en el diagnóstico y más en la funcionalidad, entendiendo que con la disminución de esta última se puede dificultar seriamente la participación de la persona en su contexto habitual.

Además de la variación en el peso específico de los criterios definitorios de enfermedad crónica, se ha generado un cambio paulatino de nomenclatura que cada vez más complementa a las enfermedades crónicas con el término de no transmisibles, diferenciándolas así de las enfermedades infecciosas como el VIH-SIDA, que por la mejora en la terapéutica se han transformado también en crónicas en función de su larga permanencia.

Las cifras presentadas por la Organización Mundial de la Salud en su primer informe mundial sobre la situación de las enfermedades crónicas no trasmisibles reflejan la gravedad del problema y dan cuenta de una cifra estimada en 36 millones de muertes debidas principalmente a enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares (Motta et al., 2015).

Aquellos pacientes con una enfermedad crónica demandan de apoyo para favorecer su autogestión en los casos de las enfermedades menos complejas y en los pacientes de mayor complejidad o que cursen comorbilidades los sistemas deben encaminarse hacia una gestión integral del caso en conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, dirigidos a los pacientes, así como a su entorno y cuidadores.

Los adultos mayores con patologías crónicas conviven con su enfermedad desde el momento en el cual se las detecta hasta su fallecimiento miedo estas patologías u otras cosas. La enfermedad se convierte, por lo tanto, no en algo que interrumpe bruscamente la existencia normal de las personas como ocurre en la persona con patologías agudas, sino en un contratiempo con lo que hay que aprender a vivir (Egger et al., 2017).

C. Conceptualización de Decisión

Al analizar esta variable importante para la investigación se hace inherente definir ciertos conceptos clave para su abordaje integral dentro de los cuales destacamos el término decisión que se traduce como el proceso mediante el cual el ser humano elige de forma libre e informada sobre un aspecto de su vida sea de índole personal, es decir que solo ponga en juego su integridad, pero en otras ocasiones denota un carácter social en donde la opción que decida repercute en los demás(L. C. de Vergara & Santiago, 2010).

La decisión no solo busca el tomar una opción, sino que a su vez se convierte en el camino para el cumplimiento de una meta determinada, todo ello en un contexto, que para las decisiones clínicas está determinado por los condicionantes y circunstancias presentes en el escenario clínico entre los cuales podemos resaltar aspectos de la dinámica de la enfermedad como por ejemplo la evolución clínica, el pronóstico de su afección, la condición de vida, las redes de soporte social y familiar en la gestión de la salud, el nivel de conocimiento acerca de su enfermedad, entre otros aspectos relevantes(Bellieni, 2019).

Desde los tiempos hipocráticos, hasta la actualidad se evidencia que el rol que desempeñan el equipo de salud, versus los usuarios, es el punto clave a la hora de determinar el modelo adoptado para la toma de decisiones, ya que el protagonismo que ejercen cada de cada uno de los actores del acto clínico, se convierte en el elemento clave que direcciona las decisiones tomadas a diario en función a la gestión de la salud de la persona, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.

D. Modelos para la toma de decisiones clínicas

Según Serrano et al. (2017), en el estudio del comportamiento de los personajes del acto

clínico y el rol que adoptan cada uno de ellos durante la fase de adopción de decisiones terapéuticas, se han documentados varios modelos en el que claramente se define la preponderancia de uno de los actores ; dentro de estos modelos destacamos los siguientes:

- **Modelo paternalista**

El modelo de decisión paternalista, ha sido el modelo propuesto desde el paradigma biomédico de la atención de la salud, en donde se define claramente como el protagonista de toda la maquinaria clínica al profesional médico, el mismo que decide cada uno de los mecanismos implícitos en el abordaje y gestión de la salud de la persona; además se destaca que en este modelo se considera al usuario como un sujeto pasivo, al cual se le limita su capacidad para dirimir ante su condición de salud (Mendoza F, 2017).

De acuerdo a los principios bioéticos principialistas, este modelo resalta en sobremanera la beneficencia, debido a que en todo momento la imagen del médico resalta un rol de guardián de la condición clínica del usuario; a su vez el principio de la autonomía se ve relegado, debido a que durante la adopción de una opción terapéutica o diagnóstica se resalta el cumplimiento estricto de las directrices expuestas por el médico por parte del equipo de salud, usuarios y familiares.

- **Modelo de decisión informada**

Al otro extremo del paternalismo, encontramos el esquema metodológico para la toma de decisiones conocido como informativo; en este modelo tiene como finalidad otorgarle un papel protagónico al usuario el cual con un rol activo define su decisión en función a los criterios técnicos expuestos por el profesional de la salud, el mismo que se limita a describir las opciones terapéuticas resaltando sus pros y contras, para que el usuario defina lo que a su criterio posterior a los conocimientos expuestos considere mejor para su salud (Vera Carrasco, 2016).

El medico al adoptar un rol pasivo, no emite recomendaciones de ningún tipo, peor aún interfiere en la determinación de la opción elegida, limitando de esta forma la aplicación del principio bioético de la beneficencia y por el contrario, confiere gran importancia a la autonomía como punto clave para la gestión de la salud del usuario, que debido al vínculo con los valores propios del sujeto, pueden desencadenar en una amplia gama de decisiones que van desde las más acertadas hasta errores en el accionar clínico.

- **Modelo de decisión compartida**

En la actualidad, bajo la nueva perspectiva del paradigma de la salud centrado en la persona, a la hora de definir el rol del profesional de la salud y el usuario, se busca un equilibrio entre cada miembro del acto médico, brindando un panorama cada vez más consensuados a la hora de elegir una decisión que repercuta en la salud integral de la persona; es por esta razón que el modelo de decisiones compartidas se ubica en un punto intermedio entre el modelo paternalista y el informado.

En este modelo claramente observamos el papel activo que ejerce por un lado el personal médico a la hora de proponer la información adecuada a cerca de las opciones de terapia, recomendando de forma adicional las mejores, pero también el usuario actúa de forma activa discutiendo con el terapeuta a cerca de como las opciones terapéuticas poseen compatibilidad con sus creencias, valores y actitudes, siendo una comunicación a doble vía, que al final tiene como resultado la adopción de una opción terapéutica de manera conjunta. Este escenario brinda el ambiente propicio para que de forma equilibrada los principios de autonomía y beneficencia hagan juego en la decisión adoptada (Zeballos-Palacios et al., 2014).

Según Villagrán et al. (2015), dentro de los modelos de decisión compartida tenemos dos tipos: el modelo de decisión interpretativa y el de decisión deliberada; en el primero, aunque se basa en guiar las decisiones mediante una información que clarifique los autovalores del sujeto con la ayuda del profesional, este solo ejerce el rol de consejero, dando una mayor libertad y un leve predominio a la autonomía sobre la beneficencia; a diferencia del segundo en el que los valores propios del usuario intentaran ser influenciados por la información proporcionada por el terapeuta, observando que el rol adoptado por este es el de un maestro que sobrepone la beneficencia aunque respete su autonomía.

E. Capacidad para la toma de decisiones

Al realizar una análisis conceptual del término capacidad según Simón-Lorda (2008), este se define desde múltiples aristas, ya que si por un lado los psicólogos lo interpretan las aptitudes necesarias que le permiten a la persona tomar una determinada decisión aquí y ahora; desde la óptica de la bioética este concepto sería mejor entendido desde la base terminológica de la competencia, que bajo esta arista es considerado como la capacidad natural o de hecho, que permite a la persona administrar efectivamente su vida, demostrando claramente la autenticidad de sus acciones y determinaciones.

La capacidad, analizada desde el punto de vista jurídico, se traduce como la capacidad de

obrar y hace alusión a todos los condicionantes que de una u otra forma favorecen el ejercicio de derechos y obligaciones a la persona, la misma que para los juristas se divide en dos tipos la capacidad legal o también denominada de derecho y la capacidad natal conocida como de hecho (Bermúdez, 2019).

Dentro de los detalles a tener en cuenta para valorar la capacidad del individuo, toma relevancia el determinar la periodicidad de esta condición, que bajo parámetros generales puede constituirse en una alteración transitoria, la misma que se suscita en un momento determinado del curso de la vida del usuario y se halla supeditada a alteraciones en el contexto clínico, pero potencialmente reversibles o mejorables, lo que determina un retorno actitudinal en el cumplimiento de sus responsabilidades .

Dicha condición pudiera complejizarse, en el caso específico donde este tipo de incapacidad se torne permanente y que se perennice de forma definitiva en el individuo, lo que de alguna forma incurre en primera instancia hacia la incapacidad de hecho, simplemente evidenciado gracias a que el comportamiento reflejado en la persona, denota su falta de competencia para el ejercicio de sus derechos y obligaciones; este hecho acarrea la ejecución de cambios en la situación legal que derivaran en una declaración jurídica de la incapacidad y la designación de representantes que tomen la posta en las decisiones clínicas del sujeto.

Otro aspecto a contextualizar, es que la capacidad natural de los usuarios debe inferirse siempre, a menos que debido a una sentencia legal se demuestre lo contrario, por esta razón, el profesional experto tiene la función no de demostrar si el sujeto es capaz, ya que esto se presupone, sino que, por el contrario, el fin de la valoración de este elemento es determinar la incapacidad, pero en casos de dilemas para la valoración se otorga la presunción de capacidad.

La capacidad para la toma de decisiones, no debe convertirse en un ejercicio cotidiano del profesional de la salud ante cada evento en el que deba definirse una opción terapéutica, puesto que la mayoría de usuarios presentan conductas acertadas a la hora de dirimir entre una propuesta terapéutica u otra; es por ello que se conoce que existen situaciones específicas durante las cuales el profesional de la salud responsable debe plantearse la necesidad de evaluar esta capacidad y entre ellas se consideran las siguientes: (Moraleda Barba et al., 2015a).

- Si el usuario ha presentado una alteración de forma intempestiva en su estado mental, sea ello a causa psiquiátrica o física.
- Ante el rechazo de una opción terapéutica claramente aplicable en el caso del usuario sin explicación alguna o basado en argumentos excesivamente irracionales.

- Ante la aceptación con facilidad de procedimientos diagnósticos o terapias demasiado invasivos y/o peligrosos, sin medir el riesgo/beneficio.
- El sujeto presenta trastorno neurológico o psiquiátrico de base, previamente diagnosticado, que pueda producirle incapacidad transitoria.

F. Dimensiones de la capacidad para la toma de decisiones

Si bien, la capacidad para la toma de decisiones ha sido valorada tomando en cuenta diversas variables, en un principio los parámetros ideales para su análisis tuvieron como punto de enfoque la perspectiva psiquiátrica y neurológica, con el pasar del tiempo y ante el surgimiento de nuevos instrumentos, se logró enriquecer de forma significativa los elementos para su evaluación al considerar otros aspectos que a la luz de la ciencia se convierten en determinantes directos para la toma de decisiones.

Según Robert et al., (2016) los criterios psiquiátricos para la valoración de la capacidad para la toma de decisiones implican la interacción de cuatro dimensiones:

- **La comprensión**

La comprensión como tal es definida como el proceso mediante el cual el individuo, partiendo de insumos informativos facilitados desde una fuente fidedigna, realiza creaciones mentales de esta realidad tomando en cuenta los aspectos más relevantes, encontrando de esta forma los justificativos adecuados para la ejecución de acciones determinadas, en otras palabras la comprensión denota un proceso activo en donde se identifican datos con la finalidad de crear una ideación propia de la realidad expuesta (O. Vergara, 2017).

En lo que respecta al campo médico, la comprensión determina la habilidad para reconocer los elementos más importantes a cerca de los procedimientos clínicos sean estos diagnósticos o terapéuticos, lo cual facilita su consentimiento de forma voluntaria e informada para la intervención integral del sujeto; entre los elementos primordiales de la comprensión de paciente se incluyen la comprensión de la patología, la comprensión de la terapéutica y la comprensión del riesgo beneficio.

- **La apreciación**

Aunque no existe una definición clara de esta dimensión, se considera que la apreciación resulta del ejercicio de la comprensión de la información y su relacionamiento con las circunstancias derivadas de los actos y el contexto en el cual se desarrolla dicha acción, esto quiere demostrar que la apreciación no solo se basa en el entendimiento, sino que va mas allá, debido a que conjuga lo comprendido con lo vivenciado (Ramos Pozón, 2015).

Esta dimensión, al ser una construcción abstracta de la realidad, se basa en las

expectativas del usuario a cerca de un tratamiento, traducida en los reparos o dudas racionales presentadas por el paciente durante la adopción de un régimen terapéutico, lo cual le lleva a valorar la situación de su enfermedad y la finalidad de las acciones clínicas en su bienestar integral.

- **El razonamiento**

Desde la perspectiva conceptual de la palabra razonamiento, esta se define como la actividad mental que tiene como propósito la asociación de conocimiento preexistentes con nuevas formas de pensar o de concebir las cosas, para luego de este ejercicio mental proponer conclusiones que lleven a la creación de un nuevo conocimiento: en el contexto de la toma de decisiones esto se traduce de la misma forma, debido a que el proceso de razonar implica la imposición de la lógica y la racionalidad a la hora de evaluar opciones terapéuticas en una situación específica, para de esta forma tomar la mejor determinación (Alonso et al., s. f.).

