



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ".

***"ESTUDIO RELACIONAL DE LA ESCALA MacARTHUR (MacCAT-T)
HERRAMIENTA QUE EVALUA LA COMPETENCIA PARA CONSENTIR EL
TRATAMIENTO, EN ADULTOS MAYORES SIN DETERIORO COGNITIVO
CONTRA ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y
MODERADO"***

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA

PRESENTA:

Médico Residente.

RAMIREZ ZAMORA VICTOR ENRIQUE

Asesor Teórico.

DR. FERNANDO LOPEZ MUNGUIA

Asesor Metodológico.

LIC. JANET JIMENEZ GENCHI



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A mi excelente y amada familia Enrique Ramírez, Eugenia Zamora, Carlitos Ramírez y consorte.

A mi hermosa y amada esposa Circe.

A mis asesores:

Dr. Fernando López Munguía (excelente Psiquiatra y profesor).

A la Licenciada y Maestra Janet Jiménez Genchi (quien hace posible lo imposible).

Dr. Garry Britton Eldon Justo (asesor, compañero y amigo)

A mi casa:

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

INDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Marco Teórico.....	8
Deterioro Cognitivo y Diagnóstico a través del MInimental.....	10
Definiciones y Conceptos de las variables.....	12
Definiciones de Capacidad.....	13
Capacidad de Decisión.....	15
Capacidad como resultado de las funciones Neuropsiquiátricas.....	16
Edad como factor que influye en la toma de decisiones.....	17
Capacidad en la toma de Decisiones y Consentimiento Informado en pacientes Geriátricos con Deterioro Cognitivo.....	17
Antecedentes.....	19
Consentimiento Informado en las Leyes y Normas Mexicanas.....	21
Justificación.....	23
Planteamiento del problema.....	23
Hipótesis Alternativa e Hipótesis Nula.....	23
Objetivo General.....	23
Objetivos Específicos.....	24
Criterios de Inclusión, exclusión y de eliminación.....	24
Tipo de estudio.....	24
Material y métodos.....	25
Procedimientos.....	26

Consideraciones Éticas.....	27
Resultados.....	28
Discusión.....	35
Conclusión.....	36
Referencias.....	37
Anexo.....	42

RESUMEN:

Introducción: En la práctica clínica de hoy se da por hecho la necesidad de obtener el “*consentimiento informado*” del paciente para llevar a cabo cualquier procedimiento médico, debido a que se trata de un principio ético y legal básico. Sin embargo la evaluación de la “*capacidad para decidir*” en adultos mayores con algún déficit cognitivo o disminución de las funciones mentales superiores asociadas a patología neuropsiquiátrica aún no ha sido resuelta por la teoría general del consentimiento informado.

Objetivo: Comparar los resultados de la Escala MacArthur, herramienta de evaluación para consentir el tratamiento, con los resultados del minimal de Folstein.

Material y Métodos: Se requieren dos escalas el “Examen Breve del estado mental” (Mini mental de Folstein) para determinar el grado de deterioro cognitivo y la “escala de MacArthur” herramienta que evalúa la competencia para consentir un tratamiento.

Ambas se aplicaran a pacientes que acudan al servicio de Psicogeriatría llamada “Clínica de la Memoria” previo consentimiento informado y autorizado.

Resultados: Se encontró que existe una correlación positiva: a Mayor edad mayor es la apreciación de la enfermedad y del tratamiento.

También se encontró una correlación negativa: con mayor deterioro cognitivo hay menos comprensión, menos apreciación y menos racionamiento por parte del paciente.

Palabras Clave: Consentimiento informado, deterioro cognitivo, capacidad para consentir, mini mental de Folstein, escala de MacArthur.

INTRODUCCION

Se dice que una persona tiene el derecho a “**consentir**” cuando ha alcanzado la *responsabilidad* necesaria para *deliberar*, formar sus *juicios* de valor o de *conciencia*, decidir libremente y *ejecutar* esa decisión.

Pero las preguntas que conlleva esta definición son, ¿cuándo se alcanza esta responsabilidad? ¿Esta delimitada por una ley que comprenda a la edad cronológica? ¿Se adquiere al alcanzar una fecha determinada? ¿Decae esa capacidad para decidir conforme avanza la edad de esa persona? ¿Dicha capacidad se ve deteriorada con los procesos patológicos de las funciones cognitivas?

En la actualidad se protege a los pacientes que se consideran “clínicamente incompetentes” por el daño potencial que puedan generar a si mismos o a terceras personas con sus decisiones, anteponiendo a otros para que tomen las decisiones por ellos.

Por lo tanto la evaluación de esa capacidad para tomar decisiones es de gran importancia, porque si se aplica a los pacientes para demostrar si son competentes, estos tendrán el derecho de elegir decisiones importantes sobre su tratamiento médico.

En aquellas ciencias dedicadas a la salud y que tratan directamente con el ser humano se enfrentan ante la necesidad de distinguir entre pacientes competentes e incompetentes. Existen normas propuestas por la ley donde se establecen parámetros que resultan ser confusos o simplemente no son fácilmente aplicables en la clínica para cada situación, existe información sobre el tema la cual resulta escasa, ya que está basada en la aproximación por parte de algún autor sin llegar a una validez general.

En la practica de hoy es necesario obtener el consentimiento informado del paciente para llevar a cabo cualquier procedimiento médico, debido a que se trata de un principio ético y legal básico, en el presente trabajo existe una variable que causa aún más controversia, **¿Puede un paciente con patología psiquiátrica asociada al deterioro de sus funciones mentales superiores previamente adquiridas, decidir su tratamiento?**

Esto hace que sea necesario tener una forma para valorar “la capacidad de decidir su tratamiento” en aquellos pacientes psiquiátricos de edad mayor, donde se obtiene clinicamente un deterioro global de sus funciones mentales superiores previamente adquiridas debido a un síndrome demencial.

Se tiene como instrumento la escala de evaluación para consentir el tratamiento de MacArthur (MacCAT-T) la cual esta diseñada para estimar las capacidades en la toma de decisiones en un paciente a la hora de admitir y elegir su propio tratamiento.

Esta escala es el producto de un proyecto sobre la Competencia Civil MacArthur, un programa de investigación sobre consentimiento informado y la capacidad de toma de decisiones de los pacientes realizado de 1989 a 1997. Este programa de investigación se hizo posible por la fundación MacArthur de John D. y Catherine T. a través de su apoyo para la Cadena de Investigación MacArthur sobre Salud Mental y Ley ⁽¹⁾.

La escala de MacCAT-T es una herramienta clínica portable que conserva el formato de los instrumentos de investigación pero provee una administración y criterios de puntuación de respuesta más simples.

MARCO TEORICO

Existen principios bioéticos y de Autonomía que son regidos a partir de 1969 con el primer código sobre los derechos de los enfermos. Uno de los cuatro principios de la ética médica se refiere a la libre elección que tiene un ser humano sobre su propia vida es decir su propia libertad de establecer sus normas de conducta; y la facultad para gobernarse a sí mismo, con base en su propio sistema de valores y principios ⁽⁴⁾. Cuando otra persona o el médico no le permiten la libre determinación sobre sí mismo al paciente, se está infringiendo su autonomía.

Desde tiempo atrás los médicos eran y ahora con mayor razón son demandados cuando imponen un tratamiento sobre la objeción de los pacientes. Solo que antes la profesión médica era gobernada por una formalidad basada en principios y en cierta forma cuando un paciente visitaba a un médico su permiso y elección del tratamiento podría ser tomado como un consentimiento "implícito".

Esto es de suma importancia si en una indicación médica, algún estudio o tratamiento puede repercutir negativamente en la integridad del paciente ⁽⁵⁾. En conclusión: los médicos no deberían emprender un procedimiento sin el consentimiento de sus pacientes.

En otras épocas los pacientes no podían controlar lo que pasara con su salud y sus vidas debido a que carecían de la más simple información acerca de su condición y de las opciones de tratamiento, sin embargo conforme avanza la ciencia y los medios de comunicación, la información esta al alcance de todos, se ha tomado la definición de "**consentimiento informado**" donde la base fundamental de esta propuesta esta en explicar detalladamente el porque de su padecimiento y del tratamiento, como se llevara a cabo y que resultara de todo ello con o sin una elección apropiada. (Appelbaum, Lidz & Meisel, 1987⁽⁹⁾).

