



Universitat de Lleida

Disseny i validació d'un instrument per la valoració de la maduresa del menor en relació a la presa de decisions sobre la pròpia salut

Eva Miquel Fernández

Dipòsit Legal: L. 1418-2012

<http://hdl.handle.net/10803/96535>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat de Lleida
Departament de Medicina

ESTUDIS AVANÇATS EN CIÈNCIES BIOMÈDIQUES
DEPARTAMENT DE MEDICINA
UNIVERSITAT DE LLEIDA

DISSENY I VALIDACIÓ D'UN INSTRUMENT
PER LA VALORACIÓ DE LA MADURESA DEL MENOR
EN RELACIÓ A LA PRESA DE DECISIONS
SOBRE LA PRÒPIA SALUT

Tesi que, per a optar al títol de Doctor en Medicina i Cirurgia, presenta

EVA MIQUEL FERNÀNDEZ,

sota la direcció de

la Dra. MONTSERRAT ESQUERDA i del Dr. JOSEP PIFARRÉ

amb la tutorització del

Dr. MANEL PENA

TESI DOCTORAL

Lleida, 11 de juny de 2012

“De totes les diferències entre l'home i els animals inferiors, el sentit moral, o la consciència, és amb molt la més important (...) És aquest el més noble dels atributs de l'home, capaç de portar-lo, sense un instant de vacil·lació, a arriscar la seva vida per la d'un altre; o, després de la deguda deliberació, impulsat simplement per un profund sentiment del que és correcte o del deure, a sacrificar la vida per alguna causa gran”

Charles Darwin

Als meus tres fills,
el millor regal que la vida m'ha donat.

AGRAÏMENTS

A l'Oriol, millor company de camí, de creixement mutu, amb el qual descobrim l'alegria que els nostres fills transmeten, i assumim el meravellós repte d'acompanyar-los en el seu creixement com a persones. Gràcies pel teu suport i comprensió en tots aquells moments que la feina m'apartava de vosaltres, que només l'amor entén i suporta. Gràcies pels teus consells, per la teva ajuda, per les teves crítiques constructives.

A la Montse Esquerda, gràcies per confiar en mi per portar aquest projecte tan interessant i engrescador. Projecte que busca, més enllà de fer recerca, esdevenir una eina útil per la societat. Gràcies per la teva infinita generositat: en temps, en material, en paciència, en comprensió. Gràcies per teu exemple, treballadora infatigable, exigent però, al mateix temps, amable. Gràcies.

Al Josep Pifarré, gràcies pels teus consells, per la teva visió positiva de cada petit avenç en el treball, per la teva transmissió d'ànims per la realització de l'estudi, que han estat un estímul per mi.

Al Jordi Real, gràcies per teixir, de forma fàcil i entenedora, tot l'entramat estadístic d'aquest treball. També per la paciència, calma i bon humor que transmetes, i gràcies per la teva amistat que ha nascut i crescut junt amb aquest projecte.

Al Manel Pena, gràcies per ser-hi, fins i tot, sense ser-hi. Per transmetre i compartir amb els que hem tingut el goig de treballar amb tu, l'amor per la Medicina de Família, el gust per la feina ben feta, la reflexió constant, la dedicació apassionada, que no obsessió, l'actitud proactiva davant la vida, la confiança en "la persona" sabent sempre trobar una perla fins i tot on sembla que no hi és, també per ajudar a descobrir el gaudi del treball en grup.

A la Mariola Espejo, treballadora incansable, per la seva col·laboració en el projecte, pel seu esperit emprenedor que contagia arreu on va.

Al Salvador Rivas i Alex Palau, per la seva col·laboració en l'elaboració del test.

Als meus pares i família, per haver-me acompanyat i haver-me ajudat a créixer, per haver-me transmès uns valors, pel seu suport incondicional, pel seu amor.

A la vida, la melodia de la qual, poc a poc, vaig composant i enriquint amb totes aquelles notes, silencis.. de persones, que, d'alguna manera, han estat significatives per mi.

1. RESUM	13
2. ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA	21
2.1. EVOLUCIÓ DE LA RELACIÓ METGE-PACIENT	21
2.2. EL CONSENTIMENT INFORMAT	22
2.3. LA LEGISLACIÓ ACTUAL SOBRE EL CONSENTIMENT INFORMAT EN MENORS. CONCEPTE DE "MENOR MADUR"	23
2.4. ACLARIMENT DE CONCEPTES: CAPACITAT, COMPETÈNCIA	27
2.5. QUI MESURA LA COMPETÈNCIA D'UN MENOR?	28
2.6. QUAN ES MESURA LA COMPETÈNCIA D'UN MENOR EN EL CONTEXT SANITARI?	29
2.7. COM ES MESURA LA COMPETÈNCIA D'UN MENOR?	29
2.7.1. CRITERIS D'AVALUACIÓ	30
2.7.2. TIPUS DE DECISIÓ	39
2.7.3. CONTEXT	41
2.8. REFLEXIONS A PARTIR DE LA REVISIÓ	48
2.9. IMPACTE POTENCIAL.....	49
3. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI	53
4. HIPÒTESIS D'INVESTIGACIÓ	57
5. OBJECTIUS.....	61
6. METODOLOGIA	65
6.1. DISSENY I ÀMBIT D'ESTUDI	65
6.2. MOSTRA	65
6.3. MESURES.....	67
6.4. SUBJECTES DE L'ESTUDI	68
6.5. VARIABLES.....	69
6.6. ANÀLISI ESTADÍSTICA	71
6.6.1. ANÀLISI DESCRIPTIVA.....	72
6.6.2. ANÀLISI DE LES CARACTERÍSTIQUES PSICOMÈTRIQUES DEL TEST A VALIDAR	72
6.6.3. INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS DEL TEST: Proposta de CLASSIFICACIÓ DEL GRAU DE MADURESA en funció del test.	76
6.6.4. ALTRES MESURES REALITZADES	77
6.7. CONSIDERACIONS ÈTIQUES	77
7. RESULTATS	81
7.1. ANÀLISI DESCRIPTIVA.....	81
7.2. ANÀLISI DE LES CARACTERÍSTIQUES PSICOMÈTRIQUES DEL TEST A VALIDAR	86
7.2.1. FACTIBILITAT/ VIABILITAT	86
7.2.2. FIABILITAT.....	87
7.2.3. VALIDESA.....	90
7.2.3.1. VALIDESA DE CONTINGUT.....	90
7.2.3.2. VALIDESA ESTRUCTURAL.....	91
7.2.3.3. VALIDESA DE CONSTRUCTE	95
7.2.4. SENSIBILITAT AL CANVI ("EFFECT SIZE")	104
7.3. INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS DEL TEST: Proposta de CLASSIFICACIÓ DEL GRAU DE MADURESA en funció del test.	105
7.4. ALTRES MESURES REALITZADES:	106
8. DISCUSSIÓ	113
8.1. LA COMPETÈNCIA DEL MENOR PER DECIDIR, PROCÈS D'ADQUISICIÓ PROGRESIVA FONAMENTAT PEL GRAU DE DESENVOLUPAMENT DE LA MADURESA MORAL.....	113
8.2. DISCUSSIÓ METODOLÒGICA: LA MADURESA D'UN MENOR, ES POT MESURAR? INTERPRETACIÓ DE L'ANÀLISI DE LES PROVES PSICOMÈTRIQUES DEL TEST	114
8.3. DISCUSSIÓ CONCEPTUAL	124
8.3.1. INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS DEL TEST: Proposta de CLASSIFICACIÓ DEL GRAU DE MADURESA en funció del test.	124
8.3.2. PROPOSTA D'AQUESTA ESCALA COM A INSTRUMENT DE VALORACIÓ DE LA MADURESA EN MENORS DE 12 A 16 ANYS, EINA CLAU EN L'EXPLORACIÓ DE LA COMPETÈNCIA D'UN MENOR PER PRENDRE DECISIONS SOBRE LA PRÒPIA SALUT.....	125
8.4. LIMITACIONS	128
8.5. CONCLUSIONS I PERSPECTIVES DE FUTUR	129

9. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	135
ANNEXOS	147
ANNEX 1. GLOSSARI	149
ANNEX 2. RESUM PROVA DISSENY TEST PER VALORAR LA MADURESA DEL MENOR.....	151
ANNEX 3. T-17	159
ANNEX 4. T-9.....	165
ANNEX 5. DILEMES KOHLBERG	169
ANNEX 6. EXEMPLE CORRECCIÓ ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE KOHLBERG	173
ANNEX 7. VALORACIONS TUTORS	177
ANNEX 8. SOL·LICITUDS COL·LABORACIÓ, AUTORITZACIONS I AGRAÏMENTS ALS CENTRES PER PARTICIPAR.....	179
ANNEX 9. PUBLICACIONS FRUIT D'AQUEST TREBALL.....	189

RESUM

1. RESUM

TÍTOL:

Disseny i validació d'un instrument per la valoració de la maduresa del menor en relació a la presa de decisions sobre la pròpia salut.

REVISIÓ:

El desenvolupament moral del menor és un procés en el qual intervenen aspectes cognitius, afectius i motivacionals. Aquest desenvolupament sembla haver arribat a la seva estabilització abans de la majoria d'edat. Malgrat tot, resulta difícil avaluar el grau d'autonomia al qual pot accedir un menor concret, en una situació determinada.

HIPÒTESI:

La competència moral és un procés que s'adquireix de manera progressiva en la persona.

La competència moral està fonamentada pel grau de desenvolupament de la maduresa moral.

En l'adquisició de la maduresa moral es distingeixen diferents estadis.

Els diferents estadis es relacionen amb la capacitat de prendre cert tipus de decisions.

És possible mesurar la maduresa moral a través d'un test de raonament sobre conflictes morals.

OBJECTIUS:

Es pretén crear un test vàlid i fiable per la valoració de la maduresa per prendre decisions sanitàries en menors d'edat. Tanmateix, es proposa aquest test com instrument per la valoració de la competència en menors per decidir sobre la pròpia salut.

MÈTODE:

Es tracta d'una mostra d'adolescents entre 12 i 16 anys, que estudien entre 1er i 4art d'ESO en Centres d'Estudis de Secundària de la província de Lleida.

L'estudi es realitza en tres fases:

PRE-ESTUDI:

1a Fase: Elaboració de l' instrument. Es crea un test de raonament sobre conflictes morals per la població adolescent (de 12 a 16 anys), a partir del qual es pugui inferir el grau de maduresa dels menors en relació a la presa de decisions vinculades a la seva pròpia salut.

2a Fase: Prova pilot. Amb anàlisi de dades i reelaboració de l'escala.

ESTUDI:

3a Fase: Validació de l'escala definitiva.

Anàlisi estadístic de les característiques psicomètriques del test a validar a través del càlcul d'indicadors que mesuren la factibilitat, viabilitat, fiabilitat, validesa i sensibilitat al canvi.

RESULTATS :

Les proves psicomètriques obtingudes mostren valors satisfactoris que suggereixen un test vàlid, fiable i de fàcil aplicació.

Els resultats principals a destacar són que el test mostra una alta correlació ($CCI=0,74$) entre la puntuació del test a validar i la puntuació del test utilitzat com a mètode de referència (MJl-WAS). S'obté una alta estabilitat amb una setmana de temps obtenint un coeficient de correlació de 0,77. I, el temps de resposta del test, és de 23 minuts en mitjana (IC95%:22,5-23,9), amb un notable percentatge (99%) de participació.

CONCLUSIONS:

Es presenta aquest test com una eina objectiva que pot servir d'ajuda per la valoració de la maduresa d'un menor quan aquest ha de fer front a una decisió relativa a la seva pròpia salut.

La reflexió sobre dilemes ètics s'erigeix com un bon mètode per mesurar la maduresa d'un menor adolescent, a través del test que es proposa en el present estudi.

Aquesta pot ser una eina útil, vàlida, fiable i fàcil d'aplicar en el context sanitari, davant el repte que suposa pel facultatiu, valorar la competència d'un menor per prendre una decisió que afecta la pròpia salut.

Caldrà provar aquesta eina en diferents contextos per reafirmar la validesa del mateix.

Aquest instrument objectiu, no pretén substituir l'art que suposa la relació assistencial, però desperta, en el metge, una sensibilitat envers el tema de la maduresa del menor, i és una ajuda a la valoració de la competència d'un menor que ha de decidir sobre la pròpia salut, d'una manera efectiva i amb confiança.

1. RESUMEN

TÍTULO:

Diseño y validación de un instrumento para la valoración de la madurez del menor en relación a la toma de decisiones sobre la propia salud.

REVISIÓN:

El desarrollo moral del menor es un proceso en el cual intervienen aspectos cognitivos, afectivos y motivacionales. Este desarrollo parece haber llegado a su estabilización antes de la mayoría de edad. Sin embargo, resulta difícil evaluar el grado de autonomía al cual puede acceder un menor concreto, en una situación determinada.

HIPÓTESIS:

La competencia moral es un proceso que se adquiere de manera progresiva en la persona.

La competencia moral está fundamentada por el grado de desarrollo de la madurez moral.

En la adquisición de la madurez moral se distinguen diferentes estadios.

Los diferentes estadios se relacionan con la capacidad de tomar cierto tipo de decisiones.

Es posible medir la madurez moral a través de un test de razonamiento sobre conflictos morales.

OBJETIVOS:

Se pretende crear un test válido y fiable para la valoración de la madurez para tomar decisiones sanitarias en menores de edad. Además se propone este test como instrumento para la valoración de la competencia en menores para decidir sobre la propia salud.

MÉTODO:

Se trata de una muestra de adolescentes entre 12 y 16 años, que estudian entre 1º y 4º de ESO en Centros de Estudios de Secundaria de la provincia de Lleida.

El estudio se realiza en tres fases:

PRE-ESTUDIO:

1ª Fase: Elaboración del instrumento. Se crea un test de razonamiento sobre conflictos morales para la población adolescente (de 12 a 16 años), a partir de la cual se pueda inferir el grado de madurez de los menores en relación a la toma de decisiones vinculadas a su propia salud.

2ª Fase: Prueba piloto. Con análisis de datos y reelaboración del instrumento.

ESTUDIO:

3ª Fase: Validación del instrumento definitivo.

Análisis estadístico de las características psicométricas del test a validar a través del cálculo de indicadores que midan la factibilidad, viabilidad, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio.

RESULTADOS :

Las pruebas psicométricas obtenidas muestran valores satisfactorios que sugieren un test válido, fiable y de fácil aplicación.

Los resultados principales a destacar son que el test muestra una alta correlación ($CCI=0,74$) entre la puntuación del test a validar y la puntuación del test utilizado como método de referencia (MJI-WAS). Se obtiene una alta estabilidad con una semana de tiempo obteniendo un coeficiente de correlación de 0,77. Y, el tiempo de respuesta del test, es de 23 minutos de media (IC95%:22,5-23,9), con un notable porcentaje (99%) de participación.

CONCLUSIONES:

Se presenta, este test, como un instrumento objetivo que puede servir de ayuda para la valoración de la madurez de un menor cuando éste ha de enfrentarse a una decisión relativa a su propia salud.

La reflexión sobre dilemas éticos se erige como un buen método para medir la madurez de un menor adolescente, a través del test que se propone en el presente estudio.

Éste puede ser un instrumento útil, válido, fiable y fácil de aplicar en el contexto sanitario, ante el reto que supone para el facultativo, valorar la competencia de un menor para tomar una decisión que afecta a su propia salud.

Habrá que probar este instrumento en diferentes contextos para reafirmar la validez del mismo.

Este instrumento objetivo, no pretende sustituir el arte que supone la relación asistencial, pero despierta, en el médico, una sensibilidad hacia el tema de la madurez del menor, y es una ayuda a la valoración de la competencia de un menor que ha de decidir sobre la propia salud, de una manera efectiva y con confianza.

1. SUMMARY

TITLE:

Design and validation of an instrument to value minor's maturity related to the process of decision-making about their own health.

REVISION:

The minor's moral development is a process where cognitive, affective and motivational aspects intervene. Such development seems to have arrived at its stability before full age. Nevertheless, it is difficult to assess the level of autonomy a concrete minor can achieve, at a given situation.

HYPOTHESIS:

Moral competency is a process progressively acquired by a person.

Moral competency is based on the level of the development of moral maturity.

There are different phases when acquiring moral maturity.

These phases are related to the capacity of making some kind of decisions.

It is possible to measure moral maturity by a test about reasoning of moral conflicts.

OBJECTIVES:

A valid and reliable test is designed in order to assess maturity to make decisions about minors' own health. Nevertheless, this test is proposed as an instrument to measure minors' competency to make a decision about their own health.

METHOD:

It is a sample of teenagers aged between 12 and 16 years old, that study from 1st to 4th of ESO at Secondary Schools in Lleida's province.

This study has three phases:

PRE-STUDY:

1st Phase: Elaboration of the instrument. A test is designed on reasoning of moral conflicts addressed to teenagers aged 12 - 16, from which minors' maturity degree related to making their own health decisions may be inferred.

2nd Phase: Pilot trial. With datum analysis and reelaboration of the test

STUDY:

3rd Phase: Validation of the definitive instrument.

RESUM

Statistic analysis of psychometric properties of the test validated through indicators calculation that measure practicality, viability, reliability, validity and “effect size”.

RESULTS :

The obtained psychometric proofs show satisfactory values that suggest it is a valid, reliable and practical test.

The mean results to emphasize are: the test shows a high correlation ($CCI=0,74$) between its punctuation and the gold standard (MJI-WAS) ; there is a high stability of results one week after, with a correlation coefficient of 0,77; and, the time needed to make the test is of 23 minutes on average (IC95%:22,5-23,9), with a remarkable percentage (99%) of participation.

CONCLUSIONS:

The test is shown as an objective instrument that can help for the evaluation of minors' maturity whenever he has to face a decision related to his own health.

Reflection about ethic dilemmas seems to be a good method to measure minors adolescent maturity through the test proposed in this study.

It can be a helpful, valid, reliable and practical instrument in the sanitary context, bearing into account the physician's challenge when he has to assess a minor's competency to take a decision that concerns his own health.

This instrument should be tested in different contexts to confirm its validity.

This objective instrument does not want to take the place of the art that implies medical relationship, but it tries to make the physician aware of the minor's maturity, and it is an effective and reliable help to the assessment of the minor's competency to make a health decision.

**ANTECEDENTS I ESTAT
ACTUAL DEL TEMA**

2. ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA

Un dels reptes que l'atenció sanitària al menor té, en l'actualitat, és la valoració de la competència d'aquest per decidir sobre la pròpia salut, per part del facultatiu, en un context canviant del model de relació assistencial, en el qual, l'autonomia del pacient cobra especial rellevància. Aquesta valoració és especialment difícil, per la manca de formació dels professionals sanitaris en aquesta tasca, la manca de procediments estandaritzats per fer-ho, i, per altra banda, per què sovint, entren en joc judicis de valor, i com diu Diego Gracia: *“La maduresa d'una persona, sigui aquesta major o menor d'edat, ha de mesurar-se per les seves capacitats formals de jutjar i valorar les situacions, no pel contingut dels valors que assumeixi. L'error clàssic ha estat considerar immadur o incapaç aquell que té un sistema de valors diferent del nostre”*.

En aquesta primera part introductòria es realitzarà un passeig per l'essència de la relació assistencial, la relació que permet el guariment, destacant els diferents tipus de relació metge-pacient que existeixen i incidint en el sorgiment del consentiment informat, com a peça clau que dona forma al principi d'autonomia. Es veurà com s'aplica en el cas del menor i quines implicacions legals té el nou concepte de “menor madur”. També s'explicitaran els ingredients necessaris per exercitar l'autonomia, cedint un ampli protagonisme a la “competència” per prendre decisions mèdiques, objecte d'estudi del present treball. A continuació es qüestionarà el què, qui, quan i com es mesura aquesta competència, des d'una perspectiva psiquiàtrica, neurològica i, sobretot, psicològica en el cas dels menors. Aquesta vessant psicològica i de desenvolupament moral del menor, gaudeix d'una àmplia explicació històrica des del seu naixement, necessària per entendre l'estudi que aquí es realitza.

2.1. EVOLUCIÓ DE LA RELACIÓ METGE-PACIENT

El metge té la funció de tenir cura de la salut de la gent. El pacient té uns drets que cal respectar (a la vida, a la integritat física, a la llibertat de consciència, al consentiment informat, a l'assistència sanitària...) ¹.

El concepte de salut és tan complex que no pot definir-se en una sola dimensió i, com a mínim, necessita dos nivells d'anàlisi: un relacionat amb la realitat “natural” de l'home (fets), i un altre, relacionat amb el seu sistema de valors (valors). Diego Gracia defineix la salut com la “capacitat de possessió i apropiació del propi cos” a dos nivells: a nivell biològic (manca de malaltia real o percebuda) i a nivell biogràfic o moral (capacitat de

realitzar el propi projecte de vida i de tenir uns valors que configuren el benestar personal). Així, doncs, segons la seva perspectiva, la salut té sempre dues dimensions, una "física" i una altra "moral". Si tan sols tenim cura de la primera, es genera insatisfacció². Cal, per tant, tenir una visió holística de la persona que pateix, per millor poder-la ajudar.

En l'actualitat, conviuen quatre models, bàsicament, de relació metge-pacient que s'exposen breument a continuació: *paternalista* (el facultatiu dóna informació al pacient seleccionada prèviament, per a què aquest doni el seu consentiment a la intervenció -tan sols justificada en casos d'emergència-), *informatiu* (el metge dóna informació al pacient de les diferents possibilitats terapèutiques, diagnòstics...i el pacient, pren una decisió), *interpretatiu* (el metge aconsella al pacient, l'informa i l'ajuda a que aquest prengui una decisió segons els seus propis valors) i, finalment, el *deliberatiu* (el metge ajuda el pacient a determinar i escollir, entre tots els valors relacionats amb la seva salut i que es poden desenvolupar en l'acte mèdic, aquells que són millors; en aquest model, el facultatiu s'arriba a corresponsabilitzar de la decisió després d'una deliberació franca). Aquest últim model s'aproxima més a l'ideal d'autonomia que preval avui en dia, on el metge és humanista enlloc de paternalista, no imposa sinó que promou els valors relacionats amb la salut del pacient que són importants per aquest^{3,4}. El "consentiment informat" d'alguna manera, materialitza el concepte d'autonomia del pacient.

2.2. EL CONSENTIMENT INFORMAT

Després d'un primer esbós del consentiment informat amb el Codi de Nüremberg⁵, en 1948 i la declaració de Helsinki⁶ de 1964, a partir de 1970, amb el desenvolupament de la bioètica, la doctrina del consentiment informat pren forma, especialment amb l'Informe Belmont⁷ (1978), l'objectiu del qual és establir els principis ètics fonamentals que han d'orientar la recerca en éssers humans. Aquests principis són els principis bàsics de la bioètica: NO-MALEFICIÈNCIA, JUSTÍCIA, AUTONOMIA i BENEFICIÈNCIA postulats per Beauchamp i Childress⁸.

Els elements del **Consentiment Informat (CI)**^{9,10,11,12}, com a exercici de l'autonomia, són:

- Es tracta d'un **procés**, no d'un esdeveniment aïllat.
- La "**voluntarietat**". Cal que el pacient sigui lliure per decidir, sense coaccions.
- La **informació** proporcionada en quantitat suficient i s'ha d'entendre.

- Capacitat o “**competència**” de la persona. Això és l’aptitud del pacient per a comprendre la situació a la qual s’enfronta, els valors que entren en joc i els diferents cursos d’acció possibles amb les seves conseqüències previsibles, i posteriorment, prendre, expressar i defensar una decisió que sigui coherent amb la seva escala de valors.

Les excepcions al CI són: greu perill per a la salut pública, urgència vital immediata, incompetència o incapacitat del pacient sense substitut legal, imperatiu judicial, rebuig de tot tipus d’informació per part del pacient i privilegi terapèutic.

Per tant, existeix un canvi radical en la relació metge-pacient, davant la qual el facultatiu té dues opcions: la medicina defensiva o entendre el canvi de paradigma i fer que la relació amb el pacient sigui més participativa.

Resumint, el model de CI que es proposa és aquell que defensa que la presa de decisions és fruit d’una deliberació compartida entre pacient (autonomia) i professional (beneficència) dins un marc social que defineix el que perjudica (no-maleficiència) i el que és injust (justícia)¹³.

El món del menor ofereix un especial conflicte entre dos models de relació: el paternalista, que el considera incapaç de prendre decisions, i l’autonomista. Diego Gracia apunta que els conflictes entre autonomia i beneficència en menors, caldrà resoldre’ls a favor de la beneficència, malgrat es pugui lesionar l’autonomia¹⁴. Koldo Martínez¹⁵, en canvi, preconitza que, entre ambdues visions hi ha la clau, postura que exigeix tècnica i art, talent diagnòstic i excel·lència en el discerniment. El Comitè de Bioètica de l’Acadèmia Americana de Pediatria¹⁶ insisteix en la importància de la comunicació en la relació assistencial “a tres bandes” (infant-pares-facultatiu) en la consulta pediàtrica, animant a la participació activa de l’infant, i tenint en compte aquesta preferència per part del nen¹⁷. Però què diu la llei al respecte?

2.3. LA LEGISLACIÓ ACTUAL SOBRE EL CONSENTIMENT INFORMAT EN MENORS. CONCEPTE DE “MENOR MADUR”

L’adolescència és una etapa del desenvolupament crucial, marcada per ràpids canvis a nivell físic, cognitiu, social i de desenvolupament afectiu. És el temps d’explorar opcions en els estils de vida, de buscar una identitat pròpia i col·lectiva. És temps de reptes, de qüestionar l’autoritat dels pares, creant, a vegades, conflictes amb ells. Temps de qüestionar els criteris morals transmesos pel seu entorn per poder progressar en la pròpia

maduresa. I per tant, és característic d'aquesta etapa, la rebel·lia a l'autoritat, el trencament amb esquemes previs, el desig de llibertat i d'autonomia. Koldo Martínez¹⁵ resumeix molt bé que aquesta etapa de la vida es caracteritza per: l'inici de la pubertat, l'emergència de capacitats cognitives més avançades i la transició a nous rols en la societat, que s'aniran adquirint progressivament, a mesura que va desenvolupant certes habilitats socials, cognitives i emocionals, que el permetran assolir també, una autonomia emocional (independència emocional dels altres, sobretot dels pares), conductual (capacitat per decidir) i de valors (anirà interioritzant els seus propis principis morals), per arribar a trobar la pròpia identitat.

A la llum dels estudis realitzats al S.XX sobre el desenvolupament moral del menor (Piaget¹⁸, Kohlberg¹⁹...), es pot dir que aquest arriba a la seva maduresa abans dels 18 anys.

Per altra banda, la “minoria d'edat” és aquell estat civil, amb progressiva adquisició de maduresa, socialització i aprenentatge, en què es troba la persona, des de que neix fins arribar a la “majoria d'edat” que té el significat jurídic de poder gaudir de plena autonomia o independència jurídica, és a dir, de poder valer-se per sí mateix²⁰.

En l'entorn occidental, dins el qual s'insereix el dret espanyol, actualment s'estableix la majoria d'edat als 18 anys, i la d'emancipació als 16. Hi ha, però, estudis de psicologia evolutiva de la moralitat, que mostren que s'arriba a la maduresa moral (entesa com la capacitat de prendre decisions, de realitzar judicis morals dependents de principis interns i d'actuar segons aquests judicis¹⁹) cap als 13-15 anys. Aquestes dades fonamenten la Teoria del “menor madur”²¹, segons la qual els drets de la personalitat i altres drets civils poden ser exercitats per l'individu des del mateix moment en què és capaç de gaudir-los²². És a dir, es considera “menor madur” aquell que té un cert desenvolupament cognitiu i emocional que el fa competent per participar en un procés de presa de decisió²³. A partir d'aquí, es crea una doctrina nova dels drets del menor, que estableix en els 12 anys l'edat a partir de la qual, un menor “madur” pot gaudir dels seus propis drets humans. La Convenció de Drets del Nen adoptada, l'any 1989, per l'Assemblea General de la ONU és el punt de partença de la incipient legislació al respecte. Aquesta convenció suposa un canvi en la concepció medicolegal del menor, que passa de ser el nen objecte de protecció al nen que té uns drets. Així, l'any 1992 es promulga la Carta Europea dels Drets del Nen.

Més endavant, la *Llei Orgànica espanyola de Protecció Jurídica del Menor 1/1996*²⁴

apunta: "...el reconeixement de la titularitat de drets als menors d'edat i d'una capacitat progressiva per exercir-los"...i afegeix: "La millor forma de garantir social i jurídicament la protecció de la infància és promoure la seva autonomia com a subjectes", a més a més, les limitacions a la capacitat d'obrar dels menors s'interpretarà de forma restrictiva. Aquesta llei, dona una idea del nen com a subjecte actiu i participatiu, creatiu i amb capacitat per modificar el seu propi medi social i personal.

Ja prèviament, el *Codi Civil (CC)*²⁵, estableix certes limitacions a la representació legal que tenen els pares respecte als menors no emancipats: 1."Els actes relatius a drets de la personalitat o altres que el fill, d'acord amb les Lleis i amb les seves condicions de maduresa, pugui realitzar per sí mateix. 2.Aquells en què existeixi conflicte d'interessos entre els pares i els fills". (Art. 162 del CC). Entre els drets de la personalitat es troben el dret a la salut, a l'exercici i l'ús de la sexualitat. En aquest sentit també es manifesta el *Codi de família*²⁶, que en el seu article 155, exclou de la potestat parental la representació legal pel que fa als actes relatius als drets de la personalitat del menor que el fill, d'acord amb les lleis, l'edat i les seves condicions de maduresa pugui realitzar per sí mateix; però no nega la funció tutelar dels pares de vetllar i tenir cura de la persona menor, fins que assoleixi els divuit anys.

L'article 3.1 de la *Llei Orgànica espanyola 1/1982*²⁷ de protecció civil del dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge apunta que "el consentiment dels menors haurà de donar-se per ells mateixos si les seves condicions de maduresa ho permeten, d'acord amb la legislació civil".

La *Llei 21/2000*²⁸ sobre el dret a la informació, autonomia dels pacients i documentació clínica del Parlament de Catalunya regula els drets dels pacients en harmonia amb els principis establerts al Conveni del Consell d'Europa per la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà subscrit a Oviedo l'any 1997. Aquesta llei, en relació al dret a l'autonomia del pacient, i, en concret, en referència al consentiment del menor d'edat, destaca que: "En el cas de menors, si aquests no són competents, ni intel·lectual ni emocionalment, per comprendre l'abast de la intervenció sobre la seva salut, el consentiment l'ha de donar el representant del menor, després d'haver escoltat, en tot cas, la seva opinió si és més gran de dotze anys. En la resta de casos, i especialment en casos de menors emancipats i adolescents de més de setze anys, el menor ha de donar personalment el seu consentiment. Ara bé, en els suposats legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, d'assajos clínics i de pràctica de tècniques de reproducció humana

assistida, s'estarà a l'establert amb caràcter general per la legislació civil sobre majoria d'edat, i, si procedeix, la normativa específica que sigui d'aplicació."

Així, doncs, la nova legislació sobre el consentiment del menor introdueix el concepte de que el menor és un subjecte actiu, participatiu, i dotat de certa autonomia per la presa de decisions sobre la pròpia salut.

La llei catalana, en consonància a la posterior *Llei bàsica estatal 41/2002*²⁹ *d'autonomia del pacient*, estableix, doncs, els següents criteris per la determinació de la maduresa del menor per atorgar el seu consentiment:

1. Els nois de setze anys o més o emancipats i que no siguin incapaços ni incapacitats, com a criteri cronològic en el qual es suposa maduresa. *"Però, en cas d'actuació de greu risc, **segons criteri facultatiu**, els pares seran informats i la seva opinió serà tinguda en compte per la presa de decisió corresponent"*.
2. Els menors de 12 anys no tenen la maduresa suficient i requereixen el consentiment per representació.
3. Els nois de 12 anys o més, cal el consentiment dels pares o representants legals, després d'haver escoltat l'opinió de la persona menor. Però, per sota dels 16 anys, si el menor és capaç intel·lectualment i emocionalment de comprendre la informació, l'abast de la intervenció i avaluar-ne els riscos i les conseqüències, a criteri facultatiu, es pot considerar "madur" per consentir una intervenció o tractament.

El món avança cap al reconeixement del menor capaç de decidir per ell mateix. Així, a Virgínia (EEUU), la "Abraham Law" de 2007³⁰, reconeix el dret de refusar un tractament mèdicament recomanat, a un jove de 14 anys d'edat o més amb malaltia greu, junt amb els seus pares, sempre que: 1. Els pares i el jove prenguessin la decisió conjuntament, 2. el jove fos suficientment madur per tenir una opinió informada sobre el tractament, 3. altres tractaments s'haguessin considerat, i 4. creguessin que era en el benefici del jove.

Per últim, cal esmentar la *Llei orgànica 2/2010*³¹ *de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs*, que concedeix a la menor de 16 o 17 anys, plena capacitat per sol·licitar una interrupció de l'embaràs. En l'article 13, quan es tracta d'una menor d'aquestes edats, diu que, al menys un dels pares *"haurà de ser informat de la decisió"*, però que *"es prescindirà d'aquesta informació quan la menor al·legui que aquest*

fet li provocaria un conflicte greu, manifestat pel perill cert de violència intrafamiliar, amenaces, coaccions, maltractaments, desarrelament o desempar". Per menors de 16 anys, caldrà anar a la llei 41/2002 sobre autonomia del pacient, ja comentada prèviament.

2.4. ACLARIMENT DE CONCEPTES: CAPACITAT, COMPETÈNCIA

Si un pacient té dret a conèixer els riscos i a co-participar en la decisió sobre la pròpia salut, cal que el metge desenvolupi una certa cultura i coneixement sobre la "competència" del pacient per a assumir responsablement les decisions, però, què és la "competència" per prendre decisions?

En la literatura anglosaxona s'usa dos termes diferents : "capacity" i "competency". "Competency" és un terme jurídic, i fa referència a les aptituds psicològiques per prendre determinades decisions a efectes legals. Seria equivalent al terme "capacitat de dret" o "legal". Mentre que "capacity" és un terme psicològic i clínic, que defineix les aptituds psicològiques internes necessàries per prendre aquí i ara, una decisió determinada, de manera que et permeten decidir sobre la pròpia vida. Equival a la "capacitat de fet" o "natural", també anomenada "competència" en l'ambient bioètic. De fet, ambdues estan íntimament relacionades. La "capacitat de fet" és condició necessària però no suficient per a què existeixi una "capacitat de dret"³². Així, una persona "incapaç" és aquella que no té ara "capacitat de fet" o "natural", i, per tant, perd transitòriament la "capacitat de dret" (ex. pacient amb anestèsia general). La persona "incapacitada" és aquella que ha perdut, de forma permanent, la seva capacitat de dret (ex. demència avançada)^{10,33}.

Una persona és competent per prendre una decisió concreta si comprèn la informació que rep, aprecia les conseqüències més rellevants de les diferents opcions i assumeix la decisió presa en coherència amb els seus valors personals.^{34,35,36}

The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research³⁷, discutint sobre la competència, a la qual anomenen "capacitat per decidir" cita els components d'aquesta: 1. possessió d'uns valors i objectius, 2. l'habilitat de comunicar i comprendre la informació, 3. l'habilitat de raonar i deliberar.

Per Drane^{38,39}, la competència es refereix a fer un judici que és apropiat, donat el context, situació i condició del pacient, i cal que sigui valorada pels professionals sanitaris. Per fer una correcta valoració de la competència cal equilibrar (o sopesar) els diferents valors: racionalitat, beneficència i autonomia.

2.5. QUI MESURA LA COMPETÈNCIA D'UN MENOR?

La determinació de la competència d'un menor requereix, per part del professional que ho realitzi, certes habilitats, com tenir una actitud ètica proactiva, empatia, compromís professional, col·laboració i capacitat de diàleg.¹⁵

La legislació espanyola actual atorga als metges, la potestat per fer avaluacions de la capacitat dels seus pacients menors en la Llei 41/2002, articles 5.3 i 9.3: *“Quan es tracti de menors no **incapaços ni incapacitats**, però **emancipats o amb setze anys** , no cal prestar el consentiment per representació. Però, en cas d'actuació de greu risc, **segons criteri facultatiu**, els pares seran informats i la seva opinió serà tinguda en compte per la presa de decisió corresponent”*. Fent, el facultatiu, el judici de maduresa es respecta el dret del menor a la integritat física i a la salut, però també a la intimitat del mateix.

Respecte al tema de la **confidencialitat** en el menor, cal aclarir que el menor té dret a la informació i a la intimitat, com diu la Llei 41/2002, però aquests drets no exclouen el dret dels pares a exercir la pàtria potestat. La legislació espanyola actual no té un posicionament clar al respecte, doncs, si bé davant un menor madur, el metge que revela informació sobre la seva intervenció als pares, vulnera el seu deure de confidencialitat i pot arribar a incórrer en un delictes de l'art.199.2 del Codi Penal (CP), si el metge no dona als pares aquesta informació, vulnera el dret i deure d'aquests a exercir la pàtria potestat i, per tant, ser objecte de responsabilitat⁴⁰. En aquest sentit, K. Martinez¹⁵ defensa que si el menor rebutja la participació dels pares, aquesta postura hauria de respectar-se si: 1. la intervenció dels pares pogués provocar que el menor rebutgés el tractament; 2. el tractament estigués clínicament indicat; 3. la manca de tractament seria perjudicial per al menor; 4. el tractament fos sol·licitat lliure i conscientment pel menor; i 5. el metge considerés al menor suficientment madur como per intervenir de manera productiva en la presa de decisions. Terribas²³ apunta que legalment preval el deure del facultatiu de preservar el dret a la intimitat i confidencialitat del menor madur, i, secundàriament, la conciliació d'aquest amb els drets dels pares, ara bé, seria aconsellable reflexionar amb el jove la importància d'informar als pares per poder-lo ajudar. El Comitè de Bioètica de Catalunya⁴¹ reafirma aquesta postura de fer prevaldre el dret a la confidencialitat del menor si es considera suficientment madur, excepte quan: 1. la situació mèdica representa un risc real per a un tercer si no l'informen de la situació, 2. hi hagi un greu risc per la vida del menor, 3. la persona menor sigui víctima o se sospiti un delictes de maltractament, agressió o abús sexual, 4. per motius de salut pública. En tot cas, però, la revelació de la

informació s'ha de fer amb discreció i únicament a qui pertoca. Per altra banda, justament la confidencialitat, el respecte i una bona comunicació donen qualitat a la relació assistencial, en opinió dels menors⁴². És interessant, en aquest sentit, l'aportació que Domingo Moratalla³² fa en relació a la “confidencialitat responsable”, quan apunta que cal mostrar al menor que no pot emparar-se en la confidencialitat professional per a que el menor s'oblidi de la responsabilitat en el seu entrenament de la maduresa. També destaca el paper de “mediador” entre família i menor, per part del professional, en el procés de deliberació que el menor fa quan s'entrena per la responsabilitat.