En el escenario clínico la forma de reconocer la capacidad de razonamiento es claramente sopesada en la identificación y semblanza del riesgo beneficio entre las opciones de tratamiento, evidenciándose de esta forma una defensa lógica de las ideas basada en parámetros claramente definidos; es por ello que dentro de los caracteres analizados en el razonamiento se toma en cuenta de forma global los tipos de razonamiento conocidos como lógico secuencial, lógico comparativo, predictivo y de consistencia interna.

- **La elección**

Como ultima dimensión tenemos la denominada elección o también conocida como expresión de la decisión, en la cual el usuario, mediante su habilidad comunicativa manifiesta su predilección por una u otra alternativa de control o terapia: esta es la variable más fácil de evaluar durante el proceso de toma de decisiones medicas debido a que parte de la propia expresión del usuario el mismo que posterior al ejercicio de las dimensiones previamente descritas expone de forma verbal su determinación con respecto a la situación propuesta.

G. Teoría de la autonomía personal

Para esclarecer la relación entre los conceptos de autonomía personal y autonomía como no interferencia me parece importante recordar la distinción de Feinberg entre cuatro sentidos de la palabra “autonomía” cuando se aplica a individuos: Puede ser un derecho, una capacidad, una condición actual del sujeto o un ideal del carácter(Viqueira García, 2019).

Una persona goza de autonomía personal cuando bajo la perspectiva general se convierte la protagonista de su destino sea este presente o futuro, hecho reflejado en la capacidad para poder decidir sobre su destino, razón por la cual la autonomía puede evaluarse desde una óptica

actual versus un estado ideal de autorrealización. Es así como el hecho de valorar la autonomía como parte de la capacidad para la toma de decisiones implica un análisis profundo de la calidad de vida del sujeto tomando en cuenta de forma adicional las características individuales, debido a que el concepto de calidad de vida y autonomía personal varía en función al análisis introspectivo de cada sujeto en función a estos parámetros tan subjetivos.

La autonomía personal más allá de ser considerado un principio bioético desde el modelo principalista, en la actualidad también se convierte en un derecho el cual es garantizado por múltiples instrumentos los cuales reconocen la capacidad de actuación desde la infancia, más aún, en personas con todos los derechos de ciudadanía que confieren la mayoría de edad; un aspecto importante a destacar desde el ámbito biojurídico, es la concepción de autonomía como la no interferencia de acciones, más que considerar la capacidad para decidir, resalta un deber de terceras personas incluido el estado a no intervenir en la vida de otros ante determinadas situaciones (Neme Villarreal, 2019).

Ante dicho postulado, la autonomía como derecho no siempre hace sinergia con la garantía de que las decisiones del sujeto sean auténticas y se consideren como el resultado de sus voluntad, ya que cuando conceptualiza este derecho solo como la no interferencia, el sujeto de igual forma puede trasgredir su propio autogobierno en función a las decisiones indirectamente influenciadas por otros, o simplemente optar por un punto neutro, en el cual simplemente divague por la vida sin tomar una decisión, ocasionando un problema aun mayor; entonces, aunque la no interferencia brinda una piso legal y convierte en un derecho a la autonomía, además de promover un ambiente propicio para la garantía de la autonomía personal, no es el único elemento que se requiere para la toma de decisiones incluyendo las de índole médico.

Al direccional la mirada hacia un modelos antropológico y social cercano al enfoque neoliberal, el cual intenta desgarrar el vínculo de interdependencia entre personas para abocar a una autonomía del yo, una privatización de la existencia y una autosuficiencia en el cuidado; así, la autonomía se reduce al individualismo propio de una ideología caracterizada por la puesta en valor de la independencia de todos los lazos y de todas las obligaciones sociales. Sin embargo, un enfoque centrado solo en la autonomía, entendida como independencia y autosuficiencia, olvida que los seres humanos son esencialmente dependientes (Huenchuan & Rodríguez, 2014).

En este contexto, es interesante la perspectiva del análisis de las discapacidades, por los que la autonomía personal no se entiende en términos de autosuficiencia, de capacidad de hacer todo por sí mismo, sino en términos de capacidad de decidir y ejercitar el control bajo cualquiera ayuda se necesite, para conseguir los objetivos elegidos.

H. El personalismo en la toma de decisiones

El personalismo al ser corriente bioética basada en la persona humana como elemento fundamental y eje transformador del trascender de la vida, resalta entre otros aspectos la primacía e intangibilidad del ser humano lo cual convierte al hombre como un actor protagónico destacándolo como fin y no como medio; ello no solo se ve reflejado desde aspectos superficiales de la vida, sino que poseen gran aplicabilidad durante el proceso de toma de decisiones médicas en los diversos escenarios en los cuales se presente este dilema clínico (Ñique Carbajal et al., 2020).

Es importante reconocer que desde los principios propuestos por Elio Sgreccia, se promulga la existencia de la dignidad humana desde la concepción hasta el final de la vida, resaltando que esta dignidad es un elemento implícito en el ser, el cual merece ser respetado y ejercido de forma racional; este elemento de la bioética personalista armoniza con prolijidad la existencia humana en el mundo terreno y dilucida claramente el nexo existente entre la dignidad de la persona y la libertad otorgada para la realización actos basados, es por ello que las decisiones sean estas en el contexto clínico o fuera de él, bajo la corriente personalista, llevan al ser humano a la ejecución de actos morales bajo la recta razón, reafirmando el componente antropológico de esta forma de hacer bioética (Arcos et al., 2021).

Asimismo, desde el la óptica personalista y tomando como base la filosofía Aquinatense, se reconoce que la dignidad ontológica, que tiene como fin máximo el perfeccionamiento en el creador, se ve alimentada por los preceptos de otro tipo de dignidad la cual es denominada dignidad moral, la misma que se ve instrumentada por la razón y la aplicación justa del libre albedrío; por este hecho, el reconocimiento de entre estos dos tipos de dignidad determinarían de una mejor manera el ejercicio de la toma de decisiones por los usuarios en el contexto clínico, debido a que mejoraría su accionar al discernir las opciones propuestas de forma consciente, tomando en cuenta que una decisión moralmente digna, fortalecerá su dignidad ontológica hacia la búsqueda de este perfeccionamiento en Dios (Llera, 2019).

La visión holística del ser humano reconocida por el personalismo, corrobora que la base ética de esta corriente, no pretenden fomentar conceptos de individualismo subjetivo, más bien, así como destaca en el ser humano su carácter único e irremplazable, reconoce su capacidad para tomar sus decisiones tomando en cuenta normas morales autoimpuestas derivadas de su dignidad y en respeto a las leyes naturales.

Si por un lado el pensamiento de Santo Tomas de Aquino, trae un mensaje que libera al hombre de un reduccionismo antropológico, otros personalistas contemporáneos como Marcel

y Mounier, propusieron un discurso más explícito en lo relacionado a la capacidad del ser humano no solo de decidir, sino de resarcir sus decisiones y de esta forma recapacitar en su accionar, rehumanizando así sus determinaciones, las mismas que aunque partan de un vacío existencial propio de las situaciones de crisis, la persona por su naturaleza, transita en espacios en que la mejora continua que pueden aun en los peores escenarios, como es la ocurrencia de una situación compleja de salud, ir de la desesperación a la esperanza, ya el cambio en la conciencia del hombre está en el pensar y la certidumbre se fortalece en el amor por lo justo; es así que aunque la realidad que viven los usuarios en cuanto a su capacidad para tomar una vía para el curso clínico de su enfermedad o condición están sujetos a la deshumanización actual del sistema, el personalismo otorga al ser humano alternativas que conlleven su reivindicación como un ser dotado de dignidad, la misma que da sentido a su vida y adicional a ello la capacidad de recuperarse tanto personal y socialmente mediante un fundamento rehumanizador (Cañas Fernández, 2021).

Es necesario recalcar que, desde la perspectiva personalista de Levinas y enfocado en la toma de decisiones médicas, la perspectiva paternalista y la basada en la autonomía personal mismas que hallan su base en el individualismo, pierden peso ya que la teoría de la otredad, resalta el sentido y valor de las relaciones interpersonales otorgando un carácter consensuado en la que tanto usuarios como equipo de salud, resaltando las virtudes de cada uno de los actores implicados en la toma de decisiones rompen la mismidad, para engendrar lo se denomina como alteridad, la cual nos insta a encontrar la certeza en el desde nuestros semejantes ya que son el otro nuestras decisiones en todos los contextos carecería de sentido; ante esta premisa condiciones como la ancianidad y la presencia de enfermedades crónicas las cuales pueden llegar a provocar un declive en la capacidad para decidir, insta a nuestros familiares para que desde la alteridad como agentes protectores, discernan desde nuestro rostro y moralidad, la mejor decisión ante situaciones de complejidad médica (Iza Villacís, 2018) .

Los actos humanos entre ellos la toma de decisiones médicas, al ser evaluados desde la perspectiva de la antropología personalista wojtyliana, nos da claras luces al distinguir un cambio de contexto hacia la consolidación de lo que se denomina el *actus personae*, este postulado recoge la consolidación de la metafísica y la fenomenología, debido a que por un lado destaca que el bases tradicionales para comprender el actuar de las personas basados en la experiencia y la noción de conciencia, pero además rescata que la autoconciencia como elemento primordial para la concreción de actos, en otras palabras una conciencia autorreferencial basada en su esencia como persona; además según Wojtyla, principios como la libertad se fundan en la trascendencia, sobre todo en su dimensión autorreferencial conocida

como autodeterminación la misma que otorga a la persona la capacidad de construir su realidad a partir de sus propias decisiones y lo que conlleva a poder auto realizarse en función a la recta razón; al contratar esta base filosófica con la capacidad de decisión de los ancianos con patologías crónicas, los principios de la teoría wojtyliana, proponen que desde la experiencia se cree un bosquejo de su actuar ante una problemática de salud y que esta sea nutrida por la autoconciencia la cual conlleve a la toma de decisiones libres en pos de la autodeterminación del ser, en búsqueda de su trascendencia como persona humana (Burgos Velasco, 2019).

Desde la perspectiva de Elio Sgreccia como padre del personalismo moderno, la capacidad de decisión y elección contrario a lo que se cree, no se ve entorpecida por la fe y más bien se fortalece ya que dota de claridad a cada uno de los actos de la persona; es así como aplicados a la realidad del actuar humano y demás aspectos bioéticos, Sgreccia propone con suma claridad cuatro principios como base del personalismo a describir:

En primer lugar propone como base del bioeticismo personalista el principio de defensa de la vida física de la persona, el cual se convierte en el primer imperativo ético no solo de los profesionales de la salud sino de toda persona, más aún en los momentos claves de la toma de decisiones médicas, debido a que toda elección terapéutica o diagnóstica deriva el efectos directos sobre la corporeidad y en efecto el personalismo destaca que el carácter coesencial del cuerpo es el que faculta al ser humano al ejercicio de una vida plena y a la elaboración de un proyecto de vida trascendente, inclusive supedita la aplicabilidad de otros principios como el de responsabilidad y libertad, entre otros (Soto, 2018).

La toma de decisiones médicas también está determinada por el segundo principio de la bioética personalista conocido como terapéutico o de totalidad, el cual que determina entre otras cosas la integralidad del organismo corpóreo, el mismo que ante condiciones de salud que en el caso específico de los sujetos con enfermedades crónicas, va desde la ejecución de intervenciones quirúrgicas hasta el trasplante de órganos; este hecho pone en juego la determinación no solo de una decisión de los usuarios, familiares y personal sanitario para la ejecución del mismo, sino que además clarifica la licitud de un sinnúmero de actos médicos (Medina Peña et al., 2019).

Asimismo, el principio de totalidad o terapéutico, en función a sus postulados, se convierte en uno de los principios con mayor grado de asociación con la toma de decisiones médicas para los profesionales de la salud y pacientes, ya que determina parámetros claros a la hora de determinar la realización de procedimientos que aunque mayormente son de base quirúrgica, no dejan de lado su aplicabilidad ante de ciertas terapias clínicas; es importante resaltar que aunque este principio destaca la exigencia del consentimiento del usuario para la realización

de un procedimiento, debe ser analizada en contexto en procura de la salud global del organismo y no por la mera pretensión del paciente basado en su autonomía (Insua, 2018).

Aunque todos los principios del personalismo se involucran de forma directa con la toma de decisiones médicas, es innegable que el elemento que sienta las bases de esta corriente bioética al respecto es el principio de libertad y responsabilidad, debido a que si por un lado el ser humano posee es libre y autónomo para actuar sobre su vida y de transformar su cotidiano a su parecer, de acuerdo con el personalismo estas acciones deben ser realizadas con la única y exclusiva finalidad de conseguir el bien para consigo mismo y para la sociedad de forma general (Marini, 2021, p. 19).