Conforme fue evolucionando este concepto se han llegado a utilizar ciertos elementos en la toma de decisiones de algún paciente: la difusión de la información por parte del médico debe ser detallada con el lenguaje apropiado, sin tecnicismos para cualquier persona dependiendo de su nivel sociocultural y dentro de su contexto le permitía la elección voluntaria del paciente que es competente para decidir. Si carece cualquiera de estos elementos entonces el consentimiento no es adecuado, legal o ético.

Por lo tanto; aquellos médicos que no obtienen la autorización mediante el consentimiento informado antes de cualquier tratamiento, resultaran responsables ante la ley por daños producidos al paciente. Aunque llega a existir un número de

excepciones a esta regla por ejemplo; durante una emergencia cuando informar a los pacientes y obtener su consentimiento es imposible, entonces estos requerimientos son revocados y se prosigue la intervención sin amenazar la vida ni el bienestar de los pacientes.

Hasta aquí solo se ha tratado la idea que el medico revele y explique la información pero parece que se deja fuera una variable importante para cerrar el consentimiento es necesario el entendimiento por parte del paciente de dicha información.

El actuar con autonomía significa que la persona proceda voluntariamente sobre la decisión que va a tomar, conociendo los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento, tener la capacidad mental (cognitiva, volitiva y afectiva) para enjuiciar la información y expresarla.

DETERIORO COGNITIVO Y DIAGNOSTICO A TRAVÉS DEL MINIMENTAL

El deterioro de las funciones mentales de naturaleza crónica, generalmente irreversible es conocido con el nombre de “Demencia”, se trata de una enfermedad adquirida del cerebro donde se conserva la conciencia pero existe un déficit de las múltiples funciones corticales superiores tales como; orientación, la memoria, el pensamiento (planificación, organización, procesamiento general de la formación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio), dichos síntomas suelen acompañarse de una alteración el comportamiento social, mostrando apatía y pérdida del control emocional (labilidad o irritabilidad). Puede ser lo suficientemente grave como para afectar la capacidad de decisión e intervenir en actividades de la vida diaria.

La demencia no es sinónimo de envejecimiento, sino la consecuencia de diversos procesos patológicos, por lo cual es incorrecto el nombre de Demencia Senil.

En la evolución del padecimiento se pueden objetivar los diferentes síntomas que aparecen en fases progresivas, los cuales se dividen en:

Síntomas Cognitivos:

- Pérdida de la memoria (amnesia).
- Deterioro del lenguaje con dificultad para nombrar objetos (anomia), comprender o emitir el mismo (afasia), deterioro de la capacidad de cálculo (acalculia), lectura (alexia), o escritura (agrafia).
- Pérdida de la destreza motora, con incapacidad para imitar posiciones de las manos, caminar o vestirse (apraxia).
- Deterioro de la capacidad de procesar al procesar la información sensorial, con imposibilidad de reconocer estímulos, caras familiares (agnosia).
- Disminución de la capacidad de juicio y resolución de problemas (abstracción).

Síntomas NO Cognitivos: Conductuales y Psicológicos.

- Trastornos del Pensamiento y de la Percepción; alucinaciones delirios o falsos reconocimientos.
- Trastornos del Afecto; tristeza, apatía, anhedonia o de tipo maniatiforme como la moria, afecto inapropiado o desinhibición.
- Trastorno del Comportamiento; Cambios de la personalidad, agresividad y vagabundeo.
- Trastornos del ciclo sueño vigilia.

ETIOLOGIAS MÁS FRECUENTES DE DETERIORO COGNITIVO:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencia Vascular.
- Demencia por Cuerpos de Lewy.
- Demencia Frontotemporal.
- Drogas y Tóxicos.
- Procesos intracraneales.
- Enfermedades neurodegenerativas, infecciosas, autoinmunes o inflamatorias.
- Déficit nutricional.
- Trastornos metabólicos.
- Anoxia.

DIAGNOSTICO DE DETERIORO COGNITIVO

Es necesaria una buena historia clínica, test de funciones cognitivas y exámenes complementarios (laboratorio, imagen cerebral, necropsia), así como las escalas para valorar de manera objetiva el deterioro cognitivo; entre ellas la más usada es la Mental State Examination (MMSE) o Mini-mental.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS DE LAS VARIABLES:

- **Sexo.** Status biológico de una persona en cuanto hombre o mujer. En función de las circunstancias, esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del cariotipo.
- **Edad.** Número de años desde el nacimiento. Definición operacional. Referida por el entrevistado
- **Religión.** Creencia o prácticas acerca de lo divino o sagrado. Definición operacional. Referida por el entrevistado.
- **Escolaridad.** Grado máximo alcanzado de estudios. Definición operacional. Referida por el entrevistado.
- **Estado civil.** Situación de la persona determinada por la relación con su pareja. Definición operacional. Referida por el entrevistado.
- **Empleo.** Actividad remunerada. Definición operacional. Referida por el entrevistado
- **Diagnóstico.** Enfermedad, Trastorno o Entidad Nosológica identificada por el médico que padezca el paciente.
- **Tratamiento.** Es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos, psicodinámicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico.
- **Capacidad para consentir un tratamiento.** Es la posibilidad del paciente para comprender una situación, los valores que están en juego y la acción terapéutica posible, con los beneficios y consecuencias de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión sobre el tratamiento que recibirá que sea coherente con su propia escala de valores.

DEFINICIONES DE CAPACIDAD

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua española se define como **Decisión**:

(Del lat. *decisio*, *-ōnis*).

1. f. Determinación, resolución que se toma o se da en una cosa dudosa.
2. f. Firmeza de carácter.

Y la palabra **Capacidad**:

(Del lat. *capacitas*, *-ātis*).

1. f. Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo.
2. f. *desus.* Oportunidad, lugar o medio para ejecutar algo.

~ **de obrar.**

1. f. *Der.* Aptitud para ejercer personalmente un derecho y el cumplimiento de una obligación.

~ **Jurídica.**

1. f. *Der.* Aptitud legal para ser sujeto de derechos y obligaciones.

Competencia es un término jurídico que significa el reconocimiento legal de las aptitudes psicológicas para tomar determinadas decisiones es decir la “**capacidad de derecho o legal**”.

Capacidad es un término psicológico y clínico que define las aptitudes psicológicas necesarias para toma una determinada decisión, es lo que evalúan los médicos, psiquiatras y psicólogos, es decir la “capacidad de hecho”, también se ha precisado como la habilidad mental para comprender la naturaleza y consecuencia de los actos de sí mismo ⁽¹³⁾.

Por lo tanto la **capacidad legal** se define como la capacidad de un individuo para querer, entender y comprender la naturaleza de sus actos ⁽¹⁴⁾.

Ambos conceptos **Competencia y capacidad** están estrechamente relacionados.

Para el caso de este trabajo será necesario objetar la capacidad de una persona mayor, pero esto tiene consecuencias en el ámbito de su vida, sobre todo si por motivos de salud le retiramos la potestad jurídica de ejercer activamente por sí mismo sus derechos y obligaciones, e interponemos a otra persona o “representante”, para que lo haga en su lugar. La relación entre ambas resultara compleja. Además algo importante por saber es, si esta limitación de la capacidad es transitoria o permanente.

En este contexto se le llamara “Incapaz”, a aquella persona que no tiene la capacidad de hecho para entender, querer y tomar una decisión, y como consecuencia de ello pierde su capacidad de derecho. Es necesario tener en cuenta que la capacidad (natural) de los pacientes –al menos de los mayores de edad– debe considerarse como presente independientemente de su edad, salvo que exista, lógicamente una sentencia de incapacitación. Por esa razón es necesario en un paciente demostrar la incapacidad, no la capacidad.

Se podrá evaluar la incapacidad de cualquier paciente en el caso de que el médico piense en la conveniencia de evaluarla, esto implica una actitud de responsabilidad y respeto hacia su paciente.