2.6. QUAN ES MESURA LA COMPETÈNCIA D'UN MENOR EN EL CONTEXT SANITARI?

Caldria tenir en compte la valoració de la competència d'un menor de 12 a 16 anys, sempre que aquest estigui implicat en una decisió sobre la seva pròpia salut. Ara bé, independentment de l'edat, caldrà implicar sempre el menor i incloure'l en el procés de decisió, informant-lo (de forma veraç, comprensible i adequada) i tenint en compte la seva opinió.

Hi ha moltes raons per informar els nens i guanyar la seva cooperació en el context d'obtenir el seu consentiment. Alderson⁴³ cita: per respecte a l'infant, per poder respondre qüestions i ajudar el menor a saber què pot esperar, per reduir ansietat, per ajudar el nen a trobar sentit a aquella experiència, per advertir dels riscos, per prevenir malentesos o ressentiments, per promoure coratge i confiança, per incrementar l'acompliment. McCabe¹¹afegeix: pel principi d'autonomia, per què la inclusió de l'adolescent en el procés de decidir millora la comunicació entre metges- pares- fills, i aquesta és fonamental per la satisfacció de l'interessat i dels seus pares amb el tractament, per què la participació de l'adolescent en l'establiment dels objectius i pla de tractament facilita la seva cooperació amb aquest, també promou certa sensació de control,i finalment, per respecte a les capacitats del nen, oferint possibilitats per un millor desenvolupament futur⁴⁴.

2.7. COM ES MESURA LA COMPETÈNCIA D'UN MENOR?

Així com en l'adult, la competència se li pressuposa i, en tot cas, caldrà demostrar la “incompetència” o “incapacitat”, en el menor, el que cal és provar la seva “competència”, la seva adquisició d'aptituds per decidir; per tant, la seva avaluació requerirà un enfocament diferent. L'adolescent, en la seva transició de la infantesa a la consideració d'adult, passa per un desenvolupament de maduresa, capacitats cognitives...que queden reflectides en la seva capacitat per decidir⁴⁵.

El judici sobre la capacitat d'una persona per prendre decisions sobre la pròpia salut no pot ser de certesa, doncs, com tot judici clínic, és poc precís, sense certesa científica, i, de fet, no existeix cap test màgic que doni la resposta a tots els dubtes que genera aquesta qüestió. Com comenta Ruther⁴⁶: *“Sovint tenim el desig, des dels tribunal o des de la recerca, de que aparegui una mesura simple o un criteri senzill per mesurar la competència d'un menor. Malauradament no disposem de cap test i no sembla que pugui crear-se. La qüestió és si un noi en particular és competent, en un context concret, en un determinat tipus de decisió donada en unes circumstàncies particulars”*. Malgrat tot, no es pot renunciar a tenir una sistemàtica de valoració.

A la llum de la bibliografia revisada es pot afirmar que davant la pretensió de valorar la competència d'un menor per prendre una decisió sobre la pròpia salut, caldrà tenir en compte la valoració de tres eixos bàsics⁴⁷:

- Quins **critèris d'avaluació**, o facultats mentals, es tenen en compte?: Perspectiva Psiquiàtrica/ Neurològica / Psicològica
- Quin **tipus de decisió** pot prendre el menor en relació al seu desenvolupament?
- Quin és el **context** de la persona que ha de decidir?

2.7.1. CRITERIS D'AVALUACIÓ

Hi ha, bàsicament tres aproximacions a la valoració de la competència d'un menor: la perspectiva psiquiàtrica o de valoració de les capacitats aplicades a la presa de decisions, la perspectiva neurològica³³, que incideix en la valoració de la part cognitiva, necessària però no suficient per ser competent, i la valoració psicològica o de desenvolupament moral^{48,10}.

Perspectiva psiquiàtrica o valoració de les capacitats aplicades a la presa de decisions

El primer treball publicat sobre l'avaluació de la competència en adults apareix als anys 70, dins el món judicial i de la psiquiatria, en el qual Roth, Meisel i Lidz⁴⁹ exposen els tests que empren, que seran els posteriors criteris d'avaluació de la competència. (Veure Taula 1). Ells ja apuntaven que el tipus de decisió a prendre (rebutjar vs consentir, balanç risc/benefici favorable o desfavorable) condicionaria la competència requerida.

Taula 1. Criteris de capacitat de Roth, Meisel i Lidz (1977)

1. El pacient és capaç d'expressar una elecció.

Capacitat de manifestar-se a favor o en contra d'un tractament o procediment diagnòstic

2. El pacient pren una decisió "raonable".

Capacitat de prendre una decisió "correcta" o "raonable", segons el criteri del que l'avalua.

3. El pacient pren una decisió basada en motius "racionals".

S'avalua la qualitat del procediment del raonament del pacient, més que el "resultat" del mateix.

4. El pacient compren riscos, beneficis i alternatives al tractament.

És important que el pacient entengui la informació per poder prendre una decisió.

5. El pacient compren realment tots els aspectes rellevants de la decisió a prendre i emet un consentiment voluntari i informat.

Més endavant, Appelbaum i Roth^{34,35}, agrupen els criteris en quatre, de manera que el nivell d'exigència sigui progressiu. (*Veure Taula 2*).

Taula 2. Els quatre criteris d'avaluació de la capacitat d'Appelbaum i Roth.

1. Expressing a choice: la persona expressa una elecció.

Manifesta la seva elecció, coopera, respon a les preguntes.

2. Understanding: la persona compren realment els problemes més rellevants de l'estudi.

Té suficient capacitat cognitiva, coneix els riscos i beneficis, les alternatives amb avantatges i desavantatges, sap que ha de prendre una decisió.

3. Reasoning: la persona empra racionalment la informació de forma adequada.

Té capacitat de sospesar riscos i beneficis d'una manera lògica, consistent amb les premisses, per arribar a una elecció.

4. Appreciation: la persona aprecia correctament la situació en què es troba.

És conscient, tan cognitivament com afectivament de la situació i de les conseqüències de la seva elecció, avalua adequadament la informació rellevant per fer-se un judici de la qüestió que li permeti prendre una decisió.

Aquests quatre criteris han estat la base del posterior McArthur Competence Assessment Tool (*Veure Taula 3*), procediment clínic dissenyat per Appelbaum i Grisso⁵⁰, per l'avaluació de la competència en pacients adults, àmpliament validat i consolidat.

Taula 3. Criteris i puntuacions del McArthur Competence Assessment Tool-T.

CRITERI	SUBCRITERI	PP	PT
Comprensió	Comprensió de la malaltia	0-2	0-6
	Comprensió del tractament	0-2	
	Comprensió de Riscs i Beneficis	0-2	
Apreciació	De la situació de la malaltia	0-2	0-4
	De l'objectiu general del tractament	0-2	
Raonament	Lògic-seqüencial	0-2	0-8
	Lògic-comparatiu	0-2	
	Predictiu (conseqüències derivades de les possibles eleccions)	0-2	
	Consistència interna del procediment d'elecció	0-2	
Elecció	Expressa una decisió	0-2	0-2

PP: Puntuació Parcial de cada subcriteri, PT: Puntuació total possible del criteri

Malgrat tot, poca recerca s'ha realitzat en el món dels menors en aquesta línia, en relació a la presa de decisions mèdiques. Cal destacar, però, un estudi realitzat per Weithorn & Campbell¹² que consisteix a comparar decisions preses per quatre grups de joves sans, de 9,14,18 i 21 anys, exposats a quatre dilemes morals hipotètics que impliquen decisions sanitàries, en els quals s'avalua els quatre estàndards de competència (capacitat d'elecció, elecció raonable, motivació racional, comprensió de la decisió). Els resultats mostren que el grup de 9 anys és menys competent que la resta, però el grup de 14 anys arriba a un nivell de competència similar al dels dos grups d'adults.

Posteriorment, Alderson⁵¹ considera que un nen ha entès la informació sobre el tractament si:

- pregunta qüestions sobre el tractament i implicacions pràctiques
- parla (expressa mitjançant el dibuix o el joc) sobre pors personals
- busca seguretat i suport durant el procediment i els beneficis posteriors
- mostra una ansietat raonable sobre els riscos i una esperança raonable sobre els beneficis

- relaciona la informació amb esperances personals envers el futur
- mostra que el que opina és pel seu bé

Les recomanacions realitzades per la British Medical Association & the Law Society⁵², al 1995 en relació a la valoració de la competència d'un menor són:

- **Habilitat per comprendre** que hi ha una **decisió** a prendre i que aquesta té **conseqüències**.
- **Desig i habilitat per prendre una decisió** (inclosa la possibilitat de triar que una altra persona prengui la decisió)
- **Comprensió de la naturalesa** i intenció del procediment.
- **Comprensió dels riscos** i efectes secundaris del procediment.
- **Comprensió de les alternatives** al procediment, dels seus efectes secundaris i de les conseqüències de no tractar.
- **Llibertat** enfront possibles pressions.

Una recent guia per la valoració de la capacitat per consentir un tractament del menor, realitzada al Canadà⁵³, consisteix a fer una aproximació legal i mèdica al tema: explicant la legislació actual al Canadà, seguida d'una valoració basada en els criteris de d'Appelbaum i Grisso (donar informació/ comprovar l'habilitat d'entendre la informació rellevant/ valorar l'habilitat d'apreciar les conseqüències raonables i previsibles de la decisió que es prengui/ valorar la capacitat d'expressar una elecció), a continuació es recomana explorar la relació del jove amb els pares, i finalment, es proporciona informació rellevant sobre el consentiment informat en menors als pares o tutors del menor.

Perspectiva neurològica

A finals dels 80, algunes veus fan sentir que les valoracions sobre la capacitat dels pacients versen entorn els processos psicològics de la presa de decisions, i es té poc en compte el substrat biològic d'aquests processos. Per tant, qualsevol procés neurològic que malmeti les activitats mentals pot incapacitar-lo per prendre decisions. M.P.Alexander⁵⁴, neuròleg que dóna suport a aquesta tesi, defensa que la capacitat d'una persona per decidir, depèn de: 1. Capacitat de **reconèixer** que se li demana prendre una decisió (cal tenir intactes els mecanismes neocorticals per poder-te comunicar i processar

la informació i el sistema límbic per afegir la part emocional de la decisió), 2. Capacitat d'activar els mecanismes neurosensorials per poder **processar informació i emetre respostes** (revisió d'experiències passades, obtenció de nova informació, manteniment d'expectatives envers la decisió i les seves conseqüències..), 3. Capacitat de **realització de la decisió presa** . Per fer aquests passos, cal tenir “en forma” les següents activitats mentals: atenció, memòria, llenguatge, percepció espacial, àrea de càlcul i comunicació, raonament, activitat emotiva i afectiva.

Ja als anys noranta, Freedman, Stuss i Gordon⁵⁵ insisteixen en les capacitats cognitives requerides per tenir una bona capacitat de decisió, resumides en la taula 4.

Taula 4. Àrees cognitives per avaluar la capacitat d'un pacient (Freedman, Gordon i Stuss)

ATENCIÓ	
LLENGUATGE	Llenguatge espontani Comprensió d'informació verbal Lectura comprensiva Escriptura
MEMÒRIA	Recent Remota
FUNCIONS LÒBUL FRONTAL	Apercepció Judici

Però aquests criteris no estan massa lluny dels d'Appelbaum i Grisso.

En aquesta línia, el “Document Sitges”⁵⁶, elaborat a Espanya, fa una avaluació de la capacitat del pacient fent un abordatge neurològic de la qüestió, emprat per valorar la capacitat de persones amb demència.

En definitiva, fan remarcar la importància de la valoració neurològica, tot explorant les capacitats cognitives, en l'avaluació de la capacitat d'una persona.

Pel que fa al món de l'adolescent, recents estudis investiguen la possible relació entre la neuromaduració i la maduresa de fer un judici, no havent-hi, de moment, dades concloents^{57,58}.

Perspectiva psicològica o valoració de la fase de raonament moral

Així com la valoració d'Appelbaum parteix de l'adult, que es pressuposa competent, i sobre el qual s'ha de provar, en tot cas, la seva incompetència, la valoració del menor segons la seva etapa de raonament moral no està centrada en la decisió, sinó en la fase de desenvolupament de la persona⁴⁸. Vegem, doncs, les arrels d'aquesta perspectiva:

Mai ha estat fàcil saber quan una persona és moral i jurídicament responsable dels seus actes, però, de fet, la presa de decisions per part d'una persona hauria de conrear-se des de la infància^{59,60}. A la cultura occidental, però, els joves han estat considerats poc preparats per prendre decisions des de molt antic. Aristòtil, ja apuntava que “els joves poden ser geòmetres i matemàtics i savis en coses d'aquesta naturalesa, i, en canvi, no sembla que puguin ser prudents”, per què per tenir prudència cal experiència, temps de maduració per poder fer front als dilemes morals que la vida els portarà.

A partir del S. XVI es comença a parlar de l'autonomia moral de les persones (entesa com la capacitat de decidir per un mateix sobre la pròpia vida) i es qüestiona l'inici d'aquesta autonomia dins el procés de creixement.

Cap als anys trenta del segle XX, Jean Piaget, estableix el terme de “*judici moral*” a “*El criteri moral en el nen*” (1932)¹⁸, i defensa la tesi que el nen, de la mateixa manera que segueix un procés de maduració de les habilitats cognitives, també evoluciona en el *desenvolupament moral*, entès com la capacitat per elaborar normes i fer judicis morals autònoms amb elles. Així, el nen de entre 3 i 8 anys, identifica les lleis morals amb les lleis físiques, i les normes morals no tenen relació amb la intenció o els valors humans (*moral convencional heterònoma* -basada en la obediència-). Més endavant i de forma progressiva la persona va interioritzant les normes, fent una reflexió crítica de les normes socials, distanciant-se de les demandes externes a favor dels principis interns (*moral racional autònoma* -basada en la igualtat-). (Veure Taula 5)

Taula 5. Les etapes del desenvolupament moral, segons J.Piaget (prestat de P.Simon-Lorda⁶¹).

Etapa	Desenvolupament cognitiu	Edat	Característiques
<i>Moral Convencional Heterònoma</i>	Pre-operacional	De 2 a 7	<p>.És just el que acompleix la norma.</p> <p>.L' incompliment de la norma implica culpabilitat i és sancionat.</p> <p>.El sentit de la norma és literal.</p> <p>.No hi ha excepcions al compliment de la norma.</p> <p>.Si hi ha conflicte, el correcte és seguir la norma.</p>
<i>Intermitja</i>	Operacions concretes	De 8 a 12	<p>. No totes les normes tenen el mateix grau d'obligació.</p> <p>.El compliment de la norma motiva més que l'amenaça de la sanció.</p> <p>."Allò just" ja no és sempre el compliment de la norma.</p> <p>.Les sancions han de ser justificades.</p> <p>.La igualtat és un valor tan important com l'autoritat.</p>
<i>Moral Racional Autònoma</i>	Operacions formals	De 12 a 24	<p>.L'aplicació de les normes ha de ser contextualitzada.</p> <p>.Pot haver excepcions al seu compliment</p> <p>.La validesa de les normes no depèn només de l'autoritat que les fa sinó també de la capacitat de la norma per protegir la igualtat.</p> <p>.Es poden generalitzar les normes mitjançant l'abstracció.</p>

Més endavant, Kohlberg¹⁹, deixeble de Piaget, defineix la competència o capacitat de judici moral com la capacitat de prendre decisions i de fer judicis que siguin morals (o que siguin basats en principis interns) i d'actuar segons aquests judicis. Elabora un sistema d'evolució de la consciència moral, de tres nivells i sis graus (Veure Taula 6). Proposa una eina, el Moral Judgment Interview(MJI), que mesura la maduresa moral i consisteix a

10 dilemes morals hipotètics que expressen valors en conflicte, i es demana a la persona que ho realitza que exposi el seu judici i argumentació moral sobre la decisió que prendria, en una entrevista semiestructurada. Kohlberg defensa que l'exercici del judici moral és un procés cognitiu que, en situació de conflicte, ens permet reflexionar sobre els nostres valors i ordenar-los en una jerarquia lògica. Aquest ordre pressuposa també un desenvolupament cognitiu, que és necessari, però no suficient pel desenvolupament moral. També diu que cada estadi moral suposa una diferència qualitativa respecte els estadis previs, i que no es pot saltar ni retrocedir en els estadis, ara bé, sí es pot accelerar l'avenç pels diferents estadis mitjançant l'enfrontament de conflictes morals, base de l'educació moral. També apunta que el judici moral és relatiu a les diferents persones i cultures en relació als seus continguts i valors, però universal en relació a les estructures formals que el sustenten⁶². La progressió pels diferents nivells de moralitat no sembla guardar una relació clara amb el nivell de desenvolupament intel·lectual o la competència acadèmica, però sí amb l'edat i amb la psicobiografia de la persona (esdeveniments vitals que viu aquella persona i manera en què reacciona). Per a Kohlberg, el 80% dels nens es troben en l'estadi preconvencional fins els 10-12 anys, i el nivell convencional és el propi dels adults, reservant el postconvencional a un nombre reduït de persones i d'edat avançada. Per tant, una persona, a partir dels 12 anys, i especialment, dels 16, ja ha desenvolupat les estructures morals de raonament moral que probablement mantindrà tota la vida, i que anirà enriquint amb l'experiència.

Taula 6. Nivells i estadis de desenvolupament moral segons Kohlberg.

<i>Nivell de desenvolupament moral</i>	<i>Estadi</i>
<p>Nivell Preconvencional. Perspectiva individualista concreta, autocentrada. Normes imposades, externes.</p>	<p>I. Moral heterònoma Orientació càstig-obediència i perspectiva social egocèntrica</p> <p>II. Individualisme, propòsit instrumental i intercanvi Orientació instrumental-relativista i perspectiva social individualista concreta</p>
<p>Nivell Convencional Perspectiva de membre de la societat. Identificació de l'individu amb les normes</p>	<p>III. Relacions, expectatives interpersonals mútues i conformitat interpersonal Orientació interpersonal de concordança i perspectiva social individual, en relacions amb altres individus.</p> <p>IV. Sistema social i consciència Orientació legalista autoritària i perspectiva social de diferenciació de punts de vista societaris de l'acord o motius interpersonals.</p>
<p>Nivell Postconvencional Perspectiva “anterior” a la societat, de raonament moral de principis. L'individu distingeix entre les normes i els propis valors.</p>	<p>V. Contracte o utilitat social i drets individuals Orientació contracte social - principis superiors i perspectiva social prèvia a la societat.</p> <p>VI. Principis ètics universals La perspectiva social consisteix en el reconeixement dels principis morals universals dels quals es deriven els compromisos socials doncs les persones són finalitats en sí mateixes i així han de ser reconegudes.</p>

Els estadis morals són estructures de raonament moral. La decisió que pren la persona és el contingut del judici moral en una situació determinada, i el raonament sobre la seva decisió defineix l'estructura del seu judici moral.

Kohlberg ha rebut algunes crítiques: per què els estadis no són tan fixes, per què el 6è estadi no ha estat demostrat empíricament, per la insuficient correlació entre judici moral i conducta moral, també s'ha qüestionat la universalitat d'aquests estadis o el biaix de gènere de les seves troballes^{63,64}. Malgrat tot, és el referent actual en relació al concepte

de “menor madur” que ha capgirat el món jurídic i sanitari.

J. Rest ^{65,66}, deixeble de Kohlberg, dissenya un sistema d'etapes evolutives que té en compte dos factors: a) *Coordinació d'expectatives mútues* (com s'estableixen les expectatives mútues entre individus cooperadors), i b) *Equilibri d'interessos en grups cooperatius* (com s'equilibren els interessos de les persones). Planteja els següents esquemes de desenvolupament moral:

- **Esquema de l'interès personal** (derivat dels estadis 2 i 3). Fins als 12 anys.
- **Esquema de manteniment de normes** (derivat de l'estadi 4). Representa el “descobriment de la societat”, el més gran avenç socio-cognitiu de l'adolescència.
- **Esquema postconvencional** (derivat dels estadis 5 i 6). Les obligacions morals han de basar-se en ideals compartits, ser plenament recíproques i obertes a l'escrutini.

El Defining Issues Test (1979) (DIT) és una prova, creada per James Rest per mesurar el raonament moral, que no la conducta moral, de la persona. El DIT formula una sèrie de problemes sociomorals o dilemes, de naturalesa hipotètica, per generar conflictes cognitius entre valors. En aquest test no hi ha l'estadi 1 de Kohlberg per considerar-lo imprescindible per fer la prova. El DIT mesura una puntuació de raonament postconvencional (Puntuació P), una puntuació global de maduresa global (Índex D), i una escala de control (Escala M). La seva validació, en castellà, fou realitzada per Pérez-Delgado i García-Ros ^{62,67}.

Posteriorment apareixen alguns instruments de mesura del desenvolupament moral, basats en els estudis de Kohlberg, que mesuren variables cognitives del raonament moral, la majoria dels quals s'empren en context educacional: Ethics Position Questionnaire (Forsyth) ⁶⁸, Sociomoral Reflection Objective Measure (Gibbs) ⁶⁹, Moral Judgment Test (Lind) ⁷⁰, Measure of Moral Values (Hogan) ⁷¹, Ethical Reasoning Inventory (Page i Bode) ⁷², Moral Justification Scale ⁷³.

2.7.2. TIPUS DE DECISIÓ

Un cop valorada la maduresa del menor, caldrà analitzar el tipus de decisió que aquest jove ha de prendre. De fet, a Gran Bretanya, es defensa la postura de sol·licitar un més elevat grau de maduresa quan es tracta de rebutjar un tractament efectiu, que per consentir-lo ⁷⁴.

Sense dubte, l'Escala Mòbil de la Competència de Drane^{39,75} que fa referència a la proporcionalitat de la decisió (com més greu és la decisió, més gran ha de ser el nivell de capacitat que cal exigir a la persona que pren aquesta), és el referent per fer aquest tipus de valoració.

En aquesta escala, en una primera i menys rigorosa categoria es troben els pacients, no només els menors, amb un mínim nivell de competència, que poden acceptar tractaments que són eficaços i rebutjar tractaments ineficaços. La consciència i l'assentiment són els requisits mínims. En aquest nivell hi ha els nens més petits (de més de 10 anys) si tenen una consciència bàsica de la seva situació mèdica i són capaços d'assentir explícita o implícitament a les opcions que se'ls proposa.

En una segona categoria o nivell mig de competència, el pacient ha de ser capaç de comprendre els riscos i conseqüències de les diferents opcions, i decidir a partir d'aquesta comprensió. És necessari un nivell de competència més estricte que l'anterior. En aquest cas es podria consentir o rebutjar tractaments d'eficàcia dubtosa, decidir en casos de malaltia crònica o diagnòstic dubtós. Cal tenir, com a mínim, 16 anys.

Finalment, en una tercera categoria hi ha els pacients amb elevat nivell de competència i que podrien ser capaços de consentir tractaments ineficaços i rebutjar tractaments eficaços. El pacient ha de ser capaç d'argumentar la seva decisió, mostrar haver analitzat els aspectes mèdics i haver-los relacionat amb els seus valors personals. Per aquest nivell de competència es requereix la majoria d'edat. (Veure Taula 7)

Taula 7. Resum de l'Escala Mòbil de la Competència (Drane).

Tipus de decisió	Fàcil	Mitjana	Difícil
<i>Competència necessària</i>	<i>Baixa</i>	<i>Mitjana</i>	<i>Alta</i>
Per consentir	Tractament eficaç, alt benefici/baix risc	Benefici/risc mitjà	Tractament d'alt risc Tractament incert, d'eficàcia desconeguda
Per rebutjar	Tractament incert Tractament de baix benefici/alt risc	Benefici/risc mitjà	Tractament efectiu d'alt benefici/baix risc

La crítica més destacada a l'Escala Mòbil de la Competència de Drane fa referència a la subjectivitat que suposa, doncs són els propis professionals els que valoren la perillositat

de la decisió i els que exigeixen un nivell determinat de competència. Alguns pensadors lliberals l'han considerat una justificació del paternalisme dels metges, però altres defensen que no és així, doncs la competència és exigida prèviament i l'escala intenta mantenir un equilibri entre la beneficència, l'autonomia i la racionalitat.

2.7.3. CONTEXT

Realitzada la valoració de la maduresa del menor i de la gravetat de la decisió a prendre, faltaria reflexionar en altres factors que influencien el grau d'implicació de l'adolescent en la presa de decisions. Aquests es poden agrupar en: 1. dependents del **menor**, 2. dependents de la **família** o cultura, i 3. dependents de la **situació** en que es desenvolupa la decisió (adaptat de McCabe¹¹). (Veure Taula 8)

1. FACTORS DEPENDENTS DEL MENOR

Desenvolupament cognitiu.

Aquest determina l'habilitat de l'adolescent per comprendre la seva malaltia i el tractament de la mateixa. La capacitat d'abstracció de l'adolescent és important per poder apreciar la informació sobre els riscos i beneficis del tractament⁷⁶.

Desenvolupament social.

Aquest és fonamental per la "voluntarietat" necessària pel consentiment informat. La relació de l'adolescent amb l'autoritat condiona la seva "conformitat". De la mateixa manera, l'autopercepció de control incrementa l'assertivitat, així com el sentir-se lliure de la desitjabilitat social. El desenvolupament de la seva pròpia identitat i l'estabilitat de la seva escala de valors també influiran l'estabilitat de les seves decisions⁷⁷. Però, sobre tot, la capacitat d'un adolescent per implicar-se en una decisió mèdica estarà condicionada per les seves experiències prèvies en relació a l'assumpció de responsabilitats⁷⁸. En aquest sentit, Steinberg i Cauffman⁷⁹ parlen de tres categories de trets psicossocials que condicionen la presa de decisió en un adolescent: 1. La seva *perspectiva de futur* (com més joves, menys pensen en el futur, en les conseqüències del que fan), 2. La seva *temprança/ assumpció de riscos* (en la mitja adolescència existeix una cerca d'assumpció de riscos encara no compensada pel un més lent desenvolupament cognitiu, que els fa més vulnerables a tenir problemes), i 3. La seva *responsabilitat* (la influència del grup i la conformitat disminueixen amb l'edat).

L'estat emocional de l'adolescent

Especialment el seu grau d'ansietat i depressió influencien la seva capacitat per processar informació, de raonar, de participar i de fer una elecció^{58,62,74,80,81}. Alguns autors com Kambam⁵⁸, Steinberg o Cauffman⁷⁹ destaquen que els adolescents són especialment susceptibles als potencials efectes deleteris de les emocions en la presa de decisions. L'estat físic del jove (si té dolor, desconfort, o es troba sota els efectes d'alguna medicació o droga que pugui alterar el seu nivell de consciència) influencia la seva capacitat de concentració⁴⁸. La millor forma d'enfrontar l'experiència és quan coincideixen el grau d'informació proporcionat amb l'estil preferit del pacient. L'atribució pròpia de responsabilitat sobre la pròpia salut que el pacient fa, també afecta el seu grau d'implicació en la presa de decisió⁸².

La malaltia crònica

En aquest cas, coexisteixen factors que afavoreixen la maduració (intervencions, ingressos freqüents...) amb altres que la dificulten (sobreprotecció), havent d'enfrontar decisions de risc vital⁸⁰.

Alderson⁴³ pregunta a nens de 8 a 15 anys, que han de ser intervinguts, i als seus pares, a quina edat creuen que podran decidir per ells mateixos. Tan nens com pares responen similar, sobre els 14 anys. Posteriorment fa la mateixa pregunta a nens no malalts, i responen que als 15-17 anys. És a dir, que el fet d'estar malalts, els fa sentir amb més seguretat per decidir sobre la pròpia salut. Quan fa la mateixa pregunta als professionals sanitaris, aquests responen: sobre els 10,3 anys, per tant, potser, els sanitaris tenen massa expectatives envers els seus pacients. Un altre estudi arriba a la conclusió que els nens malats desitgen poder participar en el procés de decisió sobre la pròpia malaltia i la seva experiència d'emmalaltir els ajuda a madurar més ràpidament⁸³. I, de fet, la participació activa en les decisions relatives al tractament afecta positivament els resultats⁸⁴. Però en un estudi realitzat per Watts et al⁸⁰, que explora la capacitat per decidir en nens sans i la compara amb nens amb malaltia crònica, tots ells de 9 a 14 anys d'edat, emprant un dilema de Weithorn i seguint els criteris de Appelbaum, observa que els nens malats puntuen pitjor en la capacitat de "comprensió", mentre que en les altres 3 habilitats (apreciació, raonament, elecció) no hi ha diferències entre els dos grups. Per tant, la malaltia pot minvar la capacitat dels nens, en tant que pot ser causa d'ansietat, de depressió, de sobreprotecció per part dels pares.. De totes maneres, un estudi posterior, en el qual es compara la competència per decidir, emprant el MacCAT-T, en nens VIH+ i

nens sans de 7 a 17 anys, no troba diferències significatives, malgrat el grup de nens malalts presenten pitjor puntuació en l'adaptabilitat emocional⁸⁴.

Pensament màgic de l'adolescent

Algunes característiques del pensament del adolescent, com el pensament màgic egocèntric respecte a la ocurrència (“això mai no em passarà”) o respecte al temps (“jo ja ho he deixat..des d'ahir”), calen valorar-se⁴⁸. En concret, la perspectiva del temps, l'orientació cap el futur, avança a mesura que es progressa al llarg de l'adolescència^{58,79}.

2. FACTORS DE LA FAMÍLIA I CULTURA

L'entorn familiar, cultural i religiós de l'adolescent condiciona la seva capacitat per prendre decisions⁸⁵ així com l'estil d'interacció amb el servei sanitari i la manera de comunicar-se en relació amb la malaltia. L'adolescent aprèn a decidir dins la família. Així, en famílies on es discuteix molt, o en les que els pares s'involucren poc en les decisions familiars, l'adolescent decideix menys⁸⁶. Cal conèixer el suport familiar que té el jove, les relacions patern - filials, l'estructura familiar i rols en la mateixa.

La pressió de grup també és un factor a tenir en compte. El grup dóna seguretat emocional, sensació de pertinença, i ajuda a desenvolupar nous conceptes de sí mateix, amplia els seus valors i interessos. Però també exerceix certa pressió que pot disminuir l'autonomia del que decideix⁸⁷. I, de fet, l'adolescent és especialment vulnerable a la influència dels companys, per exemple, en el moment de tenir alguna conducta de risc⁵⁸.

3. FACTORS DE LA SITUACIÓ

El grau de dificultat de la decisió, juntament amb la incertesa que pot implicar dificulten la mateixa. Per altra banda, el grau d'estrès de la situació (manca de temps per tractar-se d'una urgència o per l'elevada pressió assistencial, manca de consens entre les parts implicades...) pot exigir fer una valoració ràpida i precisa, tot i que seria bo treballar en xarxa, de manera que el metge de família o pediatra d'aquell adolescent, que li fa el seguiment i el coneix, pogués participar en el procés deliberatiu^{11,48}. En relació a les possibles circumstàncies de crisi que dificulten la presa de decisions, en un estudi que mesura la competència moral en nens que han sofert una situació estressant com és haver viscut un terratrèmol, s'objectiva que els nens que han patit aquesta situació han desenvolupat més la seva competència moral i assumeixen més responsabilitats que altres que no ho han viscut⁸⁸. Per altra banda, aquelles situacions en què no coincideix

l'opinió de l'interessat amb la dels seus pares o del professional sanitari, també, enterboleixen el procés de decisió.

Taula 8. Factors contextuais en la presa de decisions

Del menor	De la família i cultura	De la situació
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presència de dolor, malestar, us de medicació que altera el nivell de consciència ▪ Pressió externa del grup ▪ o de la família ▪ Estat emocional: estrès, por, depressió ▪ Malaltia crònica ▪ Pensament màgic adolescent ▪ Nivell cognitiu ▪ Desenvolupament social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afectivitat dins la família ▪ Suport familiar ▪ “Rol” del menor dins la cultura a la qual pertany 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Context d'urgències ▪ Relació esporàdica o de confiança ▪ Pressió assistencial

Alguns autors remarquen aquests factors contextuais de l'adolescent, en la seva valoració de la competència per prendre decisions relacionades amb la seva salut. Per exemple, Pearce⁸⁵ suggereix que per tal que un menor sigui competent per consentir cal haver arribat a un estat de maduresa tal què:

- Tingui un clar concepte de sí mateix en relació amb els altres, i sigui capaç de reconèixer les pròpies necessitats i les dels altres.
- Proporcioni una comprensió clara del seu problema i de les implicacions del tractament
- Entengui tant els riscos com els beneficis, i fer-ho, a més a més, en relació a la influència del temps.

També suggereix que la competència per rebutjar un tractament ha de ser més gran que la necessària per acceptar un tractament.

Proposa un procediment de valoració de la competència per donar el consentiment per

part del menor que queda reflectit en la taula 9.

Taula 9. Valoració de la competència per donar el consentiment, adaptat de Pearce⁸⁵

-
1. Estat del desenvolupament cognitiu del nen. El nen coneix:
 - la naturalesa de la malaltia
 - les pròpies necessitats i les dels altres
 - els riscos i beneficis del tractament
 - el concepte d'un mateix
 - el significat del temps: passat, present, futur
 2. Relació del nen amb els pares: li dóna suport i afecte?
 3. Relació del nen amb el metge : és de confiança i confidència?
 4. L'opinió d'altres persones significatives pel nen
 5. Riscos/beneficis del tractament versus no tractament
 6. La naturalesa de la malaltia: si és aguda, crònica, incapacitant, de risc vital
 7. La necessitat de consens : cal més temps, més informació, una segona opinió?
-

Reder i Fitzpatrick⁸¹ constitueixen un marc de referència per valorar la “capacitat de comprensió” de la informació per part del nen, que va més enllà del pla cognitiu, i inclou el significat que ell atribueix a la informació rebuda, la rellevància personal que li dóna en el seu context de circumstàncies passades i presents, i la consciència de les implicacions de les decisions que pren. Per tant, la comprensió del jove dependrà de:

- **Claredat de comunicació.** Cal emprar un llenguatge adaptat a l'edat del nen, deixar temps per a que ell respongui, emprar el joc...
- **Complexitat de les qüestions.** Cal desxifrar les qüestions complexes, donar exemples propers, considerar l'impacte de les possibles decisions..
- **El seu desenvolupament cognitiu.** Durant l'entrevista caldrà tenir en compte factors cognitius com: coneixement, alerta a l'entorn, riquesa d'idees, comprensió, judici social, raonament, atenció a la informació rebuda, habilitat de planificació. L'entrevistador es pot preguntar: sobre el reconeixement, per part del nen, de les decisions i de les seves conseqüències, si distingeix les implicacions per ell i pels altres, si pot situar en el temps les seves decisions, si mostra capacitat pel

pensament abstracte, per balancejar riscos i beneficis, si ho situa en un món realista.

- **El seu estat emocional.** L'ansietat, la tristor, la confusió per missatges contradictoris, condicionen la seva capacitat de decisió.
- **L'impacte de conflictes personals i interpersonals**

Un altre autor, Shaw⁷⁴, suggereix que el judici de la competència d'un menor només es pot fer cas per cas, tenint en compte l'**individu**, les seves **circumstàncies** i el **tipus de decisió**. Tanmateix recalca que cal enregistrar la valoració de competència que es realitza. (*Veure Taula 10*)

Taula 10. Criteris de competència segons Shaw⁷⁴.