En el contexto de las decisiones médicas, podemos analizar este principio desde dos puntos de vista, una de las cuales es la libertad del usuario, la misma que ejercida como un derecho debe ser respetada, pero sin duda valorada desde muchas aristas, todo ello vinculado a que la capacidad para decidir una opción terapéutica no solo depende del ejercicio de la autonomía, ya que se ven implicados factores cognitivos, físicos o psíquicos durante este proceso (González & Antúnez, 2016).

La valoración de la capacidad del sujeto para decidir, no trasgrede el principio de libertad y responsabilidad, sino que más bien lo reafirma a la esencia propia de este concepto, ya que el ejercicio para decretar que no todas las personas poseen las condiciones físico-psíquicas para determinar la aceptación o rechazo de una opción terapéutica no se ejerce con la intencionalidad de incapacitar al sujeto, sino que de acuerdo a la perspectiva bioeticista del personalismo, buscar un beneficio para la salud integral del sujeto como un acto que prima de responsabilidad personal y colectiva (Martínez Bulle Goyri et al., 2016).

El modelo biomédico que rige en muchos contextos hasta la actualidad, ubica en el centro de la retina la libertad patriarcal ejercida por el profesional de salud ante las condiciones clínicas de los usuarios, la misma que aunque no constituye el trasfondo de la investigación actual, puede ser un elemento determinante como influencia directa para los usuarios, ya que en nuestro medio se observa al médico ejercer un rol protagónico a la hora de dilucidar el panorama y camino a seguir en la terapéutica del usuario, por lo cual la determinación de un fin benéfico para el usuario es el punto a dirimir en este contexto.

En concreto, el principio de libertad y responsabilidad hace un juego armónico entre dos caras de una misma moneda, las mismas que, aunque diferentes en concepto no son contradictorias sino más bien complementarias; la sinergia entre estos dos conceptos se convierte en el eje direccionador que conlleva a la determinación de decisiones acertadas en función a la integralidad del ser humano y basadas en la consecución de un fin benéfico para

la persona (Yate Arévalo, 2016).

Por último pero no menos importante, se destaca el principio de la Sociabilidad y Subsidiaridad, el mismo que considera al ser humano desde su esencia como un ser social constituyéndose en el elemento central de esta esfera; en el contexto de la toma de decisiones y con mayor significancia las de índole médico, el ser humano decide no solo por su bienestar, sino que decide en función al bienestar de la colectividad debido a que su accionar repercute de forma directa en el ejercicio de su rol único e intransferible en los diferentes ambientes sociales en los cuales participe, entre ellos el familiar, laboral o simplemente como ciudadano del mundo (Huanay, 2020).

Los principales conceptos vinculados con la investigación son los relacionados a las variables del presente estudio, dentro de los cuales se hace necesaria la definición de los siguientes términos:

Capacidad: Es definida como el cumplimiento de condicionantes necesarios para poder desarrollar una o varias actividades sea de forma general o específica, ya sea porque naturalmente se denote la idoneidad para hacerlo o en su defecto porque haya recibido las debidas instrucciones para ello.

Toma de decisiones: Es el proceso a través del cual se ejecuta la selección de una opción sea esta adecuada o no dentro de varias posibilidades, teniendo como propósito la resolución de situaciones básicas o complejas presentes en distintos contextos del cotidiano del sujeto o durante situaciones de crisis.

Adulto mayor: Son aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Enfermedades crónicas: Constituyen un grupo de afecciones clínicas de larga duración que progresan a una velocidad lenta y que por lo general el fin de su historia natural es la perpetuación patológica sin cura definitiva.

III. Hipótesis

Al analizar cada uno de los elementos inmersos que condicionan la capacidad para la toma de decisiones del adulto mayor con enfermedades crónicas, se presuponen múltiples constructos todos ellos direccionados desde los elementos otorgados por los objetivos de investigación entre los que podemos destacar:

Los estados patológicos de evolución crónica condicionan la capacidad para la toma de decisiones médicas.

El grado de comprensión de la enfermedad determina la capacidad para la toma de decisiones médicas.

El grado de entendimiento acerca del tratamiento propuesto altera la capacidad para la toma de decisiones médicas.

La presencia de enfermedades mentales limita la capacidad para la toma de decisiones médicas.

IV. Metodología

4.1. Tipo y nivel de investigación

La investigación acorde con los planteamientos iniciales se desarrolló a través del enfoque cuantitativo el mismo que según Hernández-Escobar (2018). Se basa en el análisis de la situación problemática, objetivando sus resultantes en datos tangibles bajo el modelo positivista, en el cual se generan datos numéricos porcentuales para la comprensión de las variables analizadas. El enfoque cuantitativo tiende a procesar datos tangibles que facilitan la interpretación y generalización.

4.2. Diseño de la investigación

Para el presente estudio basado en el análisis de la capacidad para la toma de decisiones médicas de los adultos mayores con afecciones crónicas y acorde con las variables descritas en el instrumento empleado, se desarrolló mediante un diseño de tipo observacional o también conocida como no experimental, el cual en el caso particular de esta investigación se desarrollará mediante la tipología descriptiva.

Acorde a los principios metodológicos planteados por Hernández-Sampieri (2014), la define como el tipo de estudio en donde el papel protagónico es desarrollado por el sujeto u objeto de análisis y el investigador toma el papel de observador de las situaciones suscitadas sin ejercer ningún tipo de manipulación al respecto. Al solo describir detalles o características propias del evento analizado esta investigación no manipula e interrelaciona variables, más bien las analiza desde un punto de vista independiente.

4.3. Población, muestra y muestreo

La población objeto de la investigación estuvo conformada por 212 adultos mayores, los mismos que se encuentran inscritos en la nómina de pacientes para seguimiento y control terapéutico de su enfermedad crónica de la dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud.

La muestra estuvo constituida por 137 sujetos producto de la ecuación; los cuales de forma complementaria cumplen con cumplieron con los criterios de selección para la misma; La técnica de muestreo empleada fue de tipo probabilístico mediante la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas.

4.4.Criterios de selección

Inclusión:

Usuarios con más de 65 años que cursen con al menos una patología crónico-degenerativa.

Usuarios in-adherentes o renuentes a una pauta terapéutica recomendada por el profesional de salud.

Usuarios con más de tres ausencias por semestre a las consultas mensuales de control y seguimiento de su patología de base.

Sujetos que viven en condición de abandono y que acuden solos a la consulta médica.

Exclusión:

Sujetos que participaron en la prueba piloto de la presente investigación.

4.5. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Valoración Dimensiones	Valoración final
Capacidad para la toma de decisiones médicas	Hecho de comprender, valorar, razonar y expresar una decisión que afecta a la salud, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales, así como los propios valores de la persona (Moraleda Barba et al., 2015b).	Formulario ACE (AID to capacity evaluación, traducido y validado en población hispana) evaluado en 4 dimensiones divididas en 8 ítems con valoración dicotómica aplicable a la población en general.	Comprensión de la enfermedad.	1. Capaz de entender la condición médica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Incierto 	Definitivamente capaz
			Comprensión del Tratamiento y opciones terapéuticas.	2. Capaz de entender el tratamiento propuesto: 3. Capaz de entender alternativas al tratamiento propuesto 4. Opción de rechazar el tratamiento propuesto: (Incluyendo mantener o dejar el tratamiento propuesto)	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Incierto 	Probablemente capaz Probablemente incapaz Definitivamente incapaz
			Razonamiento sobre las consecuencias	5. Consecuencias de aceptar el tratamiento propuesto	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Incierto 	

			de aceptación o rechazo	6. Consecuencias de rechazar el tratamiento propuesto:		
			Presencia de enfermedad mental	7a. La decisión de la persona se ve afectada por depresión 7b. La decisión de la persona se ve afectada por la psicosis:	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Incierto 	

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica para la recolección de los datos será la entrevista de tipo semiestructurada, basada en preguntas abiertas, la misma que enfocará las respuestas del usuario hacia la interpretación sea positiva o negativa de las variables analizadas en cada ítem; de la misma forma otorgará concreción y rigor científico para la obtención de datos satisfactorios en la determinación de la capacidad de los adultos mayores con enfermedades crónicas para la toma de decisiones médicas.

El instrumento empleado fue el cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE) para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas, el mismo que posee una adaptación al español y cuenta criterios de validez de constructo los cuales fueron analizados mediante un análisis factorial con valores de α de Cronbach de 0,645 y de forma adicional validez bajo criterio clínico con resultantes de significación asintótica ($p < 0,001$), al existir asociación significativa entre ambos evaluadores; además posee un buen nivel de confiabilidad evaluado mediante la fiabilidad interobservador la que arrojó puntuaciones altas y estadísticamente significativa con un índice kappa entre 0,740 y 0,747; estos datos confirman la idoneidad de la escala para ser aplicada en sujetos con características similares a la población local (Moraleda Barba et al., 2015b).

El cuestionario consta de ocho ítems los cuales valoran cuatro dimensiones y se enfocan en parámetros como la comprensión de la enfermedad, entendimiento del tratamiento y opciones terapéuticas, razonamiento de las consecuencias de la aceptación o rechazo de la pauta recomendada y por último valora la ocurrencia conjunta de afecciones en la salud mental que dificulten la toma efectiva de su decisión.

La escala de ponderación por ítem y dimensión se miden en función a tres parámetros que son “sí”, “no” e “incierto”, todo ello acorde a la respuesta obtenida de los participantes y el procesamiento de ideas del examinador; al final como impresión general de la encuesta el examinador deberá determinar el nivel de capacidad para la toma de decisiones medicas entre cuatro parámetros que son “Definitivamente capaz”, “probablemente capaz”, “Probablemente incapaz” y “Definitivamente incapaz”(Moraleda-Barba, 2014).

4.7. Procedimientos

En primera instancia se solicitó la Resolución de Aprobación de proyecto de investigación de la Escuela de Posgrado, posterior se procederá a la solicitud de los permisos respectivos por parte de la institución objeto de la investigación; luego de ello se socializarán cada una de las actividades propuestas con la población de adultos mayores fomentando la voluntariedad de

participación en el estudio y en acto seguido conseguir la firma del consentimiento informado, documento que cristaliza la participación autónoma del usuario.

La actividad investigativa se planificó mediante un acercamiento inicial con el personal médico para determinar los usuarios que cumplan con los criterios de inclusión para ser intervenidos ya que ciertos parámetros propuestos emanan de la historia clínica y de la relación personal de salud-usuario, para de esta forma gestionar de forma conjunta con el equipo de salud el cronograma para el levantamiento de la información mediante el calendario de controles de pacientes crónicos.

Al no contar con una validación de la prueba en el contexto del Ecuador, se realizó una prueba piloto la misma que determinó la consistencia interna del instrumento para la población en estudio, reflejando coeficientes α de Cronbach de 0.83 para la dimensión comprensión de la enfermedad, 0.79 para la dimensión entendimiento del tratamiento, 0.75 para la dimensión razonamiento de las consecuencias y 0.70 para la dimensión afección mental que dificulte la toma de decisiones: este estudio piloto se desarrolló con el 10% de la población, los mismos que cumplieron con todos los criterios de inclusión y al ser parte de esta estudio inicial fueron descartados para su participación en la investigación principal (Díaz-Muñoz & Díaz-Muñoz, 2020).

La entrevista estructurada se desarrolló en un espacio cómodo libre de ruidos el mismo que genere un ambiente de confianza y será ejecutado enteramente por el investigador como persona ajena al personal de salud con el propósito de evitar imparcialidad en los resultados.

Cada entrevista se desarrolló en el lapso de 15-20 minutos y será desarrollada en la unidad de salud salvo en el caso de ausentismo del usuario a la unidad, esta se desarrollará mediante visita al domicilio del usuario de forma conjunta con el equipo de salud para el levantamiento de la información.

4.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La información recolectada se ingresó en una base de datos la misma que consolidará la información de manera anónima otorgándose un número aleatorio a cada usuario de manera que se respete su derecho a la confidencialidad; luego de ello la matriz de datos se procesó a través de las bondades del software estadístico SPSS versión 25, el mismo que generó análisis estadísticos descriptivos de cada una de las variables, en función a frecuencias absolutas y porcentajes; luego de ellos se construyeron tablas univariadas e histogramas que mejoraran la comprensión de los resultados.

4.9. Matriz de consistencia

Tabla 2

Matriz de consistencia

LÍNEA DE INVESTIGACION: Enfermedades no transmisibles agudas o crónicas			
TEMA: Capacidad para la toma de decisiones médica de los adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021			
PROBLEMA: ¿Cuál es el nivel de capacidad para la toma de decisiones médicas de los adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador 2021?			
TESISTA: JEFFRY JOHN PAVAJEAU HERNÁNDEZ			
OBJETIVOS			
GENERAL			
Determinar el nivel de capacidad para de toma de decisiones médicas de los adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021			
ESPECIFICOS			
Evaluar la capacidad para entender la enfermedad de los ancianos con patologías crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021	Evaluar la capacidad para entender el tratamiento y las alternativas terapéuticas de los ancianos con enfermedades crónicas Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021	Evaluar la capacidad para razonar las consecuencias de la aceptación/rechazo del tratamiento de los ancianos con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021	Valorar la presencia de patología mental que pueda afectar la decisión de los adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021
APORTE	El análisis y determinación de la capacidad para la toma de decisiones del adulto mayor en estado de cronicidad, clarificará de forma holística y objetiva los sujetos idóneos y con potencialidad para asumir un procedimiento o terapéutica de forma consciente y racional y se convertirá de esta forma en un elemento fundamental para el mejoramiento de la atención por parte del equipo multidisciplinario en salud a través de la proposición de estrategias que condiciones transparenten el uso del consentimiento informados de forma eficiente.		

