

INFLUENCIA DEL ESTADO COGNITIVO EN LA COMUNICACIÓN

María Die Trill¹ y Pedro Pérez Segura²

¹Unidad de Psico-Oncología

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

²Servicio de Oncología Médica

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

Nadie duda que el tratamiento actual del cáncer está consiguiendo aumentar la supervivencia de nuestros pacientes. Un diagnóstico más precoz acompañado de terapias cada vez más efectivas está alcanzando cifras de vida nunca vistas.

Sin embargo, queda mucho camino que recorrer y, además, empiezan a aparecer otras preocupaciones entre los oncólogos: es verdad que cada vez curamos más pacientes, pero ¿su calidad de vida y las posibles secuelas de los tratamientos instaurados (esos que le han salvado la vida) son los que deseábamos de inicio? O, lo que es más importante, ¿es lo que esperaban los pacientes al iniciar el tratamiento?

Una de las áreas que más controversias está produciendo al respecto de la calidad de vida de nuestros pacientes es la función cognitiva. En los últimos tiempos han aparecido distintos trabajos que exploran la posibilidad de que los tratamientos antineoplásicos produzcan alteraciones de dichas funciones. Poco se sabe realmente sobre esta situación, cómo medirla y los mecanismos que pueden llevar a esta situación.

En las próximas líneas intentaremos hacer una revisión sobre los conocimientos actuales de las alteraciones en la función cognitiva y su relación con las terapias oncológicas. Asimismo, describiremos cómo influyen las alteraciones en la función cognitiva en la comunicación médico-paciente, concretamente en los procesos de toma de decisiones médicas y en la comprensión e interpretación de la información médica transmitida. Aunque las alteraciones cognitivas en oncología pueden tener diferentes causas (tratamientos tales como quimioterapia, radioterapia o trasplante de médula ósea; localizaciones tumorales, por ejemplo, tumores cerebrales, etc.), en este capítulo nos centraremos en las alteraciones cognitivas producidas por dos modalidades terapéuticas: la quimioterapia y la radioterapia.

¿PRODUCEN LOS TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSICOS ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN COGNITIVA?

Probablemente, la primera cuestión que nos deberíamos plantear es si existen datos científicos que nos permitan asegurar que las terapias que a diario utilizamos en oncología deterioran el estado cognitivo de nuestros pacientes. Para ello, se ha dividido este apartado en dos: por un lado, todo lo relacionado con los tratamientos sistémicos (fundamentalmente quimioterapia) y, por otro, la radioterapia.

1. *Quimioterapia*

El tratamiento quimioterápico posee una serie de efectos secundarios inherentes a él; algunos son de estirpe hematológica (leucopenia, anemia, trombopenia) y otros extrahematológicos (alopecia, emesis, anorexia, trastornos hormonales, etc.).

Algunos autores consideran elevada la sospecha de que, entre estos efectos secundarios, estaría el deterioro cognitivo. Las razones para pensar eso se basan en la observación de que algunas mujeres, sobretudo en tratamientos adyuvantes, presentan alteraciones de la memoria, del pensamiento claro y la concentración. Además existen trabajos que comparan dichas funciones, de manera objetiva, entre mujeres sometidas a este tipo de tratamiento frente a controles similares.

Todos estos datos emanan, fundamentalmente, de estudios de adyuvancia en cáncer de mama y son los que vamos a pasar a analizar.

La mayoría de los estudios son transversales y con pocos pacientes; además, existen muchas discrepancias sobre cuáles son las mejores herramientas para evaluar este deterioro así como

la metodología temporal que utilizar (evaluaciones sólo durante el tratamiento, a largo plazo, etc). Además, los conocimientos sobre los aspectos neurofisiológicos son muy escasos y no digamos ya sobre la evaluación radiológica de ese posible daño.

A pesar de todas estas limitaciones los estudios realizados hasta la fecha dejan entrever que el tratamiento quimioterápico deteriora la función cognitiva en distintos niveles y con distintas severidades.