Una persona jove serà més competent i contribuirà a la presa de decisions:

Amb la presència de :

- Una relació paterno-filial afectiva i de suport
- Confiança en la relació metge-pacient
- Informació adequada i presentada apropiadament

Lliure de :

- Pressió
- Pànic
- Dolor
- Altres factors temporals que puguin condicionar el judici

Comprentent que:

- Hi ha una decisió a prendre
- Les decisions tenen conseqüències
- La naturalesa de la malaltia
- Les intervencions recomanades i alternatives
- Riscos i beneficis de intervenir o no intervenir
- Conseqüències a llarg termini de les diferents opcions

Amb capacitat per:

- Retenir el que ha entès
- Apreciar la seva importància
- Veure com es pot aplicar a ell
- Sospesar les qüestions en una balança
- Arribar a una decisió

Mann et al⁸⁷ després d'una revisió de la bibliografia, arriben a proposar una llista de nou elements, les nou “C” de la competència per prendre decisions:

- **“Choice”**: La disposició a prendre una decisió, és un prerrequisit per prendre una decisió madura. El control de les decisions és en relació amb el locus intern de control i amb una elevada autoestima. En un estudi realitzat a 868 adolescents australians, objectiven que els més grans (de 15-17 anys) puntuaven millor en aquesta capacitat que els més joves. A vegades el creixement personal i capacitat per decidir és frenat per la pressió de grup, havent-hi un pic de conformitat envers el grup cap als 12-13 anys que s'allarga fins els 15, segons estudis americans i australians.
- **“Comprehension”**. Comprendre que per poder realitzar un procés de decidir cal un procés cognitiu de base. En aquest sentit, els estudis avalen l'evolució cognitiva progressiva amb l'edat, així els de 15 anys tenen més coneixements que els de 12 anys.
- **“Creative problem-solving”**. Cal clarificar i definir el problema, l'objectiu, generar diferents opcions, combinacions de les alternatives, seqüència de passos a seguir per arribar a l'objectiu. En el seu estudi, Mann et al. troben que els adolescents de 15 anys són més creatius generant opcions que els adolescents menors, tot i que aquesta habilitat disminueix quan es tracta de manegar conflictes interpersonals.
- **“Compromise”**. La disposició a prendre compromisos és essencial per adquirir una bona competència per decidir. L'habilitat de comprendre, de considerar l'opinió dels altres, de poder negociar, és important per poder comprometre's.
- **“Consequentiality”**. La habilitat de pensar en les possibles conseqüències per un mateix i pels altres, és element clau de la competència per decidir. En aquesta habilitat novament hi ha evidència de l' “efecte edat”, de manera que com més gran és l'adolescent, més pensa en riscos i beneficis.
- **“Correctness of choice”**. Novament, la capacitat per fer una elecció “raonable” és més desenvolupada en adolescents de més de 14 anys.¹²
- **“Credibility”**. La capacitat d'avaluar la credibilitat de la informació relacionada amb les alternatives d'elecció. En aquest cas, els adolescents de 13-15 anys

són més crèduls que els de 18⁸⁹.

- **“Consistency”**. L'estabilitat en el patró de decisió és una característica de la competència en prendre decisions. Els adolescents sovint fluctuen en les seves preferències, però potser els més grans, són més estables, tot i que no hi ha evidència al respecte.
- **“Commitment”**. Les decisions impliquen compromís, responsabilitat. També en aquesta habilitat hi ha una evolució progressiva amb l'edat⁸⁷.

Finalment, cal citar Langer et al., que proposen el Pre-Adult Health Decision-Making model (PAHDM) com a esquema de valoració dels factors que influeixen la presa de decisió d'un menor, tenint en compte que aquest es troba en un procés de desenvolupament personal i de contínua interacció amb l'entorn que l'envolta⁴⁵. Així, identifica en l'adolescent que ha de decidir uns inputs (coneixements i creences) i uns outputs (actituds i comportaments), banyats tots ells per uns factors biopsicosocials i per un estil de decisió, influenciat pels companys, pares o bé un mateix.

2.8. REFLEXIONS A PARTIR DE LA REVISIÓ

En la valoració de la competència d'un menor per poder decidir sobre la pròpia salut, l'exploració de la maduresa n'és un pilar fonamental. Però la maduresa, no és una variable dicotòmica, sinó que la seva adquisició és progressiva i requereix acompanyament, comprensió, escolta atenta i ajuda, ja des de la infància, així com formació específica del professional que l'ha de valorar amb l'ajut dels instruments existents al seu abast (tot i que en l'actualitat no es disposa d'un instrument ràpid, vàlid i fiable per aquesta tasca). De ben segur que amb la participació activa de l'adolescent en el procés de decisió, s'enriquirà molt la relació assistencial i s'aconseguirà millors acompliments terapèutics i satisfacció per part de les parts implicades. Però per aconseguir-ho cal una important dosi de maduresa per part del que condueix el procés, respecte mutu i una comunicació efectiva.

2.9. IMPACTE POTENCIAL

La utilitat pràctica d'aquest estudi es basa en la possibilitat d'obtenir un test fàcil d'aplicar en un context clínic que serveixi d'ajuda per la valoració de la maduresa i competència d'un menor que ha de fer front a la presa d'una decisió concreta que implica la seva salut, la seva persona. No hi ha, en l'actualitat, cap instrument ràpid, objectiu i fiable que faci aquesta valoració, i, segons la Llei de protecció del Menor, el metge ha de determinar la capacitat del menor de forma objectiva, i ha de deixar constància del mètode emprat per fer-ho, afirmant que: *” és criteri del professional sanitari la valoració de la competència del menor per prendre decisions relatives a la seva pròpia salut, i és necessari que el facultatiu faci una apreciació de la capacitat intel·lectual i emocional del menor per comprendre la situació”*.

Tanmateix, la realització d'aquest test no requereix cap formació especialitzada per part de l'enquestador i, en canvi, permet l'obtenció de dades objectives sobre el raonament que motiva el jove a prendre una decisió o una altra.

Per altra banda, l'obtenció d'un test d'aquestes característiques té molta importància, donat que, actualment, en nombroses situacions de la pràctica clínica diària, aquesta valoració es fa necessària (consum de tòxics en adolescents, píndola postcoital...)

JUSTIFICACIÓ

3. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

Aquest estudi neix de la dificultat per valorar i quantificar la competència d'un menor, el conflicte ètic que es planteja i la necessitat de cercar algun element objectiu que serveixi d'ajuda al facultatiu en el moment d'haver de valorar la maduresa d'un menor davant una decisió relativa a la seva pròpia salut.

Existeixen escales validades que mesuren les actituds morals (Defining Issue Test de Rest) o la competència moral (Test de Judicis morals de Lind). Aquest últim, que es podria considerar un "gold-standard", no és validat en la nostra llengua, té dificultats d'aplicació en la pràctica clínica i no està específicament dissenyat per prendre decisions mèdiques, així, doncs, no és aplicable a la pràctica clínica diària.

Dins la perspectiva actual de manca d'escala que pugui ser emprada com a criteri "gold standard", aquest projecte resulta molt interessant, doncs si s'aconsegueix una escala vàlida, fiable y fàcil d'administrar, seria de gran ajuda tan per fer recerca com per solucionar problemes assistencials reals.

Dels múltiples factors que influencien la conducta moral, és el judici moral el que més ajuda a determinar-la. Per aquest motiu aquest estudi es centra en la valoració de la maduresa . A més a més, el raonament moral, tal com defensa Kohlberg, és irreversible, mentre que la conducta moral és situacional i reversible.

JUSTIFICACIÓ

HIPÒTESIS D'INVESTIGACIÓ

4. HIPÒTESIS D'INVESTIGACIÓ

HIPÒTESIS CONCEPTUALS

- La competència moral és un procés que s'adquireix de manera progressiva en la persona.
- La competència moral està fonamentada pel grau de desenvolupament de la maduresa moral.

HIPÒTESIS OPERATIVES

- En l'adquisició de la maduresa moral es distingeixen diferents estadis.
- És possible mesurar la maduresa moral mitjançant un test de raonament sobre conflictes morals.
- La maduresa d'un adolescent es correlaciona amb el seu desenvolupament cognitiu i rendiment acadèmic.
- Diversos factors condicionen la maduresa d'un adolescent, entre ells: l'edat, el gènere, l'entorn on viu, el tipus d'escola al qual assisteix.

HIPÒTESIS D'INVESTIGACIÓ

OBJECTIUS

5. OBJECTIUS

OBJETIU PRINCIPAL

- Crear i validar un test per la valoració de la maduresa per a prendre decisions mèdiques en menors d'edat entre 12 i 16 anys.

OBJECTIUS SECUNDARIS

- Avaluar la correlació de la maduresa dels adolescents amb el seu desenvolupament cognitiu i el seu nivell acadèmic.
- Conèixer si existeixen diferències de maduresa dels menors en funció de diferents variables (edat, gènere, tipus d'escola, tipus de població).
- Proposar aquest test com instrument de valoració de la maduresa en menors de 12 a 16 anys.

OBJECTIUS

METODOLOGIA

6. METODOLOGIA

6.1. DISSENY I ÀMBIT D'ESTUDI

Estudi quantitatiu, descriptiu, observacional i transversal que es realitza en un context tant rural com urbà de la província de Lleida de gener a juny de 2009.

6.2. MOSTRA

Mostra de 441 adolescents entre 12 i 16 anys, estudiants entre 1er i 4art d'ESO en Centres d'Estudis de Secundària de la província de Lleida i submostra de 76 subjectes en una segona fase.

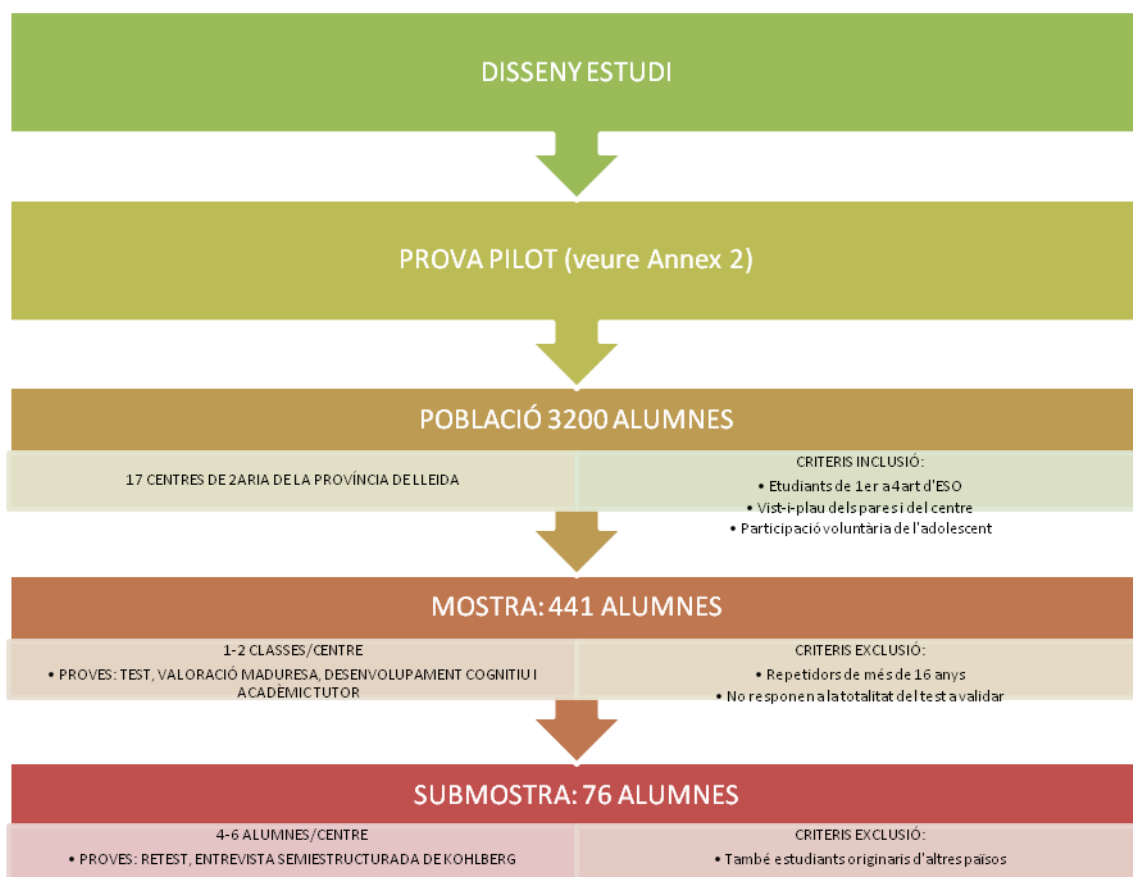
6.2.1. TIPUS DE MOSTREIG

Mostreig aleatori per conglomerats (classes). Es seleccionen 19 classes d'estudiants de 1er a 4art d'ESO (12 a 16 anys) corresponents a 17 Centres diferents de Secundària de Lleida. La recollida de dades es realitza en dues fases:

1. Selecció d'una mostra inicial de 441 alumnes corresponents a les 16 classes seleccionades on es passa l'escala principal a validar.
2. Dels centres escollits, s'ha intentat que la mostra sigui equilibrada en quant a àmbit de treball (rural versus urbà) i finançament de l'escola (pública versus concertada). Cada centre aporta alumnes d'una aula del curs que se li assigna, tret de dos centres que n'aporten dos. S'intenta que les característiques contextuals dels grups siguin el més similars possibles; així, en cada localitat s'escull el mateix curs en dos centres, un públic i l'altre, concertat.
3. Selecció d'una submostra de 76 estudiants (de 4 a 6 alumnes per classe) a la qual, als 7 dies, es repeteix el mateix test (retest) i es passa l'entrevista semiestructurada (Kohlberg) la qual reporta una puntuació que es farà servir com a gold standard per la validació del test (Moral Judgement Interview-Weigh Average Score) (MJI-WAS). La informació obtinguda en aquesta submostra servirà per avaluar la reproductibilitat i la validesa del test enfront la prova referència.

Als tutors dels alumnes de la primera fase (mostra de 441) se'ls demana que facin una valoració, mitjançant escales de Likert, de la maduresa, cognició i rendiment acadèmic de cadascun dels seus alumnes.

Figura 1. Esquema de l'estudi.



6.2.2. MIDA DE LA MOSTRA

La mostra inicial prevista va ser d'uns 30 alumnes per centre (480 subjectes aproximadament). Aquesta mida de mostra ens assegura obtenir una estimació, suficientment precisa ($\pm 0,07$) del coeficient de Kuder Richardson (KR-20) (anàleg al coeficient Alpha de Cronbach per ítems dicotòmics) del test a validar i una versió reduïda, tal com suggereixen **Yurdugül H., Charter, R. A**^{90,91}. Es va preveure un 5% de pèrdues de seguiment o alumnes que no complirien els criteris d'inclusió. Finalment es va aconseguir una mostra de 441 alumnes, dels quals van valorar el test complet 438.

La submostra posterior de 76 subjectes es va seleccionar de manera que, com a mínim,

es tinguessin representats tots els perfils discursius. Alumnes amb puntuacions màximes en el test i puntuacions baixes en el test (2), de cada sexe (2), de cada tipus de centre (públic, concertat), de cada tipus de població (urbana, rural) per cada curs (4). Això representaria un mínim de 64 subjectes. La submostra de 76 subjectes ens permetria estimar un coeficient de correlació lineal de Spearman esperat entre el resultat del test a validar (T-17) i la prova de referència de, com a mínim, 0,6 amb una precisió $\pm 0,05$ en un interval de confiança del 95% segons l'aproximació normal i tenint en compte un 10% de pèrdues o no respostes .

6.3. MESURES

6.3.1. EL TEST SUSCEPTIBLE DE VALIDACIÓ

És un qüestionari estructurat que consta de 17 preguntes tancades que plantegen situacions hipotètiques que donen lloc a un dilema moral. Els adolescents han de respondre una de les quatre respostes múltiples que dóna cada cas, la que ells consideren més d'acord al seu sistema de valors. Les respostes estan estudiades i treballades de forma que en cada cas hi ha dos respostes pre-convencionals i dos convencionals o post-convencionals, segons els nivells de maduresa moral de Kohlberg i en base al criteri de judici d'experts. De les dos respostes preconvencionals de cada cas, una argumenta en el sentit dels valors de l'enquestat i l'altra, en el contrari, i el mateix passa amb les dos respostes convencionals, de manera que interessa l'argumentació de l'elecció i no el sentit de la mateixa. Aquest és un bon mètode per valorar la capacitat de judici moral de les persones⁷⁰. Aquest test fou dissenyat per un equip multidisciplinar (metges, infermers, psicòlegs, filòsofs, tots ells amb formació en bioètica), com a escala de mesura de raonament de conflictes morals, a partir del model escalar de Thurstone⁹², per valorar la maduresa dels menors davant decisions sobre la pròpia salut, al 2007. El mètode emprat és el "criteri de judici d'experts" o "prova de jutges"⁹³. En aquell moment es va sotmetre a prova, administrant-lo a una mostra de 60 estudiants de 14-15 anys, a partir de la qual es va ajustar⁹⁴. (*Veure resum prova pilot en Annex 2*).

El format d'administració dels qüestionaris és l'autoadministració supervisada.

(*Veure definició de variable principal 6.5.1.*)

6.3.2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE KOHLBERG

Com a gold-standard del test a validar es considera la puntuació resultant de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg⁹⁵ (Moral Judgement Interview -MJ-). Aquest tipus de test,

METODOLOGIA

“semi-qualitatiu”, aporta informació fiable sobre el grau de maduresa de l'enquestat en un temps de realització superior a 30 minuts , més una hora de correcció. Tan per la realització de l'entrevista com per la correcció de la mateixa es requereix un professional ensinistrat per fer-ho. Tal com s'ha dit, aquesta entrevista és administrada a una submostra més reduïda de participants, la selecció de la qual s'ha fet en funció dels resultats del test a validar- de manera que es valorin els diferents *perfils discursius** .Així doncs es trien alumnes amb perfils de maduresa extrems segons el test, és a dir, alumnes amb puntuacions màximes en el test i altres amb puntuacions baixes en el test . Com a mínim hi ha 1 alumne de cada perfil discursiu (1 per cada sexe (2), tipus centre (2), tipus de població (2), curs (4), grau de maduresa segons test(2)).

*perfil discursiu: definit per un curs, un sexe, un tipus de centre, un tipus de població i un grau de maduresa del test

El format d'administració és l'administració per personal entrenat.

(Veure definició de variable clínica 6.5.2.B “entrevista semiestructurada de kohlberg”)

6.3.3. VALORACIÓ DEL TUTOR

Paral·lelament, al tutor de cada grup se li demana que valori la maduresa, desenvolupament cognitiu i acadèmic dels seus alumnes segons una escala de Likert de 1-5 .

6.4. SUBJECTES DE L'ESTUDI

Mostra de 441 adolescents entre 12 i 16 anys, estudiants entre 1er i 4art d'ESO en Centres d'Estudis de Secundària de Catalunya.

6.4.1. CRITERIS D'INCLUSIÓ

- Estudiants de 1er a 4art d'ESO .
- Vist-i-plau dels pares i del centre.
- Participació voluntària de l'adolescent.

6.4.2. CRITERIS D'EXCLUSIÓ

- Individus repetidors de més de 16 anys.
- S'exclouen de l'entrevista semiestructurada i retest als estudiants originaris d'altres

països per la possible dificultat de comprensió de l'entrevista.

- Manca d'autorització paterna o rebuig de l'alumne a participar.
- Són exclosos de l'estudi aquells participants que no responen la totalitat del test a validar.

6.5. VARIABLES

6.5.1. VARIABLE PRINCIPAL(T-17):

Convencionalitat de l'escala de valoració de la maduresa:

Cada cas del test té quatre respostes possibles (2 immadures i 2 madures), i es calcula, per alumne, el nombre de respostes madures o convencionals, tenint en compte que a més respostes convencionals més grau de maduresa moral o convencionalitat. Per tant l'escala prendrà un rang de valors entre 0 i 17 en funció del nombre de respostes madures entre tots els ítems.

6.5.2. VARIABLES SECUNDÀRIES:

A. VARIABLES PERSONALS:

Edat:

Mesura dels anys que tenen els alumnes adolescents el dia que se'ls realitza la prova, mitjançant la data de naixement. El rang d'edats oscil·la entre 12 i 16 anys

Gènere de l'alumne:

Variable dicotòmica. Es categoritza en home o dona.

Tipus de centre:

Els instituts d'ESO on es realitza la prova es categoritzen en instituts públics o concertats.

La Taula 11 detalla els centres participants. Un centre de Lleida rebutja la seva participació en l'estudi.

Taula 11. Centres participants

CENTRE	Localitat	Finançament	Alumnes aportats
L'ESTONNAC	Lleida	Concertat	24
CLAVER	Lleida	Concertat	52
IES GUINDÀVOLS	Lleida	Públic	22
IES GILI I GAYA	Lleida	Públic	24
IES MÀRIUS TORRES	Lleida	Públic	28
LES HEURES	Lleida	Concertat	23
EPISCOPAL	Lleida	Concertat	30
ESCOLA PIA	Balaguer	Concertat	21
IES MANUEL DE PEDROLO	Tàrraga	Públic	15
IES JOAN BRUDIEU	La Seu d'Urgell	Públic	57
IES MARIA RÚBIES	Lleida	Públic	14
SANT JOSEP	Tàrraga	Concertat	23
LA SALLE	La Seu d'Urgell	Concertat	17
IES ALMATÀ	Balaguer	Públic	20
IES LA SERRA	Mollerussa	Públic	22
MARISTES	Lleida	Concertat	23
LA SALLE	Mollerussa	Concertat	23

Tipus de població

El centre de l'alumne pot pertànyer a una població definida com de tipus urbana (població de més de 20000 habitants) o en un població d'àmbit més rural (població de menys de 20000 habitants).

Nacionalitat

Determinada pel país de procedència.

B. VARIABLES CLÍNIQUESValoració cognitiva de l'alumne (tutor):

Es mesura l'apreciació de la capacitat cognitiva de l'alumne per part del tutor en base a una escala quantitativa de Likert de l'1 al 5 (de menys a més).

Valoració de la maduresa de l'alumne (tutor):

Es mesura la valoració de la maduresa de l'alumne per part del tutor en base a una escala quantitativa de Likert de l'1 al 5 (de menys a més).

Valoració acadèmica de l'alumne (tutor):

Es mesura la valoració del rendiment acadèmic de l'alumne per part del tutor en base a una escala quantitativa de Likert de l'1 al 5 (de menys a més).

Puntuació de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg (MJI-WAS):

Consta de tres situacions hipotètiques que plantegen conflictes ètics, davant les quals, l'enquestat ha de respondre obertament un nombre de qüestions (*veure Annex 5*). En funció de les respostes obtingudes per cada alumne, s'estableix el seu grau de maduresa. Cal fer correspondre les respostes de l'alumne amb uns judicis concrets d'entrevista i buscar la seva contrapart conceptual, els "criteris de judici", en el manual de puntuació de l'entrevista, seguint les normes establertes⁹⁵. Posteriorment, cal assignar l'estadi de maduresa de l'entrevista en funció de les correspondències entre els "judicis d'entrevista" i els "criteris de judici". Finalment, es calcula el weighted average score (WAS) com una puntuació quantitativa. A més puntuació WAS, més madur es considera l'individu entrevistat. La puntuació oscil·la entre 100 i 400 punts. (*Veure exemple en Annex 6*).

Temps de resposta del test:

Mesura del temps en minuts de la realització del test a validar (T-17).

6.6. ANÀLISI ESTADÍSTICA

S'utilitza el paquet estadístic SPSS 15.0. L'anàlisi estadístic es realitza en 4 fases:

- Anàlisi descriptiva,
- Anàlisi de les característiques psicomètriques del test a validar,
- Interpretació dels resultats: Proposta de classificació del grau de maduresa en funció del test,
- Anàlisi comparativa entre les escales en funció de gènere, edat, tipus de població i tipus d'escola.

6.6.1. ANÀLISI DESCRIPTIVA

Es realitza una anàlisi descriptiva de les variables de l'estudi: gènere, procedència, edat, curs, centres participants, temps emprat per la realització del test, puntuació del test a validar (T-17), puntuació de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg (MJL-WAS), valoració cognitiva, acadèmica i de maduresa per part del tutor, retest.

6.6.2. ANÀLISI DE LES CARACTERÍSTIQUES PSICOMÈTRIQUES DEL TEST A VALIDAR

Per l'anàlisi de les característiques psicomètriques del test a validar, i donada la dificultat que suposa validar un test de valoració de maduresa, per al qual no hi ha antecedents de característiques similars, es segueix un procediment d'avaluació d'instruments de mesura de qualitat de vida relacionats amb la salut, a partir de la proposta de la xarxa IRYSS⁹⁶ (Red de Investigación en Resultados y Servicios Sanitarios), del comitè científic del Medical Outcomes Trust⁹⁷, la de Guyatt G.H et al.⁹⁸ i la de Hays et al.⁹⁹.

S'avaluarà l'acompliment de quatre atributs fonamentals d'aquest tipus de test: 1. Factibilitat/ Viabilitat, 2. Fiabilitat (consistència interna, fiabilitat test-retest), 3. Validesa (de contingut, estructural-“efecte sostre” i “efecte terra”-, de constructe, de criteri), 4. Sensibilitat al canvi (“effect size”)

6.6.2.1. FACTIBILITAT/ VIABILITAT

Fa referència a la facilitat d'us de l'instrument. Es té en compte:

- Temps per emplenar el qüestionari. S'estima el temps en mitjana que tarden els alumnes en contestar el qüestionari junt amb el seu interval de confiança al 95% mitjançant l'aproximació normal (IC95%).
- Nombre (proporció) de respostes contestades/ perdudes.

6.6.2.2. FIABILITAT

La fiabilitat fa referència a l'estabilitat dels resultats en circumstàncies semblants.

En la puntuació dels tests, existeix un component de puntuació real, un component d'error sistemàtic i un component d'error aleatori. La fiabilitat és el grau en què un instrument queda lliure d'error aleatori. A mesura que augmenta l'error aleatori, la fiabilitat s'aproxima a 0. Per avaluar la fiabilitat, a partir de l'estimació de l'error aleatori s'usa diferents mètodes: l'avaluació de la Consistència Interna i la fiabilitat test-retest.

▪ **CONSISTÈNCIA INTERNA**

Mesura un únic coeficient de la correlació global existent entre tots els ítems de la mateixa escala (T-17). Aquest coeficient estima la fiabilitat del qüestionari a partir d'una única administració. Calcula la homogeneïtat dels ítems, a partir de les covariàncies de les respostes als ítems del qüestionari, que està relacionada amb la unidimensionalitat d'aquest, indicant que la prova mesura una única variable (en aquest cas: maduresa). Les proves multidimensionals, que mesuren diferents dimensions dins d'un sol constructe, tendeixen a presentar coeficients de fiabilitat més baixos. Cal dir, a més a més, que la fiabilitat d'un test és funció directa de la extensió (nombre d'ítems) de la prova, de manera que amb proves curtes (<10 ítems) és esperable trobar coeficients baixos.¹⁰⁰

Com a mesura global de la consistència interna d'un test per validar es calcula l'Alpha de Cronbach (recorregut de 0=nul·la consistència, a 1=alta homogeneïtat dels ítems). Aquest és el coeficient més emprat per estimar la fiabilitat d'un test basant-se en la consistència interna. Per opcions d'ítems dicotòmics, com és el test que ens ocupa, s'empra el coeficient de Kuder Richardson (KR-20), que té el mateix recorregut que l'alpha de Cronbach. Valors satisfactoris es consideren superiors a 0,7, però no existeix una regla fixa per tots els casos, depenent del tipus d'instrument, els seu propòsit i el tipus de fiabilitat que es demana, en base als estudis publicats sobre el tema¹⁰⁰.

En el present estudi s'analitza la fiabilitat calculant el coeficient KR-20 del test global i en funció del gènere i edat dels participants, tipus de centre i tipus de població d'estudi.

▪ **FIABILITAT TEST-RETEST**

Es refereix a l'estabilitat entre dos mesures amb el mateix qüestionari quan no hi ha canvis rellevants en l'estat de salut del pacient (o altres circumstàncies que puguin afectar la puntuació). Mostra fins a quin punt les puntuacions obtingudes amb un instrument poden ser generalitzades a través del temps.

Requereix dues administracions de l'instrument. En aquest cas, la segona determinació es realitza una setmana després de la primera només a la submostra de 76 participants.

Per l'avaluació de la reproductibilitat o fiabilitat test-retest, s'usen mesures de la concordança, generalment el Coeficient de Correlació Intraclasse (CCI), amb recorregut de 0=fiabilitat nul·la, a 1=excel·lent fiabilitat. Valors >0,7 es consideren satisfactoris.

És una mesura de l'estabilitat de la prova.

6.6.2.3. VALIDESA

La validesa és el grau en què l'instrument reflecteix el que es pretén mesurar.

Tipus de validesa:

- **VALIDESA DE CONTINGUT**

És l'abast que té una mesura per mostrar un rang representatiu del comportament que s'estudia. La seva avaluació és força subjectiva, però idealment inclou: una comparació sistemàtica amb estàndards que existeixin, opinió d'experts, revisió de la literatura, entrevistes amb individus objectes de la mesura. Aquest tipus de validesa no s'avalua amb cap mesura psicomètrica.

- **VALIDESA ESTRUCTURAL**

Cada escala que es crea té uns conceptes a avaluar, relacionats entre ells, i està dirigida a un tipus de població concret. La validesa estructural avalua la dimensionalitat de l'escala, i requereix que cada escala representi, adequadament, la variabilitat observable. Encara que aquesta escala té una única dimensió global, s'intenta avaluar la dimensionalitat d'aquesta.

Per l'avaluació de la **dimensionalitat** de les escales s'utilitza l'*anàlisi de correspondències*¹⁰¹, tècnica que té per objectiu descriure les relacions entre variables nominals, recollides en una taula de correspondències, sobre un espai de poques dimensions, al temps que es descriuen les relacions entre les categories de cada variable.

D'aquest anàlisi es presenten els coeficients que cada ítem representa sobre cada una de les dues dimensions representades i el % de variances explicada de cada dimensió. A nivell gràfic es representa un diagrama de correspondències múltiples dels ítems respecte les dues dimensions.

Per l'avaluació de la **variabilitat**, s'usa els conceptes de "**efecte sostre**" i "**efecte terra**".

"**Efecte terra**": proporció de subjectes amb les puntuacions mínimes possibles, en un ítem o una dimensió del qüestionari

"**Efecte sostre**": proporció de subjectes amb les puntuacions màximes possibles, en un ítem o una dimensió d'un qüestionari.

Es recomanen valors d'aquests efectes inferiors al 15%

▪ **VALIDESA DE CONSTRUCTE I DE CRITERI**

És el grau amb què l'instrument aconsegueix una sèrie d'**hipòtesis a priori**

Existeixen diferents maneres de provar la validesa de constructe i de criteri:

♣ **Validesa convergent/ divergent**

-Validesa convergent: si existeix una correlació "raonable" entre l'instrument d'interès (o les seves dimensions) i altres, que mesuren conceptes similars i/o mètodes de referència. Correlacions $>0,6$ corresponen a associacions d'elevada intensitat, i $<0,3$ indiquen manca d'associació. En aquest cas s'estima el coeficient de correlació lineal de Spearman entre la puntuació de l'escala a validar i el resultat del MJI-WAS, usat com a gold standard.

Per altra banda, també s'estudia la correlació de la maduresa mesurada amb el test i amb la valoració de la mateixa que fa el tutor, mitjançant el coeficient de correlació de Spearman. A nivell gràfic es representen diagrames de dispersió entre els instruments amb l'ajust lineal, en dues i tres dimensions. També es representen mitjançant diagrames de línies de les mitjanes del test a validar junt amb l'escala MJI-WAS a diferents estadis de Kohlberg.

-Validesa divergent: correlació més dèbil o nul·la entre qüestionaris que mesuren conceptes diferents. S'avalua el grau de correlació existent entre les valoracions subjectives del tutor en quant a desenvolupament cognitiu i rendiment acadèmic dels alumnes versus el resultat del test mitjançant el coeficient de correlació de Spearman.

♣ **Validesa de grups extrems o grups coneguts**

Compara puntuacions en grups que s'espera tinguin diferents nivells de l'atribut d'interès.

S'avalua les diferències mitjanes dels resultats del test a validar entre gèneres, tipus de població (rural/urbana), tipus d'escola mitjançant el test T-student de mostres independents, i, el resultat del test entre diferents edats, mitjançant el test de tendència ANOVA. Per avaluar el grau d'associació existent es calcula la mida de l'efecte, la puntuació mitjana, Interval de confiança al 95% aproximació normal, valor mínim, màxim del test per cada nivell de cada variable analitzada. Com a resultat del test de significació es presenta el p valor resultant de cada test. Gràficament es representen diagrames de caixes del resultat del test en funció del sexe.

Per altra banda, també es mesura la possible correlació de la maduresa determinada pel

test amb el temps emprat per la realització d'aquest, mitjançant el coeficient de correlació de Pearson i la significació estadística.

6.6.2.4. SENSIBILITAT AL CANVI (“EFFECT SIZE”)

És a dir, la capacitat d'un instrument per detectar canvis en l'atribut d'interès deguts a una intervenció o l'evolució natural de la malaltia.

Per avaluar-la, es pot administrar l'instrument abans i després d'una intervenció de reconeguda eficàcia o bé es pot fer un seguiment de subjectes no intervinguts en els que esperes que el seu estat canviï.

En aquest cas no s'avalua el canvi degut a una intervenció, ja que aquesta no existeix. Però s'avalua, el canvi en les puntuacions del test després d'una setmana mitjançant el càlcul de la mida de l'efecte (“Effect size”). Aquest canvi podria reflectir cert aprenentatge i/o reflexió pel fet d'haver realitzat el mateix test 7 dies abans.

Per l'avaluació del canvi del resultat del test es calcula, a part de la mida de l'efecte, la diferència de mitjanes, l'interval de confiança al 95% aproximació normal, i el resultat del test T-student de dades aparellades.

6.6.3. INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS DEL TEST: Proposta de CLASSIFICACIÓ DEL GRAU DE MADURESA en funció del test

Interpretar un qüestionari és el grau en què es pot assignar un significat qualitatiu a la puntuació quantitativa d'un instrument.

La interpretació d'una puntuació ve facilitada per la disponibilitat d'informació que “tradueixi” o “converteixi” aquella puntuació o el seu canvi en una categoria qualitativa que tingui significat clínic comú.

La interpretabilitat del test que es pretén validar s'ha aconseguit mitjançant la comparació de les respostes d'aquest, amb les del gold standard emprat (Entrevista semiestructurada de Kohlberg). Es vol classificar cada participant en 1 de les 3 categories possibles de maduresa del test a validar que es proposen, associades als diferents estadis de maduresa que postula Kohlberg.

▪ ESCURÇAR UN QÜESTIONARI

Per fer curt un qüestionari, cal que la validesa i la sensibilitat al canvi de la versió curta sigui testada contra la versió llarga, i, si aquestes són comparables, es pot substituir la

versió llarga per la curta.

L'anàlisi psicomètric es realitza simultàniament, del test inicial (versió de 17 ítems: T-17) i d'una versió reduïda de 9 ítems(T-9). El procediment per obtenir la versió reduïda del test ha estat mitjançant una anàlisi de la fiabilitat, estimant els coeficients KR-20 del test repetides vegades eliminant ítems un a un fins a obtenir un test més reduït que proporciona un coeficient KR-20 més gran . Posteriorment s'eliminen aquells ítems on més del 90% dels participants escollien un únic tipus de resposta (madura/ immadura).

6.6.4. ALTRES MESURES REALITZADES

Comparativa de les variables quantitatives en funció del gènere, grup d'edat, tipus d'escola, tipus de població, situació acadèmica de l'alumne (repetidor vs no repetidor):

S'estima el temps, la valoració de la maduresa, cognició i rendiment acadèmic per part del tutor, puntuació WAS, mitjançant el càlcul de la mitjana, desviació típica per categoria de cada una de les variables analitzades. Per avaluar les possibles diferències entre grups (sexes, edats, tipus de centre, tipus de població o situació de l'alumne) es realitza el test de la t-student de mostres independents o l'ANOVA d'un factor en el cas de l'edat.

6.7. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

Aquest estudi ha estat aprovat i becat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida i també ha estat becat en la vuitena convocatòria de projectes d'investigació (2005-2006) per la Fundació Grífols i Lucas que promou l'estudi de la Bioètica en l'àmbit de les Ciències de la vida i la salut a l'any 2007.

Tanmateix compta amb l'autorització del Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya, prèvia revisió del material utilitzat en l'estudi. S'adquireix el compromís de proporcionar, als tutors dels alumnes participants en l'estudi, un material didàctic sobre dilemes ètics per treballar amb els seus alumnes després de la realització de l'estudi.

Igualment es compta amb el vistiplau dels equips directius dels centres escollits per participar, els quals son informats del mateix via correu electrònic i correu tradicional.

Mitjançant el correu intern dels instituts d'ESO es fa arribar una carta informativa de l'estudi als pares i una carta sol·licitant l'autorització per la participació dels seus fills en el mateix, de forma voluntària, essent informats i respectant la confidencialitat de les dades recollides.

METODOLOGIA

A més a més es demana la participació voluntària als estudiants per a participar a l'estudi. Una decisió només serà vàlida en la mesura que sigui voluntària, es a dir, ni coaccionada, ni manipulada i, en aquest cas, cal comptar amb la voluntarietat dels adolescents.

RESULTATS

RESULTATS

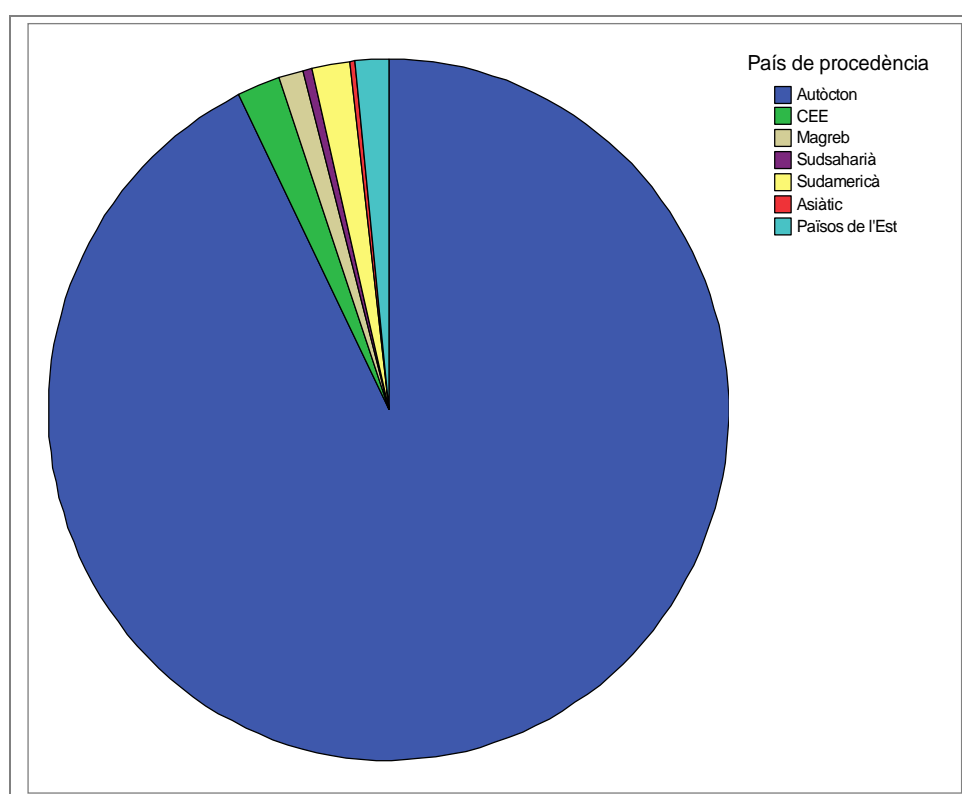
7.1. ANÀLISI DESCRIPTIVA

7.1.1. Gènere

Dels 438 estudiants participants, 219 (50%) són nois.