Con mayor razón esta indicado la evaluación de la capacidad cuando el paciente haya tenido algún cambio brusco en su estado mental, ya sea por problemas psiquiátricos o a alteraciones físicas; infecciones, trastornos metabólicos, etc.

Según Appelbaum y Gutheil ⁽¹⁷⁾ se deben evaluar dos tipos de capacidad:

La Capacidad general: se define como habilidad para manejar asuntos de manera adecuada.

La Capacidad específica: definida en relación a una tarea o acto específico como votar o redactar un testamento.

Se tiene que emplear ciertos criterios del término capacidad:

- a) comunicación de una elección.
- b) Comprensión de la información relevante.
- c) Enjuiciar la situación y las consecuencias.
- d) Manipulación racional de la decisión.

La capacidad de los pacientes psiquiátricos para consentir la hospitalización también es un elemento importante de valorar, teniendo en cuenta la hospitalización como parte del tratamiento.

CAPACIDAD DE DECISIÓN

Es la determinación clínica de la capacidad de un paciente para tomar decisiones acerca de intervenciones terapéuticas u otras acciones relacionadas con su salud.

La capacidad está determinada por el médico o, mejor aún, por el equipo de evaluación. La capacidad está relacionada con la memoria, pero no se pierde por la disminución de ésta.

Muchos ancianos pueden tomar algunas decisiones, pero no otras. Esta situación se denomina decisión específica. Quizás puede ser capaz de elegir entre alternativas benignas y que tengan pocas consecuencias serias, pero quizás no sea capaz de evaluar y elegir alternativas que amenazan su vida.

La llamada capacidad parcial es cuando un paciente tiene la capacidad disminuida o fluctuante y puede ser colaborado en su ejercicio de decisiones autónomas.

CAPACIDAD COMO RESULTADO DE LAS FUNCIONES NEUROPSIQUIATRICAS.

Para llevar a cabo una decisión se requiere de una "Capacidad mental" para ello el sujeto debe tener los mecanismos neocorticales que le permitan mantener la comunicación con el exterior mediante el procesamiento de información compleja, la integridad en los mecanismos neurosensoriales para recibir y emitir información, por otro lado de un sistema límbico que le permitirá añadir el tinte volitivo y emocional básico a la elaboración de sus respuestas.

Todos los sistemas antes mencionados tienen que interactuar conjuntamente de forma compleja, haciendo primeramente una revisión de las experiencias pasadas semejantes en la memoria del sujeto, y obtener de la información nueva lo sustancial y conveniente para ese caso en particular. Con lo anterior se tiene que "predecir" el posible resultado de dicha decisión y de sus posibles consecuencias emocionales. Por último es llevar a la práctica la resolución tomada.

En resumen es necesario tener intactas las 7 actividades mentales superiores:

- 1) Atención
- 2) Memoria
- 3) Lenguaje (comunicación)
- 4) Emoción y afectivo
- 5) Cálculo
- 6) Razonamiento
- 7) Estereognosia o Percepción espacial

Se ha demostrado que las alteraciones de las funciones neurológicas que alteren las actividades mentales superiores puede suscitar la incapacidad de un paciente para tomar una decisión además de alterar las actividades psíquicas Alexander ⁽³⁵⁾.

Otros autores; Freedman, Stuss y Gordon, insistían que las actividades cognitivas superiores eran necesarias para un buen ejercicio de la capacidad, dejando al margen los componentes afectivos ⁽³⁶⁾.

Dichas actividades para ellos son:

- a) *Atención*;
- b) *Comprensión* de información relacionada con el tipo de decisión en cuestión
- c) *Retención* de la información
- d) *Expresión* de deseos
- e) *Percepción y juicio* en relación a las cuestiones que se estén debatiendo.

Pero lo más importante de todo esto es haber llegado a la conclusión, que la exploración de la capacidad no puede ser meramente *psiquiátrica* sino que precisa atender igualmente al área *neurológica*. Esto era tan evidente que los sucesivos intentos de elaboración de protocolos de evaluación específica de la capacidad o los trabajos sobre la forma en que se realizan dichas evaluaciones en la clínica diaria van a contrastar sus resultados con tests –como el Minimental de Folstein– que exploran esta área.

EDAD COMO FACTOR QUE INFLUYE EN LA TOMA DE DECISIONES

El factor edad para discriminar al anciano sólo puede considerarse desde dos puntos de vista: cronológico y no racional, ninguno de ellos es éticamente correcto.

Como demuestran los trabajos sobre envejecimiento, la edad no es más que un mero marcador de tiempo, no necesariamente de envejecimiento. A pesar que el envejecimiento puede producir desafíos clínicos poco se puede argumentar científicamente de que el anciano disminuye sus capacidades a tal punto de provocar una discriminación.

El anciano mantiene sus necesidades y capacidades, lo que lo torna con derechos como cualquier individuo y paciente.

Aún así se somete al anciano a injusticia de apreciación clínica, impidiendo o limitando su acceso a evaluaciones o terapias que le podrían traer beneficio.

CAPACIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES Y CONSENTIMIENTO EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIRO COGNITIVO

Las pérdidas progresivas o deterioro de las funcionales mentales superiores son solo parte del espectro de discapacidad de las personas con enfermedad Demencial de tipo Alzheimer y otras demencias relacionadas, ya que también experimentan pérdidas en la habilidad para tomar decisiones.

Los investigadores han hecho un progreso sustancial en el desarrollo de un modelo para evaluar la capacidad que resulta del concepto de las 4 habilidades para toma de decisiones: entendimiento, apreciación, elección y razonamiento.

La investigación empírica a aumentado nuestro entendimiento de los efectos del deterioro cognitivo en la edad avanzada sobre la habilidad de las personas para tomar decisiones ⁽⁴⁰⁾. La medida de la capacidad puede mejorar el

cómo los investigadores miden los beneficios en la mejora cognitiva y el estado de demencia (Jason Karla Wish 2007 ⁽⁴¹⁾). Sahana Misra y Kristen M. Snyder ⁽⁴²⁾ comentan en su estudio de evaluación de la capacidad de toma de decisiones en los pacientes ancianos hospitalizados del 2010 que la habilidad para participar en decisiones acerca de la propia atención medica es fundamental para la autonomía personal.

El deterioro cognitivo transitorio o progresivo en el área hospitalaria puede poner a los pacientes ancianos en riesgo por impedimentos en sus habilidades de toma de decisiones ⁽⁴³⁾. Evaluaciones estructuradas de la capacidad cognitiva de los ancianos puede identificar déficit en las habilidades para tomar decisiones y en oportunidades para optimizar la participación del paciente ya sea a través de la participación directa o por medio de un representante⁽⁴⁴⁾. En conclusión los clínicos en el área hospitalaria deben esforzarse para incorporar evaluaciones estructuradas de la capacidad en su práctica clínica de rutina.

Esto es principalmente cierto en investigaciones que involucran personas con demencia y deterioro cognitivo moderado donde las habilidades de entendimiento y razonamiento pueden estar comprometidas ⁽⁴⁹⁾. Llevar a cabo una evaluación de la capacidad de toma de decisiones para consentir la investigación debería de ser el primer paso para ayudar al investigador a decidir quien firma el consentimiento ⁽⁵⁰⁾.

ANTECEDENTES:

En 1979 Appelbaum realizó un primer trabajo sobre los problemas de la evaluación de la capacidad de los pacientes psiquiátricos para consentir ingresos hospitalarios voluntarios ⁽²⁰⁾.

A este primer trabajo de tipo teórico le siguió en 1981 un estudio empírico sobre esta cuestión ⁽²¹⁾. Este segundo estudio es interesante porque constituye una de las primeras aproximaciones a los problemas prácticos de la determinación de la capacidad. Appelbaum y Bateman ⁽²²⁾ desarrollaron el Cuestionario de Capacidad para evaluar la capacidad al momento de ingresar a un hospital psiquiátrico aplicaron el mencionado instrumento a 50 pacientes psiquiátricos graves ingresados voluntariamente entre las primeras 24 a 48 horas posteriores a su internamiento hospitalario.