Algunos datos de interés que podríamos remarcar en el campo del deterioro cognitivo y el tratamiento quimioterápico adyuvante en cáncer de mama son:

1. No todas las mujeres se ven afectadas por este deterioro;
2. Parece existir una relación positiva dosis-respuesta (a dosis más altas, más posibilidades de sufrir ese daño);
3. Existe una variabilidad enorme entre los resultados de los estudios realizados sobre las áreas cognitivas en las que se produce este daño (área verbal, procesamiento de la información, atención, concentración, área visual);
4. De igual manera, existen grandes diferencias entre las poblaciones estudiadas en cuanto a factores de riesgo, tipo de terapia utilizada, exposición a otros factores, etc;
5. Las herramientas utilizadas para dichas valoraciones y los grupos de comparación también son muy heterogéneos, lo que impide poder comparar resultados con cierta fiabilidad;
6. En ocasiones no se valora el impacto que otras terapias pueden producir en la función cognitiva, como es el caso de las terapias hormonales.

Todos estos aspectos sólo nos permiten sospechar que los tratamientos quimioterápicos pueden producir un deterioro cognitivo en algunas mujeres y que debe ser evaluado con una metodología correcta en estudios prospectivos bien diseñados que nos permitan analizar este impacto de manera objetiva.

Además de los puros datos observacionales, algunos estudios han profundizado en áreas más concretas como puede ser el diagnóstico radiológico/funcional y los mecanismos fisiopatológicos de estas alteraciones.

En cuanto a los aspectos de neuroimagen, algunos trabajos han analizado la forma de evaluar la afectación neurológica en este grupo de mujeres; estudios con FDG PET demuestran que el flujo cerebral metabólico en el córtex frontal se altera en pacientes en tratamiento quimioterá-

pico y que la severidad de esta alteración se correlaciona con la severidad del deterioro cognitivo. Además, en aquellas mujeres que habían recibido tratamiento con tamoxifeno en combinación con quimioterapia, la actividad en los ganglios basales se veía claramente disminuida. Otros trabajos investigan el papel de la RNM en la evaluación de este daño; estas publicaciones son muy escasas, relativamente recientes y con un número de pacientes pequeño como para obtener conclusiones importantes. Resultados preliminares parecen detectar una reducción de la sustancia gris cortical y del volumen de sustancia blanca de diferentes áreas cerebrales en largos supervivientes. De igual manera, estudios similares en pacientes en tratamiento activo o recientemente finalizado no presentan diferencias significativas respecto a controles.

Todos estos datos son una forma de evidenciar que algo se está produciendo a nivel del sistema nervioso en este grupo de enfermos. Pero ¿conocemos cómo se produce este deterioro cognitivo? Entre los mecanismos que, se piensa, pueden estar involucrados en este daño podríamos señalar:

1. **Leucoencefalopatía:** se trata de una alteración estructural de la sustancia blanca cerebral. El daño puede ser debido a una acción directa tóxica sobre la mielina, sobre los oligodendrocitos o por un incremento en la permeabilidad capilar, dando lugar a edema y desmielinización. Este daño puede ser temporal o permanente.

Este tipo de agresión se ha visto con muchos quimioterápicos (cisplatino, asparaginasa, ciclofosfamida, 5-FU, etc). Aunque parece existir relación entre la dosis y la severidad de la leucoencefalopatía, otros factores como la combinación con otros citostáticos o la repetición de los tratamientos puede afectar el grado de deterioro.

2. **Respuesta inflamatoria inducida por citoquinas:** los tratamientos quimioterápicos pueden dañar las neuronas como resultado de un proceso inflamatorio descontrolado mediado, principalmente, por citoquinas (principalmente interleuquinas y TNF-alfa). Los síntomas que acompañan esta alteración son muy inespecíficos (debilidad, disminución de la movilidad, anorexia, incapacidad para concentrarse).

Los fármacos antineoplásicos que con más frecuencia producen estos síntomas son adriamicina, 5-FU y paclitaxel.

Además del daño directo neuronal existe la hipótesis de la producción de un déficit de neurotransmisores como acetilcolina o dopamina, lo que dificultaría la transmisión neuronal.

3. **Anemia inducida por quimioterapia:** de todos es conocido que la anemia se ha relacionado con alteraciones cognitivas en numerosas patologías crónicas (Alzheimer, neuropatía). El daño por falta de oxigenación temporal puede conllevar un deterioro más prolongado afectando a áreas cognitivas.

La anemia y el cáncer son dos entidades que van de la mano; el porcentaje de pacientes que sufren anemia por distintos motivos a lo largo de su proceso oncológico es muy elevado; la quimioterapia puede empeorar la anemia por reducción de eritropoietina o por daño a las células progenitoras medulares.

La anemia inducida por quimioterapia puede causar disfunción cognitiva (disminución del estado de alerta, baja concentración, problemas de memoria).