7.1.2. Procedència

Un 92,7% dels participants són autòctons i un 7,3% són immigrants procedents, majoritàriament de CEE, Sud-Amèrica, països de l'Est, Magreb, Sud-Sàhara i Àsia.



Gràfic 1. Distribució per país de procedència, de la mostra d'estudiants participants en l'estudi.

7.1.3. Edat

Per edats el grup més nombrós és el de 15 anys (34,5%), seguit pels de 13 i 14 anys (amb un 21,7% i 21,2% respectivament), i per últim, els de 16 i 12 anys (amb un 11,9% i 10,7% respectivament).

RESULTATS

7.1.4. Curs

La distribució per cursos és de un 17,9% de 1er d'ESO, un 24,5% de 2on d'ESO, un 29,7% de 3er d'ESO i un 27,9% de 4art d'ESO.

7.1.5. Descriptiva de la mostra

El tipus de centre i el nombre de joves aportats per cada centre queda reflectit en la Taula 11. La taula 12 mostra una descriptiva de la mostra analitzada.

Taula 12. Descriptiva de les variables categòriques

Variable	Categoria	Nombre	(%)
Sexe	Home	219	(50)
	Dona	219	(50)
Curs	1r	79	(17,9)
	2n	108	(24,5)
	3r	131	(29,7)
	4t	123	(27,9)
Edat en anys	12*	47	(10,7)
	13**	95	(21,7)
	14***	93	(21,2)
	15****	151	(34,5)
	16*****	52	(11,9)
Tipus d'escola	Pública	202	(46,2)
	Concertada	236	(53,8)
Població	Rural	198	(45,2)
	Urbana	240	(54,8)

*0%R(repetidors);**1%R;***6%R;****13%R; *****21%R

7.1.6. Temps

El temps emprat pels participants per la realització del test a validar oscil·la entre 6 i 46 minuts, amb una mitjana de 23,2 minuts.

Variable	Nombre	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació típica
Temps(minuts)	393 *	6	46	23,2	7,5

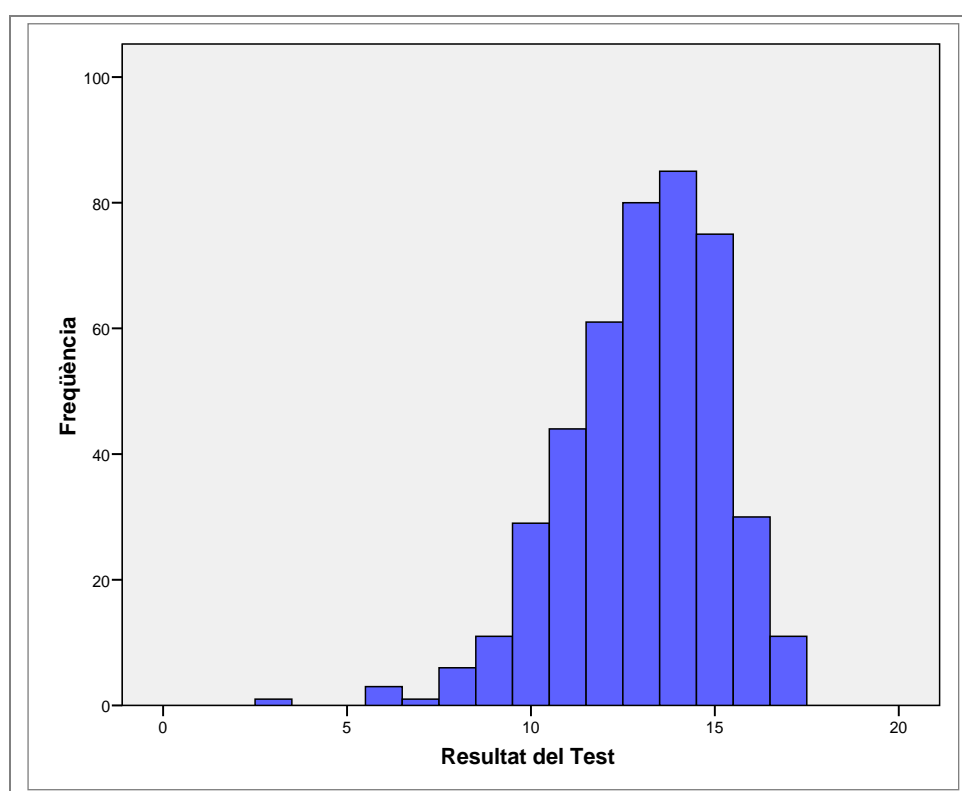
* Dels 438 alumnes avaluats, en 48 no es va registrar el temps

RESULTATS

7.1.7. TEST susceptible de validació (T-17)

El nombre de respostes “madures” en el T-17 oscil·la entre 3 i 17 , amb una mitjana de 13 punts (dt=2,13). Tal i com s’observa en el gràfic 3 , la majoria d’alumnes (50%) obtenen entre 12 i 15 punts en el test de 17 ítems.

Variable	Nombre	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació Típica
TEST	438	3	17	13	2,13



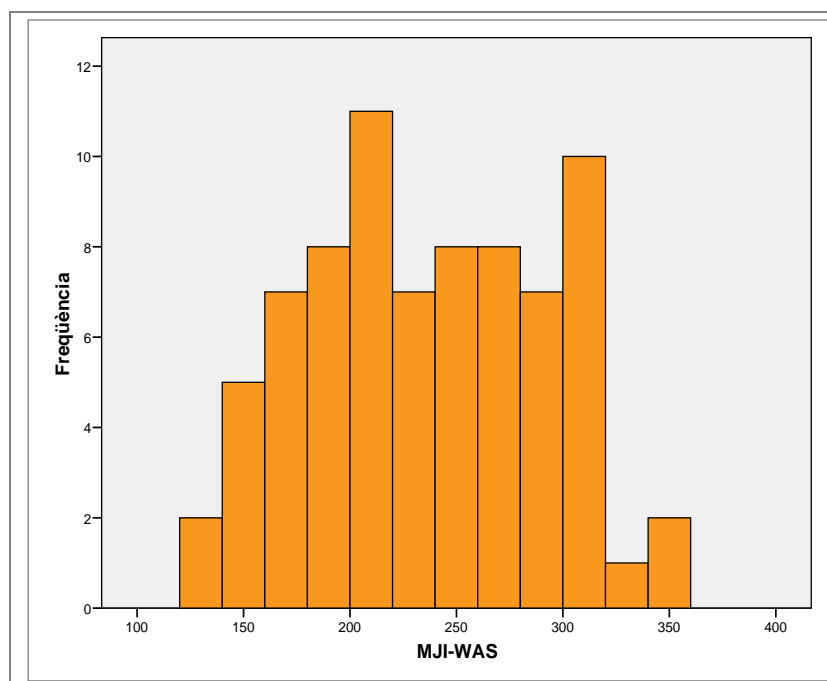
Gràfic 3. Histograma de freqüències del resultat del test a validar

7.1.8. Gold standard: Entrevista semiestructurada de Kohlberg (MJI-WAS)

La puntuació MJI-WAS, obtinguda en la realització de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg oscil·la entre 133 i 355 punts, amb una mitjana de 235(dt=55,6). La majoria de d'alumnes (50%) obtenen entre 189 i 291 punts en el resultat d'aquesta escala. (Veure Gràfic 4)

RESULTATS

Variable	Nombre	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació Típica
MJI-WAS	76	133	355	235	55,6

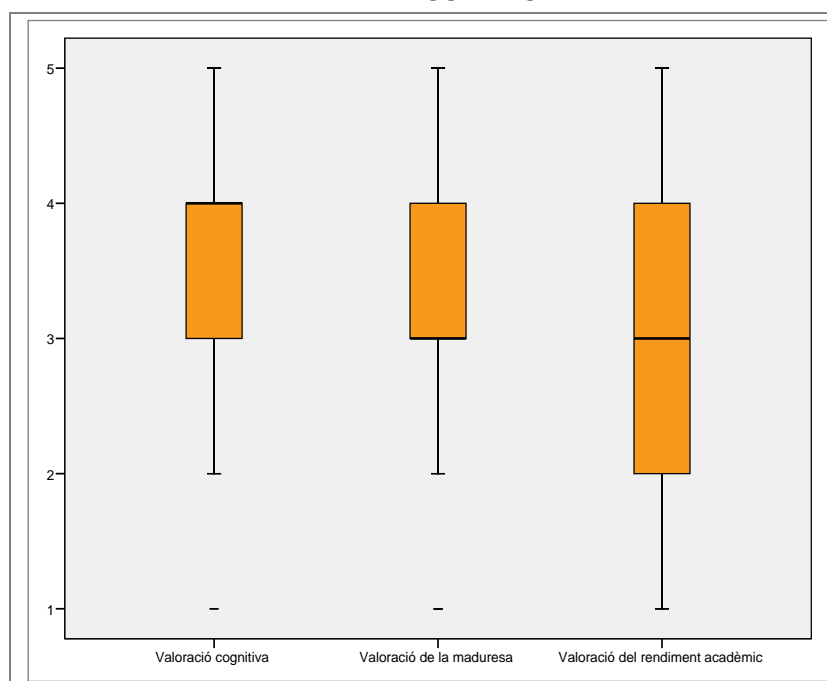


Gràfic 4. Histograma de freqüències del resultat de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg (gold standard).

7.1.9. Valoració cognitiva, de maduresa i acadèmica del tutor

La valoració cognitiva, de maduresa i acadèmica que cada tutor fa dels seus alumnes, oscil·la entre 1 i 5 en totes les valoracions. La mitjana resultant pel que fa a la valoració cognitiva, de maduresa i rendiment acadèmic es de 3,6, 3,4 i 3,2 respectivament. (Veure Gràfic 5)

RESULTATS

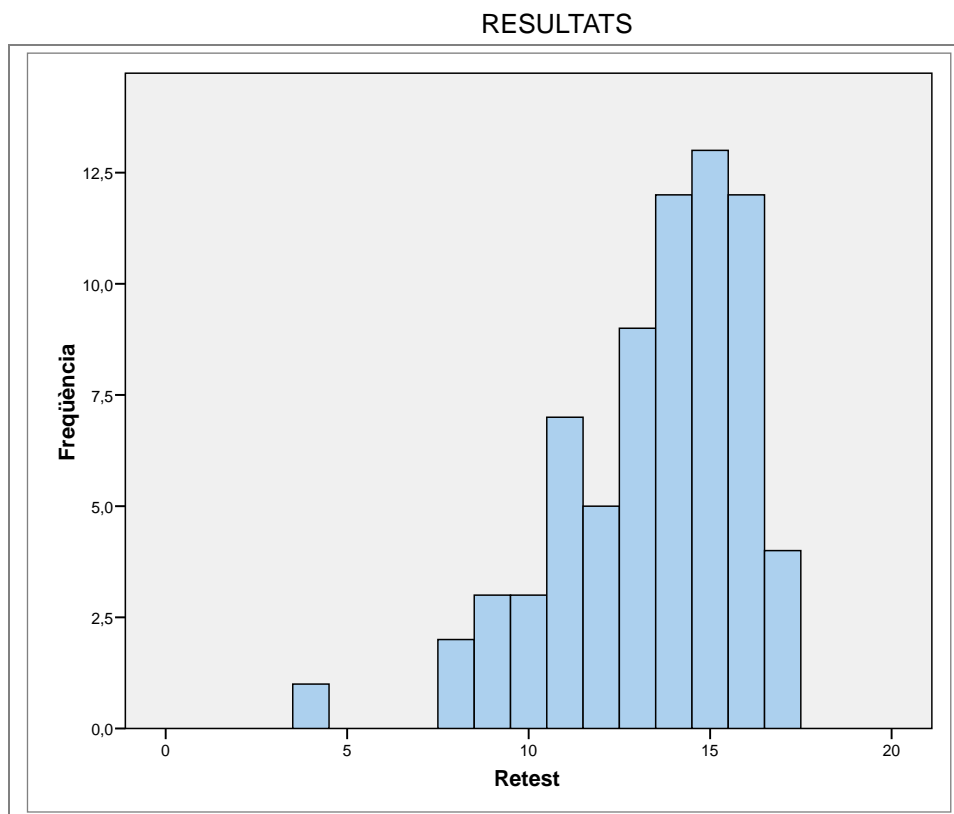


Gràfic 5. Diagrama de caixes de la valoració cognitiva, de la maduresa i del rendiment acadèmic dels participants, per part dels tutors.

7.1.10. Retest

En el retest, l'interval de nombre de respostes madures oscil·la entre 4 i 17, amb una mitjana de 13,43 ($dt=2,5$). La majoria dels valors (50%) es troben entre 12 i 15 (Veure Gràfic 6) sent les puntuacions més repetides 14 i 15.

Variable	Nombre	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació Típica
Retest	76	4	17	13,4	2,5



Gràfic 6. Histograma de freqüències dels resultats del retest.

7.2. ANÀLISI DE LES CARACTERÍSTIQUES PSICOMÈTRIQUES DEL TEST A VALIDAR

S'avalua l'acompliment de quatre atributs fonamentals d'aquest tipus de test:

1. Factibilitat/ Viabilitat,
2. Fiabilitat (consistència interna, fiabilitat test-retest),
3. Validesa (de contingut, estructural (“efecte sostre” i “efecte terra”), de constructe, de criteri),
4. Sensibilitat al canvi (“effect size”)

7.2.1. FACTIBILITAT/ VIABILITAT

Fa referència a la facilitat d'us de l'instrument.

- **Temps per emplenar el qüestionari**

El temps emprat pels participants per la realització del test a validar(T-17) oscil·la entre 6 i 46 minuts, amb una mitjana de 23,2 minuts (IC95%: 22,5-23,9 minuts).

RESULTATS

▪ Nombre (proporció) de respostes perdudes

Tres participants no van contestar en algun dels casos, per tant, per al càlcul del test s'ha fet sobre 438 individus (99%).

7.2.2. FIABILITAT

Fa referència a l'estabilitat dels resultats en circumstàncies semblants. S'avalua mitjançant:

▪ CONSISTÈNCIA INTERNA

Mesura un únic coeficient de la correlació global existent entre els ítems de la mateixa escala (T-17).

L'anàlisi de fiabilitat del test original de 17 ítems (T-17), obté un coeficient Kuder Richardson (KR-20) (equivalent a alfa de Cronbach per dades dicotòmiques) de 0,43. Amb l'eliminació dels tres ítems que aporten un KR-20 més baix (ítem 2,5 i 8) s'obté un KR-20 màxim de 0,51 per un test de 14 ítems. Si, a més a més s'eliminen aquells ítems en que, com a mínim el 90% del participants contesten una resposta madura (cas 7, 13,15,16 i 17) s'obté un test reduït a 9 ítems (T-9) amb un coeficient de 0,46. (Veure Taula 13).

Taula 13. Coeficient KR-20 per grups.

Nombre ítems test	Percentatge ítems madurs	KR-20
17	77	0,43
14	79	0,51
9	71	0,46

7.2.2.1. Fiabilitat en funció del gènere

En funció del gènere, el coeficient KR-20 és de 0,47 pels nois i 0,33 per les noies, pel T-17. Pel T-9, els coeficients KR-20 és de 0,48 pels nois i 0,41 per les noies.

RESULTATS

7.2.2.2. Fiabilitat en funció de l'edat

Els coeficients KR-20 oscil·len entre 0,40 i 0,48 pel T-17 en funció del grup d'edat, essent el grup de 14 anys el que obté un coeficient major. No s'observa variabilitat del coeficient KR-20 en relació a l'edat. Pel T-9, s'obté un rang de coeficients KR-20 més gran amb valors que varien entre 0,28 i 0,56 en funció de l'edat. (Veure Taula 14).

Taula 14. Anàlisi de fiabilitat en funció de l'edat.

Edat en anys	KR-20 (T-17)	KR-20 (T-9)
12	0,42	0,56
13	0,42	0,54
14	0,49	0,52
15	0,40	0,28
16	0,48	0,53

7.2.2.3. Fiabilitat en funció del centre

Desglossant els resultats per centres, destaca un coeficient KR-20 de 0,66 al centre 10 d'una àrea rural, pel T-17. Hi ha alguns centres amb coeficients negatius en ambdós tests indicant poca consistència interna de les puntuacions del test dins el centre, mentre que en 8 centres, el KR-20 és $>0,5$, pel T-9. (Veure Taula 15).

RESULTATS

Taula 15. Anàlisi de fiabilitat en funció del centre.

Centre	KR-20 (T-17)	KR-20 (T-9)
1	0,44	0,54
2	0,33	0,50
3	0,2	0,33
4	0,58	0,61
5	0,28	0,46
6	0,25	0,27
7	0,58	0,52
8	0,39	0,45
9	0,004	0,33
10	0,66	0,54
11	0,45	0,56
12	0,31	0,43
13	0,02	0,54
14	0,45	0,55
15	0,22	0,33
16	-0,15	-0,26
17	0,12	-0,28

RESULTATS

▪ FIABILITAT TEST-RETEST

Es refereix a l'estabilitat entre dos mesures amb el mateix qüestionari quan no hi ha canvis rellevants en l'estat dels subjectes en quant a la característica que es pretén mesurar.

L'Índex de Correlació intraclasse (CCI) entre test i retest és de 0,79, pel T-17, mostrant una alta correlació (>0,6) positiva entre la puntuació inicial i la posterior. Tanmateix, pel T-9, el CCI també mostra una correlació altament positiva (CCI=0,77) i estadísticament significativa (valor $p < 0,001$).

7.2.3. VALIDESA

És el grau en què l'instrument reflecteix el que pretén mesurar.

7.2.3.1. VALIDESA DE CONTINGUT

Per la realització d'aquest test s'ha fet una revisió exhaustiva sobre la bibliografia referent, mitjançant una cerca en les bases de dades MEDLINE i SCOPUS amb les paraules clau: "adolescent", "decision making/ethics", "Competency", "capacity", "moral development"). S'ha elaborat els diferents ítems o dilemes ètics per part d'un comitè multidisciplinari d'experts en el tema (pediatra, psiquiatra, metgessa de família, psicòleg, infermera, filòsof, professora), junt amb la participació de jovent adolescent. El mètode emprat és el criteri de judici d'experts o prova de jutges⁹³. Després del disseny de les preguntes o dilemes morals i les respostes, cada expert, de forma independent i cega, classifica les respostes en preconventionals o convencionals, seguint el model de Kohlberg. Els casos en què hi ha discrepància d'opinions, s'eliminen o modifiquen fins aconseguir unanimitat en la valoració. Després de la prova pilot, s'ha polit el test a partir d'una nova revisió d'experts de l'àmbit de la salut i de l'educació, reformulant paraules poc clares, continguts considerats poc adequats al públic al qual va dirigit el test. *(Veure el resum de la prova pilot en Annex 2)*

Finalment, s'obté un test de 17 ítems (T-17), que es redueix a un de 9 ítems (T-9) per facilitar la seva realització. La Taula 16 resumeix les principals característiques psicomètriques del test que es valida.

Taula 16. Característiques psicomètriques del test T17 i T9.

Descriptiu	Test	
	T-17	T-9
Nombre d'ítems	17	9
Rang teòric	0-17	0-9
Rang observat	3-17	0-9
KR-20	0,43	0,46
Efecte sostre N(%) ¹	11(2,5)	48(11)
Efecte terra N(%) ²	1(0,2)	1(0,2)
Mitjana (dt)	13,03 (2,1)	6,4 (1,7)

1: % de casos amb puntuació màxima; .2: % de casos amb puntuació mínima

7.2.3.2. VALIDESA ESTRUCTURAL

Aquest test té uns conceptes a avaluar, relacionats entre ells, i està dirigida a un tipus de població concret. Aquest model conceptual, teòric, es materialitza en un model de mesura que reflecteix l'estructura de l'instrument. Aquest model avalua la **dimensionalitat** de l'escala.

Per mesurar-la s'utilitza l'*anàlisi de correspondències*¹⁰¹, tècnica que té per objectiu descriure les relacions entre variables nominals, recollides en una taula de correspondències, sobre un espai de poques dimensions, al temps que es descriuen les relacions entre les categories de cada variable. Per altra banda, també pot analitzar, com és el cas que ens ocupa, l'associació entre les diferents categories(o ítems) d'una variable (maduresa). S'intenta que, amb el mínim nombre de dimensions s'expliqui al màxim possible la variabilitat de la mostra.

▪ ANÀLISI DE CORRESPONDÈNCIES PEL T-17

La primera dimensió explica un 11,7% de la variabilitat i la segona dimensió un 8,4%. Entre totes dues dimensions expliquen un 20,1% de la variabilitat total. El ítem que més

RESULTATS

pes té en la dimensió 1 és el it4 seguit del it10. Aquests dos ítems estan relacionats en el dilema que plantegen, disjuntiva entre valors com amistat versus legalitat (*Veure Qüestionari en l'Annex 3*). La dimensió 2 ve determinada per l'ítem 5 i 6 amb un paràmetre de 0,35 i 0,22 respectivament, però aquest dos ítems tracten diferents valors (dir la veritat o mentir versus salvar la vida d'uns o altres).

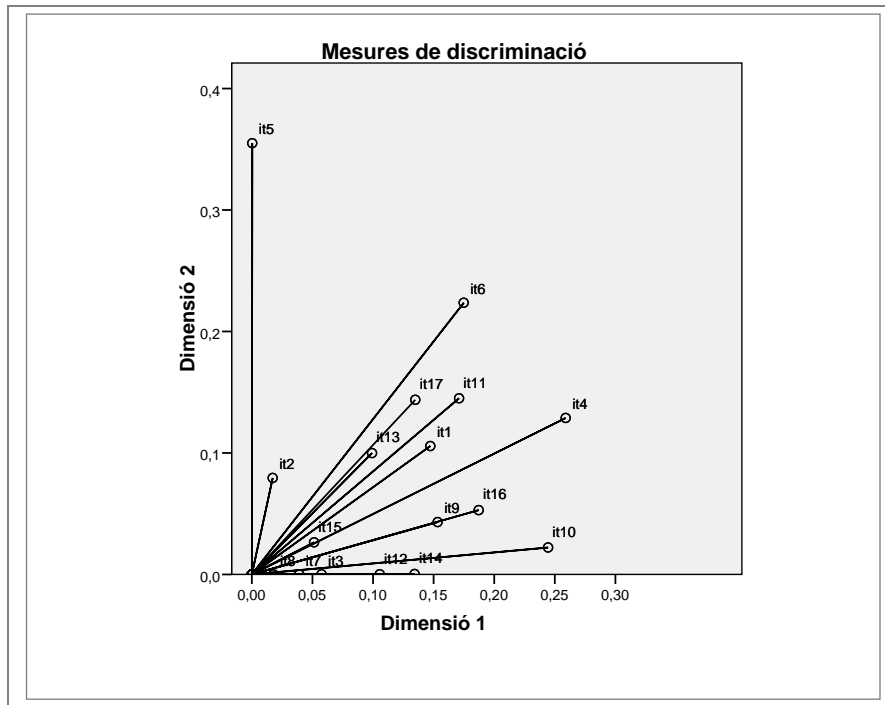
El Gràfic 7 mostra que l'ítem 5 està lluny de la resta d'ítems respecte la dimensió 1, ja que aquest ítem no aporta res a la dimensió 1, i, en canvi, té molt pes en la dimensió 2. Aquest ítem està plantejat per provar la *desitjabilitat social* de l'enquestat, doncs qüestiona si l'individu menteix en les seves respostes. La figura també mostra la proximitat entre els ítems 4 i 10, ítems que tenen pes en la dimensió 1 i són pròxims en els valors relatius en conflicte (*Veure Qüestionari en l'Annex 3*).

*Taula 17 . Anàlisi de correspondències pel T-17.
Mesures de discriminació*

Ítem	Dimensió	
	1	2
1	0,15	0,11
2	0,02	0,08
3	0,06	0,00
4	0,26	0,13
5		0,36
6	0,18	0,22
7	0,04	0,00
8	0,02	0,00
9	0,15	0,04
10	0,24	0,02
11	0,17	0,15
12	0,11	
13	0,10	0,10
14	0,13	
15	0,05	0,03
16	0,19	0,05
17	0,14	0,14
% de la variància explicada	11,73	8,39

■ :Gradient de color en funció de la magnitud del valor

RESULTATS



Gràfic 7. Diagrama de correspondències múltiples dels ítems respecte les dues dimensions.

▪ ANÀLISI DE CORRESPONDÈNCIES PEL T-9

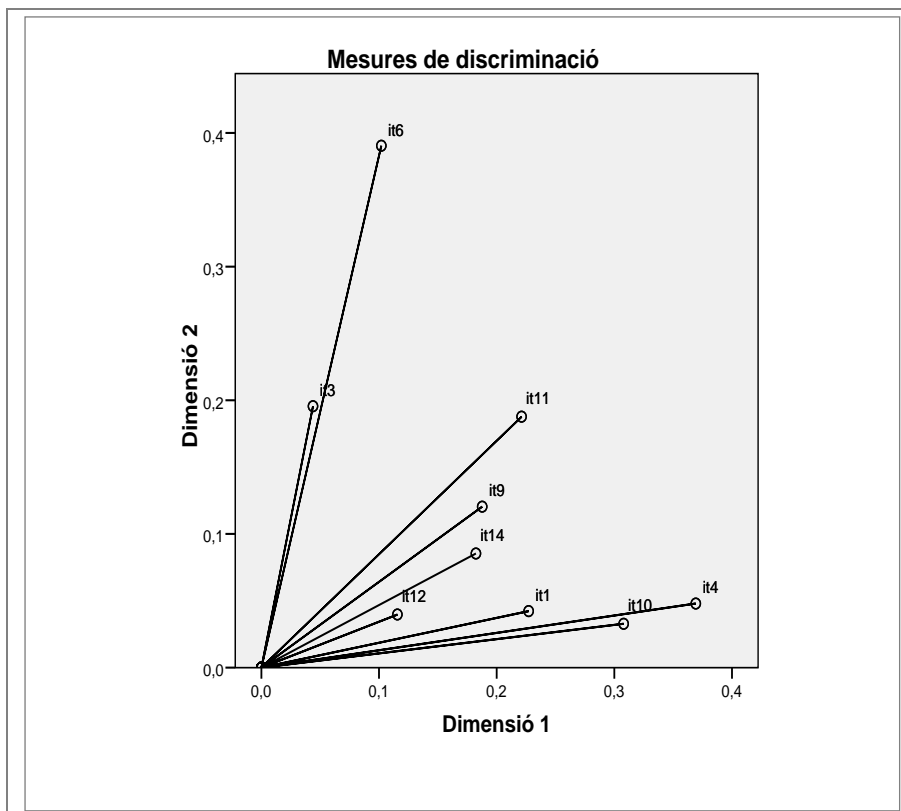
La primera dimensió explica un 19,3% de la variabilitat i la segona dimensió un 12,7%. Entre totes dues dimensions expliquen un 32% de la variabilitat total. Per tant, amb el T-9, s'explica més variabilitat amb les dues dimensions generades respecte el T-17. L'ítem que més pes té en la dimensió 1 es el it4 seguit del it10. Com s'ha comentat prèviament, ambdós plantegen la disjuntiva entre amistat i legalitat. La dimensió 2 ve determinada pel it6 amb un paràmetre de 0,39 seguit del it3. Aquests dos ítems tracten el conflicte entre ajudar a salvar la vida d'algú assumint riscos per la pròpia vida o la d'altri, o no fer-ho. El Gràfic 8 constata que l'ítem 4 i 10 estan molt propers respecte la dimensió 1 i la proximitat entre l'ítem 3 i 6 en la dimensió 2.

RESULTATS

*Taula 18 . Anàlisi de correspondències pel T-9.
Mesures de discriminació*

Ítem	Dimensió	
	1	2
1	0,23	0,04
3	0,04	0,20
4	0,37	0,05
6	0,10	0,39
9	0,19	0,12
10	0,31	0,03
11	0,22	0,19
12	0,12	0,04
14	0,18	0,09
% de la variança explicada		
	19,3	12,7

■ :Gradient de color en funció de la magnitud del valor



Gràfic 8. Diagrama de correspondències múltiples dels ítems respecte les dues dimensions.

▪ “EFECTE SOSTRE/TERRA”

Per l'avaluació de la variabilitat, en el test que s'analitza (T-17), el percentatge de persones amb puntuació mínima (3 respostes madures) és de 0,2%, i el de puntuació màxima (17 respostes madures), del 2,5%. Amb l'obtenció d'un test reduït de 9 ítems (T-9), es manté un “efecte sostre” 11% i “efecte terra” 0,2 % inferiors al 15%.(Veure Taula 16)

7.2.3.3. VALIDESA DE CONSTRUCTE

És el grau amb què l'instrument aconsegueix amb una sèrie d'hipòtesis *a priori*

Existeixen diferents maneres de provar la validesa de constructe:

7.2.3.3.1. Validesa convergent/ divergent

Per mesurar la validesa convergent, es mesura si existeix una correlació “raonable” entre el test a validar i el gold standard, i també amb la maduresa que valora el tutor. Pel càlcul de la validesa divergent es compara el test a validar amb la cognició i rendiment acadèmic valorats pel tutor.

S'objectiva una alta correlació (coeficient de correlació $\approx 0,7$) entre la maduresa valorada segons el test a validar (0,74 amb T-17 i 0,65 amb T-9) i la puntuació MJJ-WAS, resultat de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg. La correlació mostrada entre el test a validar i les valoracions dels tutors és de menys magnitud però continua essent estadísticament significativa i positiva ($>0,16$), és a dir, que a més puntuació obtinguda en el test, millors valoracions dels tutors en quant a maduresa, cognició i rendiment acadèmic. (Veure Taula 19)

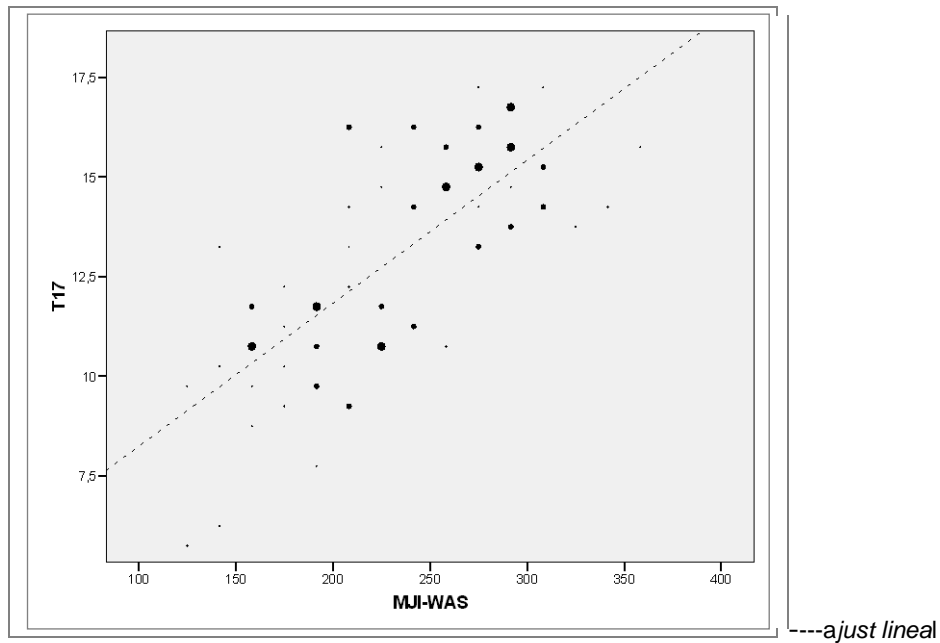
Taula 19. Correlació entre el test a validar i les diferents escales.

Test	Coeficient de correlació* de l'escala de validació			
Nombre ítems	MJJ-WAS**	Maduresa tutor	Cognició tutor	R. acadèmic tutor
17	0,74**	0,17**	0,21**	0,18**
9	0,65**	0,16**	0,15**	0,17**

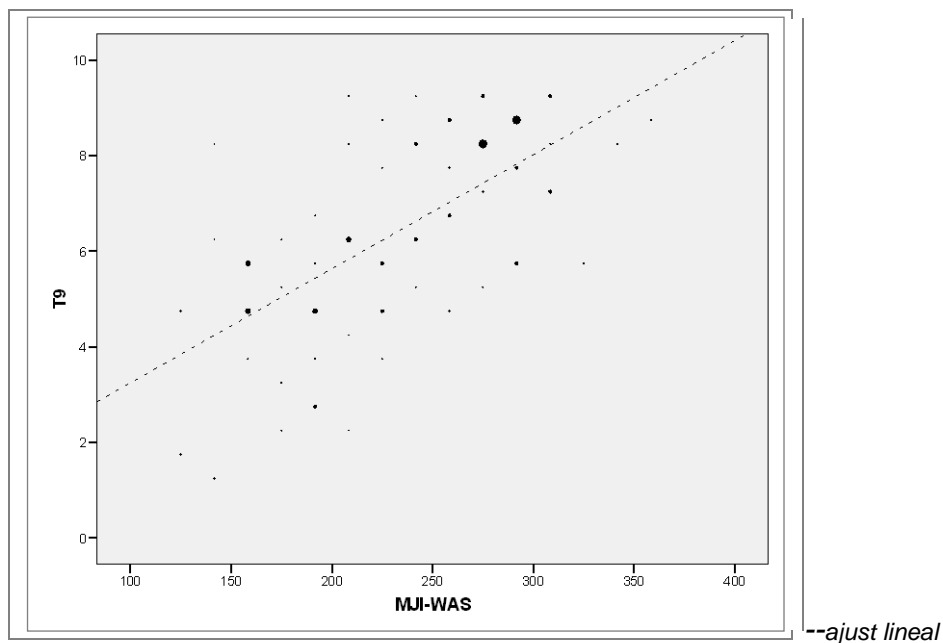
*Coeficient de Correlació Intraclasse

**Correlacions estadísticament significatives (valor $p < 0,05$)

RESULTATS

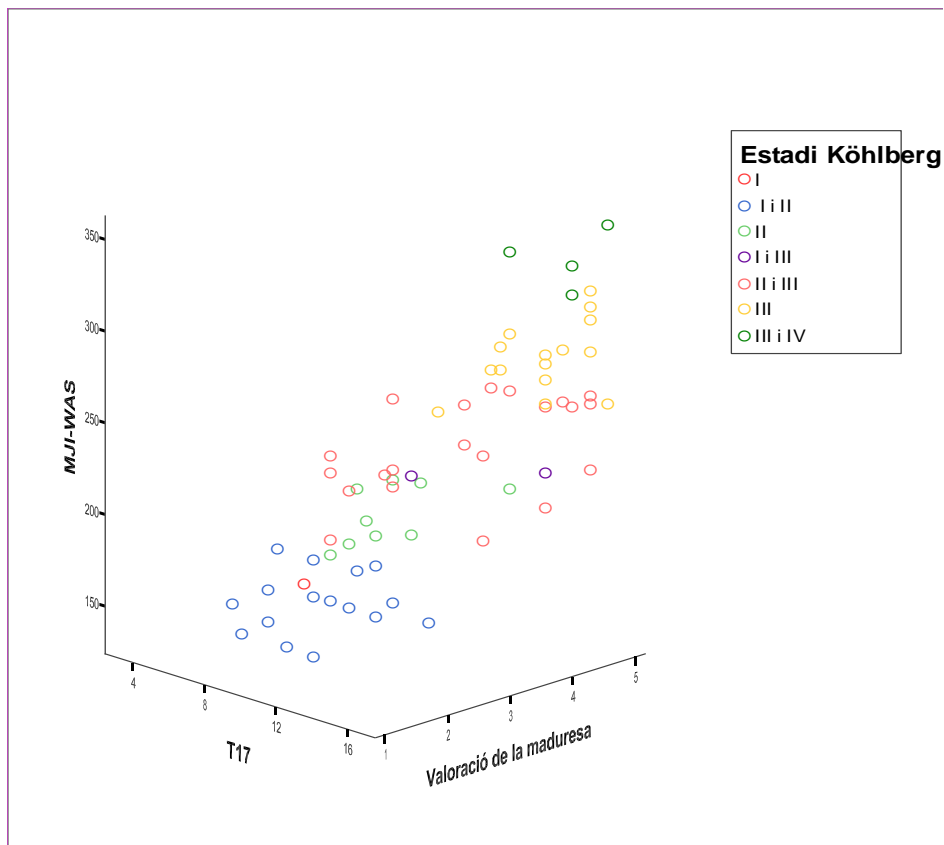


Gràfic 9. Diagrama de dispersió entre T-17 i puntuació WAS de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg (MJI-WAS)



Gràfic 10. Correlació entre T-9 i puntuació WAS de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg (MJI-WAS).