Sólo el 50% de ellos reconocían claramente sus problemas psiquiátricos o la necesidad de tratamiento, un tercio ambas situaciones. La mitad negaba la necesidad de hospitalización a pesar de haber ingresado voluntariamente y la mitad respondió satisfactoriamente a 4 de los 6 cuestionamientos en relación a conceptos legales.

Los autores concluyeron que si estos resultados fueran confirmados un gran número, quizás la mayoría de los pacientes psiquiátricos, podrían no tener capacidad para firmar su consentimiento de ingreso a un hospital.

Norko y cols. ⁽²³⁾ utilizaron el mismo cuestionario en 100 pacientes ingresados voluntariamente, pero menos graves, con diversos diagnósticos (en el estudio de Appelbaum 62% de los pacientes tenían diagnóstico de esquizofrenia), distribuidos como sigue 22% esquizofrénicos, 39% trastornos afectivos, 32% trastornos por abuso de sustancias y 7% trastornos orgánicos cerebrales.

Demostó que 70% de los sujetos reunían criterios de capacidad de tipo clínico y solo 18% de tipo legal y un 50% satisfacía ambos criterios clínico y legal combinados.

Los autores; Stephen B. Billick, Dolores R. Pérez y Amir Garakani ⁽⁴³⁾ realizaron un estudio utilizando un cuestionario de Competencia modificado para pacientes de cirugía médica (CQ-Med ⁽⁴⁶⁾). 29 pacientes (entre 65 y 94 años de edad) admitidos en una unidad de medicina geriátrica fueron estudiados. Junto con el CQ-Med a los pacientes se les administraron varios WAIS-R subtest, la Escala de Demencia Blessed (BDS), y el examen del estado mental mini mental ⁽⁴⁷⁾ (MMSE). Adicionalmente una evaluación forense ciega para la competencia para consentir la hospitalización y el tratamiento fue realizada con el fin de validar el CQ-Med. Los resultados de este estudio encontraron que, como se esperaba, la

edad avanzada se correlacionaba con menor desempeño en el CQ-Med y menores hallazgos de competencia en el examen clínico. Sin embargo hubo gran variabilidad entre cada grupo de edad, demostrando diferencias individuales en el proceso de deterioro de la competencia. Las puntuaciones del CQ-Med también se correlacionaron bien con los subtest del WAIS-R. Las puntuaciones en el mini mental y BDS fueron menos correlacionadas.

Se tiene reporte donde se llevo a cabo la evaluación a pacientes **adultos mayores** en un servicio de **Psicogeriatría** con el Cuestionario de Capacidad, y se encontró una escasa comprensión por parte de los pacientes en cuanto a la asimilación de la información legal como clínica, llegando a la conclusión de que los pacientes ancianos en particular tienen muy poca comprensión de los problemas legales y procedimientos relacionados con hospitalización voluntaria, Levine y colaboradores⁽²⁴⁾.

Otros autores han aplicado el Cuestionario de Capacidad concluyendo que es un instrumento válido que puede ser utilizado para determinar la capacidad para consentir la hospitalización psiquiátrica y tratamiento, siendo una herramienta antecesora a la escala MacCAT-T, también concluyeron que los pacientes psiquiátricos conservan una capacidad significativa, incluso en el caso de presentar un trastorno grave, Billirk y cols.^(25, 26).

Otros autores han obtenido resultados contradictorios al evaluar la capacidad como parte del consentimiento informado, reportando que aun pacientes internados voluntariamente no son capaces de decidir su tratamiento, incluyendo el internamiento como parte del mismo y que en algunos casos depende más de la cooperación del paciente que de su capacidad al momento de aceptar o rechazar el tratamiento (incluyendo internamiento)^(27, 28, 29).

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS LEYES Y NORMAS MEXICANAS

En el Derecho no existe nada concreto, que ayude clínicamente al Médico para la determinación de que un paciente sea capaz de dar el consentimiento informado, únicamente se le determina capaz cuando tiene «entendimiento» y «voluntad» suficientes.

Se menciona en La Ley General de Salud ⁽³²⁾ lo siguiente:

V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;

VIII Decidir libremente sobre su atención;

IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;

XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica.

La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica ⁽³³⁾ menciona lo siguiente:

4.4. El ingreso de los usuarios a las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser: voluntario, involuntario u obligatorio y se ajustará a los procedimientos siguientes:

4.4.1. El ingreso voluntario requiere la solicitud del usuario y la indicación del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad, ambos por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.

4.4.2. El ingreso en forma involuntaria, se presenta en el caso de usuarios con trastornos mentales severos, que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad hospitalaria. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario.

Deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del usuario y a las autoridades judiciales, todo internamiento involuntario y su evolución.

4.4.3. El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.

4.5. El egreso del usuario del servicio de hospitalización podrá ser por los siguientes motivos:

4.5.5. A solicitud del usuario, con excepción de los casos de ingresos obligatorios e involuntarios.

4.5.6. A solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento del usuario.

5. Actividades preventivas

5.3.5. Información y educación a los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación de unos y otros en el programa de tratamiento y rehabilitación.

8.3. Que a su ingreso al hospital se le informe, a él y a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio, y saber los nombres de quiénes serán los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargados de su atención.

8.8. Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para él y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.

J USTIFICACION

La evaluación de la “*capacidad para decidir*” en adultos mayores con algún déficit cognitivo o disminución de las funciones mentales superiores asociadas a patología neuropsiquiátrica aún no ha sido resuelta por la teoría general del consentimiento informado.

El estudio de la Capacidad ha sido ya motivo de estudio desde hace más de 20 años en otros países, llegando a crearse herramientas validas para determinar la capacidad de los pacientes para consentir un tratamiento, pero en México no existen herramientas confiables que evalúen esta capacidad, por lo que es importante utilizar la Escala MacArthur herramienta de evaluación de la competencia para consentir el tratamiento en pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo leve, moderado o grave (síndrome demencial), dado que es un instrumento útil dentro de la práctica clínica, es necesario observar su confiabilidad en población mexicana, lo que nos dará una herramienta suplementaria para determinar la capacidad de los pacientes para consentir un tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen relación en la capacidad para consentir el tratamiento en adultos mayores con deterioro cognitivo Leve y Moderado?

HIPOTESIS ALTERNA

Si existe relación en la capacidad para consentir un tratamiento en pacientes con deterioro cognitivo leve y moderado.

HIPOTESIS NULA

No existe relación en la capacidad para consentir un tratamiento en pacientes con deterioro cognitivo leve y moderado.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar mediante la escala MacArthur la capacidad de los pacientes con deterioro cognitivo al momento de consentir un tratamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Comparar los resultados de la Escala MacArthur, herramienta de evaluación de la competencia para consentir el tratamiento con los resultados del minimental de Folstein.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes **adultos mayores** (60 años o más), ambos sexos que se encuentren registrados en la clínica de la memoria del sexto piso del Hospital Psiquiátrico, "Fray Bernardino Álvarez" en el servicio de Psicogeriatría y que cuenten con las siguientes características:

1. Diagnóstico de deterioro cognitivo (leve o moderado) demostrado por el minimental de Folstein, producto de Patología Demencial de cualquier tipo (vascular, o tipo Alzheimer) con otro diagnóstico psiquiátrico (depresión, distimia, ansiedad), y pacientes adultos mayores sin deterioro cognitivo demostrado por minimental y con patología Psiquiátrica (depresión, distimia, ansiedad) no psicótica.
2. Que el paciente o su familiar responsable acceda a firmar el consentimiento informado para esta investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Edad menor de 60 años.
- ❖ Que no pertenezcan al hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
- ❖ Que ni el paciente ni su familiar responsable accedan a firmar el consentimiento informado para esta investigación.
- ❖ Patología psiquiátrica que curse con psicosis.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- ❖ Que no termine la entrevista.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio transversal, relacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se requiere dos escalas; El Examen Breve del estado mental (Mini mental de Folstein) para determinar el grado de deterioro cognitivo y la escala de MacArthur herramienta que evalúa la competencia para consentir un tratamiento.

Dichas escalas se aplicaran a pacientes que acudan a la clínica de la memoria previo consentimiento informado y autorizado.