4. **Menopausia inducida por quimioterapia:** es conocida la existencia de receptores hormonales en cerebro, especialmente en áreas involucradas en facetas cognitivas concretas, como puede ser la atención o la memoria. Además, algunos estudios en mujeres que reciben tratamiento hormonal sustitutorio demuestran que estas sustancias ejercen cierta protección en este campo.

El tratamiento quimioterápico afecta al funcionamiento ovárico y, en ocasiones, induce menopausia en mujeres jóvenes; este es el argumento que se atribuye para explicar otro posible mecanismo de deterioro cognitivo de la quimioterapia.

5. **Otros factores:** variables como el nivel cultural, el estrés, ansiedad y depresión también se han relacionado con la posibilidad de incrementar o favorecer el deterioro cognitivo en pacientes en tratamiento quimioterápico. En relación con factores bioquímicos, un trabajo ha relacionado las alteraciones del gen de la apolipoproteína E con un mayor riesgo de deterioro.

2. Radioterapia

La mayoría de los datos existentes en la literatura sobre el daño cognitivo se centran en el tratamiento radioterápico cerebral, como es lógico. Este daño es más aparente si hablamos de pacientes con gliomas de bajo grado o niños, en los que la presencia de largos supervivientes es importante.

El mecanismo de daño neuronal, en el caso de la radioterapia, está basado fundamentalmente en la desmielinización y/o vasculopatía. Sin embargo, los datos obtenidos con los estudios

radiológicos no permiten correlacionar esta afectación con imágenes radiológicas específicas; de hecho, existen divergencias entre los autores sobre las zonas que con más frecuencia reencontran alteraciones radiológicas en este grupo de pacientes; estamos hablando del hipocampo, área cerebral especialmente sensible al daño por irradiación.

Otro punto de interés es que, con frecuencia, los pacientes que se someten a radioterapia craneal también reciben tratamientos farmacológicos relacionados con la posibilidad de deterioro neurológico (quimioterápicos y corticosteroides) con lo que el daño atribuido exclusivamente a la radiación puede sobrevalorarse.

Al igual que con la quimioterapia, los estudios de impacto neurocognitivo en pacientes sometidos a radioterapia cerebral son escasos y con pocos pacientes; los resultados sobre la incidencia de dicha déficit así como la severidad del mismo son difícilmente valorables debido a estas características.

¿PODEMOS DETECTAR QUÉ PACIENTES VAN A SER MÁS SUSCEPTIBLES AL DESARROLLO DE DETERIORO COGNITIVO?

El avance en las técnicas de diagnóstico molecular está permitiendo tener un mejor conocimiento sobre las bases moleculares de esta alteración neurológica.

Se han reconocido, hasta la fecha, distintas familias de genes que podrían jugar un papel importante a la hora de conocer qué personas van a desarrollar este deterioro con más facilidad. Entre ellas destacaríamos genes asociados a exposiciones (glicoproteína P y polipéptido transportador de aniones orgánicos) cuyos polimorfismos hacen que no se trasladen de manera eficaz determinados tóxicos; genes asociados a resistencia a drogas, como glicoproteína P y MDR-1; el factor neurotrópico derivado del cerebro, el cual está relacionado con la recuperación cerebral tras un traumatismo; y la ya comentada previamente apolipoproteína E.

El conocer la expresión y variaciones genéticas de todos ellos podría permitir detectar personas de mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo secundario a los tratamientos antineoplásicos e intentar prevenir o rehabilitar de una manera más precoz este daño.

¿EXISTEN INTERVENCIONES QUE PERMITAN PREVENIR, TRATAR O, AL MENOS, REDUCIR EL DAÑO COGNITIVO EN ESTOS PACIENTES?

Aunque en la actualidad no existen tratamientos preventivos para evitar las secuelas del deterioro cognitivo secundario a estos tratamientos, sí que se están desarrollando líneas de trabajo en este sentido.

En el aspecto de la rehabilitación cognitiva, algunos estudios abogan por el trabajo diario encaminado a mejorar aspectos relacionados con la atención y la memoria; la mayor experiencia es con niños y, en algunos casos, obtienen resultados positivos.

En cuanto a líneas de investigación que tienen algún fármaco como centro de trabajo, cabe reseñar los estudios que se están realizando con drogas que incrementan el tono catecolamínico (metilfenidato) y eritropoietina.