4.10. Consideraciones éticas

El presente estudio se solventó en diversos principios de la bioética personalista propuestos por Sgreccia, los mismos que guardan amplia relación con los preceptos planteados como eje transversal en las investigaciones biomédicas y el abordaje de estudios en seres humanos.

Como primer elemento bioético del personalismo se fomentó *el principio de libertad y responsabilidad* el cual postula que los sujetos de cuidado serán tratados con la misma consideración, sin tener ninguna discriminación. Después de la aprobación del proyecto y en función a los criterios de inclusión, se proporcionará a los usuarios una ficha informativa la misma que contenga de forma explícita los derechos y deberes de en torno al estudio, n recalcando de manera explícita la libertad de incluirse o no en el estudio, Además para cumplir con una investigación de forma responsable se respetó el carácter anónimo del manejo de datos personales y demás aspectos de la personalidad del adulto mayor con afecciones crónicas.

Otro de los principios resaltados como componente de la investigación es el *principio de la sociabilidad y subsidiariedad* ya que mediante esta investigación no solo se quiere observar la realidad acaecida en este contexto, sino que de alguna manera se tiende a la búsqueda de soluciones colectivas desde la comprensión de un hecho y el planteamiento de recomendaciones a los diversos actores en pos del mejoramiento de las condiciones de las personas con patología crónica en situaciones difíciles, para de esta forma cambiar las prestaciones de los sistemas de salud según el requerimiento de los usuarios con una mirada centrada en la persona.

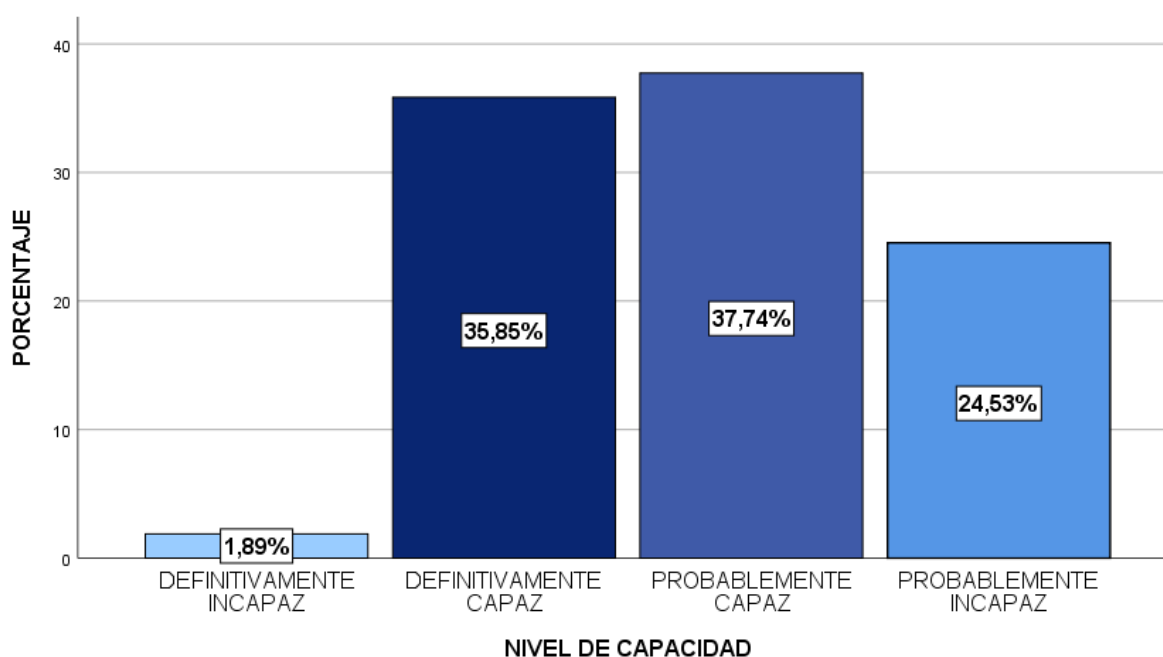
V. Resultados

Posterior a la tabulación de la información recolectada y al procesamiento respectivo a través de herramientas estadísticas, se logró desarrollar un análisis fiable de la situación problemática obteniendo los siguientes resultados:

En respuesta la objetivo general que pretendió determinar el nivel de la capacidad para la toma de decisiones médicas, se pudo determinar lo siguiente:

Figura 1

Nivel de capacidad para la toma de decisiones médicas de los adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021



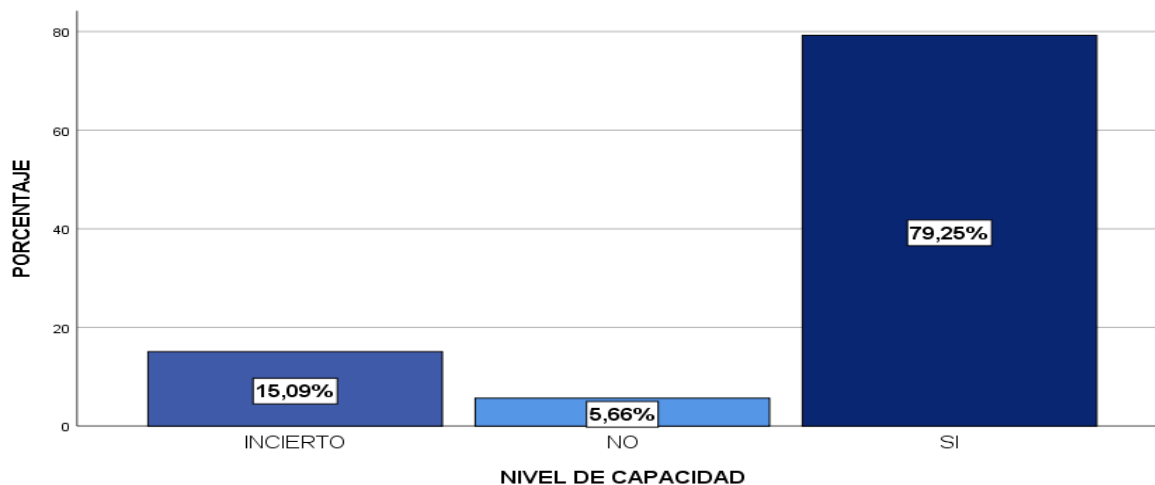
Fuente: Escala ACE versión española.

Interpretación: En la figura 1, se evidenció que la mayor parte de los adultos mayores con enfermedades crónicas en cifras cercanas al 73.59% presentan un nivel de completa o probablemente capaz para la toma de decisiones, en contraste con solo un 1,89% en los cuales se evidenció una definitiva incapacidad para decidir de forma autónoma sobre la gestión de su salud; cabe recalcar que en el caso del indicador probablemente incapaz arrojó cifras del 24,53% de personas afectadas.

También se logró evaluar la capacidad de comprensión de la enfermedad, parámetro que guarda amplia correspondencia hacia el cumplimiento del primer objetivo específico.

Figura 2

Capacidad para entender la enfermedad de los adultos mayores con patologías crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021



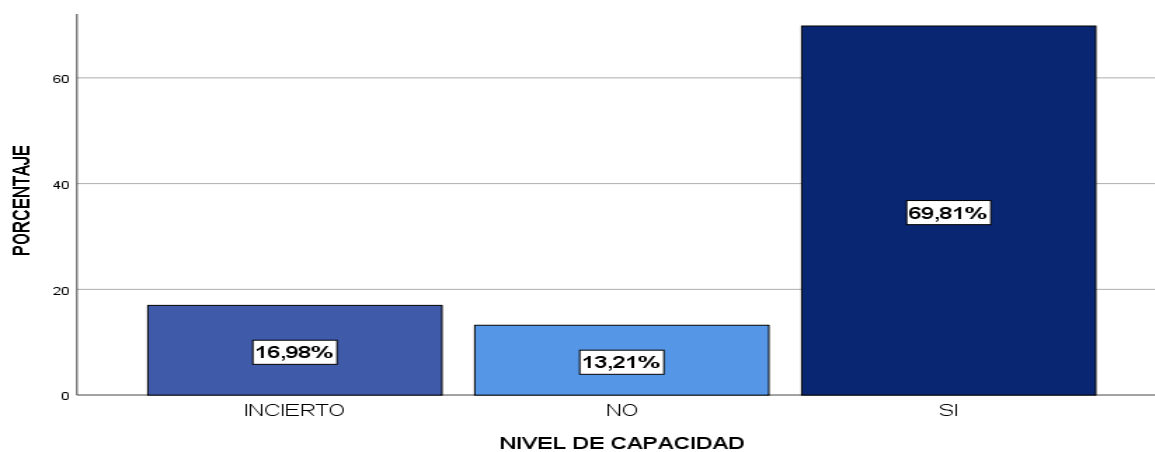
Fuente: Escala ACE versión española.

Interpretación: En la figura 2, se corroboró que la mayoría de adultos mayores analizados, representados en valores del 79.25% poseen la capacidad para entender su condición de salud, así como la facultad para comprender la dinámica de la enfermedad que padecen y solo un 5.66% de ellos no entiende su proceso mórbido; cabe resaltar que un 15.08% de los sujetos estudiados esta condición se reconoció como incierta.

Dentro del análisis de la problemática general del estudio y en respuesta al segundo objetivo específico el cual estudia a la dimensión conocida como capacidad de comprender el tratamiento y alternativas terapéuticas, se valoró mediante ítems independiente y en primera instancia se indagó sobre la capacidad de entendimiento del tratamiento propuesto.

Figura 3

Capacidad para entender el tratamiento de los adultos mayores con patologías crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021



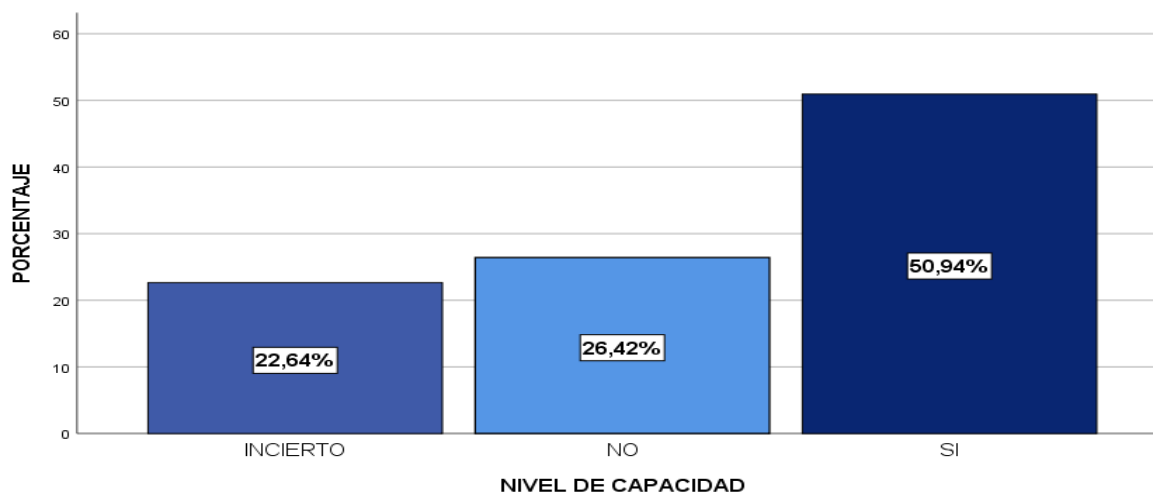
Fuente: Escala ACE versión española.

Interpretación: La Figura 3, muestra que más de la mitad de la población de adultos mayores evaluados en cifras totales del 69.81% comprenden la terapéutica propuesta, en contraparte solo el 13.21% de sujetos no entiende al mínimo detalle su tratamiento de soporte, aceptando dicha opción terapéutica sin reconocer sus componentes, posología y otros aspectos relevantes en la forma de tratar su enfermedad.

Asimismo, de forma adicional y complementaria para la concesión del objetivo específico antes mencionado, se realizó el análisis de la capacidad para entender alternativas al tratamiento sugerido, cuyos resultados se encuentran plasmados en la siguiente representación gráfica.