EXAMEN BREVE DEL ESTADO MENTAL (MINI MENTAL DE FOLSTEIN)

El **Mini-mental (MMSE)**, es una herramienta muy utilizada aún a pesar de determinadas interrogantes con respecto a su validez, para cuantificar el deterioro intelectual y vigilar su evolución, sobre todo en ancianos. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria.¹ Es una herramienta de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo, sin embargo no permite conocer su causa, y nunca debe utilizarse para reemplazar a una evaluación clínica completa del estado mental.

Fue diseñada por Folstein en 1975 es capaz de discriminar de forma rápida entre normalidad y anormalidad cognitiva en la población de edad avanzada, provee de muchas ventajas en sus medidas cuantitativas además de que su aplicación solo lleva unos minutos y en nuestra época ha alcanzado una enorme popularidad en sus casi veinte años de existencia, se ha convertido en un instrumento de uso casi obligatorio para la evaluación y seguimiento rutinario de pacientes en quienes se sospecha de deterioro cognitivo.

Es un cuestionario de 11 preguntas que abarca las siguientes funciones cognitivas superiores: orientación, retención, atención, cálculo, memoria y lenguaje. Un resultado por arriba de 27 puntos (de 30) se considera normal, una calificación por debajo de los 24 sugiere un deterioro cognitivo, con un resultado 23-20 leve, 19-16 moderado, menor o igual a 15 es severo.

ESCALA DE MACARTHUR COMO INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:

Esta herramienta es el producto final del proyecto: “Competencia Civil MacArthur”, un programa de investigación sobre consentimiento informado y la capacidad de toma de decisiones de los pacientes realizado de 1989 a 1997. Este programa de investigación se hizo posible por la fundación MacArthur de John D. y Catherine T. a través de su apoyo para la Cadena de Investigación MacArthur sobre Salud Mental y Ley.

La escala de MacArthur (MacCAT-T) es una herramienta de evaluación mediante una entrevista guiada para consentir el tratamiento, y ofrece a los profesionales de la salud una guía práctica para evaluar las capacidades en la toma de decisiones de los pacientes en el contexto del consentimiento informado para el tratamiento.

PROCEDIMIENTOS:

Se acudió a la Clínica de la Memoria en el servicio de Psicogeriatría (previa autorización y consentimiento del jefe de servicio) para obtener el número de sus pacientes y posibles participantes del estudio, se les explico e invitó de forma personal a aquellos que se encontraban en ese momento en la clínica, también fue necesario realizar llamadas telefónicas a casa de algunos de los pacientes para invitarlos a participar.

Una vez que accedían se les daba a firmar el consentimiento informado dentro del consultorio, se obtenía la información de sus expedientes (signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento) para llenar la escala de MacArthur, posteriormente se realizaba la entrevista y calificación de la escala, al final se comparaba con los minimental de folstein.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se realizó el presente trabajo de acuerdo a las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial Celebrada en Edimburgo, Escocia, del 2002, que guía a los médicos en las investigaciones médicas.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el trabajo realizado se clasifica en categoría 1, en base al título segundo, artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo, ya que no hubo manipulación de variables. Así mismo se solicitó consentimiento de participación voluntaria, el cual fue leído y firmado de enterado por cada participante.

RESULTADOS

Después de aplicar la escala de MacCAT-T para consentir el tratamiento en pacientes con deterioro cognitivo se obtuvieron los siguientes resultados:

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

En cuanto a las frecuencias encontradas por sexo fueron 8 hombres (24.2%) contra 25 mujeres (75.8%) de un total de 33 personas (100%).

La edad promedio de los pacientes sin importar el sexo fue de 65 años.

En el nivel de estudios 13 personas (39.4%) tiene la primaria, 6 personas (18.2%) con licenciatura y solo 1 persona sin estudios (3%).

La ocupación predomina aquellas dedicadas al hogar 19 Personas (57.6%), 8 personas empleadas (24.2%), 3 personas comerciantes (9.1%) y 3 personas desempleadas (9.1%).

En su estado civil 13 personas (39.4%) estaban casadas, 7 personas (21.2%) divorciadas, 6 personas (18.2%) viudas, 5 personas solteras (15.2%), 2 (6.1%) personas en Unión Libre.

En cuanto al nivel de deterioro cognitivo obtenido mediante la escala de Folstein (mini mental) en los pacientes de la clínica de la memoria de Psicogeriatría: 27 personas (81.8) no presentaban deterioro cognitivo, 4 personas (12.1%) con deterioro cognitivo Moderado, 2 personas (6.1%) con deterioro cognitivo leve.

Lo anterior puede deberse al tratamiento médico farmacológico y apoyo psicológico que se les brinda en la clínica con lo cual ha mejorado su nivel cognitivo.

Ver tabla 1 (variables socio demográficas)

TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLES		NUMERO TOTAL	PORCENTAJES
EDAD		65 ANOS	
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	13	39.4%
	LICENCIATURA	6	18.2%
	ANALFABETA	1	3%
OCUPACIÓN	HOGAR	19	57.6%
	EMPLEADO	8	24.2%
	COMERCIANTE	3	9.1%
	DESEMPLEADO	3	9.1%
ESTADO CIVIL	CASADO	13	39.4%
	DIVORCIADO	7	21.2%
	VIUDO	6	18.2%
	SOLTERO	5	15.2%
	UNIÓN LIBRE	2	6.1%
NIVEL COGNITIVO (Minimental de Folstein)	SIN DETERIORO	27	81.8%
	DETERIORO LEVE	4	12.1%
	DETERIORO MODERADO	2	6.1%

La escala que mide la capacidad de consentimiento informado de MacCAT-T arroja los siguientes datos:

COMPRESIÓN:

Comprensión de la Enfermedad: 29 personas (87.9%) comprende y esta de acuerdo con su padecimiento, solo 4 personas (12.1%) se mostraron ambivalentes es decir con algún recuerdo del contenido del ítem, pero lo describieron en una manera que hace el entendimiento incierto. Es decir son respuestas que pueden indicar entendimiento, pero son muy amplias o vagas para estar seguro.

Comprensión del Tratamiento: 28 personas (84.8%) comprende los ítems y esta de acuerdo, solo 5 personas (15.2%) se mostro ambivalente o incierto.

Comprensión de los Riesgos y beneficios: 18 personas (54.5%) están de acuerdo y comprenden los riesgos y beneficios, 14 personas (42.4%) se mostraron ambivalentes o inciertos y 1 persona (3%) no estuvo de acuerdo porque no recordó el contenido del ítem, respondiendo en una forma imprecisa, o simplemente lo describió de forma distorsionada del significado real.

Comprensión Total: 29 personas (87.9%) comprenden su ***diagnóstico, tratamiento y los riesgos / beneficios de éste***. 3 personas (9.1%) se muestran inciertas o ambivalentes, 1 persona (3%) no comprendió lo antes mencionado.

Ver tabla 2 comprensión.

TABLA 2. COMPRENSIÓN (ESCALA DE MacCAT-T):

VARIABLES		NUMERO TOTAL	PORCENTAJES
COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD	SI COMPRENDE	29	87.9%
	AMBIVALENTE	4	12.1%
COMPRENSIÓN DEL TRATAMIENTO	SI COMPRENDE	28	84.8%
	AMBIVALENTE	5	15.2%
COMPRENSIÓN DE LOS RIESGOS / BENEFICIOS	SI COMPRENDE	18	54.5%
	AMBIVALENTE	14	42.4%
	NO COMPRENDE	1	3%
COMPRENSIÓN TOTAL	SI COMPRENDE	29	87.9%
	AMBIVALENTE	3	9.1%
	NO COMPRENDE	1	3%

APRECIACIÓN:

Apreciación de la enfermedad: 33 pacientes (100%) reconocen por lo menos algún síntoma y signo de su padecimiento

Apreciación del tratamiento: 30 Pacientes (90.9%) reconocen por lo menos algún potencial para que el tratamiento produzca algunos beneficios sobre su padecimiento, 3 pacientes (9.1%) no reconocieron que el tratamiento pudiera tener el potencial de producir algún beneficio.

Apreciación Total: 30 pacientes (90.9%) reconocen su diagnóstico y aprecian los beneficios del tratamiento sobre su padecimiento, solo 3 pacientes (9.1%) se mostraron ambivalentes o inciertos sobre todo en cuanto al tratamiento respecta.