Sobre la eritropoietina, ya se ha comentado antes que su reducción secundaria al tratamiento quimioterápico parece ser uno de los mecanismos de producción del deterioro cognitivo de los pacientes con cáncer. Estudios preclínicos demuestran efectos neuroprotectores de este fármaco en ratones sometidos a traumatismos cerebrales y, posiblemente, también en aquellos que sufren daño secundario a quimioradioterapia. Estos hallazgos han abierto la puerta a la investigación clínica y podría ser una opción como sustancia neuroprotectora.

IMPACTO DE LAS ALTERACIONES COGNITIVAS EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Las alteraciones en la función cognitiva producidas por el cáncer o sus tratamientos pueden afectar evidentemente, la comunicación entre el médico y el paciente, a veces de manera significativa dependiendo fundamentalmente, del tipo y de la gravedad de la alteración producida. A continuación se describen algunas de las maneras en las que la comunicación puede quedar alterada debido a tales alteraciones.

En primer lugar y a un nivel muy simple, las alteraciones en el nivel de atención pueden afectar la capacidad del paciente para mantener un diálogo con el profesional cuando éste le transmite información relevante acerca de su estado o de los tratamientos. Las alteraciones en

la memoria producidas por los tratamientos o el cáncer mismo pueden limitar al paciente a la hora de retener la información médica transmitida. Alteraciones en ambas funciones pueden incapacitar al paciente para participar en el proceso de toma de decisiones médicas de una forma activa, teniendo que delegar, en algunas ocasiones, en un familiar o persona cercana dicha responsabilidad cuando sus funciones cognitivas son lo suficientemente severas como para incapacitarle. Así, un paciente que carece de la capacidad para retener la información acerca de un tratamiento una vez que abandona el hospital puede encontrarse con grandes lagunas de información a la hora de pensar en el tratamiento y tomar decisiones informadas acerca de él. El derecho de los pacientes a aceptar o rechazar los tratamientos médicos recomendados requiere una valoración cuidadosa cuando sus capacidades para tomar decisiones son cuestionadas. Los pacientes deben estar siempre adecuadamente informados acerca de sus opciones terapéuticas y deben tener una oportunidad para demostrar su nivel más elevado de funcionamiento mental.

Las alteraciones cognitivas pueden influir considerablemente en la capacidad de juicio o en la competencia de un paciente para tomar decisiones médicas. Tanto la competencia como la capacidad de juicio del paciente son fundamentales en el proceso de toma de decisiones médicas, y en ambos entran en juego numerosas funciones cognitivas. "Competencia" es un término legal que tiene complicaciones sociales, éticas y clínicas. La competencia la debe evaluar un médico, preferiblemente un psiquiatra. Generalmente, la mayoría de los pacientes cuya competencia es evaluada, padecen trastornos orgánicos mentales con alteraciones cognitivas moderadas. "Juicio" es un término clínico que abarca menos áreas y está limitado al funcionamiento cognitivo del individuo. La capacidad de juicio la puede valorar un psicólogo. Las pruebas de competencia más similares a las pruebas de la capacidad de juicio son aquellas que se centran en el funcionamiento del yo y en el funcionamiento cognitivo. Generalmente, las pruebas para evaluar la competencia del paciente ignoran la evaluación de cómo ha llegado el paciente a su decisión, lo cual es un componente fundamental de la capacidad de juicio y del proceso de toma de decisiones.

¿CÓMO SE MIDE LA CAPACIDAD DE JUICIO DE UN PACIENTE?

Se han propuesto unas bases para evaluar la capacidad de juicio de un paciente en el entorno sanitario. En primer lugar, una evaluación adecuada de la capacidad de juicio debe valorar si el individuo reconoce que hay un problema que se debe resolver. En segundo lugar, la prueba o evaluación debe valorar el juicio en cuestión. Tercero, debe examinar el proceso de cómo el

paciente afronta la incertidumbre y después expresa una preferencia. Se proponen cinco pasos en el proceso de toma de decisiones que pueden servir de guía para examinar la transición desde la incertidumbre a la preferencia. Cualquier modelo que evalúe la capacidad de juicio debe tener en cuenta las siguientes habilidades para funcionar adecuadamente en las siguientes cinco áreas descritas a continuación. En todas y cada una de ellas entran en juego diferentes funciones cognitivas que pueden verse afectadas por el tratamiento antineoplásico:

1. **EVALUACIÓN DEL RETO:** Esto debe incluir la evaluación de la capacidad del individuo para procesar la información; el reconocimiento por parte del paciente, del problema; y la información disponible al paciente y cómo se le presentó ésta.
2. **SONDEO DE LAS ALTERNATIVAS:** Esto debe incluir una evaluación de la capacidad del paciente para identificar y reconocer las alternativas disponibles.
3. **PESO DE LAS ALTERNATIVAS:** Debe incluir una evaluación de la capacidad del paciente para reconocer los pros y los contras de las diversas alternativas disponibles.
4. **DELIBERACIÓN ACERCA DE LA SELECCIÓN:** La evaluación de la capacidad de juicio debe incluir una evaluación de la capacidad del paciente para entrar en el proceso de deliberación con el fin de hacer una selección; la capacidad del paciente para expresar una preferencia; la capacidad del paciente para anticipar las consecuencias de la preferencia, y el impacto del estrés en el proceso de deliberación y selección de la alternativa.
5. **COMPROMISO:** Una buena evaluación de la capacidad de juicio debería incluir una valoración de la capacidad del paciente para comprometerse con la opción escogida; el razonamiento que justifique tal compromiso, y el impacto del estrés sobre el proceso de compromiso.

Este método para evaluar la capacidad de juicio del paciente se plasma en seis preguntas. Las preguntas 1 a 3 se centran en la incertidumbre y en cómo el paciente intenta reducir la incertidumbre y aumentar su comprensión de la situación. Las preguntas 4 a 6 se centran en la preferencia y en los pasos que toma el paciente en este proceso.

Pregunta 1: ¿CUAL ES EL ENTENDIMIENTO QUE TIENE EL PACIENTE ACERCA EL PROBLEMA MÉDICO?

El propósito de esta pregunta es evaluar si el paciente es capaz de reconocer la presencia de un problema y hacer una valoración razonable del reto que supone. Para poder realizar esta

tarea debe haber una integridad básica del SNC. Atención, registro, memoria y la capacidad para almacenar y recordar información son esenciales en este proceso. También es importante proporcionar al paciente la información necesaria para participar en el proceso de toma de decisiones. Como poco, se le debe proporcionar al paciente la información que aparece en el consentimiento informado, lo cual incluye información acerca del problema médico y sus complicaciones, los riesgos y los beneficios del procedimiento recomendado, los riesgos y los beneficios de procedimientos alternativos, los riesgos y beneficios de no actuar, y las justificaciones racionales a estas recomendaciones.

Pregunta 2 ¿QUÉ HA ENTENDIDO EL PACIENTE DE LAS RECOMENDACIONES REALIZADAS POR EL MÉDICO?

El objetivo de esta pregunta es cuestionar la comprensión que tiene el paciente de las recomendaciones terapéuticas realizadas. Esto debe incluir la toma de conciencia de las alternativas disponibles. Es extremadamente importante que el paciente esté bien informado. La presentación de esta información ayuda al paciente a identificar alternativas. El clínico puede observar cómo maneja el paciente la información y cómo evalúa las alternativas. Una mujer con cáncer de mama en estadio I fue informada por una amiga a la que se había practicado una mastectomía años antes, de la necesidad de someterse a una mastectomía ella también. La enferma decidió someterse a ella dando para ello, su consentimiento. La enferma deseaba ante todo ser tratada de su cáncer y su médico estaba de acuerdo con operarla. Sin embargo, al preguntar a la paciente si conocía otras modalidades terapéuticas disponibles para su caso (p.e., tumorectomía + radioterapia), pudo observarse que desconocía estas alternativas. Una vez fue adecuadamente informada, la mujer cambió de opinión con respecto a la mastectomía y se decidió por una cirugía conservadora con un tratamiento adyuvante.

Pregunta 3. ¿QUÉ ENTIENDE EL PACIENTE ACERCA DEL RAZONAMIENTO QUE LE HACE EL MÉDICO?

El propósito de esta pregunta es animar al paciente a que sopesa los pros y los contras de las diversas alternativas terapéuticas. Permite además valorar si el paciente ha comprendido el razonamiento del médico cuando éste ha hecho sus recomendaciones. El médico le recomendó a una mujer con cáncer de mama que se había sometido a una mastectomía, que se sometiera a una reconstrucción mamaria. Ella comprendió que la recomendación del médico estaba basada en los problemas de relación y los trastornos sexuales que la paciente refería haber comenzado a sufrir desde la operación, así como en la reducción en la auto-estima, dificultades con su apariencia física, y su negativa a

acudir a un psicólogo que le pudiera ayudar por considerar que sólo iban al psicólogo “aquellos que estaban locos”.