Figura 4

Capacidad para entender alternativas al tratamiento propuesto de los adultos mayores con patologías crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021



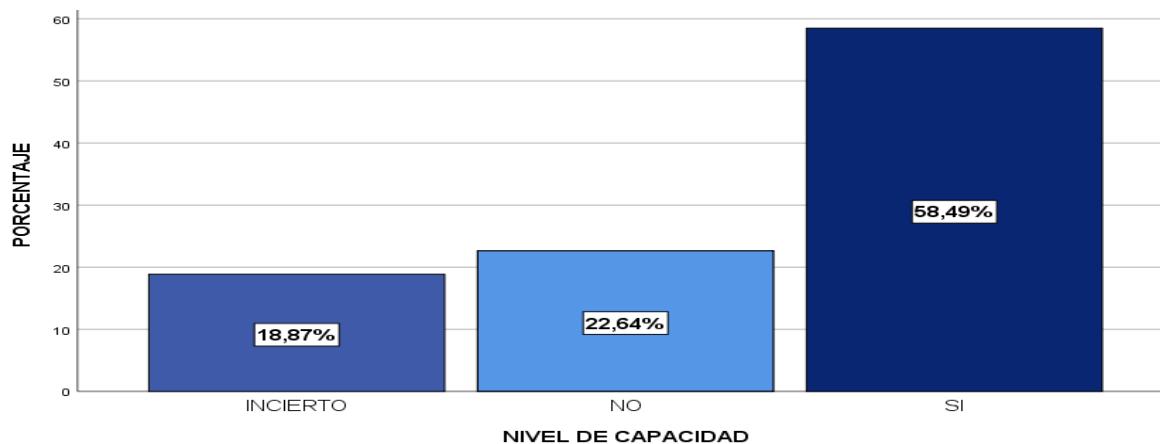
Fuente: Escala ACE versión española.

Interpretación: En la Figura 4, se pudo identificar que el 50.94% de adultos mayores encuestados, entiende de las existencia y valor de tratamiento alternativos al propuesto para la terapéutica de su enfermedad, mientras que un amplio porcentaje de usuarios en cerca del 26.42%, no discrimina la posibilidad se tratamientos alternos al sugerido por el personal sanitario en el caso se existir; las cifras correspondientes al indicador de incierto puntuaron significativamente en el 22.64% de sujetos analizados.

Como punto culmen del análisis del segundo objetivo específico se analizó la capacidad para entender la opción de rechazar el tratamiento, para lo cual se plasmaron los siguientes valores numérico-porcentuales reflejados en la siguiente representación estadística.

Figura 5

Capacidad para entender la opción de rechazar el tratamiento - adultos mayores con patologías crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021



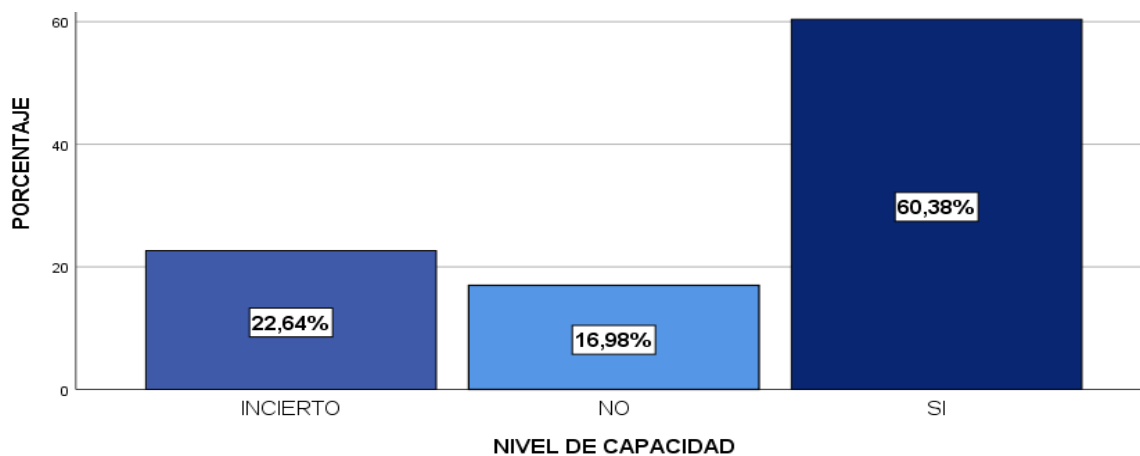
Fuente: Escala ACE versión española.

Interpretación: En la Figura 5, se corroboró que gran parte de la población de adultos mayores con enfermedades crónicas en cifras que alcanzan el 58.49%, entienden que dentro de sus opciones de decisión pueden optar por rechazar el tratamiento, mientras que solo un 22.64% de adultos mayores con morbilidad crónica, no comprende que esta es una opción válida en respaldo a su autonomía personal; asimismo, cifras significativas del 18.87% reflejan sujetos encasillados en el ítem de nivel de capacidad incierto.

Otra de las dimensiones analizadas, fue la denominada capacidad para apreciar y razonar las consecuencias de las decisiones médicas asumidas por los usuarios, la misma que se valoró mediante dos ítems y en primera se dilucido la capacidad de apreciación de las consecuencias ante la aceptación de una terapia, reflejándose los siguientes resultados.

Figura 6

Capacidad para razonar las consecuencias al aceptar el tratamiento - Adultos mayores con patologías crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021



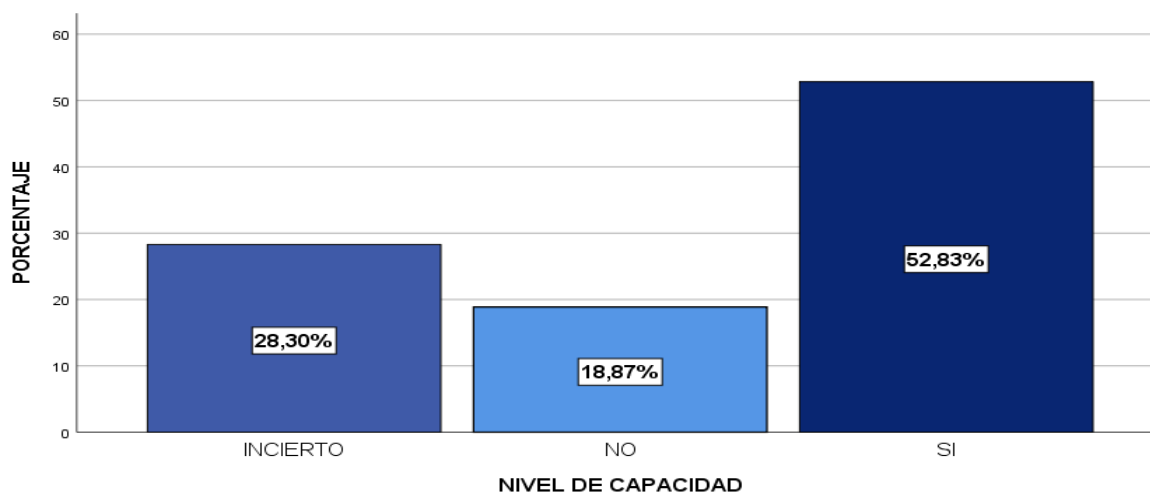
Fuente: Escala ACE versión española.

Interpretación: En la Figura 6, se representó la capacidad de entender las consecuencias razonables en el caso de aceptar el tratamiento, para lo cual se evidenció que cerca de las dos terceras partes de adultos mayores, que en cifras porcentuales corresponden al 60.38% entienden las consecuencias que pueden presentarse sean estas beneficiosas o perjudiciales al aceptar la opción terapéutica propuesta, en contraste con un 16.98% de los investigados, en los cuales se evidenció una incapacidad para apreciar dichas consecuencias.

Como complemento al estudio de la capacidad para razonar las consecuencias de las opciones terapéuticas, se evaluó la capacidad para apreciar las mismas en el caso de rechazo al tratamiento propuesto, el mismo que arrojó los resultados descritos en la siguiente figura.

Figura 7

Capacidad para razonar las consecuencias al rechazar el tratamiento - Adultos mayores con patologías crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021



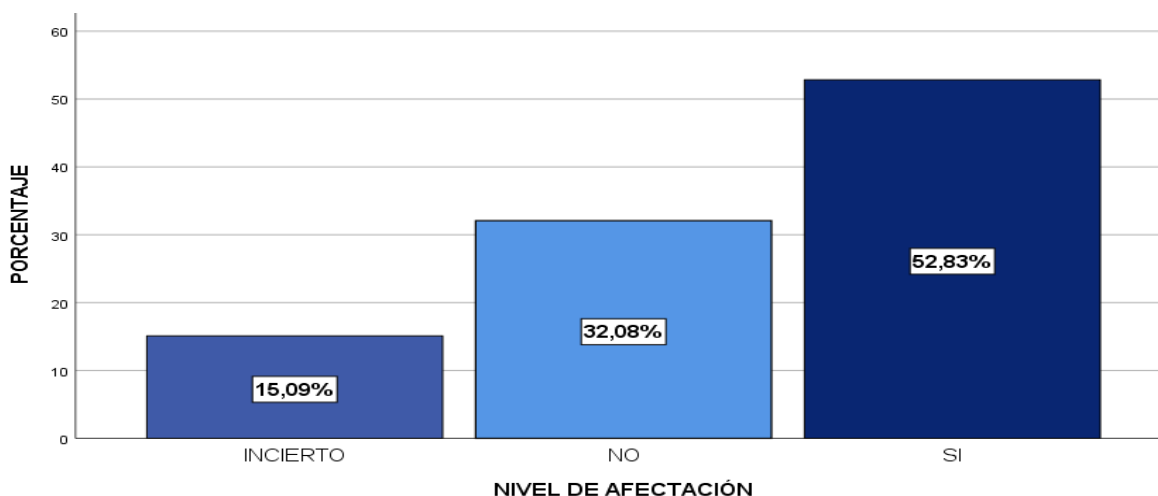
Fuente: Escala ACE versión española.

Interpretación: En la Figura 7, se identificó una preponderancia del indicador “si” como opción de respuesta en el 52.83% de adultos mayores encuestados, en contraparte con los sujetos con incapacidad para reconocer las consecuencias de rechazar la terapéutica en cifras de solo el 18.87% de sujetos estudiados; los sujetos con capacidad incierta para analizar las consecuencias de rechazar el tratamiento propuesto fueron del 28.30% del total de las personas valoradas.

En última instancia se evaluó la presencia de afectaciones en la esfera mental de los usuarios que pudieran condicionar su capacidad para decidir valorada mediante dos ítems y de forma inicial se analizó la depresión como entidad mental observándose el siguiente comportamiento estadístico.

Figura 8

La depresión en la toma de decisiones médicas de adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021



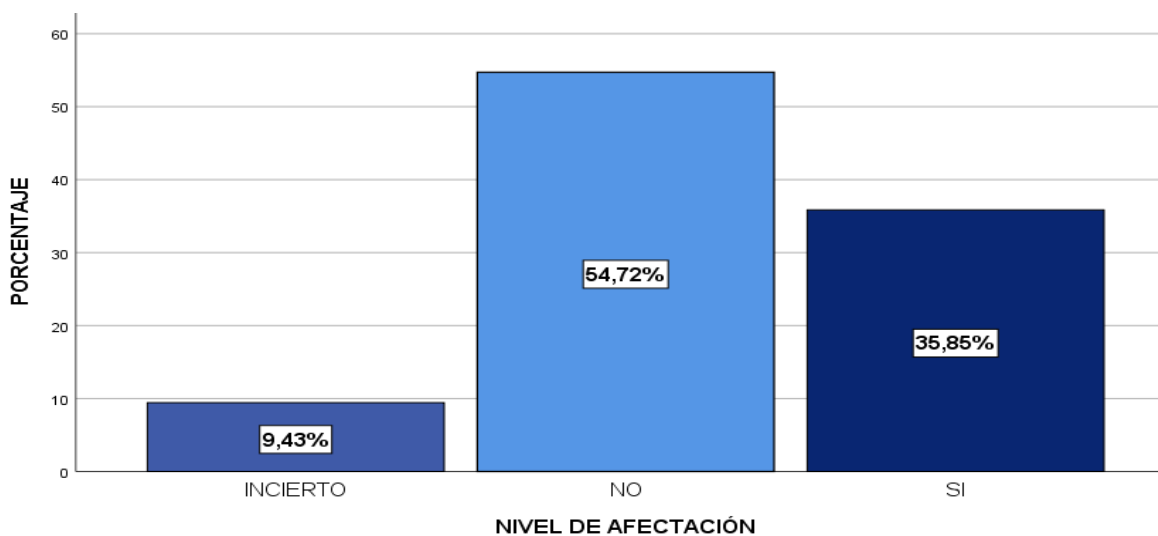
Fuente: Escala ACE versión española.

Interpretación: En la Figura 8 se representó que los estados depresivos afectaron la capacidad para la toma de decisiones médicas del 52.83% de los adultos mayores analizados, mientras que solo en el 32.08% de sujetos, no está presente la depresión como afección mental determinante de la competencia para decidir en el ámbito médico.

Para culminar, se analizó la presencia de estado psicótico o delirante como factor incisivo en la toma de decisiones de los adultos mayores, obteniéndose los siguientes resultantes:

Figura 9

La psicosis/delirio en la toma de decisiones médicas de adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas- Salud, 2021



Fuente: Escala ACE versión española.