Ver tabla 3 Apreciación.

TABLA 3. APRECIACIÓN (ESCALA DE MacCAT-T):

VARIABLES		NUMERO TOTAL	PORCENTAJES
APRECIACIÓN DE LA ENFERMEDAD		33	100%
APRECIACIÓN DEL TRATAMIENTO	SI ESTA DE ACUERDO	30	90.9%
	NO ESTA DE ACUERDO	3	9.1%
APRECIACIÓN TOTAL	SI ESTA DE ACUERDO	30	90.9%
	AMBIVALENTE	3	9.1%

RAZONAMIENTO:

Consiguiente: 28 pacientes (84.8%) mencionaron por lo menos dos consecuencias específicas al expresar una elección del tratamiento, 5 personas (15.2%) solo dio una consecuencia específica al explicar la elección de su tratamiento.

Comparativo: 26 pacientes (78.8 %), dieron una declaración en forma de comparación entre dos opciones con al menos una diferencia específica. Por ejemplo: “Con el tratamiento X, es más probable que mejore que con el tratamiento Y”. O “El tratamiento X funcionará más rápido”.

4 pacientes (12.2%) se mostraron ambivalentes, realizaron una comparación, pero no incluían una declaración de una consecuencia

Consecuencias Generales: 26 pacientes (78.8%) proporcionaron por lo menos dos consecuencias razonables del día a día, 5 pacientes (15.2%) dieron una o más consecuencias razonables de la vida diaria para una de las preguntas interrogadas pero no para la otra, 2 pacientes (6.1%) no dieron consecuencias razonables de la vida diaria, incluso con adecuada motivación.

Consistencia Lógica: 28 pacientes (84.8%) dieron una opción final surgida de su propio razonamiento, en 3 pacientes (9.1%) No estuvo claro si la elección final surgió lógicamente de su razonamiento al intentar explicarlo y en

2 pacientes (6.1%) su elección no surgió claramente de su razonamiento lógico.

Razonamiento Total: 28 Pacientes (84.8%) expresaron una elección de tratamiento a partir de su razonamiento lógico y comparativo, 3 pacientes (9.1%) expresaron una elección sin dar una explicación razonable de su comparación y 2 pacientes (6.1%) eligieron una opción sin comparar ni razonar su elección.

Ver tabla 4 Razonamiento

TABLA 4. RAZONAMIENTO (ESCALA DE MacCAT-T):

VARIABLES		NUMERO TOTAL	PORCENTAJES
RAZONAMIENTO CONSIGUIENTE	DIO 2 OPCIONES DIO 1 OPCIÓN	28 5	84.8% 15.2%
RAZONAMIENTO COMPARATIVO	SI COMPARO AMBIVALENTE	26 4	78.8% 12.2%
CONSECUENCIAS GENERALES	2 CONSECUENCIAS RAZONABLES	26	78.8%
	1 CONSECUENCIA RAZONABLE	5	15.2%
	NO DIO CONSECUENCIAS	2	6.1%
CONSISTENCIA LÓGICA	ELECCIÓN CON RAZONAMIENTO	28	84.8%
	NO ESTUVO CLARA SU ELECCIÓN	3	9.1%
	NO RAZONO PARA SU ELECCIÓN	2	6.1%
RAZONAMIENTO TOTAL	ELECCIÓN ES LOGICA Y COMPARATIVA	28	84.8%
	ELECCIÓN SIN LÓGICA	3	9.1%
	ELECCIÓN SIN LÓGICA NI COMPARATIVA	2	6.1%

En cuanto a las correlaciones encontradas entre todas las variables: socio demográficas, nivel cognitivo (minimental de Folstein) y la Escala de capacidad para consentir de MacArthur (MacCAT-T) se obtuvo lo siguiente:

Existe una significancia positiva entre la Edad con la Apreciación Total, es decir a Mayor edad mayor es la apreciación de la enfermedad y del tratamiento.

Existe una correlación negativa o inversamente proporcional entre el nivel de deterioro cognitivo y la comprensión total así como con la Apreciación total y el Razonamiento del paciente, es decir a mayor deterioro cognitivo hay menos comprensión, menos apreciación y menos razonamiento.

DISCUSIÓN

Durante el desarrollo de esta tesis se estudio la correlación que existe entre la capacidad para tomar un decisión con respecto al nivel de deterioro cognitivo en pacientes de la tercera edad encontrados en la clínica de la memoria del servicio de Psicogeriatría.

Como es de esperarse se debe tener integridad en los mecanismos cognitivos para lograr una capacidad de decisión y estos mecanismos además tienen que interactuar conjuntamente de forma compleja para obtener de la información nueva lo sustancial y conveniente en cada caso en particular.

Los resultados de este trabajo concuerdan con los encontrados por los autores; **Stephen B. Billick, Dolores R. Pérez y Amir Garakani** ⁽⁴³⁾ los cuales realizaron un estudio utilizando un cuestionario de “*Competencia modificado para pacientes de cirugía médica*” (CQ-Med ⁽⁴⁶⁾) en **29 pacientes** (entre **65 y 94 años de edad**) de una unidad geriátrica, aplicándoles también el WAIS-R subtest, la Escala de Demencia Blessed (BDS), y el examen del estado mental mini mental (MMSE).

También los resultados de este estudio encuentran que la edad avanzada se correlacionaba con menor desempeño en la capacidad para tomar decisiones así como una gran variabilidad entre cada grupo de edad, demostrando diferencias individuales entre el deterioro y la competencia.

Nuestros resultados son compatibles con el reporte del autor **Levine y sus colaboradores** ⁽²⁴⁾ en donde se llevo a cabo la evaluaron a pacientes adultos mayores en un servicio de Psicogeriatría con el Cuestionario de Capacidad, encontrando una escasa comprensión por parte de los pacientes en cuanto a la asimilación de la información legal como clínica, llegando a la conclusión de que los pacientes ancianos en particular tienen muy poca comprensión de los problemas y procedimientos relacionados con su hospitalización voluntaria.

Por lo tanto la evaluación de esa capacidad para tomar decisiones es de gran importancia, porque si se aplica a los pacientes de la tercera edad para demostrar si son competentes o no, éstos tendrán el derecho de elegir decisiones importantes sobre su tratamiento médico.

CONCLUSIÓN

La presente investigación se podría considerar de suma relevancia, así, cuando se de a firmar un consentimiento informado o al realizar un examen breve del estado mental o minimal de Folstein, al mismo tiempo se podría estudiar la capacidad de los pacientes para consentir su tratamiento sobre todo en aquellos que presentan deterioro cognitivo contra aquellos sin el.

Los hallazgos invitan a realizar futuros estudios ya que una gran mayoría de los pacientes encontrados en la clínica de la memoria **CON** deterioro cognitivo leve, en un tiempo breve pasaron a ser pacientes **SIN** deterioro cognitivo según su último Mini-mental y después del tratamiento médico farmacológico, (dependido de la patología Psiquiátrica dual) modificándose también su capacidad para consentir su tratamiento.

Por lo anterior se demostró que la capacidad para consentir un tratamiento en pacientes sin deterioro cognitivo presenta poca diferencia con respecto a los que tienen aún deterioro cognitivo leve, sin embargo si existen diferencias significativas contra aquellos que tiene deterioro cognitivo moderado.

REFERENCIAS

1. MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment. Thomas Grisso and Paul S. Appelbaum, University of Massachusetts Medical School, Professional Resource Press, Sarasota, FL. pp. v-vi. 1998.
2. Appelbaum PS, Grisso T: The MacArthur Treatment Competency Study, I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Hum Behav* 19:105-126, 1995.
3. Demarco, J. P., «Competence and Paternalism», *Bioethics*, 2002, 16 (3), pp. 231-245.
4. Appelbaum PS, Roth LH: Treatment refusals in medical hospitals, in *Making Health Care Decisions*, Volume 2, Appendix. Washington, DC: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1982.
5. AA, Diccionario Médico-Legal. Abeledo-Perrot, Buenos Aires 1999, pág. 66.
6. Faden RR, Beauchamp TL: *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press, 1986.
7. Slater v. Baker and Stapleton, 95 Eng Rep 860 (K.B. 1767).
8. Cutter Mag, Shep EE: *Competency: A Study of Informal Competency Determinations in Primary Care*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1991.
9. Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A: *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. New York: Oxford University Press, 1987.
10. *Assessing Competence To Consent To Treatment. A Guide For Physicians And Other Health Professionals*. pp. 1-15. Thomas Grisso & Paul S. Appelbaum. 1998.
11. Simón, P., «Diez mitos en torno al consentimiento informado». 2006, 29 (supl. 3), pp. 29-40. *An. Sist. Sanit. Navar*.
12. Sánchez-Caro J, Sánchez Caro J. *Consentimiento Informado y Psiquiatría. Una Guía Práctica*, Mapre, Madrid, 1998.