Pregunta 4: ¿CUÁL ES LA DECISIÓN DEL PACIENTE?

El objetivo de esta pregunta es valorar si el paciente es capaz de tomar una decisión. La decisión del paciente debe representar un compromiso con una postura determinada. En una situación ideal, la decisión debe realizarse en base a la deliberación. Debe tenerse en cuenta sin embargo, que es preferible la deliberación sin decisión que la decisión sin deliberación. Una mujer de 85 años llega a urgencias por una hemorragia de origen desconocido. Se sugiere realizarle una endoscopia para averiguar el origen de la hemorragia,. La paciente se niega a someterse a la endoscopia. Dice atribuir la hemorragia a la ingesta prolongada de anti-inflamatorios para controlar sus dolores artríticos. Refiere que teme sufrir dolor durante la prueba médica y siente que al personal sanitario no sólo no le importa que ella sufra, sino que “solamente están centrados en la realización de la prueba, y no en mi bienestar”. La paciente ha alcanzado su decisión después de un proceso adecuado de deliberación.

Pregunta 5: ¿EN QUÉ SE BASA EL PACIENTE PARA TOMAR SU DECISIÓN?

El propósito de esta pregunta es averiguar si el paciente tiene un razonamiento y si lo tiene, si está relacionado con su condición médica. La decisión puede tomarse independientemente de la comprensión de la situación médica. Esto puede ocurrir en los casos en los que hay una valoración defectuosa de las alternativa debido a estrés excesivo. Por ejemplo, un paciente puede rechazar tratamiento con quimioterapia aun conociendo el peor pronóstico que tendría de no recibirla, basado en que su hermano falleció por toxicidad con la administración de quimioterapia. En el momento del fallecimiento, el paciente se juró a sí mismo que nunca se sometería a tal modalidad terapéutica en el caso de padecer él un cáncer.

Pregunta 6. ¿QUÉ CONSECUENCIAS ANTICIPA EL PACIENTE QUE TENDRÁ SU DECISIÓN?

El propósito de esta pregunta es evaluar si el compromiso del paciente está basado en la anticipación que hace de las consecuencias de su decisión. El clínico debe considerar si las expectativas del paciente son consistentes con su comprensión de la situación médica y si la motivación consciente es ayudarse o dañarse con su decisión. Un paciente se puede dañar si toma su decisión basado en la evitación defensiva de la situación médica.

La valoración de la capacidad de juicio de un paciente aquí descrita parece correlacionar con la determinación de la competencia-incompetencia.

¿CÓMO SE EVALÚA LA COMPETENCIA DE UN PACIENTE PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS?

Los estándares legales de competencia requieren por regla general, la capacidad para funcionar adecuadamente en cuatro habilidades relacionadas: la comunicación de decisiones, la comprensión de información relevante, la apreciación de la situación actual y de sus consecuencias, y la manipulación racional de la información. A continuación se describe cada una de ellas:

COMUNICACIÓN DE DECISIONES: Esto requiere la capacidad para mantener y comunicar decisiones estables durante el tiempo suficiente como para que puedan ser implementadas. Cualquiera de estas dos habilidades (mantener y comunicar decisiones) puede verse afectada por una alteración en la memoria a corto plazo, por una alteración del estado de conciencia, o por un trastorno del pensamiento, entre otras cosas. La capacidad para expresar decisiones puede evaluarse de una manera simple preguntando a un paciente que ha sido informado acerca de una prueba médica que responda a lo que acaba de escuchar. La estabilidad de la decisión puede evaluarse repitiendo la pregunta unos minutos más tarde. Evidentemente, variaciones en la respuesta no necesariamente indican que un paciente es incapaz de tomar decisiones consistentes. Generalmente, los pacientes tienen justificaciones razonables para cambiar de opinión. Pero cambios repetidos en la intención, especialmente si pueden asociarse a la presencia de un trastorno psiquiátrico o de una alteración cognitiva, pueden sugerir la presencia de una incapacidad que requiere ser evaluada en profundidad.