Interpretación: En la Figura 9, se determinó que la mayoría de los usuarios con enfermedades crónicas analizados en cifras que bordean en 54.72% de encuestados, no vieron afectado su nivel de capacidad para tomar decisiones médicas debido a estados psicóticos o delirantes durante su valoración, seguido muy de cerca por el grupo de sujetos con afectación de su capacidad para decidir por este tipo de trastornos de la esfera mental, los cuales constituyeron el 35.85% de adultos mayores analizados. Solo en el 9.43% se determinó un estado incierto de esta afección mental.

VI. Discusión

Al realizar la revisión de la literatura a nivel regional y mundial, en fuentes con validez científica se pudo corroborar el limitado número de recursos bibliográficos en función a la temática analizada y en función a ello se pudo discutir la realidad plasmada en nuestro entorno versus los resultantes de la capacidad para la toma de decisiones (DMC) en otras latitudes.

Al realizar un contraste de lo reflejado en el análisis del objetivo general, el mismo que determinó que en contexto local el 73.59% de sujetos presentaba una capacidad entre completa y probable para la toma de decisiones, determina cierta similitud con lo evidenciado por Atienza-Martín (2013) en el contexto español, el mismo que en su investigación de un grupo de adultos mayores con comorbilidades y asistentes a centros de atención ambulatoria pudo corroborar que la capacidad para la toma de decisiones en el grupo examinado alcanzó solo el 58.5% de los sujetos; este valor aunque inferior, refleja que aunque en latitudes diferentes la capacidad para la toma de decisiones es una realidad sentida en la población anciana, todo ello debido a multiplicidad de factores propiciados por la senectud, así como por el proceso patológico que trasgrede no solo la salud física, sino que pone claramente en jaque la capacidad decisional.

Asimismo, la investigación realizada por Morán-Sánchez (2016), la misma que se enfocó en la evaluación de usuarios con patologías crónicas de la ciudad de Murcia y propuso como resultado que el 30,6% de los participantes carecía de capacidad de decisión en cuestiones clínico-terapéuticas, concuerda con lo ocurrido en el medio local en donde cerca del 26,42% de ancianos analizados poseen incapacidad o probable incapacidad para la toma de decisiones médicas; la realidad contratada pone en manifiesto que en el escenario iberoamericano la competencia decisional en salud posee grandes semblanzas, probablemente supeditada al decline cognitivo que se genera de forma innegable como parte del proceso fisiológico de envejecimiento.

Al tomar en consideración investigaciones sobre la DMC, en las cuales se emplearon otros instrumentos de análisis, resalta el estudio ejecutado por Baón Pérez (2013), el mismo que al utilizar la entrevista estructurada conocida como MacCAT-T determinó que cerca del 75% de sujetos analizados poseen una adecuada capacidad para decidir en asuntos relacionados con su salud, no dista mucho de lo ocurrido en el contexto local debido a que solo evidencia cambios en 2 puntos porcentuales por encima de la data reflejada en para la presente investigación, lo que evidencia que la capacidad para la toma de decisiones varía poco en función a los diversos instrumentos utilizados para estudiar dicha condición en la población adulta mayor con enfermedades crónicas.

Como punto relevante para la discusión acerca de la DMC, ante circunstancias variadas destaca la investigación realizada en la localidad de Soria – España por García Huerta (2016), la misma que analizando sujetos adultos enfrentados a la aceptación o rechazo de intervenciones quirúrgicas, determinó que el 81,7% de sujetos encuestados posee un nivel adecuado para la toma de decisiones médicas; este hecho particular, aunque con un porcentaje superior al analizado, posee un leve contraste con lo ocurrido en la investigación local en la cual se fulguran cifras inferiores de competencia ante las decisiones médicas; esta discrepancia pone en manifiesto grandes diferencias en cuanto a la forma de enfrentarse a decisiones vinculadas a entidades patológicas de índole clínico versus aquellos cuadros de resolución quirúrgica, ya se presume la representación social de urgencia en cuanto a los procedimientos en quirófano.

Otro de los puntos a esclarecer con relación a la nivel de capacidad para la toma de decisiones médicas es su variación en torno a la presencia de patología mental, como lo analizado por Kotzé et al. (2021) en la población adulta sudafricana con esquizofrenia en la cual se justificó que cerca del 65% de sujetos analizados poseen un nivel de capacidad adecuado a la hora de decidir cuestiones que repercutan en su salud, hecho muy similar a lo ocurrido en la población anciana con patología crónica en la atmósfera local.

Dentro del abordaje pormenorizado de las dimensiones de la DMC, se hace inherente el análisis de la capacidad para entender la enfermedad por parte de la población objeto de estudio, el mismo que en el ámbito local decretó que el 79.25% de ancianos posee capacidad de comprensión a cerca de su enfermedad, realidad que discrepa con lo evidenciado en investigaciones en contextos y poblaciones con similares características, entre ellas la realizada en Huelva-España por Atienza-Martín (2013), el mismo que concluyó que solo un 56.2% de sujetos poseen la capacidad para comprender su problema de salud.

El nivel de comprensión de acuerdo a la comparativa ejecutada pone en manifiesto en primer lugar la influencia de los factores sociales, ya que es conocido el aislamiento social que viven los adultos mayores en el contexto europeo versus América Latina, en donde el adulto mayor constituye en ocasiones el soporte familiar, social y económico de su núcleo lo que le conlleva a preservar su autonomía; por otra parte se relaciona como condicionante de los niveles de comprensión de la enfermedad, no solo el progresivo déficit cognitivo generado por el proceso de envejecimiento, los trastornos en la esfera mental que generan la ocurrencia de enfermedades de larga evolución en el sujeto sino que también contribuyen a esta situación problemática la estructura de los sistemas de salud con el nivel de priorización de la atención primaria en salud y la relevancia de rol educativo de los profesionales de salud.

Al comparar la capacidad de comprensión en los sujetos valorados por García Huerta (2016) en el contexto de la comunidad autónoma de Castilla La Mancha bajo condicionantes de índole quirúrgicos, se constató que existen grandes similitudes con los resultados arrojados en la investigación local, ya que en esta se verificó que el 82.3% de usuarios analizados comprenden asuntos relacionados con su salud, que aunque no determina de forma directa la comprensión específica de su enfermedad, establecen la capacidad de comprensión de forma global; ante este paradigma se puede afirmar que las variaciones en la situación objeto de decisión sean estas de índole clínico o quirúrgico no influye de forma significativa en cambios de la variable comprensión.

La capacidad de comprensión de la enfermedad y de forma consecuente todos los aspectos relacionados con al gestión de la salud, presentan claras variaciones en función al decline cognitivo propio del envejecimiento, labilidad emocional inducida por las senectud y la cronicidad de las enfermedades, pero sobre todo en la etapa que cursa la enfermedad en el sujeto; este último parámetro es comprobable en investigaciones como la realizada por Kolva et al. (2014) en sujetos en etapa terminal de la ciudad de Nueva York, la misma que concluyó que el nivel de comprensión se hallaba en niveles óptimos solo en el 16.7% de sujetos y a su vez demuestran una clara discrepancia con la realidad vivenciada en el contexto local e identificando diferencias reveladoras entre la capacidad de afrontamiento y comprensión de la enfermedad entre sujetos crónicos en estadios iniciales y terminales.

Otro de los parámetros a evaluar en el función a la capacidad para decidir sobre aspectos clínicos es la capacidad para entender el tratamiento y alternativas terapéuticas propuestas ante su condición clínica dentro de la cual se pudo observar en el estudio local que el 69.81% de sujetos comprenden de forma clara su el tratamiento médico, el mismo que supera los niveles en función con lo reportado en el contexto europeo por Atienza-Martín (2013) el mismo que

determinó que el 54.6% de ancianos encuestados presentan niveles adecuados de comprensión del tratamiento indicado.

Otro de los ítems valorados dentro de este objetivo, fue la evaluación de la capacidad para entender las alternativas terapéuticas que en el contexto particular de los ancianos con enfermedades crónicas investigados en el presente estudio determinó que cerca del 50.94% posee niveles óptimos de comprensión, hecho que discrepa con lo ocurrido en la investigación antes citada la misma que solo el 21.5% comprende las alternativas de tratamiento; esta disconformidad puede atribuirse las diferencias entre los sistemas de vigilancia farmacológica y entre el contexto europeo y latinoamericano, ya que en este último se permite el reconocimiento y acceso a nuevas terapias sin necesidad de prescripción médica, incluyendo de forma adicional la arraigada tradición y acceso de terapias naturales como parte de la cultura e idiosincrasia de la población ecuatoriana.

Asimismo, al discutir sobre la capacidad para entender el tratamiento y las alternativas terapéuticas, en poblaciones similares con alteraciones crónicas de índole mental y teniendo como base la amplia incidencia en trastornos de la esfera mental en la población adulta mayor producto de la interacción entre el envejecimiento, las afecciones físicas y condicionantes sociales, entre otros elementos, se analiza lo ocurrido en la problemática estudiada por Kotzé et al. (2021) en Pretoria-Sudáfrica, la misma que logró determinar que del cerca del 65% posee capacidad de entendimiento al respecto, este suceso guarda relación con lo ocurrido en la investigación local, confirmando de que no existen diferencias significativas en el nivel entendimiento terapéutico entre sujetos que cursan enfermedades crónicas en la esfera física al compararlos con individuos que adolecen trastornos crónicos mentales.

Adicional a lo antes planteado, al realizar cotejos entre el contexto local y el estadounidense en lo que respecta a la capacidad para entender las características de la terapéutica y sus variantes se observó, que según lo investigado en el contexto norteamericano por Dunn et al. (2007), la cifra de sujetos con esta capacidad solo llega al 16.7% de sujetos mostrando cifras muy por debajo de las obtenidas en la investigación de sujetos de zona; este panorama refleja que la capacidad para entender opciones terapéuticas se relaciona ampliamente con la dinámica de los servicios de salud en cuanto a accesibilidad y financiamiento de los mismos, muchas veces enfocadas en monoterapias tradicionales o en su defecto la supremacía de la terapéutica farmacológica versus otro tipo de tratamiento, lo cual resta valor en la conciencia del adulto mayor hacia la búsqueda de nuevas opciones para solventar su problema de salud.

Para culminar la discusión de este objetivo se hace necesario contrastar la capacidad de entender la opción de rechazo al tratamiento propuesto, como garantía al principio de libertad

con responsabilidad del sujeto que adolece una enfermedad crónica en la búsqueda de una mejor opción terapéutica, para lo cual en este escenario se identificó que el 58.49% de ancianos con enfermedades crónicas reconocen la posibilidad de rechazar el tratamiento lo cual dista en 20 puntos porcentuales con lo analizado por Owen (2014), el mismo que en la población norteamericana, determinó que cerca del 79% posee una buena capacidad para entender la opción de rechazar una terapéutica suministrada como medio de sustento de su enfermedad, comprendiendo de forma implícita la capacidad de elegir otra opción; esto podría atribuirse a la gran gama de ofertas terapéuticas ofertada en los países desarrollados, producto del desarrollo tecnológico; también se aduce que de alguna forma aspectos como el acceso a la información a través de los diferentes medios de comunicación en los países de primer mundo, permite al usuario con afecciones crónicas a enterarse de las tendencias terapéuticas que se encuentran en boga, como invención para el tratamiento de determinada afección.

De igual manera, García Huerta (2016), al analizar los derechos de paciente mediante un a escala prediseñada, logró determinar que cerca del 43% de encuestados encuentra lógico rechazar una determinada opción terapéutica debido a su derecho a elegir, manifestando que no se les puede obligar a someterse a algún tratamiento o medio diagnóstico sin su consentimiento; este hecho es mayormente reconocido en la población local, ya que supera estas cifras con más de 10 puntos porcentuales, lo cual probablemente se deba a la amplia difusión del consentimiento informado por parte de los profesionales de la salud.

Aunque, el hecho de no reconocer como derecho la opción de rechazo a una terapéutica en la población analizada por el autor anteriormente se reportó 37% de usuarios analizados muy por encima de los reportado en el medio local en cerca del 17%, sigue consolidándose como un vacío en la conciencia del adulto mayor, tanto su capacidad para decidir en rechazar propuesta tanto en el ámbito médico como fuera de este, debido a que factores relacionados con la autonomía e independencia de este grupo poblacional se ven alteradas no solo por el proceso de envejecimiento, sino que se ven más alteradas por diferentes condiciones de salud entre ellas las que llevan a la cronicidad y discapacidad.

A la hora de analizar la dimensión de la DMC, que analiza la capacidad para razonar las consecuencias de aceptación o rechazo al tratamiento, en la población de ancianos con enfermedades crónicas, se analizó de forma inicial la capacidad de apreciar las consecuencias razonables y previsibles ante la aceptación del tratamiento recomendado por el profesional de la salud.