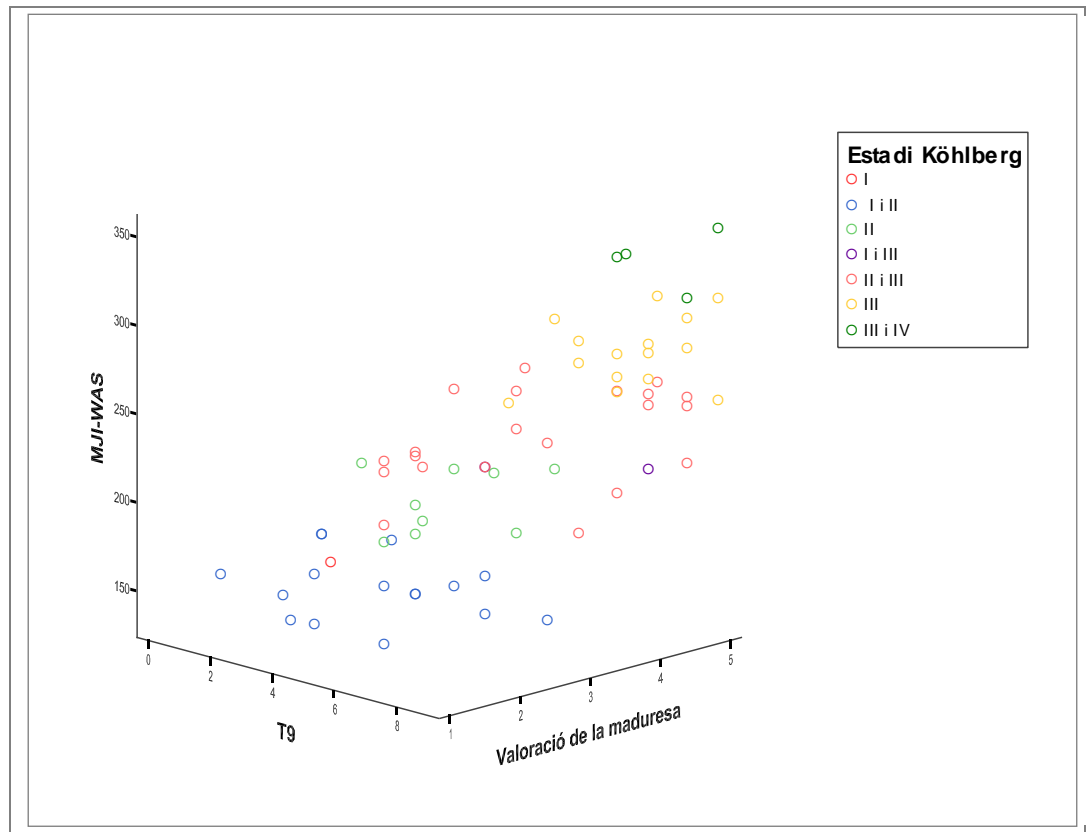
RESULTATS



Gràfic 11. Relació entre la valoració del tutor en quant a maduresa , el T-17 i la puntuació WAS de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg (MJI-WAS) i, al mateix temps, classificat a diferents estadis de maduresa de Kohlberg(I-IV).

El gràfic 11 mostra la correlació positiva entre el T-17 i la valoració del tutor enfront la puntuació WAS de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg (Gold standard)

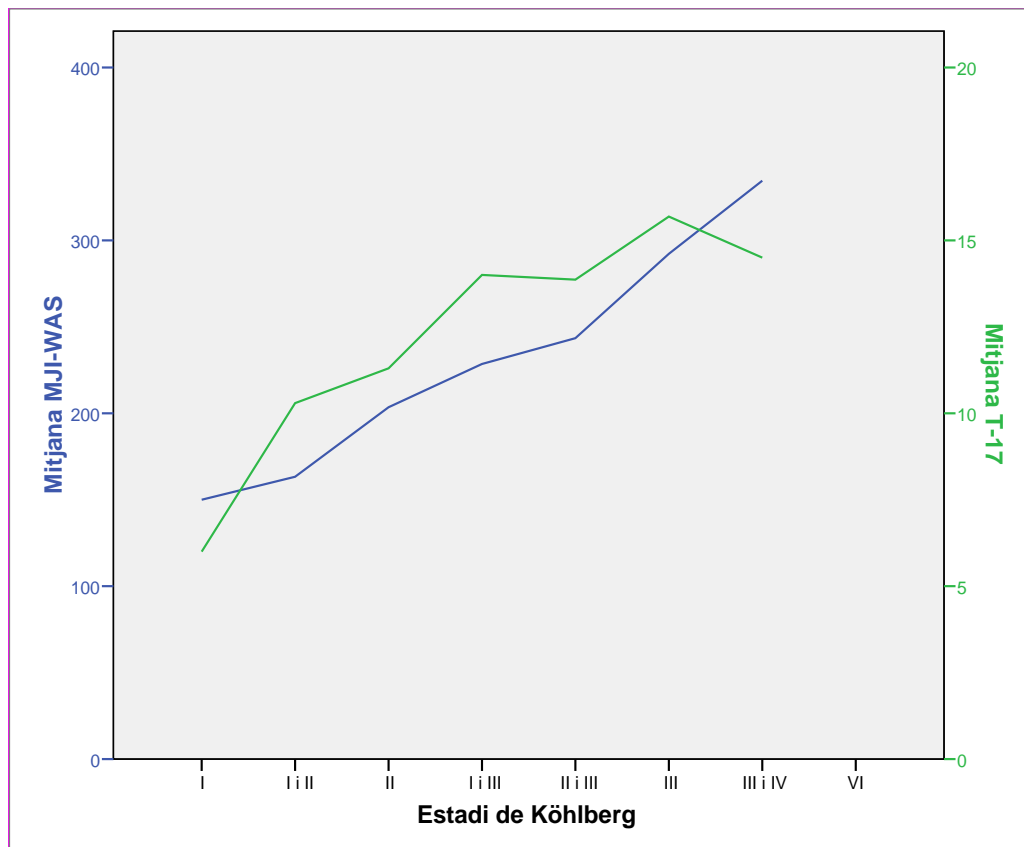
RESULTATS



Gràfic 12. Relació entre la valoració del tutor en quant a maduresa , el T-9 i la puntuació WAS de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg (MJL-WAS) i, al mateix temps, classificat a diferents estadis de maduresa de Kohlberg (I-IV).

Novament s'observa correlació positiva entre el T-9 i la valoració del tutor enfront la puntuació WAS de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg (Gold standard)

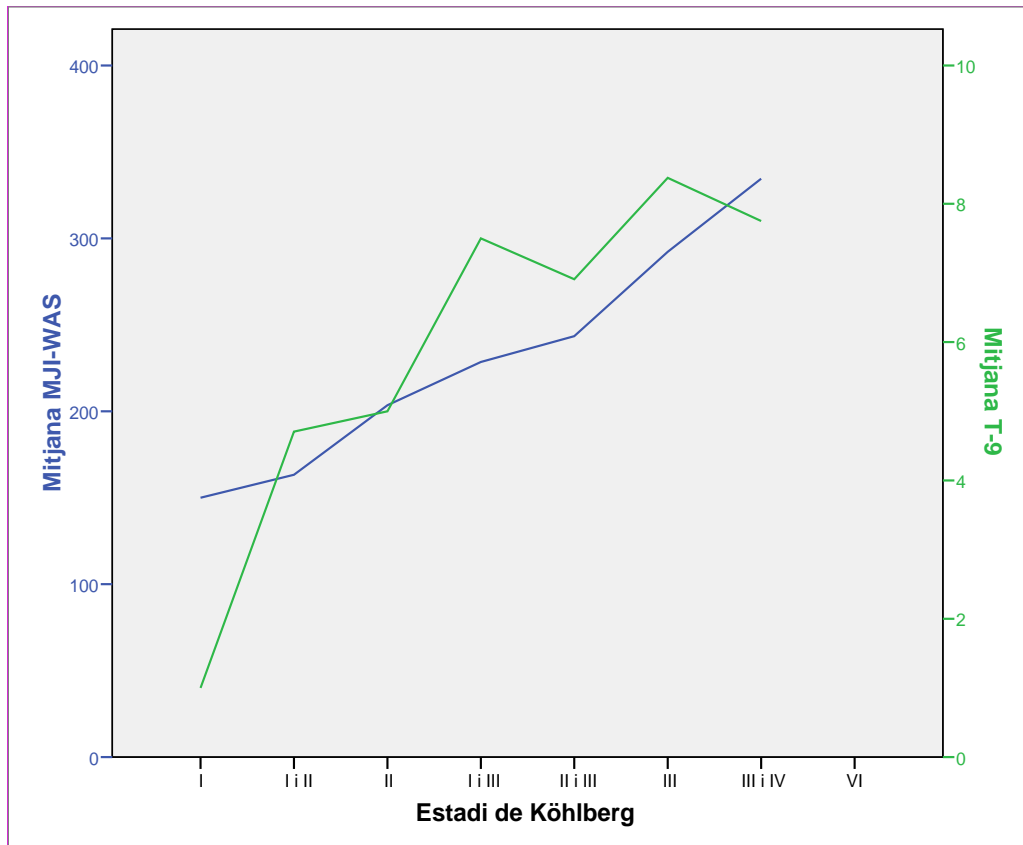
RESULTATS



Gràfic 13. Mitjana de la puntuació WAS de l'entrevista semiestructurada i del T-17 en funció dels diferents estadis de Kohlberg.

S'observa com, a mesura que l'estadi de Kohlberg creix indicant més maduresa del menor, el resultat del T-17 també creix.

RESULTATS



Gràfic 14. Mitjana de la puntuació WAS de l'entrevista semiestructurada i del T-9 en funció dels diferents estadis de Kohlberg.

De nou s'objectiva un creixement paral·lel de la maduresa detectada per Kohlberg i pel T-9.

7.2.3.3.2. Validesa de grups extrems o grups coneguts

Compara puntuacions en grups que s'espera tinguin diferents nivells de l'atribut d'interès.

Per mesurar-la es realitza una anàlisi comparativa de l'escala a validar en funció del gènere, edat, tipus població i tipus d'escola. Per altra banda, s'analitza el temps en realitzar el test, amb els resultats d'aquest. Finalment, es realitza una comparativa del test i les diferents escales en funció de la situació acadèmica de l'alumne (repetidor versus no repetidor).

RESULTATS

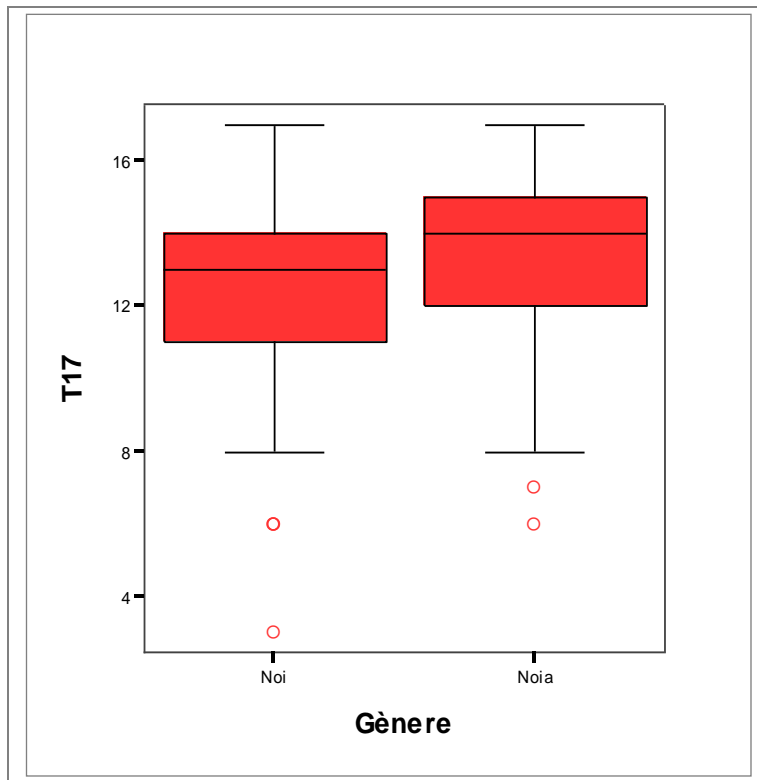
▪ **Comparativa de T-17 i T-9 en funció de gènere i edat.**

Taula 20. Comparativa de les puntuacions del T17 i T9 entre generes i grups d'edat.

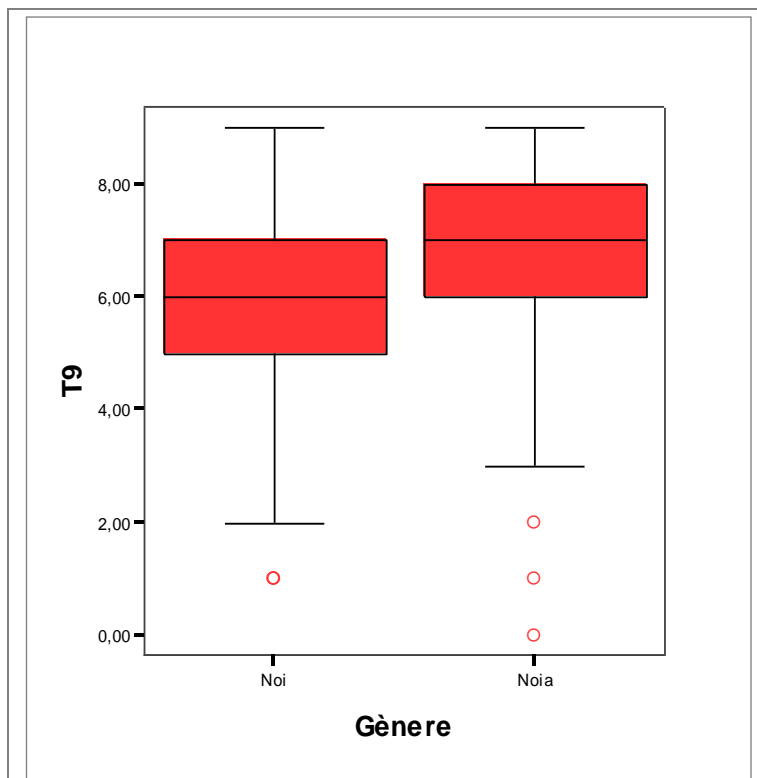
Grup	Mitjana	IC95%	Mínim	Màxim	Mida de	valor p
		(L inf - Lsup)			L'efecte	
Gènere						
	<u>Test T-17</u>					
Noi	12,66	(12,4- 13,0)	3	17	-0,41	<0,001*
Noia	13,44	(13,2- 13,7)	6	17		
	<u>Test T-9</u>					
Noi	6,06	(5,8- 6,3)	1	9	-0,41	<0,001*
Noia	6,74	(6,5- 6,9)	0	9		
Edat						
	<u>Test T-17</u>					
12	13,53	(12,9- 14,1)	9	17	-	0,307**
13	13,13	(12,8- 13,6)	7	17	-0,16	
14	12,81	(12,3- 13,3)	6	17	-0,34	
15	12,89	(12,6- 13,2)	3	17	-0,30	
16	13,23	(12,6- 13,8)	6	17	-0,14	
	<u>Test T-9</u>					
12	6,98	(6,5- 7,5)	2	9	-	0,072**
13	6,48	(6,1- 6,9)	1	9	-0,29	
14	6,19	(5,8- 6,6)	0	9	-0,46	
15	6,28	(6,0- 6,5)	1	9	-0,40	
16	6,42	(5,9- 6,9)	2	9	-0,32	

* valor p resultant del test t-student de mostres independents; ** valor p resultant del test de ANOVA de tendència lineal;
IC95: Interval de confiança al 95% aproximació normal

RESULTATS



Gràfic 15. Diagrama de caixes del test en funció del gènere pel T-17



Gràfic 16. Diagrama de caixes del test en funció del gènere pel T-9

S'objectiva una millor puntuació pel gènere femení, tant pel T-17 com per T-9, havent-hi

RESULTATS

una diferència estadísticament significativa. Les diferents puntuacions en relació a l'edat, no són significatives, tot i que s'observa una millor puntuació mitjana en els nens de 12 anys.

- **Comparativa de T-17 i T-9 en funció de tipus d'escola i població.**

Taula 21. Comparativa de les puntuacions del T17 i T9 entre tipus d'escola i població.

	Mitjana	IC95%		Mín	Màx	Mida de	
		(L inf-	Lsup)			Efecte	valor p*
Tipus d'escola	<u>T-17</u>						
Concertada	12,9	(12,7-	13,2)	6	17	-0,12	0,207
Pública	13,2	(12,9-	13,5)	3	17		
	<u>T-9</u>						
Concertada	6,3	(6,0-	6,5)	1	9	-0,19	0,050
Pública	6,6	(6,3-	6,8)	0	9		
Tipus de població	<u>T-17</u>						
Urbana	13,2	(13,0-	13,5)	6	17	0,20	0,035
Rural	12,8	(12,5-	13,1)	3	17		
	<u>T-9</u>						
Urbana	6,5	(6,3-	6,7)	1	9	0,16	0,094
Rural	6,2	(6,0-	6,5)	0	9		

* valor p resultant del test t-student de mostres independents; IC95: Interval de confiança al 95% aproximació normal

Els resultats dels test entre tipus d'escola i de població són molt similars, tot i que hi ha una lleu millor puntuació significativa per l'escola pública, en el T-9, i en la població urbana pel T-17.

RESULTATS

- **Relació entre el temps emprat a fer el test (T-17) i la puntuació d'aquest.**

Taula 22. Correlació entre el temps de realització del test i la realització del T17

		Coeficient	Valor p *
Test T-17	Correlació Pearson	0,053	0,30

* La correlació no es significativa al nivell 0,05 (bilateral).

No s'observa correlació lineal estadísticament significativa entre el resultat del test (T-17) i el temps a realitzar el qüestionari.

7.2.4. SENSIBILITAT AL CANVI (“EFFECT SIZE”)

És la capacitat d'un instrument per detectar canvis en l'atribut d'interès deguts a una intervenció o l'evolució natural de la malaltia.

Per avaluar-lo es realitza un seguiment dels joves que participen en l'estudi, esperant que mantinguin o millorin la puntuació obtinguda.

En passar el mateix test una setmana després als mateixos alumnes, aquests presenten un increment de la puntuació en mitjana de 0,39 punts amb significació estadística (valor $p=0,045$) pel T-17, mentre que pel T-9, l'augment en mitjana és de 0,5 punts, novament amb significació estadística ($p=0,002$).

Taula 23. Avaluació de la sensibilitat al canvi (mida de l'efecte o “effect size”)

Grup	Mitjana	IC95%		Mida de			valor p*
		(L inf - Lsup)	Mínim	Màxim	L'efecte		
<u>T17</u>							
Test	13,04	(12,8- 13,23)	3	17	-0,24	0,045	
Retest	13,43	(12,8- 14,04)	4	17			
<u>T9</u>							
Test	6,51	(6,24- 6,56)	0	9	-0,37	0,002	
Retest	7,00	(6,58- 7,37)	2	9			

* valor p resultant del test t-student de mostres aparellades

7.3. INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS DEL TEST: Proposta de CLASSIFICACIÓ DEL GRAU DE MADURESA en funció del test.

Es proposa una classificació del grau de maduresa que mostra l'individu enquestat en base al rang de puntuacions del test. Una vegada determinats els diferents graus de maduresa, es comparen els resultats obtinguts amb aquells obtinguts a través de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg, tenint en compte el criteri clínic.

Es realitza una proposta de tres franges de maduresa del test, tan pel T-17 com pel T-9 (Veure Taula 24 i 25).

Taula 24. Proposta de 3 rangs de maduresa pel test de 17 ítems en funció de l'estadi de Kohlberg.

	Estadi					
	I o II		II-III		III i IV	
Test T-17 agrupat	n	(%)	n	(%)	n	(%)
≤11	19	(76)	6	(24)	0	0
12 -14	10	(43,5)	6	(26,1)	7	(30,4)
≥15	0	(0)	12	(42,9)	16	(57,1)
Total	29	(38,2)	24	(31,6)	23	(30,3)

RESULTATS

Taula 25. Proposta de 3 franges de maduresa pel test de 9 ítems en funció de l'estadi de Kohlberg.

	Estadi					
	I o II		II-III		III i IV	
Test T-9 agrupat	n	(%)	n	(%)	n	(%)
≤5	18	(76)	6	(25)	0	0
6-7	9	(47,4)	7	(36,8)	3	(15,8)
8-9	1	(3,4)	11	(37,9)	17	(58,6)
Total	28	(38,9)	24	(33,3)	20	(27,8)

7.4. ALTRES MESURES REALITZADES:

7.4.1. Comparativa de les variables quantitatives entre gèneres

Es realitza una comparació de les variables quantitatives -excepte el test- (temps per realitzar el test, gold standard i valoracions del tutor de maduresa, cognició i rendiment acadèmic) en funció del gènere, i s'objectiva una millor puntuació del gènere femení en totes les variables, que resulta estadísticament significativa pel temps, valoració de maduresa i rendiment acadèmic per part del tutor (*Veure Taula 26*).

Taula 26. Comparativa de les variables quantitatives entre gèneres

Variable	Homes		Dones		Valor p
	Mitjana	Desviació típica	Mitjana	Desviació típica	
temps	21,4	6,7	24,9	7,9	<0,001*
maduresa	3,1	1,0	3,6	0,9	<0,001*
cognició	3,5	1,0	3,6	0,9	0,28
r.acadèmic	3,1	1,1	3,4	1,1	0,01*
WAS	223,8	57,8	242,1	51,8	0,16

Temps: temps durada test; **maduresa:** maduresa valorada pel tutor; **cognició:** cognició valorada pel tutor; **r.acadèmic:** rendiment acadèmic valorat pel tutor; **WAS:** puntuació entrevista semiestructurada de Kohlberg
*amb significació estadística, $p < 0,05$.

7.4.2. Comparativa de les variables quantitatives entre edats.

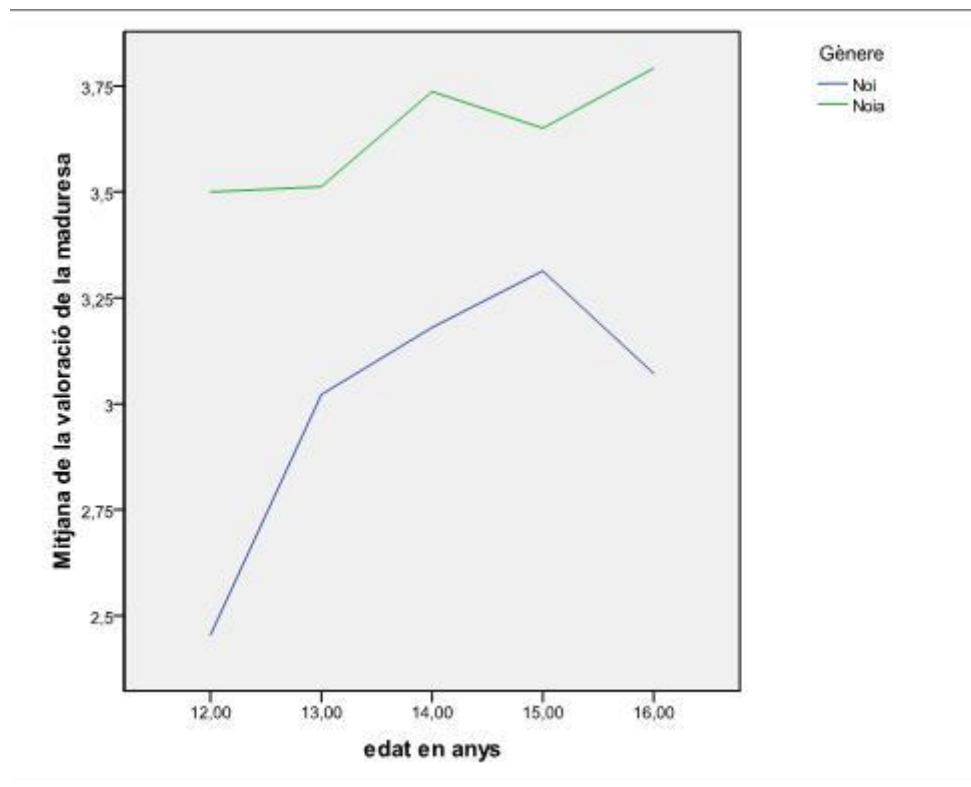
Per altra banda, també es realitza una comparativa de les variables quantitatives (temps per realitzar el test, gold standard i valoracions del tutor de maduresa, cognició i rendiment acadèmic) en funció de l'edat, mitjançant el test ANOVA, amb la troballa d'una progressió ascendent per la valoració de la maduresa per part del tutor, que és estadísticament significativa (*Veure Taula 27*).

RESULTATS

Taula 27. Comparativa de les variables quantitatives entre edats (Mitjana \pm dt).

Edat		Temps	Maduresa *	Cognició	R.acadèmic	WAS
12	M \pm DT	22,3 \pm 5,3	3,0 \pm 1,1	3,8 \pm 1,0	3,0 \pm 1,2	246 \pm 51,2
13	M \pm DT	23,4 \pm 6,3	3,3 \pm 1,0	3,6 \pm 0,9	3,3 \pm 1,04	239 \pm 61,4
14	M \pm DT	22,9 \pm 8,1	3,4 \pm 1,0	3,5 \pm 0,9	3,3 \pm 1,1	223 \pm 54,8
15	M \pm DT	23,4 \pm 7,9	3,5 \pm 0,9	3,7 \pm 1,0	3,3 \pm 1,1	235 \pm 54,3
16	M \pm DT	23,1 \pm 8,3	3,4 \pm 1,2	3,6 \pm 0,9	3,0 \pm 1,1	212 \pm 55,3
Valor p		0,62	0,01	0,33	0,9	0,2

Temps: temps durada test; maduresa: maduresa valorada pel tutor; cognició: cognició valorada pel tutor; r.acadèmic: rendiment acadèmic valorat pel tutor; WAS: puntuació entrevista semiestructurada de Kohlberg; M: mitjana; DT: Desviació Típica. Valor p resultant del test ANOVA d'un factor; *valor p <0,05.



Gràfic 17. Evolució de la maduresa valorada pel tutor en funció de l'edat per cada gènere

RESULTATS

S'objectiva una evolució positiva de la valoració de la maduresa feta pel tutor, amb l'edat dels participants.

7.4.3. Comparativa de les diferents escales en funció del tipus de població

Es realitza una comparativa de les diferents escales -excepte el test a validar- (Kohlberg o gold standard, valoració de la maduresa, cognició i rendiment acadèmic per part del tutor) en funció del tipus de població (rural vs urbana). (Veure Taula 28)

Taula 28. Comparativa de les variables quantitatives en funció del tipus de població.

Tipus de població	WAS	Cognició	Maduresa	R.acadèmic
	M±dt	M±dt	M±dt	M±dt
U	234±56,0	3,6±0,9	3,3±1,0	3,2±1,1
R	238±55,9	3,6±1,0	3,4±0,9	3,3±1,1
Valor p	0,51	0,79	0,32	0,26

U: població urbana, R: població rural, WAS: escala gold standard, cognició: valoració cognició tutor, maduresa: valoració maduresa tutor, r.acadèmic: valoració rendiment acadèmic tutor. M: mitjana, dt: desviació típica.

No es troben diferències significatives en la comparació de les diferents variables quantitatives en funció de tipus de població.

7.4.4. Comparativa de les diferents escales en funció del tipus d'escola.

Es realitza una comparació de les diferents escales -excepte el test a validar- (Kohlberg, valoració de la maduresa, cognició i rendiment acadèmic per part del tutor) en funció del tipus d'escola (pública versus concertada) (Veure Taula 29).

RESULTATS

Taula 29. Comparativa de les variables quantitatives en funció del tipus d'escola.

Tipus D'escola	WAS		cognició		maduresa		r.acadèmic *	
	M	±dt	M	±dt	M	±dt	M	±dt
C	233	±57,5	3,7	±1,0	3,4	±1,0	3,4	±1,1
P	233	±54,0	3,5	±0,9	3,3	±1,1	3,1	±1,1
Valor p	0,99		0,08		0,18		0,02	

C: concertada, P: pública, WAS: escala gold standard, cognició: valoració cognició tutor, maduresa: valoració maduresa tutor, r.acadèmic: valoració rendiment acadèmic tutor. M (mitjana) ±dt (desviació típica). * significació estadística amb un valor $p < 0,05$.

Són significatives les diferències trobades en la valoració del rendiment acadèmic ($p = 0,02$) en funció del tipus d'escola.

7.4.5. Comparativa del test i les diferents escales en funció de la situació acadèmica de l'alumne (repetidor versus no repetidor).

Es realitza una comparació de les diferents escales (test a validar-T17 i T9-, Kohlberg, valoració de la maduresa, cognició i rendiment acadèmic per part del tutor) en funció de la situació acadèmica de l'alumne (repetidor versus no repetidor) (Veure Taula 30).

Taula 30. Comparativa de les variables quantitatives en funció de la situació acadèmica de l'alumne.

Alumne	T-17*	T-9*	Maduresa	Cognició*	R.acadèmic*	WAS
NR	M±dt 13,13±2,04	6,45±1,7	3,39±1,02	3,66±0,97	3,33±1,11	237,44±55,28
R	M±dt 12,05±2,75	5,85±1,82	3,08±0,88	2,87±0,81	2,39±0,92	186,67±48,39
Valor p	<0,01	0,03	0,07	<0,01	<0,01	0,12

NR: no repetidor; R: repetidor, M:mitjana, dt:desviació típica, *significació estadística $p < 0,05$

Existeixen diferències estadísticament significatives en els resultats obtinguts en el T17, T9, nivell cognitiu i rendiment acadèmic valorats pel tutor, a favor dels alumnes no repetidors.

DISCUSSIÓ

8. DISCUSSIÓ

A continuació es procedeix a justificar l'escala emprada per mesurar la maduresa dels joves, com a pilar fonamental de la valoració de la competència dels menors per decidir. S'aniran desgranant les proves psicomètriques emprades en el procés de validació del test, al temps que es valora la correlació de la maduresa amb el nivell cognitiu i rendiment acadèmic dels joves i es reflexiona al voltant dels factors que condicionen la decisió d'un menor, fent especial menció a l'edat, gènere, entorn i educació rebuda pels adolescents. Tot plegat confirma l'adequació de l'escala creada com a eina ràpida, objectiva i fiable per mesurar la maduresa d'un menor que ha de prendre una decisió sobre la pròpia salut.

8.1. LA COMPETÈNCIA DEL MENOR PER DECIDIR, PROCÈS D'ADQUISICIÓ PROGRESIVA FONAMENTAT PEL GRAU DE DESENVOLUPAMENT DE LA MADURESA MORAL

Hi ha diferents corrents, dintre el món de la psicologia, que pretenen mesurar la competència d'un menor per decidir.

De totes les definicions que s'ha donat, s'escull la de Kohlberg¹⁹, que va definir la competència o capacitat de judici moral com la capacitat de prendre decisions i de fer judicis que siguin basats en principis interns, i d'actuar segons aquests judicis. El terme "moral" fa referència als codis normatius o valors concrets que una persona té, que el defineixen en cada elecció, en cada opció lliure i amb coneixement que fa¹⁰². Per tant, es podria equiparar capacitat de judici moral amb maduresa per decidir.

Mann et al.⁸⁷ i Geist et al.⁵³ donen suport a la idea que l'habilitat de fer decisions sensates o prudents és una de les característiques de l'adolescent madur. Però, la qüestió de reconèixer la maduresa d'un menor no és un problema dicotòmic: o s'és madur o no, sinó que cal aproximar-se al jove, amb ganes de descobrir la seva maduresa, la seva autonomia, mitjançant una deliberació sincera sobre les raons del seu punt de vista i les de l'altre, argumentant, escoltant activament, amb respecte, fent-li veure criteris postconvencionals, encara que no siguin els que promociona la societat, en general¹⁴. Aquest procediment requereix molta maduresa per part de qui el condueix. I els professionals sanitaris, estem prou formats per assumir aquest repte?

8.2. DISCUSSIÓ METODOLÒGICA: LA MADURESA D'UN MENOR, ES POT MESURAR? INTERPRETACIÓ DE L'ANÀLISI DE LES PROVES PSICOMÈTRIQUES DEL TEST

Per Kohlberg, el judici moral és, bàsicament, una manera de resoldre conflictes morals, així, per saber si l'acció és moral, caldrà valorar prèviament com jutja la situació a la qual s'enfronta¹⁹. Mitjançant l'exposició de la persona a dilemes morals hipotètics i analitzant el tipus de raonament que el portarà a decidir una opció o una altra, es pot explorar la maduresa de la persona.

El test que es pretén validar configura, justament, un ventall de situacions hipotètiques en què es plantegen dilemes ètics, oferint opcions de resposta convencionals i preconventionals, seguint el model de desenvolupament moral de Kohlberg. No hi ha opcions de respostes de postconvencionalitat, doncs, Kohlberg considera que a aquest nivell tan sols hi arriba un nombre reduït de persones, i d'edat adulta. Per tant, si la majoria d'adults ja no hi arriben, la convencionalitat seria el nivell de maduresa exigible per poder decidir, tan en adults com en joves.

A continuació es procedeix a valorar les propietats psicomètriques requerides en el procediment de validació del test, tenint en compte que no existeix, fins al moment, un test de les mateixes característiques que serveixi de gold standard:

8.2.1. FACTIBILITAT / VIABILITAT

Per la seva exploració s'estima que el temps que es tarda en realitzar el test autoadministrat de 17 ítems és de 23,2 minuts en mitjana (IC95%:22,5-23,9). Per la versió reduïda de 9 ítems, s'estima una durada per realitzar-lo d'uns 15 minuts* (IC95%:14,3-15,7), esdevenint un test força ràpid per valorar la maduresa d'un menor. A més a més, cal tenir en compte que per la realització de la *Moral Judgment Interview* (MJI), entrevista semiestructurada de Kohlberg que és el *gold standard* emprat, cal mitja hora de realització amb un entrevistador ensinistrat, i la seva correcció necessita una hora més per part d'una persona amb experiència per fer-ho. El *Definig Issue Test* (DIT) de Rest és una alternativa per mesurar la maduresa, i hi ha una traducció feta al castellà i validada per Pérez-Delgado⁶⁷, però requereix una hora per realitzar-lo i mitja hora més per corregir-lo. Una altra prova recentment dissenyada, que mesura el judici moral, la Moral

* Aquest càlcul s'ha basat en una aproximació considerant que el temps de resposta de cada ítem pel test T9 és proporcional a la longitud del test T17 .

Justification Scale⁷³(MJS), requereix una hora de realització aproximadament més la correcció posterior.

La proporció de respostes no vàlides en el test T-17 és inferior al 1%, per tant, sembla un test factible i viable.

8.2.2. FIABILITAT

Per fer una adequada interpretació del coeficient de fiabilitat o confiabilitat(Rtt) cal veure quin tipus d'instrument és, i quin propòsit té, així com, quin coeficient de fiabilitat s'espera trobar, a la llum d'altres estudis similars publicats¹⁰³.

En el test objecte d'estudi, el Coeficient de fiabilitat de Kuder Richardson (KR-20)- equivalent a l'Alpha de Cronbach per dades dicotòmiques- es manté al voltant del 0,5 tant pel test de 17 ítems(T-17) com pel de 9(T-9), coeficient considerat moderat (0,41-0,6)¹⁰⁴. La moderada magnitud del resultat d'aquest coeficient es pot explicar pel disseny de pròpiament dit de l'instrument en quant a longitud del test (17 ítems i 9 ítems), estructura (ítems dicotòmics), i multidimensionalitat del test (dilemes diferents). De fet, el coeficient de fiabilitat d'un test és funció directa de la seva extensió (nombre d'ítems), de manera que amb proves curtes (<10 ítems) és esperable trobar coeficients baixos¹⁰⁰.

Tanmateix el coeficient de consistència interna no deixa de ser un coeficient que mesura el grau en què els ítems del test estan de correlacionats entre si mateixos, però aquests no tenen perquè està exactament correlacionats ja que el test a validar està conformat per situacions que plantejen aspectes diferents, com el valors de la amistat, legalitat, sinceritat o el de la pròpia vida.

Un altre motiu que pot explicar la magnitud moderada del coeficient de consistència interna es la homogeneïtat de la població a la qual va dirigit el test en quant a edat, educació, cultura i entorn. Aquest aspecte provoca menys variabilitat en les puntuacions globals dels participants, el qual fa disminuir la variança global i, en conseqüència, determina un coeficient de fiabilitat més baix.

En un estudi en què es prova la validesa d'un test que consta de 7 subescales per mesurar la competència dels adolescents per decidir, la *Youth Decision-making Competence*¹⁰⁵(Y-DMC), es refereix, justament, el baix Coeficient Alpha(0,30 i 0,03) en dues de les set subescales construït amb ítems de dades dicotòmics i un baix nombre d'ítems. En una versió millorada del test adreçada a adults(A-DMC), en aquestes dues

DISCUSSIÓ

subescales millora l'Alpha fins 0,62 i 0,54. Altres factors limitants del KR-20 són la longitud del test (com més llarg, més elevat és el KR-20) i l'homogeneïtat de la mostra (com més homogènia és la mostra, més baix és el KR-20). Si comparem aquests resultats de consistència interna amb els obtinguts amb la validació d'un test, el *Values in Action Inventory for Youth*¹⁰⁶ (VIA-Youth) que mesura "fortaleses o virtuts del caràcter" com a eina per valorar la competència moral dels adolescents en una mostra de 119 nens de 10 i 13 anys, objectivem que aquest test té uns coeficients Alpha de Cronbach >0,7 per cada subescala, però es tracta de un test amb 198 ítems (7-9 ítems per cada una de les 24 virtuts analitzades), cadascun dels quals és valorat en una escala tipus Likert amb un gradient de 5 valors possibles .

Una altra prova dissenyada per mesurar el judici moral, la *Moral Justification Scale*⁷³ (MJS), a partir de sis vinyetes que plantegen sis dilemes ètics, obté un coeficient alpha de Cronbach de 0,6-0,7 . En aquesta ocasió per cada situació plantejada, cal que l'enquestat ordeni 8 frases en les quals s'argumenta diferents postures davant el dilema, de més a menys importants en una escala de Likert de 10 punts. Novament, el fet de no tractar-se de respostes dicotòmiques afavoreix l'obtenció d'un coeficient de fiabilitat més elevat.