COMPRESIÓN DE INFORMACIÓN RELEVANTE: La capacidad para comprender información relacionada con una decisión terapéutica es el concepto más mencionado en los casos legales. Implica la idea de que aquellos que no pueden comprender lo que se les ha comunicado acerca de un tratamiento, no son competentes para decidir si aceptar o rechazar dicho tratamiento. Las capacidades involucradas aquí incluyen aquellas involucradas en la capacidad para recordar palabras, frases, ideas y secuencias de información. Pero más allá de la mera recepción, almacenaje y recuperación de la información médica, los pacientes han de poder comprender el significado fundamental de la información acerca de su tratamiento. La naturaleza aleatoria de la aparición de riesgos y beneficios ensalza la importancia de la capacidad para comprender relaciones causales y la probabilidad de que se produzcan diversos resultados. Déficit en la capacidad de atención, inteligencia y memoria pueden interferir con estas habilidades.

La evaluación de la capacidad del paciente para recordar información transmitida requiere únicamente que recapitule lo transmitido. Para evaluar su comprensión de la información es

mejor pedirle que la parafrasee. La capacidad para comprender no se puede igualar a la extensión del vocabulario. Para que una valoración sea válida, la información debe ser transmitida a los pacientes en términos que ellos puedan entender, con mucha probabilidad. La capacidad para comprender probabilidades puede examinarse directamente pidiendo a un paciente que interprete frases como: "Hay una probabilidad del 50% de que la operación sea un éxito". La conciencia que tengan los pacientes acerca de su papel puede evaluarse preguntándoles si comprenden el propósito del proceso de consentimiento y su papel en él como un tomador de decisiones.

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN Y DE SUS CONSECUENCIAS: Este concepto difiere del anterior en que los pacientes pueden comprender determinada información pero no entender lo que significa para ellos en concreto, esto es, un enfermo puede entender la información que se le transmite sin comprender las implicaciones que tiene para él mismo y su futuro. La información a la que nos referimos es aquella relacionada con la presencia de enfermedad, con las consecuencias probables de la administración de tratamientos o de su rechazo, y con la probabilidad de cada una de las consecuencias. La evaluación realista que haga cada paciente de tales factores debe distinguirse de lo razonables que sean las decisiones tomadas por el paciente. El concepto de valoración no trata el grado en que la mayor parte de las personas apoyarán una decisión terapéutica, sino los valores que los pacientes proyectan sobre cada riesgo y beneficio del tratamiento en cuestión. Los parámetros que entran en juego a la hora de apreciar situaciones incluyen el reconocimiento de la enfermedad cuando se demuestra que está presente, la evaluación de sus efectos y los efectos de las opciones terapéuticas presentadas, y el reconocimiento de que las probabilidades generales de riesgo y beneficios se aplican a la situación. Cuando estas habilidades son deficientes, pueden sugerir la presencia de un deterioro cognitivo, aunque deben descartarse otras causas posibles.

La evaluación de la capacidad que posee el paciente para valorar una situación requiere elicitar sus concepciones acerca de la enfermedad, su necesidad de tratamiento y sus posibles resultados, etc.

MANIPULACIÓN RACIONAL DE LA INFORMACIÓN: La manipulación racional de la información consiste en la habilidad para utilizar los procesos lógicos para comparar los beneficios y riesgos de varias opciones terapéuticas. Mientras que la valoración de una situación implica asignar valores a la información, la manipulación racional es el proceso de sopesar la información para alcanzar una decisión. Para algunos esta habilidad no es necesaria. Se basan en el argumento de que con tal de que los pacientes comprendan y puedan valorar la información médica rele-

vante transmitida, tienen derecho a tomar decisiones que observadores externos consideren irracionales. Sin embargo, la decisión irracional puede ser el resultado de una incapacidad para distinguir el resultado final del proceso del modo en el que se ha alcanzado esa decisión. Es el proceso lo que aquí se cuestiona. La manipulación racional de la información implica la capacidad para alcanzar conclusiones que son consistentes lógicamente con las premisas iniciales. Ello requiere sopesar los riesgos y beneficios de una sola opción así como el proceso, generalmente más complejo, de sopesar las múltiples opciones simultáneamente de tal manera que refleje los pesos previamente asignados a ellas. Las causas posibles de que se produzcan alteraciones en este proceso incluyen alteraciones psicóticas del pensamiento además de delirium, demencia, ansiedad extrema, etc. Evaluar las capacidades relevantes requiere el examen de la cadena de pensamiento del paciente. Aunque pocas personas toman decisiones de una manera rigurosamente lógica, los pacientes deben ser capaces de indicar cuáles son los factores principales que han influido en su decisión y cuál ha sido la importancia asignada a cada uno de ellos. Preguntando al paciente cuáles son las “razones razonables” que justifican su decisión puede proporcionar pistas adecuado para indagar con mayor profundidad.