En el estudio desarrollado en la población local, se constató que el 60,38% razona de forma clara las consecuencias atribuibles a la aceptación de una determinada terapia sea esta

farmacológica o de cualquier índole, realidad que discrepa con lo evidenciado por Atienza-Martin (2013), el mismo que en la población objeto de su análisis determinó que solo el 40.8% reconoce y aprecia consecuencias razonables ante el acto de aceptar un esquema de tratamiento; esta realidad aunque con menor incidencia negativa en la población local, no deja de convertirse en un punto a mejorar en la población analizada y puede atribuirse al escaso desarrollo de competencias, habilidades y destrezas basadas en el rol docente-asistencial que el personal de salud tanto médico como paramédico debe adquirir para el ejercicio de la profesiones médicas versus el déficit de conocimientos y capacidad de razonar de la población adulta mayor vulnerada en sobremanera por la ocurrencia de entidades patológicas, condicionantes que demandan una mayor asertividad y didáctica, a la hora de comunicar aspectos de relevancia para la comprensión adecuada de reacciones adversas, efectos secundarios, pero sobre todo el efecto terapéutico del tratamiento a ser aplicado en los usuarios.

Como parte de esta dimensión de la DMC, demanda de forma complementaria, el análisis de la capacidad de apreciar las consecuencias razonables ante el rechazo del tratamiento recomendado como terapia para su patología de base, para lo cual en el grupo de estudio local se determinó que alrededor del 52.83% de sujetos razona las consecuencias de su rechazo ante la propuesta terapéutica; esta situación se asemeja a la investigación realizada por Okonkwo et al. (2007), el mismo que al analizar dicha capacidad en población con similares condiciones al grupo local determinó que un poco más de la mitad de la población objeto de estudio evidencia capacidad de razonamiento de consecuencias al rechazo de la terapia propuesta.

En contraparte, el caso de la investigación de Atienza-Martin (2013), se reflejó un resultado mucho más desalentador que en los dos contextos citados anteriormente, debido a que menos de la mitad, específicamente el 36.9% de adultos mayores estudiados, demostraron su capacidad de apreciación ante las consecuencias negativas, positivas o neutras al rehusarse a recibir una terapéutica indicada; ante dicha condición de falta de razonamiento entran en juego diversos factores vinculados tanto a los aspectos propios del proceso de cronicidad de las enfermedades, el mismo que por una parte ocasiona alteraciones psíquicas y conductuales en el sujeto que conllevan a la gestión ineficaz de su salud, producto de la labilidad emocional y por otro lado el deterioro en la cognición que sin duda es uno de los determinantes de la comprensión de todos los aspectos que requieran procesos racionales.

Para culminar el análisis de las dimensiones de la DMC, se incluye la indagación de patologías de la esfera mental que influyen de forma directa en el momento ante el requerimiento de decidir sobre asuntos relacionados con la salud del sujeto; es así, como para este análisis se resaltan dos condiciones con amplia prevalencia en la población en general y

sin duda en los sujetos con una condición clínica de base, como lo son la depresión y la psicosis/delirio.

En cuanto al primer indicador relacionado con la influencia del estado depresivo en la capacidad de decidir sobre aspectos de la salud, en el escenario local, se pudo determinar que más de la mitad de la población, lo cual correspondió a 73 de ancianos encuestados, ven vulnerada dicha capacidad debido a la ocurrencia de esta alteración en la esfera mental; este hecho contrasta con lo expuesto por Morán-Sánchez et al. (2016), el mismo que solo encontró un 40% de sujetos afectados debido a este tipo de condicionantes, demostrando claramente que la labilidad en las emociones de la población adulta mayor en el ámbito local repercute en los diversos roles y conductas que ejerce este grupo poblacional en la vida cotidiana y hasta en su capacidad para decidir de forma acertada sobre su salud.

De igual forma, en la investigación realizada por Owen et al. (2014), en escenario que evaluaba de manera específica de sujetos con trastornos mentales, determinó que la incapacidad para decidir relacionada con la patología antes citada, está presente solo en el 31% de sujetos, cifras que se son superadas en el contexto local por más de 20 puntos porcentuales; este hecho se explica debido a que el adulto mayor en el contexto local, desempeña roles de relevancia para la sostenibilidad del núcleo familiar como cabeza de familia, que al verse inmerso en el curso de una enfermedad crónica, condiciona el ambiente para una alta carga emocional y el subsecuente incremento de niveles depresivos que trastocan la capacidad para dirimir.

De manera ulterior, pero de igual relevancia para el análisis de esta dimensión se analiza el efecto de los estados psicóticos/delirio en capacidad para tomar decisiones en el contexto médico, para lo cual, en la investigación de los ancianos con patologías crónicas del distrito 24d02 se determinó que en solo el 35.85% de los sujetos analizados se afectó la capacidad de decisión por este tipo de patologías; esta realidad discrepa con lo expuesto por Atienza-Martín et al. (2013) y Owen et al. (2014), los cuales usando el mismo instrumento de evaluación, determinó que en más del 90% y 70% de sujetos estudiados respectivamente, la psicosis/delirio se convierten en elementos patológicos que vulnera la capacidad para resolver de forma eficiente asuntos relacionados con la gestión de la salud y adopción de pautas terapéuticas.

En otras investigaciones como las expuestas por Morán Sánchez (2017), se logró encontrar similitudes con lo ocurrido en el contexto local, ya que en esta se demostró claramente que solo el 34% de los individuos presentaron afectación en la capacidad para decidir sobre el curso de su tratamiento, producto de cuadros patológicos de índole psicótico o delirante; la presente situación en la cual se evidencia la predominancia de la no afección por psicosis, deriva de una menor incidencia de este tipo de eventos en la población ecuatoriana, generada por factores

protectores en la salud psicológica de los sujetos en el medio local dentro de los cuales podemos destacar la consolidación de redes de soporte social y familiar, la preservación de la autonomía durante los primeros ciclos etarios de la adultez mayor, pero sobre todo a la adquisición generacional de patrones individuales, sociales y culturales establecidos de forma generacional, que llevan al adulto mayor a la conservación de responsabilidades hasta altas etapas de su vida y a la adquisición de nuevos roles producto de la dinámica familiar en la cual prima la familia extensa como modelo de vida.

VII. Conclusiones

Posterior al análisis de resultados y discusión con resultados de investigaciones similares en otras latitudes se concluye que:

La capacidad definitiva o probable para la toma de decisiones médicas, se encuentra presente en cerca de las tres cuartas partes de los adultos mayores que adolecen patologías crónicas únicas o comorbilidades analizados en el contexto local y guarda relación con lo sucedido en poblaciones similares en el ámbito local, lo que garantiza un alto nivel de capacidad en la población analizada probablemente influenciado por la conservación de la autonomía e independencia durante los primeros ciclos etarios de la adultez mayor.

Además, en los ancianos con enfermedades crónicas analizados en la presente investigación, la DMC no está vulnerada por la capacidad de entendimiento de la enfermedad la misma que en la mayoría de sujetos se encuentra indemne, lo que reconoce de forma tangencial la acertada difusión de información sobre a enfermedad durante el acto médico y a su vez reconoce la preservación de niveles cognitivos suficientes para la comprensión de elementos básicos de la enfermedad.

Aunque la capacidad para entender el tratamiento propuesto y diversas alternativas al mismo, incluyendo la opción de rechazo al tratamiento, se encuentra conservada en más de la mitad de sujetos, continúa siendo un punto neurálgico que altera la capacidad para la toma de decisiones en gran parte de los adultos mayores del medio local, demostrando que los niveles cognitivos de un grupo significativo de sujetos no son suficientes para entender aspectos más profundos de la enfermedad como lo es su terapéutica.

De la misma manera, la capacidad de razonar las consecuencias al aceptar o rechazar el tratamiento propuesto, se encuentra alterada en cerca de la mitad de ancianos valorados con predominancia en un bajo conocimientos sobre las repercusiones ante el rechazo, lo cual pone en manifiesto el desconocimiento de efectos deletéreos (secundarios, adversos, por privación, colaterales, entre otros) o simplemente terapéuticos, relacionados con la adquisición o el abandono de un régimen terapéutico específico.

Por último, se determinó que en la población local, la depresión influye en la DMC de más de la mitad de sujetos investigados, mientras que los trastornos psicóticos y delirio debido a que no resultaron una condición predominante en la mayoría de la población analizada, solo afectan la toma de decisiones en un tercio de la población; esta situación se puede justificar debido al alto nivel de labilidad emocional presente en la población geriátrica, más aún cuando de halla expuesta a patologías crónicas que ponen en riesgo su vida, pero también es atribuible

a la falta de una cultura preventiva en relación a los trastornos de la esfera mental que aún siguen siendo un mito para la sociedad ecuatoriana en general.

VIII. Recomendaciones

Posterior a lo analizado durante el trabajo investigativo y al análisis del contexto local y global es pertinente el planteamiento de las siguientes recomendaciones:

Proponer políticas de salud que garanticen la clara aplicación del principio de la libertad con responsabilidad promulgado desde las bases del personalismo, como elemento clave para la valoración de la capacidad para la toma de decisiones en la población que así lo requiere, la cual tenga como objetivos el perfeccionamiento en los instrumentos de valoración y la intervención multidisciplinaria en integral de los sujetos con lo cual se garantice la adquisición de decisiones de salud acertadas.

Fomentar la inserción temprana del anciano con enfermedades crónicas en grupos organizados, en los cuales se proponga como estrategias de intervención la estimulación cognitiva, los talleres vivenciales y el aprendizaje situado, los mismos que facilitarán el reconocimiento del contexto de la enfermedad en un ambiente de interrelación con similares, previo a la toma de decisiones.

Fortalecer el rol docente de los profesionales de salud mediante la ejecución de rediseños en los currículos de las carreras de las ciencias de la salud, los mismos que incluyan asignaturas relacionadas con la didáctica y educación para la salud, con la finalidad de otorgar las competencias, habilidades y destrezas requeridas por el profesional sanitario que incidan en su capacidad comunicativa y por ende en la capacidad de comprensión entendimiento de los usuarios analizados.

Proponer programas de intervención conjunta entre el personal clínico, profesionales de la psicología y trabajadores sociales, con la finalidad de identificar y tratar de forma temprana la ocurrencia de trastornos en la esfera mental y social que puedan repercutir de manera significativa en la capacidad para la toma de decisiones y de esta forma proponer la atención integral de los ancianos con enfermedades crónicas.

IX. Referencias

- Abellán, P. M., López, S. M. de M., & Haro, A. E. de. (2017). *Envejecimiento activo, programas intergeneracionales y educación social*. Dykinson.
- Aguado, T., & Rodríguez, M. P. (2018). *Representaciones artísticas y sociales del envejecimiento*. Midac, SL.
- Alonso, L. A. P., Sánchez, R. A. P., & Cardozo, A. Z. C. (s. f.). El razonamiento como eje transversal en la construcción del pensamiento lógico. *Praxis & Saber*, 7(14), 219-243.
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Arcos, B. A., López, V. M., Casas, M. de la L., & Martínez, V. M. (2021). Reflexiones bioéticas sobre el consentimiento de personas con discapacidad en la toma de decisiones en salud. *Revista de Medicina y Ética*, 32(2), 407-424. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n2.02>
- Atienza-Martín, F. J., Garrido-Lozano, M., Losada-Ruiz, C., Rodríguez-Fernández, L. M., Revuelta-Pérez, F., & Marín-Andrés, G. (2013). Evaluación de la capacidad de toma de decisiones sobre su salud en pacientes ancianos. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 39(6), 291-297. [t.ly/85CL. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.11.008](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.11.008)
- Baón Pérez, B.-S. (2013). *Adaptación y validación española de la entrevista Macarthur Competency Assessment Tool for Clinical Research (MACCAT-CR) y de un cuestionario breve para evaluar la capacidad de las personas para consentir participar en investigación* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/21253/1/T34444.pdf>
- Bellieni, C. V. (2019). Protocolo para la toma de decisiones éticas en neonatología. *Bioethics Update*, 5(1), 14-24. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2019.02.004>

- Bermúdez, J. M. A. (2019). El derecho a decidir de los pacientes menores de edad. *Revista Colombiana de Bioética*, 14(2), 9-18.
- Burgos Velasco, J. M. B. (2019). El Personalismo de Karol Wojtyla como personalismo integral. Un análisis filosófico y una propuesta. *Cuadernos de pensamiento*, 1(32), 105-134.
- Cañas Fernández, J. L. (2021). Personalismo rehumanizador. *Revista de filosofía personalista*, 1(13), 27-47.
- Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: Una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 15(2), 111-140. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1502>
- Cruz Ortiz, M., Pérez Rodríguez, M. del C., Jenaro Río, C., Torres Hernández, E. A., Cardona González, E. I., & Vega Córdova, V. (2017). Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: La emergencia del cuidado ante la dependencia. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 53-57.
- Díaz-Muñoz, G., & Díaz-Muñoz, G. (2020). Metodología del estudio piloto. *Revista chilena de radiología*, 26(3), 100-104. <https://doi.org/10.4067/S0717-93082020000300100>
- Dulcey, E. (2016). *Envejecimiento y vejez: Categorías y conceptos*. Siglo del Hombre Editores.
- Dunn, L. B., Palmer, B. W., Appelbaum, P. S., Saks, E. R., Aarons, G. A., & Jeste, D. V. (2007). Prevalence and correlates of adequate performance on a measure of abilities related to decisional capacity: Differences among three standards for the MACCAT-CR in patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 89(1-3), 110-118. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.08.005>
- Egger, G., Binns, A., Rössner, S., & Sagner, M. (2017). *Medicina del estilo de vida: Hábitos, entorno, prevención y promoción de la salud*. Elsevier Health Sciences.