En una validació recent del DIT de Rest per població turca universitària, s'obté un Alpha de Cronbach de 0,5.¹⁰⁷

En l'anàlisi de fiabilitat del test a validar en funció de l'edat, el grup de 16 anys és un dels que té el KR-20 més elevat (0,5), suggerint que els joves més grans tenen respostes més coherents entre sí. Per altra banda, la fiabilitat en funció del gènere, és més elevada en els nois.

En l'anàlisi de fiabilitat en funció del centre, la majoria d'escoles tenen un KR-20 positiu, mostrant tenir certa coherència entre els ítems valorats, i, tan sols dos centre tenen un KR-20 negatiu, és a dir, amb correlacions negatives que suggereixen respostes poc coherents, atribuïble a la possible còpia de respostes o a poca reflexió en les mateixes.

L'*Índex de Correlació Intraclasse (CCI)* que mesura la fiabilitat test-retest és de 0,79 pel T-17 i 0,77 pel T-9 essent estadísticament significatius. Aquests valors >0,7 es consideren satisfactoris per mesurar l'estabilitat del test entre dos mesures del mateix separades per un període curt de temps (una setmana en aquest cas), indicant que l'instrument analitzat és altament fiable, en quant a l'estabilitat de les puntuacions a través del temps. En aquest cas, la fiabilitat test-retest és molt més bona que la oferta pel VIA-Youth, que obté

un CCI de 0,5 per la majoria de virtuts, tot i que val a dir que fan el retest 6 mesos després del primer test. En el cas del A-DMC, la fiabilitat test-retest oscil·la entre 0,28 i 0,77. Per la MJS la fiabilitat test-retest obté un CCI de 0,6.

En relació a la reproductibilitat del test, les puntuacions del retest són una mica millors que les del test, amb significació estadística tan pel T-17 (millora 0,3 punts) com pel T-9 (millora de 0,5 punts). El fet de tenir una setmana per reflexionar, comentar amb els companys i treballar amb el tutor els dilemes ètics pot explicar aquesta milloria.

8.2.3. VALIDESA

L'anàlisi de la validesa, és a dir, si el test reflecteix el que es pretén mesurar, consta de diversos subtipus que, a continuació, es procedeix a comentar:

Validesa de contingut:

En el cas que ens ocupa, per l'elaboració dels ítems del test s'ha realitzat una comparació sistemàtica amb els possibles estàndards que existeixen (MJI, DIT), s'ha emprat el "criteri d'experts" o "prova de jutges", s'ha fet una revisió exhaustiva de la literatura, mitjançant la cerca a través de MEDLINE, SCOPUS, i s'ha fet alguna entrevista prèvia amb adolescents, objectes de la mesura^{91,99,106}. En algun altre treball que dissenya una prova per mesurar el judici moral, el *Moral Justification Scale*⁷³ (MJS) també s'empra la prova de jutges per valorar la validesa de contingut.

Validesa estructural:

Aquest test té uns conceptes a avaluar, relacionats entre ells, i està dirigida a un tipus de població concret. Aquest model conceptual, teòric, es materialitza en un model de mesura que reflecteix l'estructura de l'instrument. Aquest model avalua la **dimensionalitat** de l'escala mitjançant un "anàlisi de correspondències" el qual permet objectivar que, tot i que cada cas planteja un dilema diferent, existeix certa associació entre alguns casos que valoren "virtuts" similars (per exemple el cas 4 i el 10 parlen de l'amistat versus legalitat). La **variabilitat** del test queda explorada a través de la mesura de "l'efecte sostre" i "l'efecte terra", que, en les dues versions del test, T-17 i T-9, és inferior al 15%, indicant que hi ha pocs nens amb puntuacions extremes. Aquest fet orienta a pensar que pot ser un bon test per mesurar la maduresa dels menors, doncs el test discrimina, és a dir, no tots els nens tenen clar quina és la resposta madura o la immadura.

Validesa de constructe i de criteri:

Les hipòtesis explorades en aquest punt, que es plantegen en el present estudi són:

- La correlació entre la maduresa mesurada amb el test, amb el gold standard i amb el tutor, per una banda, i, la correlació del test amb la capacitat cognitiva i rendiment acadèmic del jove, per l'altra.
- La influència de l'edat, gènere, entorn i educació de l'adolescent en la seva maduresa mesurada amb el test.

1. Per explorar la primera, s'empra la **Validesa convergent/ divergent**.

En mesurar la **validesa convergent** o correlació entre el test a validar i el mètode de referència (MJI-WAS) s'objectiven altes correlacions $>0,6$ tan pel T-17 com pel T-9, que corresponen a associacions d'elevada intensitat. Aquest fet ajuda a corroborar la hipòtesi de que aquest test es postula com una bona mesura de la maduresa d'un menor. Quan es relaciona amb la valoració de la maduresa que fa el tutor, les correlacions segueixen sent positives i estadísticament significatives, tot i que més baixes. Això concorda amb un altre estudi de validació d'un test per mesurar la maduresa d'un adolescent mitjançant altres paràmetres, on la correlació entre els joves i la valoració de la maduresa per part dels seu tutor també era baixa, i no sempre significativa.¹⁰⁶

Per mesurar la **validesa divergent** o correlació més dèbil entre qüestionaris que mesuren conceptes diferents, s'avalua el grau de correlació existent entre les valoracions subjectives del tutor en quant a desenvolupament cognitiu i rendiment acadèmic dels alumnes i el resultat del test, obtenint correlacions positives i estadísticament significatives, tot i que no massa elevades.

Per poder prendre una decisió, cal, a més a més d'un grau de maduresa determinat, un cert desenvolupament cognitiu^{81,85,87}, que permeti entendre el concepte, com per exemple: una malaltia, les possibilitats de tractament, la inferència dels diferents cursos en funció de l'elecció presa. En un estudi realitzat per Billich¹⁰⁸ en el qual comparava la competència de menors (mesurada amb un test de 15 ítems, adaptat per menors, dissenyat per Appelbaum) ingressats en un hospital psiquiàtric (de 10,3 anys de mitjana) amb el seu desenvolupament cognitiu, va trobar correlacions estadísticament significatives entre ambdós paràmetres, però especialment hi havia relació entre la competència per decidir i la seva capacitat de llegir, de manera que ell defensa que és el seu desenvolupament i no

DISCUSSIÓ

la seva edat, el que correlaciona més amb la competència d'un menor. Altres estudis avalen aquesta correlació^{33,105,109,110}. Ara bé, el nivell cognitiu no assegura la maduresa moral necessària per prendre una decisió¹¹¹. Per tant, el desenvolupament cognitiu és una condició necessària, però no suficient^{11,48}.

En la validació del VIA-Youth¹⁰⁶ es troba una baixa correlació entre la competència moral i el rendiment acadèmic, és a dir, que hi ha molts altres factors en joc a l'hora de determinar la competència d'un noi. Però en un altre estudi que mesurava la correlació entre competència social i acadèmica en relació amb la capacitat de fer un judici del què és just i què no es just, trobava una associació positiva entre les tres habilitats¹¹². En un altre estudi que comparava la capacitat per decidir amb la seva intel·ligència, en nens de 7 a 17 anys, alguns dels quals tenien VIH, trobava una correlació significativa entre la capacitat de comprendre i el seu Coeficient Intel·lectual(CI), per nens sans, però no hi havia correlació entre el CI i els altres paràmetres de MacCAT-T en els nens sans ni en els malalts⁸⁴. Un treball que comparava la competència per decidir en una mostra de 1400 joves de 11 a 24 anys (mitjançant el MacCAT-CA) amb els seu CI, trobava correlació entre ambdós paràmetres¹¹³. És remarcable, per altra banda, que en l'estudi realitzat es troben diferències significatives a favor d'estudiants no repetidors en els resultats del test (T-17 i T-9), del rendiment acadèmic i del nivell de cognició valorats pel tutor .

2. Per explorar la **influència d'alguns factors** (edat, gènere, entorn i educació) en el desenvolupament de la maduresa d'un adolescent es mesura la **Validesa de grups extrems o grups coneguts**, que compara puntuacions en grups que s'espera tinguin diferents nivells de maduresa:

- **L'edat**

“La capacitat per raonar depèn fonamentalment de *l'edat* del nen, la seva *habilitat intel·lectual i cognitiva i el seu caràcter emocional*”²². Cap als 12 anys s'inicia un estadi del desenvolupament cognitiu anomenat “formal-operacional”, en el qual l'adolescent comença a pensar en abstracte, a entendre el concepte de causa-efecte, establir hipòtesis, considerar diversos factors i preveure conseqüències.

En aquesta línia, un recent estudi que mesura la capacitat de prendre decisions mèdiques en nens amb VIH i ho compara amb nens sans, emprant el MacCat-T, objectiva diferències entre els nens de 7-11 anys (pensament concret operacional) i els de 12-17 (pensament formal operacional), tant pels nens malalts com pel grup de nens sans⁸⁴. En

DISCUSSIÓ

l'estudi que es realitza per validar el test, en la comparativa de les diferents escales en funció de l'edat, s'objectiva una progressió ascendent que és estadísticament significativa, en la valoració que el tutor fa de la maduresa dels seus alumnes, com adult expert en docència i que els coneix bé. L'entrevista semiestructurada de Kohlberg no és concloent en els resultats obtinguts per valorar l'evolució de la maduresa en funció de l'edat, tot i que cal anomenar la puntuació més elevada dels nens de 12 anys, així com en el test a validar, que, per altra banda, tarden menys temps a realitzar. Aquests resultats no són estadísticament significatius, i, per tant, caldrà molta prudència en la seva interpretació. No obstant, i a la llum de la bibliografia revisada, aquest fet fa pensar que, tal vegada, el nen de 12 anys, encara funciona amb el patró de valors transmès pels seus pares, que encara no qüestiona, i, per tant, reflexiona amb menys introspecció els dilemes plantejats, doncs tarda menys temps a realitzar el test, de forma que "aparentment" és més decidit a triar una opció "madura", efecte que és referit en altres estudis^{15,106,114}.

Justament en la relació de l'adolescent amb el medi social, cal citar la seva capacitat de tenir la "voluntarietat" necessària per al consentiment informat i és especialment rellevant la interacció del menor amb l'autoritat, destacant que, en relació amb l'edat, existeix un pic de conformitat amb els pares en la pre-adolescència (10-13 anys), i en la mitjana adolescència els nois ja són capaços de decidir per ells mateixos¹¹. Tornant a l'estudi i deixant de banda els nens de 12 anys, la resta mostra una progressiva evolució ascendent en la maduresa valorada pel test en funció de l'edat, com caldria esperar, a la llum dels articles publicats^{12,115,116}. En un estudi que mesurava la competència per decidir en adolescents de 11 a 24 anys, emprant el MacCat-CA en un context jurídic, no hi havia diferències significatives entre els joves adults de 18-24 anys i els de 16-17 anys, però fins un 19% dels de 14-15 anys i un 30% dels menors de 11-13 anys haguessin estat declarats incompetents davant el jutge¹¹³.

A vegades, els adolescents tenen la creença que això de decidir no va amb ells, que és cosa d'adults, limitant la seva capacitat per decidir. De fet, si els adolescents veuen que no poden decidir estan menys actius i concentrats, tenen actituds més negatives, cíniques que donen lloc a certa apatia. En altres ocasions, no decideixen per protegir-se de l'ansietat que els suposa, per evitar fer decisions doloroses⁸⁷. Però una recent revisió anglesa sobre la participació dels menors en decisions mèdiques dóna suport a la idea que els menors són capaços de donar la seva opinió, i s'estimen més fer-ho, quan se'ls dóna l'oportunitat⁴². Els mateixos adolescents consideren que l'edat apropiada per decidir sobre la pròpia salut és els 15 anys¹¹⁷, i, de fet, ells mateixos valoren molt el fet de poder

DISCUSSIÓ

participar en decisions que afecten la seva pròpia salut¹¹⁸.

En el test que es valida cal destacar que el col·lectiu de 16 anys té una puntuació més baixa en cognició i rendiment acadèmic valorats per part del tutor, tot i que sense significació estadística, que pot tenir a veure amb el fet que fins al 21% dels alumnes de 16 anys participants en l'estudi, són repetidors. A bé, en el test a validar, tenen valoracions de maduresa més altes, doncs l'edat és un factor que ajuda a ser més madur, més competent per decidir^{19,22}.

Alguns estudis indiquen que els nois de 14 a 17 anys no tenen diferències significatives en desenvolupament cognitiu envers els adults^{12,119}. Glenn¹²⁰ proposa usar l'edat mental, més que la cronològica, per determinar la competència. Belter i Grisso¹²¹, en el seu estudi per esbrinar si, informant als menors sobre els seus drets, aquests reconeixen quan són violats i prenen decisions per protegir-se, objectiven que els menors de 10 anys són incapaços de protegir els seus drets, i els majors de 15 anys, són competents per aquesta tasca, mentre que els de 10 a 15 anys no poden arribar a considerar-se competents en aquesta àrea. En aquesta línia, Grisso i Vierling¹²², també defensen que el menor de 11 anys és incapaç de donar el seu consentiment informat(CI), el major de 15 anys, sí, i el de 11 a 15 anys, pot haver desenvolupat la capacitat de donar el seu CI, o no. Melton⁴⁴ dona suport a aquesta tesi. Leikin¹²³ argumenta que als 12 anys, molts nens ja han desenvolupat el pensament abstracte, la capacitat de fer hipòtesis entre diferents alternatives i predir les conseqüències, i, per tant, són competents per prendre decisions sobre la pròpia salut; tot i que la voluntarietat no es desenvolupa fins als 14-15 anys, els més petits tenen tendència a rebutjar el que diuen els adults. Mann et al.⁸⁷ que consideren la predisposició a decidir i l'autoestima com a prerequisits per poder decidir, objectiven que els adolescents de 15-17 anys tenen més desenvolupades aquestes qualitats que els de 12-14 anys. Pearce⁸⁵ suggereix que els menors de 8 anys encara no tenen un clar concepte del temps, de sí mateixos, però progressivament van madurant i cap als 14 anys, molts joves ja estan capacitats per donar consentiment.

Tinguin l'edat que tinguin i el grau de maduresa que tinguin, els nois en edat escolar sempre s'haurien de tenir en compte quan es pren una decisió que els afecta. De fet, els mateixos menors, en l'atenció sanitària que reben, valoren sobretot, el fet de ser informats i de participar en les decisions a prendre, juntament amb una bona comunicació i, competència i sensibilitat per part dels professionals^{42,,124}.

Però existeixen altre factors de l'adolescent que condicionen la seva capacitat per prendre

decisions que es citen a continuació. De fet, alguns autors, com Pearce⁸⁵ (*Veure Taula 9*) o Shaw⁷⁴ (*Veure Taula 10*) els inclouen en les seves valoracions de competència per prendre decisions.

- **El gènere**

Alderson⁴³, pregunta a nens de 8 a 15 anys, que han de ser intervinguts, i als seus pares, a quina edat creuen que podran decidir per ells mateixos. Tan nens com pares responen similar, sobre els 14 anys, però el grup de nenes i els seus pares, consideren que estan preparats 2 anys abans que els nens (13 anys per les nenes, i 15 anys, pels nens). Per tant, per aquest autor, el *gènere* femení es considera madur abans per prendre decisions.

En el test que es pretén validar, en la comparació de les diferents escales en funció del gènere, les noies puntuen millor en el test, en la valoració de maduresa i de rendiment acadèmic valorats per part del tutor i en el temps emprat per fer el test amb significació estadística, i també puntuen més alt en l'entrevista semiestructurada de Kohlberg i en el rendiment acadèmic valorat pel tutor, tot i que sense significació estadística.

Aquest fet confirma les troballes en estudis anteriors que postulen el més ràpid desenvolupament de maduresa en el col·lectiu femení en l'adolescència^{107,125,126,127}. Una de les principals limitacions que Gilligan⁶³ va trobar a l'entrevista semiestructurada de Kohlberg era que, en aquesta, les noies apareixien menys madures, degut, segons ella, a que l'entrevista es basava en el principi de "justícia" per mesurar la maduresa i no en el de "tenir cura" que és més desenvolupat en el col·lectiu femení. Gibbs et al.¹²⁸ donen suport a aquesta tesi, quan, en passar la Moral Justification Scale a adolescents, les noies puntuen millor en les preguntes que plantegen dilemes de "tenir cura dels altres", però puntuen igual que els nois, en els dilemes de "justícia". No obstant, en un metanàlisi posterior, realitzat per Jaffe i Hyde¹²⁹ no s'objectiven troballes estadísticament significatives en la diferència de maduresa en funció del gènere, amb l'entrevista de Kohlberg, i tampoc en un altre estudi que passava la MJJ a nois i noies adolescents¹³⁰. Moon¹¹⁵ reporta que no hi ha diferències significatives entre el gènere i el desenvolupament moral, però, en tot cas, si n'hi hagués, afavoriria les noies.

- **L'entorn**

En relació al *context poblacional* dels adolescents, en la realització de la comparativa de les diferents escales en funció de la població (urbana versus rural) es troben diferències estadísticament significatives a favor de la població urbana, pel T-17, significació que no

es confirma pel T-9. Avui en dia, en un món tan globalitzat és difícil la troballa de diferències a aquest nivell. Malgrat tot, és important tenir en compte aquest factor, ja que l'entorn social influencia l'individu i viceversa⁴⁵.

▪ L'educació

El *tipus d'educació* rebuda, orientada o no, a potenciar la seva autonomia^{11,22} condiciona la capacitat per decidir, del menor.

Alguns autors destaquen l'educació dels nens com a prerrequisit pel desenvolupament moral dels estudiants^{66,115}.

En l'estudi de validació de l'escala, es realitza una comparació de les diferents escales en funció del tipus d'educació rebuda a través de l'escola (pública versus concertada) i es troben petites diferències, tot i que estadísticament significatives a favor de l'escola pública només en el T-9, i sense significació pel T-17. Per altra banda, el rendiment acadèmic puntua millor per l'escola concertada, també amb significació estadística. Actualment, el tipus de població que acudeix a un centre concertat, no difereix del que acudeix a un públic, i el tipus d'ensenyament és similar. Cal dir, però, que en el procés de validació del *Test de Judici Moral*(MJT) de Lind, s'objectiva una correlació entre la quantitat i qualitat de l'educació i la capacitat de judici moral⁷⁰. En aquest sentit, Moon¹¹⁵ afirma que l'escola on van els alumnes afecta el seu desenvolupament moral.

En un estudi de validació de la versió turca del DIT de Rest¹⁰⁷, adreçat a estudiants universitaris de diferents departaments, troben diferències significatives entre les diferents facultats. Sembla, doncs, que l'educació rebuda condiciona el desenvolupament moral.

A més a més, cal remarcar, que, en aquest mateix estudi, també hi ha una relació significativa entre el nivell educacional de la mare i el pensament postconvencional de l'estudiant, doncs es creu que el nivell educatiu de la mare, afavoreix la democratització ambiental a casa, fet que facilita el desenvolupament moral dels fills.

8.2.4. SENSIBILITAT AL CANVI

En l'estudi realitzat, la sensibilitat al canvi, és a dir, l'exploració de la capacitat del test per detectar canvis en la maduresa dels nens, no s'explora a través d'una intervenció concreta, sinó que es mesura deixant passar un temps entre la primera i la segona administració del test, esperant que el mateix plantejament dels dilemes morals pugui fer desenvolupar la seva competència moral, i, de fet, aquesta constitueix la base de

DISCUSSIÓ

l'educació moral en dilemes o conflictes ètics, l'objectiu de la qual és el desenvolupament del raonament moral, de manera que mitjançant la reflexió i discussió sobre dilemes morals, s'aconsegueix evolucionar en la maduresa per raonar i decidir^{19,62,65}.

En l'anàlisi de l'"efect size", en passar el mateix test objecte d'estudi, una setmana després, als mateixos alumnes, la puntuació presenta un augment en mitjana de 0,3 punts (Mida de l'efecte=0,24) amb significació estadística (valor $p=0,045$) pel T-17, mentre que pel T-9, l'augment en mitjana és de 0,5 punts (Mida de l'efecte=0,37), novament amb significació estadística ($p=0,002$). Per tant, la versió reduïda del T-9 presenta més sensibilitat alhora de detectar canvis en una setmana que el T-17. Pels resultats s'intueix que el fet d'haver-se plantejat uns dilemes ètics pot ajudar al desenvolupament de la maduresa en aquell jove i obtingui una puntuació superior en el test.

8.3. DISCUSSIÓ CONCEPTUAL

8.3.1. INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS DEL TEST: Proposta de CLASSIFICACIÓ DEL GRAU DE MADURESA en funció del test.

Aquest test planteja conflictes ètics hipotètics. La bibliografia revisada dóna suport a la idea que l'argumentació poc madura en situacions hipotètiques, es sol correlacionar amb pobres argumentacions en plantejaments reals¹³¹.

Per obtenir una classificació del grau de maduresa que mostra l'individu enquestat en base a les respostes efectuades en el test, es compara amb els estadis resultants obtinguts en l'entrevista semiestructurada de Kohlberg. Aquest exercici es realitza pel test de 17 ítems i pel de 9 ítems, que es considera més operatiu, ràpid i fàcil de realitzar, mantenint la mateixa fiabilitat. Es proposa tres franges de maduresa, de forma que la persona situada en la franja de més puntuació, és més madura, doncs mostra certa consistència en les seves respostes, és a dir, davant diferents conflictes ètics, dóna respostes convencionals de manera reiterada; de la mateixa manera, aquell que queda en la franja de puntuació més baixa, sol argumentar de forma poc madura o preconventional el seu posicionament davant els diferents dilemes. Per què, de fet, tan sols la consistència en el judici sobre aspectes morals és la que implica competència o capacitat de judici moral⁷⁰.

8.3.2. PROPOSTA D'AQUESTA ESCALA COM A INSTRUMENT DE VALORACIÓ DE LA MADURESA EN MENORS DE 12 A 16 ANYS, EINA CLAU EN L'EXPLORACIÓ DE LA COMPETÈNCIA D'UN MENOR PER PRENDRE DECISIONS SOBRE LA PRÒPIA SALUT.

A la llum de la bibliografia revisada per l'estudi de la competència d'un menor per prendre una decisió concreta sobre la seva salut, s'arriba a la conclusió que aquesta requereix tenir en compte 4 eixos necessaris i complementaris (*Veure Algoritme 1*):

- Valoració de la **maduresa**, del raonament moral (per veure què motiva el jove a actuar d'una manera o una altra, encara que després no actuï tal com pensa). Aquest punt és bàsic en l'exploració de la competència del menor, al qual no se li pressuposa la maduresa, com en l'adult.
- Valoració de les **capacitats aplicades de presa de decisions** -capacitat de comunicar i entendre la informació, de raonar i deliberar-. S'explora, en concret, en relació a la presa d'una decisió determinada en un moment concret. Tot i que la capacitat cognitiva ja queda explorada en el pas previ, cal esbrinar, què entén el jove de la decisió que ha de prendre en particular. Per tant, el fet de proporcionar al jove, una informació adequada és crucial per a què aquest pugui participar en el procés de decidir¹²⁴.
- Valoració del tipus o **gravetat de la decisió** que es pren.
- Valoració del **context o situació** del jove i de la pròpia decisió. L'acció no depèn només de tenir un cert nivell cognitiu, i de raonar d'una forma madura, hi ha altres factors -estat emocional, desenvolupament social...- que també condicionen l'acció final, la presa de decisió. De fet, sovint, en les decisions sobre la pròpia salut, existeix conflicte, de manera que a més cost percebut, més gran és l'estrès engendrat pel conflicte decisonal⁴⁵.

Seguint el principal objectiu d'aquest estudi s'ha creat i validat un test que permet inferir el grau de maduresa del menor que s'entrevista. Tot plegat dóna suport a la tesi de que estem davant d'una eina útil, objectiva, ràpida i fiable per mesurar la maduresa dels adolescents, mitjançant la reflexió sobre conflictes ètics. A més a més, aquest mètode estimula el desenvolupament del raonament moral, que ajuda a la capacitació per prendre una decisió.

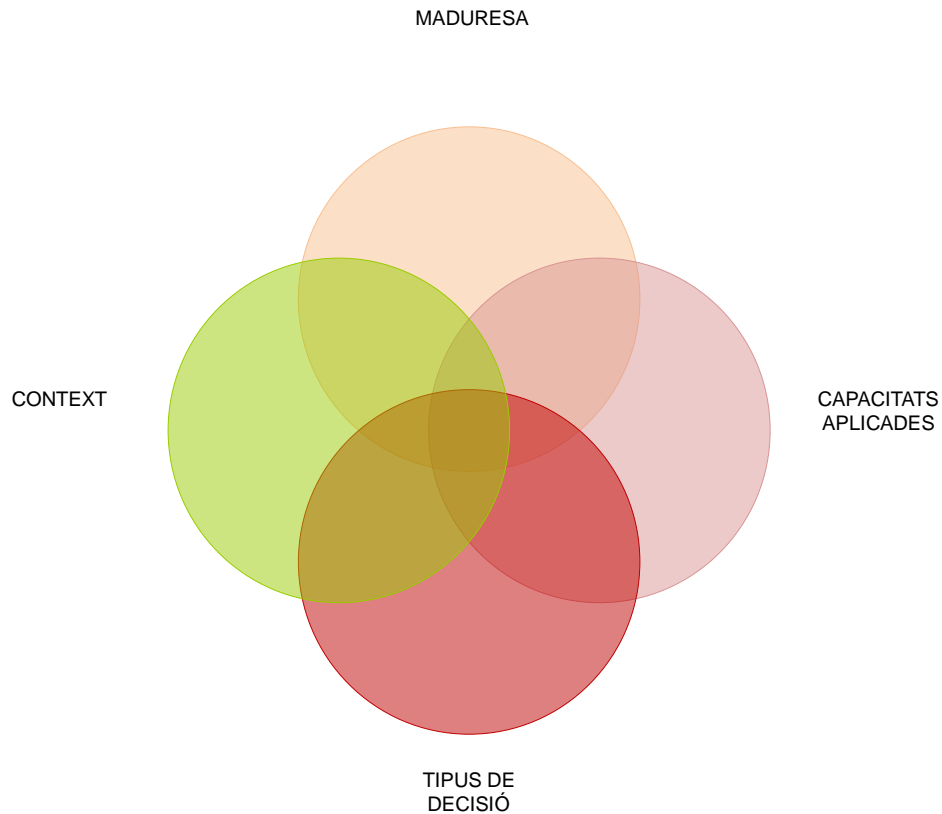
DISCUSSIÓ

Cal dir, però, que el procés de validació d'un qüestionari, no és del “tot o res”. La validació no acaba quan un primer estudi amb dades de validació és publicat, sinó que continua amb l'ús repetit de l'instrument que augmentarà la confiança en el mateix, com a instrument que mesura el que realment pretén mesurar.

Ara bé, sempre, el que caldrà és tenir sensibilitat per aproximar-nos als adolescents amb respecte, interès sincer, amb ganes d'escoltar i ajudar-lo, afavorint la deliberació amb l'adolescent⁵⁹ sense oblidar que tots els tests, escales, eines objectives són una ajuda que cal interpretar amb prudència, però que mai no tenen la última paraula, doncs no hem de renunciar a l'art que suposa la relació que s'estableix amb el pacient, per què la comunicació amb el pacient és la base de la relació terapèutica^{16,42}.

Finalment voldria insistir en el reconeixement actual sobre la necessitat d'ensenyar, els adolescents, a prendre les seves pròpies decisions^{19,60,105,124}. Cal que s'entrenin en el judici i adquireixin capacitat de discerniment per ser més madurs³². La reflexió i discussió de conflictes ètics n'és un bon mètode, per exemple. Caldria iniciar-ho, però, a edats en què les eleccions vitals encara estan per fer^{59,87}, tasca per a la qual tota la societat està cridada a implicar-s'hi. Per què el cultiu de l'autonomia dels joves els farà pujar la seva autoestima: la seva confiança en la pròpia capacitat per pensar i fer front als desafiaments de la vida, però també confiança en el dret de ser feliç, de sentir-se digne i respectable, amb dret a afirmar els propis drets i necessitats, i dret de gaudir del fruit del propi esforç¹³¹

ALGORITME 1. VALORACIÓ DE LA COMPETÈNCIA D'UN MENOR PER PRENDRE UNA DECISIÓ SOBRE LA PRÒPIA SALUT



1. **MADURESA**
 - INSTRUMENT DE VALORACIÓ DE LA MADURESA DEL MENOR. LLEIDA ("MADURTEST")
 - MORAL JUDGEMENT INTERVIEW (Kohlberg)

2. **CAPACITATS APLICADES** (Appelbum i Grisso)
 - COMPRENSIÓ
 - APRECIACIÓ
 - RAONAMENT
 - ELECCIÓ

3. **TIPUS DE DECISIÓ** (Drane)

Tipus de decisió	Competència necessària	Per consentir	Per rebutjar
Fàcil	Baixa	Tractament eficaç, alt benefici/baix risc	Tractament incert Tractament de baix benefici/alt risc
Mitjana	Mitjana	Benefici/risc mitjà	Benefici/risc mitjà
Difícil	Alta	Tractament d'alt risc Tractament incert, d'eficàcia desconeguda	Tractament efectiu d'alt benefici/baix risc

4. **CONTEXT**
 - Del menor (dolor, tractament que altera nivel consciència, pressió externa del grup o de la família, estat emocional: estrès, por, depressió, malaltia crònica, pensament màgic de l'adolescent)
 - De la família i cultura (afectivitat dins la família, suport familiar, "rol" del menor dins la cultura a la qual pertany)
 - De la situació (context d'urgències, relació esporádica o de confiança, pressió assistencial)

8.4. LIMITACIONS

- La pròpia estructura del test , de naturalesa dicotòmica (ítems de resposta madura o immadura), multidimensional (diferents conflictes), poca longitud (17 o 9 ítems) , pot ser un factor limitant en la obtenció d'un més gran indicador de confiabilitat (KR-20), cosa que, per altra banda, ja era desitjada si es tractava de crear una eina ràpida i senzilla.
- Un altre element que pot condicionar el resultat d'aquest coeficient és el fet que la població d'estudi és una població molt homogènia. En aquest sentit, caldrà provar aquesta eina en entorns més heterogenis.
- Hi ha, en aquesta primera mostra, una manca de nens nouvinguts, en concret en la submostra a la qual se'ls passa el gold-standard i el retest, per la possible dificultat de comprensió de la llengua, que podria limitar la validesa de les seves puntuacions. Per tant, resta pendent mostrar la seva validesa en altres entorns.
- En el procés de validació d'aquest nou test, de raonament de conflictes morals, no es disposa de valors de referència o gold standard pròpiament dit. Tot i així s'ha intentat obtenir una mesura indirecta semiquantitativa mitjançant l'entrevista de Kohlberg al mateix temps que una valoració subjectiva de la maduresa per part del seu tutor.
- Tot i que hi ha, en el test, un conflicte en què s'intenta mesurar la honestedat dels participants (pregunta número 5), aquesta no s'ha fet servir per condicionar la validesa de les altres respostes.
- No s'ha valorat la sensibilitat al canvi introduint una intervenció (per exemple, educativa).
- Resta pendent validar aquest tests en adolescents en context real de prendre decisions sanitàries (nens malalts...).
- Les valoracions dels tutors són variables subjectives.

8.5. CONCLUSIONS I PERSPECTIVES DE FUTUR

Es proposa, en aquest punt, una reflexió envers les hipòtesis que, en un principi, varen motivar la realització del present treball:

- **La competència moral és un procés que s'adquireix de manera progressiva en la persona.**

La qüestió de saber quan una persona és moral i jurídicament responsable dels seus actes és difícil. Al llarg de la història ha estat tema de debat saber quan una persona és moralment autònoma, és a dir, amb capacitat per decidir per un mateix sobre la pròpia vida. En aquest sentit, Piaget defensa la tesi que el nen, de la mateixa manera que va madurant cognitivament, també evoluciona en el seu desenvolupament moral, entès com la capacitat per elaborar normes i fer judicis basats en principis interns. Kohlberg, deixeble de Piaget, elabora un sistema d'evolució de la consciència moral, per la qual l'individu va evolucionant al llarg de la seva vida, condicionat per la seva psicobiografia, entre altres. Sobre aquests fonaments, neix i pren forma el present estudi.

- **La competència moral està fonamentada pel grau de desenvolupament de la maduresa moral.**

Lawrence Kohlberg defineix la competència o capacitat de judici moral com la capacitat de prendre decisions i de fer judicis que siguin basats en principis interns, i d'actuar segons aquests judicis. El terme "moral" fa referència als codis normatius o valors concrets que una persona té, que el defineixen en cada elecció, en cada opció lliure i amb coneixement que fa¹⁰². Per tant, es pot equiparar capacitat de judici moral amb maduresa per decidir.

- **En l'adquisició de la maduresa o capacitat de judici moral es distingeixen diferents estadis.**

En el test que es valida, es poden establir tres estadis de maduresa, amb progressió ascendent, en concordança amb els estadis de judici moral que proposa Kohlberg. D'aquesta manera, aquell que puntua més alt en el test, es considera més madur, doncs mostra certa consistència en els seves respostes davant els diferents conflictes ètics. Igualment, aquell que obté puntuacions en la franja més baixa del test, habitualment

argumenta de forma preconventional el seu posicionament davant els diferents dilemes ètics.

- **És possible mesurar la maduresa moral mitjançant un test de raonament sobre conflictes morals.**

Seguint el principal objectiu d'aquest estudi s'ha creat i validat un test de raonament sobre conflictes morals que permet inferir el grau de maduresa del menor que s'entrevista. En l'avaluació de la validesa de contingut i de criteri del test, s'objectiva una alta correlació amb la puntuació extreta de l'entrevista semiestructurada de Kohlberg (gold standard), i amb la valoració de la maduresa per part del tutor, i, per altra banda, s'aprecia un coeficient de fiabilitat moderat ($\approx 0,45$) amb un coeficient de correlació intraclasse (CCI) elevat ($> 0,6$), per tant, aquesta pot ser una eina vàlida i fiable per inferir el grau de maduresa d'un menor.

- **La maduresa d'un adolescent es correlaciona amb el seu desenvolupament cognitiu i rendiment acadèmic.**

En el procés de validació del test, s'ha pogut objectivar una correlació feblement positiva entre la puntuació del test i el desenvolupament cognitiu i rendiment acadèmic dels adolescents valorats pels seus tutors.

- **Diversos factors condicionen la maduresa d'un adolescent: l'edat, el gènere, l'entorn on viu, el tipus d'escola.**

També s'ha fet palesa la influència que edat, gènere, entorn i educació dels joves, entre altres, poden donar al desenvolupament de la maduresa d'aquests. Especialment cal remarcar que el gènere femení sembla més precoç en la seva evolució madurativa en aquestes edats.

- **Perspectives de futur.**

Tot plegat dona suport a la tesi de que estem davant d'una eina útil, objectiva, ràpida i fiable per mesurar la maduresa dels adolescents, mitjançant la reflexió sobre conflictes ètics. A més a més, aquest mètode estimula el desenvolupament del raonament moral, que ajuda a la capacitació per prendre una decisió.

És important insistir en la valoració de la maduresa com a part essencial de la valoració

DISCUSSIÓ

de la competència d'un menor, per decidir sobre temes afecten la pròpia salut. (Veure *algoritme 1*)

Als professionals sanitaris, en la seva pràctica assistencial habitual, si més no, aquesta eina els ofereix una llum de reflexió sobre la participació del menor en la consulta diària i sobre la competència que aquest pugui tenir per decidir sobre la pròpia salut, pel sol fet de gaudir d'un instrument, que pretén ajudar en la valoració d'aquesta competència, d'una manera més efectiva i amb confiança. Per què, el fet que un adolescent pugui donar a conèixer i fer us de la competència que té per decidir, depèn, moltes vegades, de l'actitud dels professionals i pares¹²⁴, més que de la pròpia capacitat. Així, doncs, des d'aquí es reivindica el paper actiu del facultatiu envers la promoció del desenvolupament de la competència del menor, i, no tan sols, en la seva valoració¹³², havent d'adquirir certes habilitats per la realització d'aquesta tasca. Aquests professionals, que massa sovint hem transformat els propis conflictes ètics que la professió planteja, en interconsultes al servei de psiquiatria¹³³, perdent, d'aquesta manera, l'oportunitat d'enfortir la relació assistencial i de donar suport a l'autonomia del pacient, ens trobem davant un repte de capital importància si volem millorar la relació amb els nostres pacients i enfortir la seva capacitat decisòria, que, sense dubte, repercutirà favorablement en la seva percepció de la pròpia salut.

A més a més, el fet de facilitar la comunicació entre nens-pares-professionals i de tenir en compte als nens en el procés de presa de decisions afavoreix una sèrie d'aspectes com una major satisfacció amb les cures mèdiques, percebut tant per part dels pares com dels nens, una major cooperació per part del nen en el tractament, una promoció de la sensació de control, percebent la malaltia com menys estressant, disminuint la sensació de desconfort, i és una mostra de respecte per les capacitats del nen, afavorint el desenvolupament d'aquestes^{11,43,44}.

Queda iniciat, doncs, el procés de validació d'aquest test, procés que va madurant a mesura que l'instrument s'empra més i més, en diferents tipus de població, situació, confirmant la validesa del mateix.

En aquest sentit, caldrà provar aquesta eina en context clínic, és a dir, amb adolescents malalts, per confirmar la seva validesa en situacions d'especial vulnerabilitat, i explorar com la malaltia i el destrés emocional que aquesta ocasiona afecten la seva maduresa,

DISCUSSIÓ

així com contrastar-lo amb altres eines emprades en aquest tipus de situacions.