Para evaluar la competencia de un paciente para participar en el proceso de toma de decisiones médicas, se deben conocer los principios de la evaluación del estado mental así como los factores relacionados con el concepto de competencia. A la hora de valorar la capacidad del paciente para tomar decisiones medicas, no se debe nunca asumir que éste ha sido adecuada o detalladamente informado acerca de su situación médica. Con el fin de que puedan demostrar su capacidad real, los pacientes deben recibir la información suficiente como para poder tomar una decisión sobre el tratamiento. Nunca se debe asumir que tal información ha sido transmitida al enfermo de una manera comprensible para él. Así pues, el primer paso es transmitir al paciente la información necesaria relacionada con el proceso terapéutico en cuestión. Las preguntas que plantee el enfermo pueden dar una idea acerca del grado de comprensión de la información recibida y de la valoración que hace de la información recibida.

Otra cuestión a tener en cuenta es que las capacidades para tomar decisiones pueden fluctuar con cambios en el estado mental o cognitivo del paciente, o con cambios en el nivel de cansancio, con los efectos de los fármacos administrados, o con la aparición de un evento desagradable inmediatamente antes de la evaluación. Así pues, debería haber más de un examen de sus capacidades antes de concluir que el paciente no está capacitado para tomar decisiones médicas.

Siempre que sea posible, es mejor ayudar a un paciente a tomar sus decisiones, que incapacitarle para tomarlas, con el fin de no restringir su libertad. Así, si el paciente tiene dificultad para

comprender información relevante, el profesional debería intentar educar al paciente antes de concluir su incapacidad. También debe tenerse en cuenta que los pacientes pueden responder mejor a profesionales que son de similar origen cultural y étnico. En el caso de considerar a un paciente no competente para tomar sus decisiones, es fundamental indicar cuál es la causa de su incompetencia y describir recomendaciones para su tratamiento. Un tratamiento eficaz puede restaurar la capacidad del paciente lo suficiente como para no privarle de su derecho a decidir. Tal es el caso del paciente con delirium, condición en la que las alteraciones cognitivas producidas junto a otros síntomas, incapacitan al paciente, pero en muchas ocasiones el delirium puede ser tratado satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Byrne TN. Cognitive sequelae of brain tumor treatment. *Curr Op Neurol* 2005; 18: 662-6.
- Castellón SA, Silverman DHS, Ganz PA. Breast cancer treatment and cognitive functioning: current status and future challenges in assessment. *Breast Cancer Res Treat* 2005; 92: 199-206.
- Falletti MG, Sanfilippo A, Maruff P, et al. The nature and severity of cognitive impairment associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer: A meta-analysis of the current literature. *Brain and Cognition* 2005; 59: 60-70.
- Feldman-Stewart D, Kocovski N, McDonnel BA, Brundage MD, Mackillop WJ Perception of quantitative information for treatment decisions *Med Decis Making* 2000 Apr-Jun; 20(2):228-38.
- Jansen C, Miaskowski C, Dodd M, et al. Potential mechanisms for chemotherapy-induced impairments in cognitive function. *Oncology Nursin Forum* 2005; 32(6): 1151-63.
- Jansen SJ, Kievit J, Nooij MA, Stiggelbout AM Stability of patient's preferences for chemotherapy: The impact of experience. *Med Decis Making* 2001 Jul-Aug; 21(4):295-306.
- Senzer N. Rationale for a phase III study of erythropoietin as a neurocognitive protectant in patients with lung cancer receiving prophylactic cranial irradiation. *Seminars Oncol* 2002; 29(6) Suppl 19: 47-52.
- Siminoff LA, Fetting JH Effects of outcome framing on treatment decisions in the real world: Impact of framing on adjuvant breast cancer decisions. *Med Decis Making* 1989 Oct-Dec; 9(4):262-71.
- Unic I, Verhoef LF, Stalmeier PF, van Daal WA Prophylactic mastectomy or screening in women suspected to have the BRCA1/2 mutation: A prospective pilot study of women's treatment choices and medical and decision-analytic recommendations. *Med Decis Making* 2000 Jul-Sep; 20(3):251-62.