13. Cranley Glass Kathleen. Redefining definitions and devising instruments: two decades of assessing mental competence. *Int. J. Law and Psychiatry*, 20 (1) ; 1997.
14. Marco-Ribé. *Fundamentos de Psiquiatría Forense*, Masson, Madrid, 1988.
15. La Capacidad de los Pacientes para Tomar Decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, n.º 102, pp. 325-348, ISSN 0211-5735. Pablo Simón-Lorda.
16. Appelbaum PS, Grisso T. Comparison of Standards for Assessing Patients Capacities to Make Treatment Decisions. *Am J. Psychiatry*. 152 (7). 1995.
17. Appelbaum PS, Gutheil TG. *Clinical Handbook of Psychiatry and Law*, Williams and Wilkins, 155-156, Baltimore, 1991.
18. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patient's capacities to consent to treatment. *N. Engl J Med*; 1653-1638, 1988.
19. Roth, L. H.; Meisel, A.; Lidz, C. W., «Tests of Competency to Consent to Treatment», *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134, pp. 279-284.
20. Appelbaum, P. S.; Bateman, A. L., «Competency to Consent to Voluntary Psychiatric Hospitalization: A Theoretical Approach», *Bull. Am. J. Psychiatry Law*, 1979, 7, pp. 390-9.
21. Appelbaum, P. S.; Mirkin, S. A.; Bateman, A. L., «Empirical Assessment of Competency to Consent to Psychiatric Hospitalization», *Am. J. Psychiatry*, 1981, 138 (9), pp. 1170-6.
22. Appelbaum PS, Mirkin SA, Bateman AL. Empirical Assessment of Competency to Consent to Psychiatric Hospitalization. *Am. J Psychiatry*; 138: (9), 1981.
23. Norko MA, Billick SB, ET AL. A Clinical Study of Competence to Consent to Voluntary Psychiatric Hospitalization, *Am J Forensic Psychiatry*; 11: 3-15, 1990.
24. Levine S, Byrne K. Competency of Geropsychiatric Patients to Consent to Voluntary Hospitalization. *Am J Geriatric Psychiatry*, 2: 300-308, 1993.
25. Billick, S.B. ; Taylor P.W.; Majeske, M. F. ; Burgert III, W. ; Davis G.P. : A Clinical Study of Competency in Psychiatric Inpatients. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, 1996; 24; 505-511.

26. Billick, S.B. ; Bella P. D. ; Burgert III, W. : Competency to Consent to Hospitalization in Medical Patient. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*, 1997; 25; 191-196.
27. Hoffman BF, Srinivasan J. A Study of Competence to Consent to Treatment in a Psychiatric Hospital. *Can J. Psychiatry*; 37: 179-182, 1992.
28. Appelbaum BA, Appelbaum PS, Grisso T. Competence to Consent to Voluntary Psychiatric Hospitalization: A Test of Standard Proposed by APA. *Psychiatr Serv*; 49: 1193-1196, 1998.
29. Poythress NG, Cascardi M, ET AL. Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: searching a for satisfactory Zinermon Screen. *Bull Am Acad Psychiatry Law*; 24: 439-52, 1996. (En Sánchez-Caro 1998).
30. Fernando López Munguía. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría-4, Libro 9, La Práctica Forense en Psiquiatría. "Relevancia Legal de la enfermedad mental". 2003, pp. 518-519.
31. Código Civil para el Distrito Federal. (vigente al 2010). LIBRO CUARTO. De las obligaciones. PRIMERA PARTE. De las obligaciones en general. TITULO PRIMERO. Fuentes de las obligaciones. CAPITULO I. Contratos.
32. Ley General De Salud. Texto Vigente. (Última reforma aplicada 19/01/2004). Capítulo IX Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios Artículo 77 bis 37.
33. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria Médico Psiquiátrica. 4.4, 5.3, 8.3-13.
34. Alexander, M. P., «Clinical Determination of Mental Competence», *Arch. Neurol.*, 1988, 45, pp. 23-6.
35. Grisso T, Appelbaum PS: The MacArthur Treatment Competency Study, III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Lw Hum Behav* 19: 149-174, 1995b.
36. Freedman, M.; Stuss, D. T.; Gordon, M., «Assessment of Competency: the Role of Neurobehavioral Deficits», *Ann. Intern. Med.*, 1991, 115, pp. 203-8.

37. Assessing Competence To Consent To Treatment. A Guide For Physicians And Other Health Professionals. pp. 101-148. Thomas Grisso & Paul S. Appelbaum. 1998.
38. P. Simón. Diez mitos en torno al consentimiento informado-*Ten myths about informed consent*. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 29-40.
39. NIH Public Access Author Manuscript *Am J Geriatr Psychiatry*. Author manuscript; available in PMC 2009 August 21. Published in final edited form as: *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 August ; 16(8): 693–696. doi:10.1097/JGP.0b013e31816c7b54. pp. 1-2.
40. Karlawish JH, Casarett DJ, James BD, et al. The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment. *Neurology* 2005;64(9):1514–9. [PubMed: 15883310]
41. Jason Karlawish. *Neurosignals* 2008;16:91–98 DOI: 10.1159/000109763 Cognitively Impaired Individuals.. Pág. 91.
42. Assessment of Decision-Making Capacity in the Elderly Hospitalized Patient Case Study and Commentary, *Sahana Misra, MD, and Kristen M. Snyder, M. Vol. 17, No. 6 June 2010 JCOM 267*.
43. Stephen B. Billick,1 M.D.; Dolores R. Perez,1 M.D.; and Amir Garakani,2 M.D. A Clinical Study of Competency to Consent to Hospitalization and Treatment in Geriatric Inpatients* *J Forensic Sci*, July 2009, Vol. 54, No. 4 doi: 10.1111/j.1556-4029.2009.01047.x. www.blackwell-synergy.com
44. Applied Nursing Research (2009) Decision-making capacity and informed consent to participate in research by cognitively impaired individuals. Cherie Simpson, RN, MSN, CNS. University of Texas, 2 September 2008. Pág. 1.
45. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state.” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189–98.
46. Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1323–34.
47. Royall DR, Mahurin RK, Gray KF: Bedside assessment of executive cognitive impairment: The Executive Interview. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:1221-1226

48. Royall DR, Cordes JA, Polk M. CLOX: An executive clock drawing task. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998; 64:588-594.
49. Moye J, Marson DC. Assessment of decision-making capacity in older adults: an emerging area of practice and research. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007;62(1):P3-11.
50. Black, B. S., Kass, N. E., Fogarty, L. A., & Rabins, P. V. (2007). Informed consent for dementia research: The study enrollment encounter. *Ethics & Human Research*, 29(4), 7-14.

ANEXO:

ESCALA DE MACARTHUR COMO INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:

Esta herramienta es el producto final del proyecto: “Competencia Civil MacArthur”, un programa de investigación sobre consentimiento informado y la capacidad de toma de decisiones de los pacientes realizado de 1989 a 1997. Este programa de investigación se hizo posible por la fundación MacArthur de John D. y Catherine T. a través de su apoyo para la Cadena de Investigación MacArthur sobre Salud Mental y Ley.

La escala de MacArthur (MacCAT-T) es una herramienta de evaluación mediante una entrevista guiada para consentir el tratamiento, y ofrece a los profesionales de la salud una guía práctica para evaluar las capacidades en la toma de decisiones de los pacientes en el contexto del consentimiento informado para el tratamiento.