- García Huerta, M. (2016). *Conocimientos, actitudes y práctica clínica del consentimiento informado en bloque quirúrgico en el área de salud de Soria* [Tesis Doctoral, Universidad de Valladolid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=187978>
- González, E. S. U., & Antúnez, J. V. V. (2016). Bioética como marco de la responsabilidad social en hospitales públicos. *Opción*, 32(12), 830-856.
- Huanay, C. E. M. (2020). Prevención, Promoción de la salud y la Bioética Personalista en la defensa y promoción de la vida humana. *Phainomenon*, 19(1), Article 1. <https://doi.org/10.33539/phai.v19i1.2177>
- Huenchuan, S., & Rodríguez, R. I. (Eds.). (2014). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. CEPAL. t.ly/nJR1
- Insua, J. T. (2018). Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. *Persona y Bioética*, 22(2), 223-246. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.3>
- Iza Villacís, V. A. (2018). *Persona, educación y filosofía: Reflexiones desde la educación universitaria*. Editorial Abya-Yala.
- Kolva, E., Rosenfeld, B., Brescia, R., & Comfort, C. (2014). Assessing decision-making capacity at end of life. *General Hospital Psychiatry*, 36(4), 392-397. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.02.013>
- Kotzé, C., Roos, J. L., & Ehlers, R. (2021). End-of-Life Decision-Making Capacity in Older People With Serious Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1624. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.752897>
- Llera, P. L. (2019). Personalismo y Tomismo. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, 43, 22-49.
- Marini, J. (2021). El consentimiento informado en tiempo de COVID-19. Una mirada desde la bioética personalista y la ética de virtudes. *Vida y Ética*, 21(2), 241-245.

- Martínez Bulle Goyri, V. M., Olmos Pérez, A., Matínez Bulle Goyri, V. M., & Olmos Pérez, A. (2016). De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 49(145), 0-0.
- Medina Peña, R., Coronel Núñez, G. E., Gallo González, M., Palmero Urquiza, D. E., Medina Peña, R., Coronel Núñez, G. E., Gallo González, M., & Palmero Urquiza, D. E. (2019). Principios terapéutico y de subsidiariedad. Un acercamiento al carácter humanizador de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética. *MediSur*, 17(5), 615-621.
- Mendoza F, A. (2017). La relación médico paciente: Consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 555-564.
- Mestre, M. àngels. (2016). *Método Mestre para la autogestión de enfermedades crónicas*. Lulu Editores.
- Moraleda Barba, S., Ballesta Rodríguez, M. I., Delgado Quero, A. L., Lietor Villajos, N., Moreno Corredor, A., & Delgado Rodríguez, M. (2015a). Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE) , para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas. *Atención Primaria*, 47(3), 149-157. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.005>
- Moraleda Barba, S., Ballesta Rodríguez, M. I., Delgado Quero, A. L., Lietor Villajos, N., Moreno Corredor, A., & Delgado Rodríguez, M. (2015b). Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE) , para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas. *Atención Primaria*, 47(3), 149-157. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.005>
- Moraleda-Barba, S. (2014). *Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE), para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas* [Tesis Doctoral, Universidad de Jaén]. [t.ly/YmWx](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.005)
- Morán Sánchez, I. (2017). *Valoración de la capacidad para consentir participar en*

investigación en pacientes con patología psiquiátrica y adictiva: Propuesta de una intervención [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. [t.ly/6gRc](https://doi.org/10.1007/s11126-015-9365-3)

- Morán-Sánchez, I., Luna, A., & Pérez Cárceles, M. D. (2016). Assessment of Capacity to Consent to Research Among Psychiatric Outpatients: Prevalence and Associated Factors. *The Psychiatric quarterly*, 87(1), 89-105. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9365-3>
- Motta, A. L., Ribeiro, J., Resck, Z., Dázio, E., & Fava, S. (2015). Potencialidades y limitaciones de la teoría de Leininger para la comprensión de la cronicidad. *Metas enferm*, 29-32.
- Neme Villarreal, M. L. (Ed.). (2019). *Autonomía privada. Perspectivas del derecho contemporáneo*. U. Externado de Colombia.
- Ñique Carbajal, C., Cervera Vallejos, M., Díaz Manchay, R., Domínguez Barrera, C., Ñique Carbajal, C., Cervera Vallejos, M., Díaz Manchay, R., & Domínguez Barrera, C. (2020). Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Revista Medica Herediana*, 31(4), 255-265. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3860>
- Okonkwo, O., Griffith, H. R., Belue, K., Lanza, S., Zamrini, E. Y., Harrell, L. E., Brockington, J. C., Clark, D., Raman, R., & Marson, D. C. (2007). Medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. *Neurology*, 69(15), 1528-1535. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000277639.90611.d9>
- Owen, G. S., Szmukler, G., Richardson, G., David, A. S., Raymont, V., Freyenhagen, F., Martin, W., & Hotopf, M. (2014). Decision-making capacity for treatment in psychiatric and medical in-patients: Cross-sectional, comparative study. *The British Journal of Psychiatry*, 203(6), 461-467. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.123976>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista*

Española de Geriatria y Gerontología, 51(4), 229-241.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>

Ramos Pozón, S. (2015). Elementos necesarios al consentimiento informado en pacientes con esquizofrenia. *Revista Bioética*, 23(1), 20-30. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231042>

Robert B, S., Reculé, J. I., & Prato, J. A. (2016). Evaluación de la capacidad del paciente para emitir un consentimiento válido: ¿es posible la estandarización? *Revista médica de Chile*, 144(10), 1336-1342. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016001000014>

Saucedo, M. M., Rosas, R. E., Gutiérrez, E. C., Gutiérrez, B. A., Rueda, M. C. A., Monge, A. I. B., García, M. B., Garnelo, L. F., Velasco, A. H., Gutiérrez, A. M., Murillo, M. Y. P., García, M. M. R., & Garnica, E. K. V. (2019). *Vejez y envejecimiento*. ITESO.

Serrano, V., Larrea-Mantilla, L., Rodríguez-Gutiérrez, R., Spencer-Bonilla, G., Málaga, G., Hargraves, I., & Montori, V. M. (2017). Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: Un desafío para Latinoamérica. *Revista médica de Chile*, 145(5), 641-649. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000500012>

Simón-Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: Una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(2), 327-350.

Soto, M. A. T. (2018). La bioética y sus principios al alcance del médico en su práctica diaria. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 9(2), 53-59.

Vera Carrasco, O. (2016). El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Revista Médica La Paz*, 22(1), 59-68.

Vergara, L. C. de, & Santiago, A. E. M. (2010). Análisis Del Proceso De Toma De Decisiones, Visión Desde La Pyme Y La Gran Empresa De Barranquilla. *Cuadernos*

Latinoamericanos de Administración, VI(10), 9-40.

Vergara, O. (2017). Hermeneutics and decision making in clinical ethics. *Revista Bioética*, 25(2), 255-263. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252185>

Villagrán, J. M., Lara Ruiz-Granados, I., & González-Saiz, F. (2015). Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 455-472. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000300002>

Viqueira García, V. (2019). *Promoción de la autonomía personal*. Ediciones Paraninfo, S.A.

Yate Arévalo, A. (2016). La libertad, la autonomía y el consumo de bienes cotidianos en los jóvenes bogotanos. *Revista Colombiana de Bioética*, 11(1), 7-22.

Zeballos-Palacios, C., Morey-Vargas, O. L., Brito, J. P., & Montori, V. M. (2014). Toma de decisiones compartidas y medicina mínimamente impertinente en el manejo de las enfermedades crónicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 111-117.

X. Anexos

1. Muestreo de la población

Fórmula de muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas bajo el siguiente detalle:

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{(N - 1)e^2 + p * q * Z^2}$$

En donde:

N= Población (212)

Z= Constante del nivel de confianza (1.96, que corresponde a un 95% de nivel de confianza)

e= Margen de error deseado (se consideró un 5% de acuerdo al estándar)

p= Proporción que cumple con la característica deseada. (se aplicó la constante 0.5 equivalente al 50%)

q= Proporción que no cumple con la característica deseada. (se aplicó la constante 0.5 equivalente al 50%)

Despejando se obtuvo el siguiente valor:

$$n = \frac{212 * 0.5 * 0.5 * 1.96^2}{(212 - 1)0.05^2 + 0.5 * 0.5 * 1.96^2}$$

2. Consentimiento Informado

Consentimiento para participar en un estudio de investigación



Datos informativos:

Institución	: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadores	: Jeffry John Pavajeau Hernández
Título:	Capacidad para la toma de decisiones médicas de los adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: "Capacidad para la toma de decisiones médicas de los adultos mayores con enfermedades crónicas, Dirección Distrital 24d02 La Libertad Salinas-Salud, Ecuador, 2021". Se está realizando este estudio con la finalidad de Determinar la capacidad para de toma de decisiones médicas de los adultos mayores con enfermedades crónicas, Distrito 24d02-Salud, Salinas-Ecuador, 2021.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, las cuales serán consolidadas mediante un formulario digital y tomará un tiempo estimado de 20 minutos. La entrevista puede realizarse en el centro de salud o en su domicilio.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted trabaja o estudia y a la universidad.
3. Finalmente, los resultados serán publicados en el informe de tesis.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio. Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo, estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo, y de ser necesario se suspenderá la entrevista.

Beneficios:

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista, debido a que se cristalizará su problemática en la búsqueda de soluciones conjuntas entre el equipo de salud con la abogacía de la parte investigadora.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus encuestas por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada. Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Jeffry John Pavajeau Hernández al tel.0999700234, investigador principal.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Nombre: _____

Participante

Ced: _____

Fecha _____

Nombre: Jeffry John Pavajeau Hernández _____

Investigador

Ced: 0930810650

Fecha _____

3. Instrumento



Instrumento de Evaluación Aid To Capacity Evaluation (ACE)

A) ESTADO CIVIL:	CASADO, SOLTERO, VIUDO, SEPARADO-DIVORCIADO, NOVIOS, PAREJA DE HECHO
B) NIVEL DE ESTUDIOS:	ANALFABETO, LEE Y ESCRIBE, ESTUDIOS PRIMARIOS, MEDIOS, UNIVERSITARIOS
DECISIÓN MÉDICA	_____
CONSENTIMIENTO	NO ESCRITO ESCRITO INGRESO ORL? SI NO

MEDIR EL TIEMPO: HORA DE INICIO DEL TEST HORA _____ MINUTO _____

1. Capacidad para entender el problema médico: SI NO DUDOSO

¿Qué problemas está teniendo en este momento? ¿Por qué motivo está en el hospital?

2. Capacidad para entender el tratamiento propuesto: SI NO DUDOSO

¿Cuál es el tratamiento para su problema? , ¿Qué más podemos hacer para ayudarle?

3. Capacidad para entender alternativas al tratamiento propuesto, si las hay): SI NO DUDOSO

¿Existen otros tratamientos? ¿Cuáles son las otras opciones que tiene? ¿Se le pueden aplicar?

4. Capacidad para entender la opción a rechazar el tratamiento propuesto (incluyendo su retraso o el abandono del mismo): SI NO DUDOSO

¿Puede rechazar el tratamiento propuesto? , ¿Podemos parar el tratamiento propuesto?

5. Capacidad para apreciar las consecuencias, razonables y previsibles, de aceptar el tratamiento propuesto: SI NO DUDOSO

¿Qué podría pasarle si se le aplica el tratamiento propuesto? ¿Puede causar el tratamiento propuesto problemas o efectos secundarios? , ¿Puede ayudarle el tratamiento propuesto a vivir más?

6. Capacidad para apreciar las consecuencias, razonables y previsibles, de rechazar el tratamiento propuesto (incluyendo su retraso o el abandono del mismo): SI NO DUDOSO

¿Qué podría pasarle si no recibe el tratamiento propuesto? ¿Podría ponerse peor/fallecer si no recibe el tratamiento propuesto? ¿Qué podría pasar si se le aplica un tratamiento alternativo? (Si hay tratamientos alternativos disponibles)

7a. La decisión de la persona se ve afectada por una depresión: SI NO DUD

¿Tiene esperanza en el futuro? ¿Merece que se le aplique un tratamiento?, ¿Se siente castigado?

7b. La decisión de la persona se ve afectada por delirios/psicosis: SI NO DUD

¿Cree que alguien está intentando hacerle daño? , ¿Confía en su médico/enfermera?

Impresión general:

Capaz sin duda	[]
Probablemente capaz	[]
Probablemente incapaz	[]
Incapaz sin duda	[]

4. Fotorrelatoría