Una altra línia futura de recerca podria ser la comparació del mètode d'aquest test per valorar la maduresa moral, amb el mètode d' Appelbaum i Grisso de valoració de la competència per decidir.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

9. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2002.
2. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.
3. Emanuel E.J, Emanuel L.L. "Cuatro modelos de la relación médico-paciente" En Couceiro A (Ed.) Bioética para clínicos. Madrid:Triacastella. 1999.
4. Broggi M.A. Gestión de los valores ocultos en la relación clínica. Med Clin (Barc) 2003; 121:705-9.
5. Codi de Nuremberg, 1947.
6. Declaració de Helsinki, adoptada per la 18a Assemblea Mèdica Mundial Helsinki, Finlàndia, juny de 1964. Pautes Ètiques Internacionals per a la Recerca i Experimentació Biomèdica en Éssers Humans. ISBN 92 9036 056 9. Consell d'Organitzacions Internacionals de les Ciències Mèdiques (CIOMS), 1993, Ginebra, pp.53-56.
7. United States National Commission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Washington: U.S.Government Printing Office; 1978. (Trad Esp.: Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta. El Informe Belmont. Principios Éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de experimentación.)
8. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4ªed. Nueva York: Oxford University Press; 1994. (Trad. Esp. Principios de ética médica. Barcelona: Masson; 1999)
9. Simon Lorda P., Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica. Med Clin (Barc) 1993; 100(17):659-663.
10. Simon Lorda P. La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq. 2008; 28 (102):325-348.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

11. Mc Cabe M.A. Involving children and adolescent in medical decision making: developmental and clinical considerations. *Journal of Pediatric Psychology*. 1996; 21(4): 505-516.
12. Weithorn,L.A., Campbell,S.B. The competency of children and adolescent to make informed treatment decisions. *Child Development*.1982; 53:1589-1598.
13. Simon Lorda P., Júdez Gutierrez J. Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:99-106.
14. Gracia D. et al. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 179-190.
15. Martínez K. La capacidad del menor en el ámbito de la salud. *Dimensión socio-sanitaria. Derecho y salud*. 2007; 15(1): 27-42.
16. Levetown M.MD, and the Commitee on Bioethics. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics* . May 2008. Vol. 121(5).
17. Lewis CC, Pantell RH, Sharp L. Increasing patient knowledge, satisfaction and involvement:randomised trial of a communication intervention. *Pediatrics*. 1991; 88(2):351-358.
18. Piaget J. El criterio moral en el niño. 2ª ed. Barcelona:Fontanella; 1974.
19. Kohlberg L. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brower; 1992.
20. Ruíz de Huidobro J.M. El valor jurídico de las decisiones del menor maduro: adolescencia y menor maduro, visión desde el derecho. De : Javier de la Torre (ed.) *Adolescencia, menor maduro y bioética*. Madrid: Universidad Potificia de Comillas; 2011.
21. Simon Lorda P., Barrio cantalejo I. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: Un problema ético y jurídico. *Rev Esp Pediatr*. 1997; 53:107-118.
22. Tejedor Torres J.C., Crespo Hervás D.,Niño Ráez E. Consentimiento y confidencialidad en medicina del niño y adolescente. *Med Clin (Barc)* 1998;111:105-111.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

23. Terribas N Aspectos legales de la atención a los menores de edad.FMC.2008;15(6):367-73.
24. Ley Orgánica española 1/1996 de Protección Jurídica del Menor (BOE núm. 15. de enero 17, 1996)
25. Código Civil, Real Decreto (julio 24, 1889).
26. Codi de família, ([DOGC](#) núm. 2687, de 23-07-1998; correcció d'errades DOGC núm. 2732) (setembre 28,1998)
27. Ley orgánica española 1/1982, de 5 de mayo, de Protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen(BOE mayo 14, 1982)
28. Llei catalana 21/2000 de 20 de desembre, sobre drets de informació concernent a la salut i a l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (DOGC núm. 3303 de gener 11,2001)
29. Ley orgánica española 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274 de noviembre 15, 2002)
30. Mercurio M.R. An adolescent's refusal of medical treatment: implications of the Abraham Cheerix case. Pediatrics 2007;120:1357-1358.
31. Ley Orgánica española 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva, y de la interrupción voluntaria del embarazo(BOE núm. 55 de marzo, 2010)
32. Domingo Moratalla A. Adolescencia y menor maduro. La autonomía personal, un desafío a la moral profesional. De: De los Reyes M., Sanchez M. (ed.) Bioética y Pediatría. Madrid: Argón; 2010. p. 49 -58.
33. Simón-Lorda,P. Rodriguez Salvador J.J., Martínez Maroto A., López Pisa R.M., Júdez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin (Barc) 2001; 117:419-426.
34. Appelbaum P.S., Roth L.H. Competency to consent to research: a psychiatric overview. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:951-8.
35. Appelbaum P.S., Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988; 319(25): 1635-1638.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

36. Appelbaum P.S. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med.* 2007; 357(18):1834-1840.
37. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making health care decisions. Washington, DC: US Government Printing Office, 1982.
38. Drane J.F. Grappling with patient competency. De: *Clinical biethics: Theory and practice in medical-ethical decision-making.* Kansas City: Sheed i Ward; 1994. p.150-157.
39. Drane J.F. Métodos de ética clínica. En: Couceiro A (Ed.) *Bioética para clínicos.* Madrid: Triacastella; 1999.p. 187-199.
40. Caso M. El menor maduro: el adolescente ante la decisión sanitaria desde una perspectiva judicial. En: *Adolescencia: conflicto y decisión.* Institut Borja de bioética. Universitat Ramon Llull. Madrid: Mapfre; 2008.
41. Comitè de Bioètica de Catalunya. La persona menor d'edat en l'àmbit de la salut. 2009.
42. Coad J.E., Shaw K.L. "Is children's choice in health care rhetoric or reality? A scoping review". *Journal of advanced nursing* 2008;64(4):318-327.
43. Alderson P. *Children's consent to Surgery.* Buckingham: Open University Press; 1993.
44. Melton GB. Childrens' participation in treatment planning: Psychological and legal issues. *Professional Psychology.* 1981;12:246-252.
45. Langer, Lilly M. The Pre-Adult Health Decisions-Making Model: Linking Decision-making Directedness/Orientation to Adolescent health -Related Attitudes and behaviors. *Adolescence* 1992, 27(108):919-948.
46. Rutter M. Research and the family justice system: what has been the role of research and what should it be? *Newsletter of The National Council for Family Proceedings.* 1999;15:2-6.
47. Esquerda M., Miquel E. El consentimiento informado del menor de edad: evaluación de la competencia para decidir sobre su salud. En: De los Reyes M.,

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Sanchez M.(ed.) Bioètica y Pediatría. Madrid: Argón; 2010.p 367-373.
48. Esquerda M. Valoración de la competencia del menor en relación a la toma de decisiones sanitarias. En: Institut Borja de bioètica. Universitat Ramon Llull (ed.) Adolescencia: conflicto y decisi3n.. Madrid: Mapfre; 2008.p. 37-53.
 49. Roth, L.H., Meisel, A., Lidz, C.W. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry 1977; 134(3):279-284.
 50. Grisso T., Appelbaum P.S. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press; 1998.
 51. Alderson P.& Montgomery J."Health care choices:making decisions with children." London: Institute for Public Policy Research;1996.
 52. British Medical Association. Medical Ethics Today: Its Practice and Philosophy. Assessment of Mental Capacity-Guidance for Doctors and Lawyers. London: BMA & the Law Society; 1995.
 53. Geist R., M.D., Opler S.E., B.A. A guide for health care practitioners in the assessment of young people's capacity to consent to treatment. Clinical Pediatrics 2010, 49(9):834-839.
 54. Alexander,M.P. Clinical determination of medical competence. Arch.Neurol. 1988,45:23-6.
 55. Freedman,M., Stuss,D.T., Gordon,M. Assessment of competency: the role of neurobehavioral deficits. Ann.Intern.Med. 1991,115:203-8.
 56. Boada M., Robles A. (eds) Anàlisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evoluci3n de una demencia:Documento Sitges. Barcelona: Glosa; 2005. Disponible a la web de la Societat Espanyola de neurologia. <http://www.sen.es/>
 57. Johnson S.B.,Blum R.W., Giedd J.N. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. Journal of Adolescent Health. 2009; 45:216-221.
 58. Kambam P., M.D., Thompson C., M.D. The development of decision-making

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- capacities in children and adolescents: Psychological and neurological perspectives and their implications for juvenile defendants. *Behav.Sci.Law.* 2009, 27:173-190.
59. Gabaldon S. El menor maduro. El adolescente y la sanidad. En: *Adolescencia: conflicto y decisión.* Institut Borja de bioètica. Universitat Ramon Llull (ed.) *Adolescencia: conflicto y decisión.* Madrid: Mapfre; 2008.p. 28-36.
 60. Lind G. *La moral se puede enseñar: un manual de teoría y práctica de la formación moral y democràtica.* Ciudad de México: Trillas; 2006.
 61. Simon Lorda P, Barrio cantalejo I.M. Estadios y evolución de la conciencia moral para tomar decisiones sobre la propia salud: de la Bioética al Bioderecho. De: *De los Reyes M., Sanchez M. (ed.) Bioética y Pediatría.* Madrid: Argón; 2010. p. 39-48.
 62. Perez-Delgado E, Garcia Ros R. *La psicología del desarrollo moral.* Madrid: Siglo XXI; 1991.
 63. Gilligan C. *In a different voice: Psychological theory and women's development.* Cambridge, MA: Harvard University Press;1982.
 64. Gilligan C. *In a different voice: Women's conception of self and morality.* *Harvard Educational review.*1977; 47: 481-517.
 65. Rest, J. *Development in judging moral issues.* USA: University of Minnesota Press; 1979.
 66. Rest J. *Moral Development. Advances in research and theory.* New York: Praeger; 1986.
 67. Pérez-Delgado, E., Gimeno, A., Oliver, J.C. El razonamiento moral y su medición a través del Defining Issue Test de Rest. *Aplicación experimental a una muestra en lengua castellana.* *Revista de Psicología de la Educación,* 1989;2:95-111.
 68. Forsyth. *Ethics Position Questionnaire.* *Journal of Personality and Social Psychology.* 1980; 39: 175-184.
 69. Gibbs J.C. *Construction and validation of a multiple-choice measure of moral reasoning.* *Child Development* 1984; 55(2): 527-536.
 70. Lind G. *Una introducción al Test de Juicio Moral (MJT).* 1999. *Psycholgy of Morality and Democracy and Education.* (recuperat de <http://www.uni-konstanz.de/ag->

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

moral/b-publik.htm)

71. Hogar R., Dickstein E. A measure of moral values. *Journal of consulting and clinical Psychology* 1972; 39(2): 210-214.
72. Page R., Bode J. Comparison of measures of moral reasoning and development of a new objective measure. *Education and Psychological Measurement*. 1980; 40(2): 317-329.
73. Gump L.S., Baker R.C., Roll S. The Moral Justification Scale: Reliability and validity of a new measure of care and justice orientations. *Adolescence* 2000; 35(137): 67-76.
74. Shaw M. Competence and consent to treatment in children and adolescent. *Adv Psychiatric Treat*. 2001; 7: 150-159.
75. Drane J.F. Ethical work-up guides clinical decision making. *Health Progress* 1988, 69(11): 64-67.
76. Piaget J., Inhelder B. *The psychology of the child*. New York: Basic books; 1969.
77. Damon W. *Social and personality development*. New York: W.W.Norton; 1983.
78. Lewis C.E. Decisions making related to health: When could/should children act responsibly? In G.B. Melton, G.P. Koocher, & M.J. Saks (Eds.), *Competence to consent*. New York: Plenum Press.p.75-91.
79. Steinberg L, Cauffman E. Maturity of judgement in adolescence: Psychosocial factors in adolescent decision making. *Law and Human Behavior*.1996; 20 (3): 249-272.
80. Watts C.J., Kenny N.P. Development of competence for decision-making in chronically ill children. *Dalhousie Medical Journal* 1999;27(1):8-14.
81. Reder P, Fitzpatrick G. What is sufficient understanding?. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 1998; 3(1): 103-113.
82. La Greca A.M.,& Hanna N.C. Health beliefs of children and their mothers: Implications for treatment. 1983.*Diabetes*, 32 (1):66.
83. Holen P., Hobbie W., Finley S. Cognitive late effect factors related to decision-

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- making and risk behaviors of cancer surviving adolescents. *Cancer Nursing* 1997; 20:305-314.
84. Chenneville T, et al. Medical decisions capacity among children with HIV. *AIDS Care*. 2010; .22(11):1359-1366.
 85. Pearce J. Consent to treat during childhood: The assesment of competence and avoidance of conflict. *Br J Psych* 1994; 165: 713-716.
 86. Brown J., and Mann L. Effects of family structure and parental involvement on adolescent participation in family decisions. *Australian Journal of sex, marriage and family* 1988; 9:74-85.
 87. Mann L; Harmony R.V., Power C.N. Adolescent decision making: the development of competence. *Journal of adolescence* 1989; 12: 265- 278.
 88. Goenjian A. et al. Moral development and psychopathological interference in conscience functioning among adolescents after trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38(4):376-384.
 89. Lewis C.C. How adolescents approach decisions:Changes over grades seven to twelve and policy implications. *Child Development* 1981; 52:538-544.
 90. Yurdugül H. Minimum sample size for Cronbach's coefficient alpha: a Monte-Carlo Study. *H.U.Journal of education*.2008; 35:397-405.
 91. Charter, R. A. Sample Size Requirements for Precise Estimates of Reliability, Generalizability, and Validity Coefficients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 1999; 21:559-566.
 92. Thurstone LL. A law of comparative judgement. *Psychological Review* 1972; 34(4): 273-283.
 93. Barbero Garcia MI. *Psicometria II. Métodos de elaboración de escalas*. Facultad de Psicología. UNED 1993.
 94. Espejo M, Miquel E, Esquerda M, Pifarré J. Valoración de la competencia del menor en relación a la toma de decisiones sanitarias: Escala de la Competencia de Lleida. *Med Clin (Barc)* 2011; 136:26-30.
 95. Colby A., Kohlberg L. *The measurement of moral judgment Vol II. Standard issue*

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Scoring Manual. USA: Cambridge University Press;1987.
96. Valderas J.M., Ferrer M., Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. Med Clin (Barc.) 2005; 125(1): 56-60.
 97. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments:Attributes and review Criteria. Qual Life Res. 2002;11:193-205.
 98. Guyatt G.H., Feeny D.H, Patrick D.L. Measuring health-related quality of life. Annals of Internal Medicine .1993;118:622-629.
 99. Hays R.D., Anderson R., Revicki D. Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures. Quality of Life Research 1993; 2: 441-449.
 100. RuizBolivar,C.Confiabilidad
<http://www.carlosruizbolivar.com/articulos/archivos/Curso%20CII%20%20UCLA%20Art.%20Confiabilidad.pdf>
 101. Batista J.M., Sureda J. Análisis de correspondencias y técnicas de clasificación: Su interés para la investigación en las ciencias sociales y del comportamiento. Infancia y Aprendizaje . 1987; 39-40:171-186.
 102. Ferrer J.J., Álvarez J.C. Para fundamentar la bioética. Universidad Pontificia ICAI ICADE (ed.)Comillas Madrid: Desclée De Brower ; 2003.
 103. Magnusson,D. Teoría de los tests. México: Trillas;1982
 104. Thorndike,R.L. Psicometría aplicada. México: Limusa;1989.
 105. Bruine De Bruin W., Fischhoff B., Parker A. M. Individual differences in adult decision-making competence. Journal of personality and social psychology 2007;92(5): 938-956.
 106. Park N., Peterson C. Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validations of de Values in Action of Strengths for Youth. Journal of Adolescence 2006; 29(6):891-909.
 107. Cesur S, Topçu MS. A reliability and validity study of the Deffining Issues Test: the relationship of age, education, gender and parental education with moral

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- development. Educational Sciences: Theory and practice(Kuram ve uygulamade egitim Bilimleri). 2010; 10(3):1681-1696.
108. Pollack M.E., Billick M.D. Competency to consent to treatment. *Psychiatric Quarterly* 1999; 70(4):303-311.
109. Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995; 95(2):314-317.
110. Appelbaum P.S. Assessment of patients' Competence to Consent to Treatment. *N Engl J Med* 2007, 357(18): 1834-1840.
111. Fishhoff B. Assessing adolescent decision-making competence. *Developmental review* 2008;28:12-28.
112. Minnameier G. Children's social competence, academic competence, and aggressiveness related to ability to make judgments of fairness. *Psychological Reports* 2001; 89(1):111-121.
113. Grisso T, Steinberg L, Woolard J, Cauffman E et al. Juveniles' competence to stand trial: A comparison of adolescents' and adults' capacities as trial defendants. *Law and Human behavior*, 2003; 27(4): 333-363.
114. Marsh H.W. Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept:preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology* 1989; 81:417-430.
115. Moon Y. A review of cross-cultural studies on moral judgment development using the Defining Issues Test. *Behavior Science Research*. 1986; 20 (1-4):147-177.
116. Billick S.B., Burget W., Friberg G., Downer A.V., Bruni-Solhkhah S.M. A clinical study of competency to consent to treatment in pediatrics. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2001;29(3): 298-302.
117. Taylor L., Adelman H.S., and Kaser-Boyd N. Attitudes toward involving minors in decisions. *Professional Psychology: Research and practice* 1984;15: 436-449.
118. Ott M.A., Rosenberger J.G., McBride K.R., Woodcox S.G. How do adolescents view health? Implications for state health policy. *Journal of Adolescent Health* 2011; 48(4):398-403.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

119. Kuther T.L. Medical decision-making and minors: issues of consent and assent. *Adolescence* 2003; 38(150): 343-358.
120. Glenn C.M. Ethical issues in the practice of child psychotherapy. *Professional Psychology* 1980;11(4):613-619.
121. Belter RW., Grisso T. Childrens' recognition of rights violation in counselling. *Professional Psychology* 1984;12:246-252.
122. Grisso T., Vierling L. Minors' consent to treatment: A developmental perspective. *Professional Psychology* 1972;9:412-426.
123. Leikin SL. Minors' assent or dissent to medical treatment. *J Pediatr* 1983;102:169-176.
124. Martenson E.K., Fagerskiold A.M. A review of children's decision-making competence in health care. *Journal of clinical nursing* 2007;17:3131-3141.
125. Gibbs J.C., Basinger K.S., Grime R.L., Snarey J.R. Moral judgment development across cultures: revisiting Kohlberg's universality claims. *Developmental Review* 2007; 27(4): 443-500.
126. Gump L.S., Baker R.C., Roll S. Cultural and gender differences in moral Judgment: a study of mexican americans and anglo-americans. *Hispanic Journal of behavioral sciences* 2000; 22(78):77-93.
127. Garmon L.C., Basinger K.S., Gregg V.R., Gibbs J.C. Gender differences in stage and expression of moral judgment. *Merrill-Palmer Quarterly*, 1996; 42(3):418-437.
128. Gibbs J.C., Arnold K.D., Burkhart J.E. Sex differences in the expresion of moral judgment. *Child Development* 1984; 55:1040-1043.
129. Jaffee S., Hyde J. S. Gender differences in moral orientation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2000; 126(5): 703-726.
130. Bussey K., Maughan B. Gender differences in moral reasoning. *Journal of personality and Social Psychology* 1982, 42(4): 701-706.
131. Seligman M.E.P. Niños optimistas. Barcelona: deDebolsillo;2005.
132. Esquerda M., Pifarré J., Miquel E. La valoración de la competencia en el menor: el

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- salto de la teoría a la práctica clínica. De: Javier De la Torre (ed.). Adolescencia, menor maduro y bioética. Madrid: Universidad Pontificia ICAI ICADE Comillas; 2011. p. 63-78.
133. Perl M., Shelp Ee. Sounding board. Psychiatric consultation masking moral dilemmas in medicine. N Engl J Med 1982; 307(10):618-621.

ANNEXOS

ANNEX 1. GLOSSARI

Competència: Aptitud de la persona per a comprendre la situació a la qual s'enfronta, els valors que entren en joc i els diferents cursos d'acció possibles amb les seves conseqüències previsibles, i, posteriorment, prendre, expressar i defensar una decisió que sigui coherent amb la seva escala de valors.

Maduresa moral: Capacitat de prendre decisions, de realitzar judicis morals depenents de principis interns i d'actuar segons aquests principis.

“Menor madur”: Es considera aquell menor amb un cert desenvolupament cognitiu i emocional que el fa competent per participar en un procés de presa de decisió.

Principi bioètic d'autonomia: Pe qual cal respectar la capacitat de l'ésser humà de desenvolupar, a partir de si mateix, una representació dels objectius de la seva vida i dels mitjans per aconseguir-los i d'obrar sense constricció exterior, d'acord amb aquesta representació..

Moral: És la vivència quotidiana d'adhesió a valors, principis, normes, a partir dels quals jutgem els actes com correctes/incorrectes.

Ètica: És la reflexió crític-racional sobre la moral.

Metge humanista: Aquell que no imposa sinó que promou els valors relacionats amb la salut del pacient que són importants per aquest.

Consentiment informat: Procés voluntari d'exercici del principi ètic d'autonomia, que requereix competència per part de qui l'exerceixi i cal que se li hagi facilitat informació suficient i entenedora.

“Capacity”: Aptituds psicològiques internes necessàries per prendre aquí i ara, una decisió determinada, de manera que et permeten decidir sobre la pròpia vida. Equival a “capacitat de fet” o “natural” o “competència” en l'ambient bioètic.

“Competency”: terme jurídic que fa referència al reconeixement legal de les aptituds psicològiques per prendre determinades decisions . Equival a “capacitat de dret” o “legal”.

Incapaç: Aquell que no té aquí i ara capacitat de fet o natural, i com a conseqüència, perd transitòriament la seva capacitat de dret. (ex. Coma etílic)

Incapacitat: Aquell que no té, de forma permanent, capacitat de dret o legal. (ex. Un jutge ho determina per malaltia mental de l'individu que disminueix el seu judici permanentment)

Apercepció: Procés pel qual són actualitzats els records desencadenats per una percepció, completant-la, i fins i tot, deformant-la.

Dilema: Problema que genera un conflicte entre valors.

Característiques psicomètriques d'un test:

-**Factibilitat:** Fa referència a la facilitat d'ús d'aquell instrument.

-**Fiabilitat:** Fa referència a l'estabilitat dels resultats en circumstàncies semblants.

-**Validesa:** És el grau en què l'instrument reflecteix el que es pretén mesurar.

-**Sensibilitat al canvi:** Capacitat d'un instrument per detectar canvis en l'atribut d'interès deguts a una intervenció o a la evolució natural de la malaltia.

ANNEX 2. RESUM PROVA DISSENY TEST PER VALORAR LA MADURESA DEL MENOR.

Tema

Valoració de la competència en el menor en relació a la presa de decisions sanitàries.

Hipòtesi de treball

La competència segons Kohlberg, és la capacitat de prendre decisions, de realitzar judicis morals dependents de principis interns i d'actuar d'acord amb aquests judicis. Existeixen diversos factors que impliquen més o menys grau de competència moral que poden ser operativitzats i plantejats en una escala.

Objectiu principal

Dissenyar i avaluar una escala de valoració de la competència segons el paradigma de Kohlberg per prendre decisions sanitàries en menors d'edat.

Objectius secundaris

- Conèixer i avaluar el grau de competència moral en una mostra d'estudiants de 14-15 anys amb la escala de valoració de la competència i amb un instrument ja validat com el qüestionari Defining Issue Test (DIT) de Rest.
- Conèixer i avaluar la valoració del tutor respecte la maduresa i cognició del menor en la presa de decisions segons l'escala Likert.
- Determinar la existència d'associació entre la escala de valoració de la competència dels alumnes amb el DIT de Rest i la valoració del tutor de l'estat cognitiu i maduresa dels estudiants adolescents així com amb el gènere.

Metodologia

1. Disseny i tipus d'estudi

Es tracta d'un estudi quantitatiu, de tipus descriptiu, observacional i transversal realitzat a Lleida. Aquest estudi, que forma part d'un altre treball més ampli que pretén validar una escala de valoració de la competència del menor en la presa de decisions sanitàries, consta de tres etapes ben diferenciades, una primera etapa, en la qual es va elaborar l'escala preliminar, una segona etapa, en la qual es va fer la prova en una mostra d'adolescents de 3er d'Educació Secundària Obligatòria (ESO) de tres instituts de Lleida i una tercera etapa on es va analitzar i avaluar les dades obtingudes per tal de reajustar i corregir possibles errors del qüestionari.:

1.1. Elaboració de l'escala

Es va crear una escala preliminar de mesura d'actituds per a població adolescent entre 12 i 16 anys, a partir de la quals es pogués inferir el grau de maduresa dels menors a l'hora de prendre decisions relacionades amb la seva salut.

Es va elaborar aquest instrument de valoració de la competència a partir del model escalar de Thurstone (1972)^{34.35}, mètode especialitzat en la creació d'escales que mesuren actituds. Es van dissenyar les preguntes sobre actituds partint dels subgrups descrits per James F. Drane (1988, 1999) el qual defineix la competència com un procés, en el qual cal valorar no només el grau de competència del subjecte, sinó també la decisió que pren aquest, de manera que a més complexa i compromesa la decisió, més grau de competència s'ha d'exigir al pacient per tal de considerar la seva decisió com autònoma.

Pel disseny de les preguntes va participar tot un equip multidisciplinari d'experts en el tema (un psiquiatra, una pediatra, un metge cirurgià, una metgessa de família, un psicòleg, un filòsof i una infermera d'atenció primària) de forma que s'estudiés la validesa

de constructe de totes i cadascuna de les preguntes resultants. Aquest mètode és el que es diu criteri de judicis d'experts o prova de jutges³⁵.

Es van elaborar les preguntes amb les corresponents respostes seguint el model de Kohlberg. Tots els experts, de manera cega i independent, van opinar sobre l'estadi de cada resposta, i van validar les preguntes. La classificació de cada una de les respostes es va fer en funció del grau en que cadascuna mesurava un grau de maduresa determinat, no en funció de l'actitud expressada per l'expert. Els casos on hi havia discrepància d'opinions, es van eliminar o modificar fins aconseguir unanimitat de criteri, de manera que en els 18 casos finals hi havia un consens entre tots els experts.

Aquest qüestionari estructurat consta de 18 preguntes tancades que plantegen situacions hipotètiques donant lloc a un dilema moral, els adolescents havien de respondre una de les quatre respostes múltiples que dona cada cas, la que ells consideren més adient i d'acord al seu sistema de valors i creences. Les respostes estan estudiades i treballades de forma que en cada cas hi ha dos respostes pre-convencionals i dos convencionals o post-convencionals, segons els nivells de maduresa moral de Kohlberg i en base al criteri de judici d'experts.

1.2. Prova

Una vegada dissenyada i creada l'escala de valoració de la competència (EVC), es va administrar a una mostra d'adolescents estudiants de 3er d' ESO de tres instituts de Lleida. Els tres instituts triats amb mostreig per conglomerats van ser: L'Olivera de La Granadella com a institut rural, Joan Oró com a institut urbà i Manuel de Montsuar com a institut mixt en el sentit de que és urbà però agafa estudiants dels pobles dels voltants de Lleida ciutat.

A més a més, es va passar el DIT de James Rest, escala validada a nivell internacional i traduïda a l'espanyol com a "gold standard". Igualment es va passar als tutors de 3er d' ESO una escala de Likert de valoració cognitiva i de maduresa dels alumnes.

1.3. Anàlisi estadístic de dades

Es va procedir a l'anàlisi de les dades obtingudes de la prova pilot mitjançant el programa estadístic SPSS 15.0. Es va fer un anàlisi descriptiu de totes les variables de l'estudi. Per avaluar el grau i determinar l'existència d'associació entre els diferents tests es va fer un anàlisi de correlació lineal amb el coeficient de correlació de Spearman i calculant el seu grau de significació. Es va considerar com estadísticament significatiu un valor $p < 0,05$. Pel que fa al gènere es va utilitzar el test de "U de Mann-Withney" per determinar si hi havia diferències entre ambdós sexes.

2. Variables

2.1. Variables personals: edat , gènere, centre

2.2. Variables clíniques

Pre-convencionalitat de l'escala de valoració de la competència:

Es mesura el nombre de respostes pre-convencionals que els alumnes han contestat de l'EVC amb 18 casos tenint en compte que a menys respostes pre-convencionals més grau de competència moral o convencionalitat.

Variable quantitativa discreta.

Estadi del Rest predominant:

Es mesura en quin percentatge de cada estadi de maduresa es troba l'alumne adolescent en base a les respostes donades al DIT de Rest. Pren 6 valors: Estadi 2, 3, 4, 5a, 5b i 6 (de menys a més maduresa moral).

Variable quantitativa continua.

Valoració cognitiva de l'alumne (tutor):

Es mesura l'apreciació de la capacitat cognitiva de l'alumne per part del tutor en base a

una escala de Likert de l'1 al 5 (de menys a més).

Variable quantitativa discreta.

Valoració de la maduresa de l'alumne (tutor):

Es mesura la valoració de la maduresa de l'alumne per part del tutor en base a una escala de l'1 al 5 (de menys a més).

Variable quantitativa discreta.

3. Població

Una aula d'estudiants de 3er d'ESO de cadascun dels tres instituts de Lleida.

3.1. Criteris d'inclusió

- Autorització dels pares.
- Participació voluntària dels estudiants.

3.2. Criteris d'exclusió

- No acceptació per part de l'alumne o dels pares de participar en l'estudi.
- Resposta incompleta dels qüestionaris.
- Estudiants amb problemes de comunicació o psiquiàtrics.

3.3. Mida de la mostra

Assumint detectar una correlació mínima esperada de 0,35 segons un coeficient de

correlació de Pearson, entre les tres escales (l'EVC, el DIT de Rest i les valoracions dels tutors) i tenint en compte un nivell de significació del 5 % i una potència del 80%, va ser necessari incloure uns 60 alumnes.

3.4. Tipus de mostreig

Es va fer per mostreig per conglomerats on les unitats de la població seleccionada van ser els alumnes de 3er d'ESO de tres instituts lleidatans.

4. Mètode de recollida de dades i procediment

La recollida de dades l'estudi es va realitzar a una de les classes de 3er d'ESO de cadascun dels instituts de L'Olivera de La Granadella, Joan Oró i Manuel de Montsuar de Lleida durant un període de 3 mesos, comprés entre desembre de l'any 2007 i febrer de l'any 2008. Prèviament es va sol·licitar autorització al Serveis Territorials d'Educació de la Generalitat de Catalunya a Lleida, als directors dels centres, als tutors, als pares, i als alumnes.

Resultats

Dels 60 estudiants que han format part de l'estudi, a l'escala de valoració de la competència, el 53,3% dels alumnes havien contestat 4 respostes o menys de pre-convencionals i el 90% 7 o menys respostes pre-convencionals. Pel que fa al DIT de Rest, 22 (38,6%) alumnes es troben en l'estadi 3 i 35 (61,4 %) a l'estadi 4.

Respecte de la valoració que va fer el tutor del nivell cognitiu dels seus alumnes, el 33,3% (20) d'ells van ser valorats com a 4 d'una puntuació de menys a més entre 1 i 5, un 28,3% (17) d'ells considerava que tenien un nivell cognitiu de 5 i un 26,7% (16) un nivell 3. Pel que fa a la valoració que va fer el tutor del nivell de maduresa, el 48,3% (29) d'ells van ser valorats com a 4 d'una puntuació de menys a més entre 1 i 5, un 33,3% (20) d'ells valorats amb un nivell cognitiu de 3 i un 11,7% (7) considerats amb un nivell 5.

Entre la valoració que fa el tutor respecte de la maduresa de l'alumne i l'estadi DIT

ponderat, el coeficient de correlació Spearman és de 0,240 (valor $p=0,064$, associació lineal al límit de la significació).

L'associació lineal és significativa entre la valoració que fa el tutor respecte de la maduresa de l'alumne i la cognició de l'alumne amb un coeficient de correlació Spearman = 0,67 (valor $p < 0,05$).

S'observa una associació lineal significativa entre la valoració que fa el tutor respecte de la maduresa de l'alumne i el nombre de respostes pre-convencionals de l'escala de valoració de la competència que respon l'alumne amb un coeficient de correlació Spearman de -0,45 (valor $p < 0,05$).

Les alumnes responen un menor nombre de respostes pre-convencionals de l'escala de valoració de la competència (entre 0 i 8) que els alumnes (entre 1 i 10).

Conclusions

- L'escala de valoració de la competència ha mesurat la maduresa moral dels adolescents estudiats en un nivell pre-convencional i convencional segons el paradigma de Kohlberg obtenint correlació amb la valoració que fan els tutors respecte de la maduresa.
- S'ha mesurat el grau de maduresa moral dels estudiants amb el DIT de Rest i es veu que gairebé tots (95%) estan entre l'estadi 3 i 4.
- El DIT de Rest no ha correlacionat amb l'escala de valoració de la competència.
- La maduresa dels alumnes valorada pel tutor s'ha associat amb el gènere, obtenint, els alumnes de sexe femení, puntuacions més elevades.

ANNEXOS

ANNEX 3. T-17**ESCALA DE LA VALORACIÓN DE LA MADUREZ DEL MENOR(EVMM). LLEIDA****Caso 1.**

Acabas de comprar un ordenador por Internet. Cuando lo hiciste, clicaste en la opción "enviar el dinero por correo", pero al final, te olvidaste de pagar. Cuando recibes el ordenador, lleva la etiqueta de "PAGADO". ¿Qué haces?

1. Aviso de que aún no he pagado, y lo pago, pues no está bien estafar.
2. Los llamo y pago, porque podrían descubrir el error, y luego hacérmelo pagar más caro.
3. No digo nada, y si me avisan, ya me haré el despistado.
4. No aviso, pues el error cometido está fuera de mi alcance.

Caso 2.

En un hospital hay un enfermo muy grave sin familia, víctima de un accidente de tráfico, que posiblemente se morirá en menos de una semana. En el mismo centro hay cuatro enfermos a la espera de una donación de órganos, compatibles con el accidentado. Uno de ellos es un niño que espera un corazón y que no aguantará más de pocos días. Podemos acelerar la muerte del accidentado para ofrecer sus órganos y salvar a cuatro personas que esperan un donante.

1. Deberíamos acelerar la muerte pues posiblemente va a morir igual.
2. No deberíamos acelerar la muerte pues a pesar del beneficio hay que respetar la evolución del enfermo.
3. No deberíamos acelerar la muerte pues sería matar y va contra la ley.
4. Deberíamos acelerar la muerte pues beneficiaríamos a más gente.

Caso 3.

María es una madre soltera con dos hijos pequeños a su cargo. Tiene un vecino que tiene SIDA; son muy amigos. Un día María oye gritos y va a la casa de al lado, donde se encuentra a su vecino desangrándose por una herida profunda. María llama a una ambulancia la cual le dice que estará allí en 15 minutos y que mientras tanto tapone la herida. María no tiene guantes a mano y sabe que el virus de la SIDA es contagioso.

1. Debería ayudarle pues sino su amigo se morirá.
2. No debería ayudarle pues tiene SIDA.
3. Debería ayudarle pues si lo deja morir ella tendría muchos problemas.
4. No debería ayudarle pues nadie está obligado a ayudar ante un riesgo grande.

Caso 4.

Julián tiene un amigo que roba una motocicleta y la destroza. Julián promete a su amigo que no lo va a explicar a nadie. Pero un día se entera que han acusado a otro chico del robo y que lo van a encerrar por ello. Julián le pide a su amigo que vaya a confesar el robo pero éste le dice que no lo piensa hacer y le recuerda su promesa. Si Julián no dice nada, van a acusar a un inocente, pero si lo dice va a romper una promesa hecha a su amigo.

1. No debería decirlo pues la promesa a un amigo está por encima de todo.
2. No debería decirlo pues se va a meter en un lío.
3. Debería decirlo pues si alguien se entera van a culpar también a Julián.
4. Debería decirlo pues sino va a perjudicar a un inocente.

Caso 5.

Yo:

1. Nunca he cogido algo que no sea mío ni he tenido ganas.
2. He tenido ganas de coger algo que no era mío pero no lo he hecho.
3. Alguna vez he cogido una cosa que no era mía.
4. A menudo cojo cosas que no son mías.

Caso 6.

El Dr. Martínez está experimentando sobre una vacuna que puede salvar a muchas personas en todo el mundo. La vacuna está muy avanzada y solo le queda la fase final en la cual tiene que probar entre dos excipientes. Si se equivoca de excipiente va a provocar la muerte del paciente en el que experimente, pero gracias a ello va a conseguir crear la vacuna salvadora. El Dr. tiene la posibilidad de experimentar en un centro de reclusos peligrosos a cambio de reducir la condena.

1. Debería experimentar pues puede conseguir mucho éxito y prestigio científico.
2. No debería experimentar pues los reclusos no son libres de elegir.
3. Debería experimentar pues el beneficio que va a obtener para la sociedad es grande.
4. No debería experimentar pues si muere algun recluso lo pueden denunciar.

Caso 7 y 8.

El Dr. Smith ha estado casi toda su vida trabajando para elaborar un fármaco nuevo que cura un tipo determinado de cáncer. Le ha costado muchos esfuerzos y sacrificios y lo vende extremadamente caro. La madre de Jordi tiene este tipo de cáncer y su familia no puede pagar el fármaco. Jordi escribe al Dr. Smith pidiéndole el fármaco pero éste se lo niega. Jordi se plantea robar el dinero para poder pagarlo.

1. Jordi debería robarlo pues así conseguiría lo que quiere.
 2. Jordi no debería robar pues lo pueden descubrir y castigar.
 3. Jordi no debería robar pues va contra las leyes, aunque éstas sean injustas.
 4. Jordi debería robarlo pues salvar a su madre es lo principal.
-
5. El Dr. Smith hace bien en venderlo muy caro pues ganará mucho dinero.
 6. Hace bien en venderlo muy caro pues le ha costado mucho crearlo.
 7. No hace bien en venderlo caro porque así no ayudará a la gente.
 8. No hace bien en venderlo caro pues con la enfermedad no se hace negocio.

Caso 9.

José tiene un amigo con una enfermedad degenerativa que lo va dejando parálítico y acabará sin poder casi moverse. Su amigo le enseña un día un sobre y le comenta a José que dentro hay un veneno muy potente. Le pide que el día en que él no pueda moverse se lo dé a beber.

1. Debería aceptar pues le ahorrará sufrimiento a su amigo.
2. No debería aceptar pues se puede meter en un lío.
3. No debería aceptar pues está prohibido por ley.
4. Debería aceptar pues ayudará a su amigo y ,tal como lo plantea, nadie se va a enterar.

Caso 10.

Juan tiene un buen amigo que se llama Diego. Diego consume cocaína habitualmente y ha invitado a menudo a Juan, pero éste no quiere probarlo. Un día el director del instituto llama a Juan, le dice que sabe que un amigo suyo consume y le pide que le diga quien es. Si no le ayuda, el consejo escolar podría considerar que se trata de una conducta perjudicial para el centro y podría ser expulsado.

1. Debería decírselo pues Diego hace muy mal consumiendo.
2. Debería decírselo al director pues así evitaría el castigo.
3. No debería decírselo pues la amistad está por encima de todo.
4. No debería decírselo pues no se debe traicionar a un amigo, ya que "él me ayudará en otra ocasión, para eso son los amigos"

Caso 11.

Las cosas no van muy bien con tu pareja. Ésta te pregunta si hay alguna cosa entre tú y un compañero de instituto muy amigo tuyo y con el que pasas mucho rato. Él tan sólo lo pregunta para sentirse bien con tu respuesta, no porque sospeche nada serio. Lo cierto es que sí que hay alguna cosa entre tú y tu amigo. ¿Qué haces?

1. Le digo la verdad, pues quiero a mi pareja, la respeto, y el doble juego no está bien.
2. Le digo que no hay nada, que él es el único importante en mi vida, pues pronto me cansaré del compañero, y yo quiero a mi pareja.
3. Le digo que sólo le quiero a él, mientras gano tiempo para pensar cómo salgo de este lío.
4. Le digo la verdad, pues a mí no me gustaría que me engañase.

Caso 12.

En las afueras de tu pueblo, existe una empresa muy grande y rica que lanza residuos tóxicos al río indebidamente.

Tú perteneces a una ONG que lucha por un mundo más ecológico y solidario; organizáis una manifestación pacífica, pero casi no tiene trascendencia en los medios de comunicación. Pensáis en una alternativa de "desorden civil": causando daños a la empresa, para que se oiga vuestra protesta. ¿Está justificado responder al mal con mal?

1. Sí, porque se hace por una buena causa.
2. No, nunca el objetivo justifica cualquier medio.
3. Sí, pues es la única manera de hacernos oír.
4. No, pues la reprimenda posterior puede ser peor.

Caso 13.

Te has ofrecido voluntario para cuidar unos niños en un esplai un sábado por la tarde. El día anterior tus amigos te avisan para comentarte que han conseguido entradas para el concierto de tu grupo favorito el mismo sábado.

1. Vas al concierto pues es tu grupo favorito y es lo más importante.
2. No vas al concierto pues te has comprometido con los del esplai y sabes que no van a encontrar a nadie más con tan poco tiempo.
3. Vas al concierto, pero previamente has buscado un amigo que te sustituirá en el compromiso que tenías con el esplai.
4. No vas al concierto pues si fallas a los del esplai no te dejarán hacer otras actividades con ellos.

Caso 14.

Tu mejor amiga está, últimamente, muy triste. Después de insistir bastante, te explica que un familiar ha abusado de ella. No quiere que nadie lo sepa porque tiene mucha vergüenza y amenaza con suicidarse si la gente se llega a enterar. ¿Qué harías?

1. Lo explicarías a sus padres pues tu amiga está sufriendo mucho y necesita ayuda.
2. Lo explicarías a sus padres pues hay una persona que ha cometido un delito y debe ir a la cárcel.
3. No lo explicarías porque prefieres respetar su voluntad.
4. No lo explicarías pues no es asunto tuyo.

Caso 15.

La Sra. Riu ha estado recientemente diagnosticada de un cáncer en fase terminal pero ella no lo sabe. Su hija viene a tu consulta, pues tu eres el médico de la paciente, para decirte que la familia no quiere contarle a la paciente lo que le ocurre. La semana siguiente, la paciente acude a tu consulta i te pregunta directamente sobre la enfermedad que padece y su pronóstico.

1. Le comunicas toda la verdad, pues la paciente así lo solicita, y, legalmente, es lo que toca.
2. No le das importancia a la pregunta sobre el diagnóstico y pronóstico, e insistes en sus dolencias, pues no sabes qué hacer.
3. Le dices que tiene piedras en la vesícula, que la recuperación es lenta, siguiendo las instrucciones de la hija.
4. Averiguas hasta qué punto la paciente desea conocer la verdad i le das información real pero no total, volviendo a citarla más adelante.

Caso 16.

María estudia 4º de ESO en el instituto, tiene 16 años. Hace dos meses que ha comenzado a salir con un chico y está muy enamorada de él. Éste le propone tener relaciones sexuales con él, pero ella no lo ve claro, hace poco tiempo que salen, sería su primera vez, correría riesgos y cree que todavía es muy joven para eso, aunque su grupo de amigas le animan a hacerlo, tal como ellas han hecho. A sus padres, sin embargo, no les gustaría nada. Finalmente ella decide no dar el paso, y...él la abandona.

1. Hace bien en rechazar la propuesta, pues ella no está convencida por muchos motivos, no se siente preparada.
2. No hace bien en rechazar la propuesta, porque puede perder un novio, y además, si se enteran las amigas se reirán de ella.
3. No hace bien en rechazar la propuesta, porque hacerse mayor significa, a veces, tomar decisiones que no te apetecen.
4. Hace bien en rechazar la propuesta, porque si se enteran sus padres..ya no entra en casa.

Caso 17.

A un amigo le han diagnosticado un cáncer de rodilla. Tiene dos opciones: una amputación de la pierna o quimioterapia. La supervivencia con la amputación es muy alta pero se queda sin pierna. Con la quimioterapia puede mantener la pierna pero hay muchas posibilidades de que reaparezca el cáncer.

1. Debería elegir quimioterapia pues vivir con una sola pierna debe ser horroroso.
2. Debería elegir la amputación pues aunque representa una mayor dificultad, con el tiempo va a poder superarlo.
3. Debería elegir la amputación pues es lo mejor.
4. Debería elegir la quimioterapia pues es muy joven y la decisión de una amputación es muy drástica.

ANNEX 4. T-9.**“MADURTEST”****Caso 1.**

Acabas de comprar un ordenador por Internet. Cuando lo hiciste, clicaste en la opción “enviar el dinero por correo”, pero al final, te olvidaste de pagar. Cuando recibes el ordenador, lleva la etiqueta de “PAGADO”. ¿Qué haces?

1. Aviso de que aún no he pagado, y lo pago, pues no está bien estafar.
2. Los llamo y pago, porque podrían descubrir el error, y luego hacérmelo pagar más caro.
3. No digo nada, y si me avisan, ya me haré el despistado.
4. No aviso, pues el error cometido está fuera de mi alcance.

Caso 2(3).

María es una madre soltera con dos hijos pequeños a su cargo. Tiene un vecino que tiene SIDA; son muy amigos. Un día María oye gritos y va a la casa de al lado, donde se encuentra a su vecino desangrándose por una herida profunda. María llama a una ambulancia la cual le dice que estará allí en 15 minutos y que mientras tanto tapone la herida. María no tiene guantes a mano y sabe que el virus de la SIDA es contagioso.

1. Debería ayudarle pues sino su amigo se morirá.
2. No debería ayudarle pues tiene SIDA.
3. Debería ayudarle pues si lo deja morir ella tendría muchos problemas.
4. No debería ayudarle pues nadie está obligado a ayudar ante un riesgo grande.

Caso 3(4).

Julián tiene un amigo que roba una motocicleta y la destroza. Julián promete a su amigo que no lo va a explicar a nadie. Pero un día se entera que han acusado a otro chico del robo y que lo van a encerrar por ello. Julián le pide a su amigo que vaya a confesar el robo pero éste le dice que no lo piensa hacer y le recuerda su promesa. Si Julián no dice nada, van a acusar a un inocente, pero si lo dice va a romper una promesa hecha a su amigo.

1. No debería decirlo pues la promesa a un amigo está por encima de todo.
2. No debería decirlo pues se va a meter en un lío.
3. Debería decirlo pues si alguien se entera van a culpar también a Julián.
4. Debería decirlo pues sino va a perjudicar a un inocente.

Caso 4(6).

El Dr. Martínez está experimentando sobre una vacuna que puede salvar a muchas personas en todo el mundo. La vacuna está muy avanzada y solo le queda la fase final en la cual tiene que probar entre dos excipientes. Si se equivoca de excipiente va a provocar la muerte del paciente en el que experimente, pero gracias a ello va a conseguir crear la vacuna salvadora. El Dr. tiene la posibilidad de experimentar en un centro de reclusos peligrosos a cambio de reducir la condena.

1. Debería experimentar pues puede conseguir mucho éxito y prestigio científico.
2. No debería experimentar pues los reclusos no son libres de elegir.
3. Debería experimentar pues el beneficio que va a obtener para la sociedad es grande.
4. No debería experimentar pues si muere algún recluso lo pueden denunciar.

Caso 5(9).

José tiene un amigo con una enfermedad degenerativa que lo va dejando parálítico y acabará sin poder casi moverse. Su amigo le enseña un día un sobre y le comenta a José que dentro hay un veneno muy potente. Le pide que el día en que él no pueda moverse se lo dé a beber.

1. Debería aceptar pues le ahorrará sufrimiento a su amigo.
2. No debería aceptar pues se puede meter en un lío.
3. No debería aceptar pues está prohibido por ley.
4. Debería aceptar pues ayudará a su amigo y ,tal como lo plantea, nadie se va a enterar.

Caso 6(10).

Juan tiene un buen amigo que se llama Diego. Diego consume cocaína habitualmente y ha invitado a menudo a Juan, pero éste no quiere probarlo. Un día el director del instituto llama a Juan, le dice que sabe que un amigo suyo consume y le pide que le diga quien es. Si no le ayuda, el consejo escolar podría considerar que se trata de una conducta perjudicial para el centro y podría ser expulsado.

1. Debería decírselo pues Diego hace muy mal consumiendo.
2. Debería decírselo al director pues así evitaría el castigo.
3. No debería decírselo pues la amistad está por encima de todo.
4. No debería decírselo pues no se debe traicionar a un amigo, ya que "él me ayudará en otra ocasión, para eso son los amigos"

Caso 7(11).

Las cosas no van muy bien con tu pareja. Ésta te pregunta si hay alguna cosa entre tú y un compañero de instituto muy amigo tuyo y con el que pasas mucho rato. Él tan sólo lo pregunta para sentirse bien con tu respuesta, no porque sospeche nada serio. Lo cierto es que sí que hay alguna cosa entre tú y tu amigo. ¿Qué haces?

1. Le digo la verdad, pues quiero a mi pareja, la respeto, y el doble juego no está bien.
2. Le digo que no hay nada, que él es el único importante en mi vida, pues pronto me cansaré del compañero, y yo quiero a mi pareja.
3. Le digo que sólo le quiero a él, mientras gano tiempo para pensar cómo salgo de este lío.
4. Le digo la verdad, pues a mí no me gustaría que me engañase.

Caso 8(12).

En las afueras de tu pueblo, existe una empresa muy grande y rica que lanza residuos tóxicos al río indebidamente.

Tú perteneces a una ONG que lucha por un mundo más ecológico y solidario; organizáis una manifestación pacífica, pero casi no tiene trascendencia en los medios de comunicación. Pensáis en una alternativa de "desorden civil": causando daños a la empresa, para que se oiga vuestra protesta. ¿Está justificado responder al mal con mal?

1. Sí, porque se hace por una buena causa.
2. No, nunca el objetivo justifica cualquier medio.
3. Sí, pues es la única manera de hacernos oír.
4. No, pues la reprimenda posterior puede ser peor.

Caso 9(14).

Tu mejor amiga está, últimamente, muy triste. Después de insistir bastante, te explica que un familiar ha abusado de ella. No quiere que nadie lo sepa porque tiene mucha vergüenza y amenaza con suicidarse si la gente se llega a enterar. ¿Qué harías?

1. Lo explicarías a sus padres pues tu amiga está sufriendo mucho y necesita ayuda.
2. Lo explicarías a sus padres pues hay una persona que ha cometido un delito y debe ir a la cárcel.
3. No lo explicarías porque prefieres respetar su voluntad.
4. No lo explicarías pues no es asunto tuyo.

ANNEXOS

ANNEX 5. DILEMES KOHLBERG**DILEMA III**

En Europa, una mujer estaba a punto de morir de un tipo de cáncer muy raro. Había una medicación que los médicos pensaron que la podría salvar. Era una forma de radio que un farmacéutico de la misma ciudad había descubierto recientemente. La medicina era cara de producir pero el farmacéutico cobraba diez veces más de lo que a él le había costado elaborarla. Él pagó 400 dólares por el radio y cobraba 4000 por una pequeña dosis. El marido de la enferma, Heinz, acudió a todo el que conocía para pedir dinero prestado, e intentó todos los medios legales pero sólo pudo conseguir unos 200 dólares, que es justamente la mitad de lo que costaba. Heinz le dijo al farmacéutico que su mujer se estaba muriendo y le pidió que le vendiera el medicamento más barato o que se lo dejara pagar más adelante. Pero el farmacéutico dijo: "No, yo descubrí la medicación y voy a sacar dinero de ella". Así pues, habiendo intentado todos los medios legales, Heinz se desespera y considera entrar por la fuerza en la tienda del hombre para robar la medicación para su esposa.

1. ¿Debe Heinz robar la medicación?

1a. ¿Por qué o por qué no?

3. ¿Tiene Heinz el deber o la obligación de robar la medicación?

3a. ¿Por qué o por qué no?

4. Si Heinz no ama a su mujer, ¿debe de robar la medicación para ella? (*Si el sujeto está a favor de no robar, preguntar: ¿Existe alguna diferencia entre lo que Heinz debería de hacer tanto si quiere a su mujer como si no?*)

4a. ¿Por qué o por qué no?

5. Supón que la persona que está muriendo no es su esposa sino un extraño. ¿Debe de robar la medicación para el desconocido?

5a. ¿Por qué o por qué no?

7. ¿Es importante que la gente haga todo lo que pueda para salvar la vida de otro?

7a. ¿Por qué o por qué no?

9. En general, ¿debería la gente de hacer todo lo posible por obedecer la ley?

9a. ¿Por qué o por qué no?

9b. ¿Cómo se aplica esto a lo que Heinz debería de hacer?

*Las preguntas 2, 2a, 6, 6a, 8, 8a, 10, 10a se han eliminado por el limitado tiempo de entrevista.

DILEMA III'

Heinz forzó la entrada a la tienda. Robó la medicación y se la dio a su mujer. Los periódicos del día siguiente daban cuenta del robo. El señor Brown, un oficial de policía de conocía a Heinz, lo leyó. Recordó haber visto a Heinz correr desde la tienda y se dió cuenta de que fue Heinz quien robó la medicación. El señor Brown se pregunta si debe informar que fue Heinz el que robó la medicación.

El oficial Brown denunció a Heinz. Este fue arrestado y llevado a juicio. Se seleccionó un jurado. La labor del jurado es descubrir si una persona es inocente o culpable de haber cometido un delito. El jurado cree que Heinz es culpable. El juez es quien determina la sentencia.

3. ¿Debe el juez dar una sentencia a Heinz o debería de suspenderla u dejarle libre?

3a. ¿Por qué es eso lo mejor?

4. Pensando en términos de la sociedad ¿se debe de castigar a la gente que quebranta la ley?

4a. ¿Por qué o por qué no?

4b. ¿Cómo hace ésto referencia a la forma en la que el juez debe de decidir?

5. Heinz estaba haciendo lo que su conciencia le dictaba cuando robó la medicación.

¿Debe un quebrantador de la ley ser castigado si actua en conciencia?

5a. ¿Por qué o por qué no?

*La preguntas 1, 1a, 2, 2a, 6, 6, 7, 8, 9, 9a, 10, 11, 12 se han eliminado por el limitado tiempo de entrevista.

DILEMA I

Joe es un chico de catorce años que tenía muchísimo interés en ir a un campamento. Su padre le prometió que podría ir si ahorra dinero para hacerlo. Joe trabajó duro en su recorrido de repartir periódicos y ahorró los 40 dólares que costaba ir al campamento, y además un poco más. Pero justo antes de que el campamento comenzara su padre cambió de idea. Algunos de sus amigos decidieron hacer una excursión para pescar y el padre de Joe tenía menos dinero de lo que eso le costaría, así que dijo a Joe que le diera el dinero que había ahorrado del reparto de periódicos. Joe no quería dejar de ir al campamento, así que piensa negarle el dinero a su padre.

1. ¿Debe Joe negarse a dar el dinero a su padre?

ANNEXOS

1a. ¿Por qué o por qué no?

5. El padre prometió a Joe que podría ir al campamento si ganaba el dinero. ¿El hecho de que el padre prometiera es lo más importante de la situación?

5a. ¿Por qué o por qué no?

6. En general, ¿por qué debe de cumplirse una promesa?

7. ¿Es importante cumplir una promesa a alguien que no conoces bien y que probablemente no vas a volver a ver?

7a. ¿Por qué o por qué no?

8. ¿Cual crees que es el aspecto más importante por el que un padre se debería preocupar en sus relaciones con su hijo?

8a. ¿Por qué es eso lo más importante?

9. En general, ¿cual debe de ser la autoridad de un padre sobre su hijo?

9a. ¿Por qué?

10. ¿Cual crees que es el aspecto más importante por el que un hijo se debería de preocupar en su relación con su padre?

10a. ¿Por qué es eso lo más importante?

*Las preguntas 2, 2a, 3, 3a, 4, 4a, 11, 11a se han eliminado por el limitado tiempo de entrevista.

ANNEXOS

ANNEX 6. EXEMPLE CORRECCIÓ ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE KOHLBERG

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

NOM: --

CENTRE: L'Estonnac

NÚMERO ASSIGNAT: 2

DATA: 13/02/2009

DURADA: De 9:28h a 10h (uns 30 min)

El nen es mostra receptiu, comunicatiu i col·laborador. Malgrat, a vegades se li deixa temps o se li repeteix la qüestió per pensar nous arguments, no ho acaba d'aprofitar.

Dilema III.

1. No

1a. Per què és il·legal i va contra la llei.

3. No.

3a. per què robar és il·legal i potser, la seva dona es pot curar amb una altra medicina.

4. No. Si estima la seva dona s'hauria de preocupar per ella, però no robar.

4a. Per què la coneix i és la seva dona, i els altres, s'haurien d'espavilar ells mateixos.

5. Depèn, si és pobre, sí, si no, no.

5a. Per què ajudaria a un pobre sense diners, i és més important que salvar un pobre que la seva dona.

7. Sí

7a. Per què ajudes a la humanitat, a les persones.

9. Sí

9a. Per què no seguir la llei és un delictes.

9b. Hauria de seguir la llei i no robar-lo, per què si no hauria comès un delictes.

Dilema III'

3. Donar-li una sentència.

3a. Per què ha comès un delictes greu. Però el farmacèutic també feia malament venent-lo tan car.

4. Sí

4a. Per què ha fet malament, aquella persona ha d'anar a la presó o pagar una multa. Per què s'ha de seguir la llei.

4b. El jutge li ha de fer pagar una multa pel medicament, però sense posar-lo a la presó. Per què s'hagués pogut trobar una altra solució amb el farmacèutic (pagar a terminis...)

5. Depèn

5a. Per què la consciència, a vegades, enganya. A vegades, pensant, pots fer coses que no estan ben fetes.

Dilema I

1. Sí.

1a. Per què ha d'estalviar ell, que, a més a més guanyarà més diners, i que no se'ls gastí.

5. Sí.

5a. Per què el fill tindria dret a enfadar-se. El seu pare no té dret a canviar de parer a última hora. Per què si trenca una promesa al fill, malament. L'hauria de complir, i no el pot mentir.

6. Per què si no la compleix, l'altre s'enfadarà i no seran amics.

7. Sí

7a. per què m'ho diu el meu enteniment, el meu cap.

8. Si li fa una promesa, no trencar-la. Per què la relació amb el propi fill és molt important.

9. Educar-lo, que compleixi la llei i no sigui un "gamberro" . Per què l'importa, l'ha de tractar com si fos el seu fill, no com un desconegut.

10. No dir-li mentides. Per què això és el pitjor, per què t'acaben descobrint.

ANNEXOS

DILEMA III

(Encercla la qüestió triada)

VIDA

LLEI

QÜESTIÓ	CJ/ NORMA/ ELEMENT	ESTADI	QÜESTIÓ	CJ/ NORMA/ ELEMENT	ESTADI
			1a,9a,9b	5 /llei/culpar	I/II

PUNTUACIÓ

QÜESTIÓ

PUNTUCIÓ 0,5(I)+0,5(II)=1

QÜESTIÓ [estadi 1 /2: 1,5+1,5=3](#)

DILEMA III'

(Encercla la qüestió triada)

MORALITAT I CONSCIÈNCIA

CÀSTIG

QÜESTIÓ	CJ/ NORMA/ ELEMENT	ESTADI	QÜESTIÓ	CJ/ NORMA/ ELEMENT	ESTADI
			3a,4a	2/llei/culpar	I

PUNTUACIÓ

QÜESTIÓ

PUNTUCIÓ 3(I)=3

QÜESTIÓ [estadi 1. 3](#)

ANNEXOS

DILEMA I

(Encarcla la qüestió triada)

CONTRACTE

AUTORITAT

QÜESTIÓ	CJ/ NORMA/ ELEMENT	ESTADI	QÜESTIÓ	CJ/ NORMA/ ELEMENT	ESTADI
5a,5b	8/contracte/e vitar càstig	II/III			

PUNTUACIÓ QÜESTIÓ	PUNTUCIÓ QÜESTIÓ
estadi 2/3. 1,5+1,5	

estadi	puntuació	Puntuació total estadi	percentatge	Puntuació WAS
I	1,5+3	4,5	50	4,5
II	1,5+1,5	3	33	6
III	1,5	1,5	16	4,5
IV				
total		9		15/9x100=166

ANNEX 7. VALORACIONS TUTORS

Alumne.....

VALORACIÓ NIVELL COGNITIU

1 2 3 4 5

VALORACIÓ NIVELL DE MADURESA

1 2 3 4 5

VALORACIÓ RENDIMENT ACADÈMIC

1 2 3 4 5

ANNEXOS

ANNEX 8. SOL·LICITUDS COL·LABORACIÓ, AUTORITZACIONS I AGRAÏMENTS ALS CENTRES PER PARTICIPAR.



Lleida, a 12 de Març de 2008

Benvolgut Sr. Delegat d'Educació,

El motiu de la present no és altre que demanar la vostra col·laboració en un projecte engrescador i, considerem que, molt necessari.

Estem vivint en una societat que desitja crear homes i dones lliures, amb criteri, amb capacitat per prendre decisions, però que, al mateix temps, ha d'aprendre a conviure i a acompanyar una adolescència gens fàcil, que juga a ser adulta sense ser-ho, que assumeix, moltes vegades, decisions importants, sense estar-ne capacitada.

La competència per prendre decisions no és un constructe del tot o res. Està, tanmateix, influenciada per múltiples factors (experiències viscudes...), existint una gran variabilitat entre els adolescents.

La valoració de la competència per prendre decisions mèdiques en menors és un fet de vital rellevància en el nostre país, on la legislació actual obliga al professional sanitari a fer aquesta valoració, sense la existència de cap mètode validat per fer-ho.

El nostre objectiu és crear una escala que permeti, als professionals sanitaris, valorar la competència dels menors per prendre decisions mèdiques.

Aquest projecte requereix la realització d'una primera prova pilot amb una mostra d'uns 40 adolescents, per fer una valoració inicial de l'escala, detecció de problemes previs a l'elaboració de l'escala definitiva.

Un cop s'obté l'escala definitiva, caldrà validar el nou test, mitjançant l'administració del mateix a una mostra d'uns 1000 adolescents.

Per aquest motiu agrairíem la vostra col·laboració, permetent-nos passar el test als alumnes de 1er a 4art d'ESO de diferents Centres de Secundària de la província de Lleida. Selecció d'una mostra d'estudiants adient a les necessitats de l'estudi.

Caldria disposar d'una hora de tutoria, 2 dies diferents, en un mateix grup

d'alumnes. El test a realitzar està format per una sèrie de 18 casos o situacions hipotètiques, en les quals, l'enquestat ha de valorar la decisió presa pel protagonista de cada cas. Existeixen quatre opcions per cada cas, d'entre les quals n'ha de triar una, la més adequada. En un segon temps, es passaria el test DIT, gold Standard o prova de referència per la validació de la nostra escala.

Molt agraïts pel vostre interès i esperant la vostra col·laboració,

Restem a la vostra disposició,

Equip "Valoració de la Competència del Menor de Lleida":

Montse Esquerda. Doctora en Medicina. Pediatra i psicòloga. Màster en Bioètica.

Josep Pifarré. Doctor en Medicina. Psiquiatra i psicòleg. Màster en Bioètica. Professor UdL.

Salvador Ribas. Doctor en Filosofia i Màster en Bioètica i Dret.

Àlex Palau. Psicòleg CSMIJ.

Mariola Espejo. Infermera d'Atenció Primària. Postgrau en Salut Pública i en Medicina Tropical.

Joan Viñas. Catedràtic de Cirurgia, professor i Rector UdL. Màster en Bioètica.. Comitè de Bioètica de Catalunya.

Eva Miquel. Metgessa de Medicina Familiar i Comunitària. Diplomada en Sanitat. Diploma d'Estudis Avançats.



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Serveis Territorials a Lleida

Lleida, a 14 de Gener de 2009

Benvolgut Sr. Director,

El motiu de la present no és altre que demanar la vostra col·laboració en un projecte engrescador i, considerem que, molt necessari, sobre la mesura de la competència dels menors en la presa de decisions.

Som un grup d'estudi vinculat a la Universitat de Lleida, compostat per una pediatra, un psiquiatra, un filòsof, un psicòleg, una infermera, un cirurgià, una inspectora del Departament d'Educació, i una metgessa de família, que comptem amb el suport i recolzament dels Serveis Territorials d'Educació i de Sanitat.

Ens motiva a realitzar l'estudi el fet que estem vivint en una societat que desitja crear homes i dones lliures, amb criteri, amb capacitat per prendre decisions, però que, al mateix temps, ha d'aprendre a conviure i a acompanyar una adolescència gens fàcil, que juga a ser adulta sense ser-ho, que assumeix, moltes vegades, decisions importants, sense estar-ne capacitada.

La competència per prendre decisions no és un constructe del tot o res. Està, tanmateix, influenciada per múltiples factors (experiències viscudes...), existint una gran variabilitat entre els adolescents.

La valoració de la competència per prendre decisions mèdiques en menors és un fet de vital rellevància en el nostre país, on la legislació actual obliga al professional sanitari a fer aquesta valoració, sense la existència de cap mètode validat per fer-ho.

El nostre objectiu és crear una escala que permeti, als professionals sanitaris, valorar la competència dels menors per prendre decisions mèdiques.

Aquest projecte ha requerit la realització d'una primera prova pilot, que ha servit per fer una valoració inicial de l'escala, detecció de problemes previs a l'elaboració de l'escala definitiva.

Actualment, un cop obtinguda l'escala definitiva, procedirem a la validació de la mateixa, mitjançant l'administració d'aquesta a una mostra de 500 adolescents, tots ells alumnes de 1er a 4art d'ESO en diferents Centre d'Educació Secundària públics i

privats de la província de Lleida.

El vostre centre ha estat escollit per participar en l'estudi i per aquest motiu us agrairíem la vostra col·laboració permetent-nos passar el test a una classe de 4art d'ESO del vostre Centre Educatiu.

Caldria disposar de dues hores de tutoria d'un mes de febrer a maig de 2009. En la primera hora es passaria el test a validar, que consta de 17 situacions hipotètiques que plantegen dilemes ètics. En cada situació, l'enquestat haurà d'escollir una d'entre quatre opcions possibles d'acció. La durada del test és de 30-45 minuts, aproximadament. En una segona hora de tutoria, el tutor podria treballar didàcticament els dilemes plantejats en la sessió anterior. Es proporcionarà material didàctic, als tutors, a mode d'ajuda per aquest treball per a que es pugui incloure dins del Pla d'Acció Tutorial d'aquests alumnes .

Al tutor, se li demanarà que faci una valoració del grau de desenvolupament cognitiu, de maduresa i acadèmic dels seus alumnes mitjançant una escala de Likert que valora de 1 a 5. Aquesta servirà com a valoració d'expert. Per aquest motiu, seria bo que ja hagués estat tutor del grup escollit durant el curs anterior, o si més no, els hagués impartit alguna classe durant el curs passat.

D'entre els 500 alumnes, s'escollirà una petita mostra d'uns 30-40 alumnes, als quals se'ls farà una petita entrevista en la qual puguin raonar les respostes triades a dos experts, metge i psicòleg. Valgui aquesta valoració coma gold standard de l'estudi. Aquesta part es realitzarà en la 2a hora de tutoria requerida.

Per millor funcionament de l'equip necessitaríem disposar dels horaris de tutoria dels alumnes implicats en l'estudi.

Abans de la realització de la prova es demanarà autorització als pares, juntament amb una carta informativa de l'estudi.

Molt agraits pel vostre interès i esperant la vostra col·laboració,

Restem a la vostra disposició,

Equip "Valoració de la Maduresa del Menor de Lleida":

Montse Esquerda. Doctora en Medicina. Pediatra i psicòloga. Màster en Bioètica.

Josep Pifarré. Doctor en Medicina. Psiquiatra i psicòleg. Màster en Bioètica.

Professor UdL.

Salvador Ribas. *Doctor en Filosofia i Màster en Bioètica i Dret.*

Àlex Palau. *Psicòleg CSMIJ.*

Mariola Espejo. *Infermera d'Atenció Primària. Postgrau en Salut Pública i en Medicina Tropical.*

Joan Viñas. *Catedràtic de Cirurgia, professor i Rector UdL. Màster en Bioètica. Comitè de Bioètica de Catalunya.*

Alba Castellà. *Biòloga. Inspectora d'educació. Departament d'Educació.*

Eva Miquel. *Metgessa de Medicina Familiar i Comunitària. Diplomat en Sanitat. Diploma d'Estudis Avançats. Tfn. 620 220 691. E-mail: evamicky@gmail.es o emiquel.lleida.ics@gencat.cat*



Lleida, a 1 de Febrer de 2009

Benvolguts pares i mares,

El motiu de la present no és altre que demanar la vostra col·laboració en un projecte engrescador i, considerem que, molt necessari.

Estem vivint en una societat que desitja crear homes i dones lliures, amb criteri, amb capacitat per prendre decisions, però que, al mateix temps, ha d'aprendre a conviure i a acompanyar una adolescència gens fàcil, que juga a ser adulta sense ser-ho, que assumeix, moltes vegades, decisions importants, sense estar-ne capacitada.

La competència per prendre decisions està influenciada per múltiples factors (experiències viscudes...), existint una gran variabilitat entre els adolescents.

La valoració de la competència per prendre decisions mèdiques en menors és un fet de vital rellevància en el nostre país, on la legislació actual obliga al professional sanitari a fer aquesta valoració, sense la existència de cap mètode validat per fer-ho.

El nostre objectiu és crear una escala que permeti, als professionals sanitaris, valorar la competència dels menors per prendre decisions mèdiques.

Per aquest motiu agrairíem la vostra col·laboració, permetent-nos passar el test als vostres fills,.

La informació que contindran aquests tests restarà confidencial, tret de pel tutor dels alumnes, coneixedor de l'estudi, i pel qual, per ser material útil.

Molt agràits pel vostre interès i esperant la vostra col·laboració,

Restem a la vostra disposició,

Equip "Valoració de la Competència del Menor de Lleida":

Montse Esquerda. Doctora en Medicina. Pediatra i psicòloga. Màster en Bioètica.

Josep Pifarré. Doctor en Medicina. Psiquiatra i psicòleg. Màster en Bioètica.
Professor UdL.

Salvador Ribas. Doctor en Filosofia i Màster en Bioètica i Dret.

Àlex Palau. Psicòleg CSMIJ.

Mariola Espejo. Infermera d'Atenció Primària. Postgrau en Salut Pública i en
Medicina Tropical.

Joan Viñas. Catedràtic de Cirurgia, professor i Rector UdL. Màster en Bioètica..
Comitè de Bioètica de Catalunya.

Teresa Treig. Psicòloga.

Eva Miquel. Metgessa de Medicina Familiar i Comunitària. Diplomat en Sanitat.
Diploma d'Estudis Avançats.

Lleida, a 1 de Febrer 2009

AUTORITZACIÓ

En/Na.....

amb DNI número..... pare/mare o tutor/a legal de

..... autoritzo al/a meu/va fill/a a

realitzar els tests de valoració de la competència per prendre decisions mèdiques emmarcats

dins del projecte que us expliquem i adjuntem.

Signat:



Lleida, a 8 de Desembre de 2009

Benvolgut Sr. Director/a,

Amb la present volem agrair-vos la participació del vostre centre, i d'una manera especial, als tutors/es i alumnat que han col·laborat, en l'estudi "Valoració de la maduresa del menor", realitzat a centres de secundària de la província de Lleida durant el primer semestre de l'any 2009, amb l'objectiu de crear i validar un test que ajudi, als professionals sanitaris, a valorar la maduresa del menor de 12 a 16 anys.

Actualment estem en disposició d'oferir-vos alguns resultats que pensem poden ser del vostre interès, tal com són les puntuacions obtingudes pels vostres alumnes en les eines emprades (En tots els tests, les puntuacions més elevades indiquen millors resultats):

- ◆ **El test que es pretén validar.** En la mostra total, els valors oscil·len entre 3 i 17. La mitjana del vostre centre és de 13,75, que és un 5,36% superior a la puntuació mitjana global.
- ◆ **L'entrevista semiestructurada de Kohlberg** que és el gold standard emprat. En la mostra global, els valors oscil·len entre 133 i 355. La mitjana del vostre centre és 239, que és un 2,51% superior a la puntuació mitjana global.
- ◆ **La valoració** que els vostres tutors fan de la **maduresa, desenvolupament cognitiu i rendiment acadèmic** dels seus alumnes. Els valors possibles oscil·len entre 1 i 5. Les respectives mitjanes del vostre centre són 2,70 per la **maduresa**, que és un 19,9% inferior a la puntuació mitjana global, 3,04 pel **desenvolupament cognitiu**, que és un 15,25% inferior a la puntuació mitjana global i un 2,8 pel **rendiment acadèmic**, que és un 14,2% inferior a la puntuació

mitjana global.

També voldríem destacar que existeix una correlació entre el test susceptible de validació, l'entrevista semiestructurada i la valoració de la maduresa per part del tutor , pel conjunt d'alumnes valorats.

Molt agraits per la vostra col·laboració, i restant a la vostra disposició per qualsevol aclariment,

Equip de "Valoració de la maduresa del menor"

Montse Esquerda. Doctora en Medicina. Pediatra i psicòloga. Màster en Bioètica. Professora UdL.

Josep Pifarré. Doctor en Medicina. Psiquiatra i psicòleg. Màster en Bioètica. Professor UdL.

Salvador Ribas. Doctor en Filosofia i Màster en Bioètica i Dret.

Àlex Palau. Psicòleg CSMIJ.

Teresa Treig. Psicòloga.

Txaro Revuelta. Psicòloga.

Mariola Espejo. Infermera d'Atenció Primària. Postgrau en Salut Pública i en Medicina Tropical.

Joan Viñas. Catedràtic de Cirurgia, professor i Rector UdL. Màster en Bioètica. Comitè de Bioètica de Catalunya.

Alba Castellà. Llicenciada en Biologia. Inspectora del Departament d'Educaaió.

Eva Miquel. Metgessa de Medicina Familiar i Comunitària. Diplomada en Sanitat. Diploma d'Estudis Avançats.

ANNEXOS

ANNEX 9. PUBLICACIONS FRUIT D'AQUEST TREBALL

ARTICLES DERIVATS DE LA TESI:

- Espejo M., Miquel E., Esquerda M., Pifarré J. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida. Med Clin (Barc) 2011;136(1):26-30.
- Esquerda M., Pifarré J, Miquel E., Viñas J. El Consentimiento informado en adolescentes: aspectos legales y éticos.
De la societat espanyola d'adolescents
En vies de publicació.
- Esquerda M., Pifarré J., Miquel E., Viñas J. Poden els nens i adolescents prendre decisions sanitàries? Com es pot valorar?
De la revista de pediatria catalana
En vies de publicació

CAPÍTOLS DE LLIBRES DERIVATS DE LA REVISIÓ D'AQUEST TEMA.

- M. Esquerda Aresté, E. Miquel Fernàndez. El consentimiento informado del menor de edad: evaluación de la competencia para decidir sobre su salud. De De los Reyes M, Sánchez M., editores. Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena. Madrid. Argon; 2010. p.367-373.
- Esquerda M., Pifarré J., Miquel E. La valoración de la competencia en el menor: el salto de la teoría a la práctica clínica. De: Javier De la Torre (ed.). Adolescencia, menor maduro y bioética. Madrid: Universidad Pontificia ICAI ICADE Comillas; 2011. p. 63-78.

BEQUES DE RECERCA OBTINGUDES PER A REALITZACIÓ D'AQUEST TREBALL:

- Beca d'Investigació en Bioètica de la Fundació Víctor grífols i Lucas (convocatòria de 2005-2006)