La aplicación de la MacCAT-T involucra tres pasos:

1. **PREPARACIÓN**; se obtiene del expediente clínico del paciente la información sobre su padecimiento, las opciones de tratamiento, sus riesgos, beneficios, y se anotan en un “Forma de Registro” antes de la entrevista del clínico con el paciente. Este registro va guiando al clínico a través del proceso de informar al paciente sobre esos factores que deben ser considerados cuando se da el consentimiento informado.

2. **REALIZACIÓN DE LAS PREGUNTAS** anotadas en el proceso de la entrevista del MacCAT-T esto genera respuestas por parte del enfermo en una forma que revela el grado de su habilidad en cuatro áreas: Entendimiento, Apreciación, Razonamiento, y Expresando una Elección.

3. **EVALUACIÓN** de las respuestas otorgadas por los pacientes utilizando los criterios del instrumento para puntuar su conveniencia en cada una de las cuatro áreas de la capacidad de toma de decisiones.

Las cuatro áreas de habilidad evaluadas por la MacCAT-T fueron determinadas a través de revisiones comprensivas de definiciones legales de competencia para consentir al tratamiento (Appelbaum, & Grisso, 1988, 1995; Appelbaum & Roth,

1981, 1982; Berg, Appelbaum, & Grisso, 1996). En breve, son definidas como sigue:

- **Entendimiento** de la información, enfocándose en las categorías de información que se divulgo al paciente.
- **Apreciación** de la información, enfocándose en la naturaleza del trastorno y de la posibilidad de que el tratamiento pueda ser benéfico.
- **Razonamiento** en el proceso de decidir sobre el tratamiento, enfocándose en la habilidad para comparar alternativas teniendo en cuenta sus consecuencias.
- **Expresando una elección** sobre el tratamiento.

Los criterios de puntuación del MacCAT-T otorgan una forma para expresar opiniones considerando la conveniencia o inconveniencia de cada una de las respuestas del paciente. El total de la puntuación para un tipo en particular de habilidad arroja un indicador del grado de déficits en las habilidades del paciente para lidiar con las decisiones acerca de su propio trastorno y tratamiento.

Sin embargo, la escala no provee “puntos de corte” que representen “competencia” o “incompetencia” en las cuatro habilidades. Esto es porque la MacCAT-T fue diseñada para ser consistente con una máxima básica en la definición legal de competencia: Ningún nivel particular de habilidad esta siempre relacionado con competencia o incompetencia entre todos los pacientes, todos los trastornos y todas las situaciones médicas ⁽¹⁾.

Más aun la MacCAT-T no provee una “puntuación total del MacCAT-T”. Provee puntuaciones en cada una de las cuatro áreas de la habilidad de toma decisiones descrita anteriormente, pero no suma estas puntuaciones. En algunos casos, un déficit serio en la habilidad de alguna de las cuatro áreas puede traducirse en una opinión clínica o judicial sobre incompetencia, incluso si las capacidades del paciente en las otras tres áreas son bastante adecuadas.

Por lo tanto es esencial que los resultados sean integrados con otros antecedentes y datos clínicos, así como una consideración del contexto en que se llevo a cabo la entrevista. Es un mal uso de la MacCAT-T el realizar juicios sobre la competencia de los pacientes para consentir al tratamiento simplemente con fundamento en las puntuaciones de la MacCAT-T.

I. PREPARACION

Antes de reunirse con el paciente, el médico prepara la información que se le otorgara. Cuando el clínico es el doctor del paciente, el clínico ya estará bien informado acerca de la enfermedad del paciente y las necesidades de tratamiento. Si el clínico que está realizando la evaluación no es el clínico tratante, la información necesaria para preparar la información y el proceso de evaluación debe ser obtenida del médico tratante y/o del expediente clínico.

1. **Diagnóstico de Enfermedad:** Se escribe en el espacio #1 de la primera página en la Forma de Registro.
2. **Características de la enfermedad.** Se seleccionan tres características de la enfermedad que son más importantes que el paciente entienda. Se escriben las descripciones de esas características en los espacios #2-4 de la página 1 en la Forma de registro. Las “Características” de una enfermedad que son apropiadas de informar variarían considerablemente entre las enfermedades y las circunstancias, dependerán en parte de sí los síntomas de la enfermedad son primariamente de naturaleza biológica o psicosocial. Las posibilidades incluyen la descripción de mecanismos biológicos, causas, signos y síntomas críticos.
3. **Curso de la Enfermedad.** Se determina el probable curso de la enfermedad sino se le diera ningún tratamiento. Se escribe una descripción de las consecuencias de la enfermedad al no ser tratada en Información espacio #5 en la página 1 de la Forma de Registro.
4. **Tratamiento Recomendado.** Se determina el tratamiento que, en el juicio del clínico tratante está en el mejor interés médico del paciente y escríbalo en Información espacio #1 en la página 2 de la Forma de Registro.
5. **Características del Tratamiento Recomendado.** Seleccione dos de tres características del tratamiento que sea importante que el paciente entienda con la finalidad de que tome una decisión informada, y escriba las descripciones en los espacios de Información #2-4 en la página 2 de la Forma de Registro. Las características del tratamiento reveladas hasta este punto no deben

incluir beneficios o riesgos. El enfoque aquí es en el proceso de tratamiento - por ejemplo, que preparación se necesita, el procedimiento médico en sí, procedimientos de seguimiento, y duración del tratamiento.

6. **Beneficios/Riesgos del Tratamiento Recomendado.** Determinar dos de los más importantes beneficios esperados del tratamiento, así como lo mejor estimado que probablemente podría ocurrir. Escribiendo las descripciones, incluyendo su probabilidad, en los espacios de Información#1-2 en la página 3 de la Forma de Registro. Entonces se determinan los riesgos esperados más importantes; molestias, y/o efectos colaterales del tratamiento, así como la mejor estimación probable de que ocurran, en los espacios de Información #3-4 en la página 3 de la Forma de Registro.
7. **Tratamiento Alternativo.** (OPCIONAL) Se Repiten los pasos 4 al 6 para cualquier tratamiento alternativo que se le vaya a informar al paciente, registrando la información en la Forma de Tratamientos Alternativos (TA).

NOTA: El paso 7 no es esencial para realizar una evaluación de las capacidades de toma de decisiones de los pacientes; el desempeño del paciente relacionado con el tratamiento elegido en el paso 4 puede ser representativo de la funcionalidad del paciente en la toma de decisiones del tratamiento en general. Sin embargo el paso 7 puede ser útil, en casos en los que la documentación del entendimiento de los pacientes de todas las opciones es deseable-por ejemplo, en casos complejos que puedan requerir una revisión judicial (en la corte).

II.- ENTREVISTA

PROCEDIMIENTO

La entrevista con el paciente combina la revelación de la información del consentimiento informado con la evaluación de las habilidades para comprender la información y tomar decisiones sobre su tratamiento. Algo de flexibilidad es permitida, para satisfacer las necesidades de pacientes específicos, siempre y cuando todas las partes del procedimiento de la entrevista sean completadas al final de la entrevista.

ESTILO

Es importante para los clínicos adaptar su información y la forma de preguntar durante la entrevista (vocabulario, extensión de los enunciados, pauta) a las habilidades verbales, nivel de inteligencia, y necesidades emocionales del paciente.

REGISTRO

Las respuestas del paciente a las preguntas durante la entrevista deben ser registradas en los espacios en la Forma de Registro marcada como "Respuesta". Las puntuaciones del **Entendimiento, Apreciación, Razonamiento, y Elección** del paciente serán realizadas más tarde en base a las notas del clínico en estos espacios. La Forma de Registro también provee información rápida al clínico que está relacionada a descripciones más extensas de la entrevista en las páginas siguientes.

Introducción

Se le describe el propósito de la entrevista al paciente, encuadrándola como una consulta y un debate.

Indicándole que se le va a describir su problema médico y los posibles cursos de su tratamiento, posteriormente ambos discutirán el entendimiento de la información manejada.

Nota: El paciente puede realizar preguntas conforme procede la entrevista.

1. **Informe.** Utilizando los datos previamente preparados en los espacios de Información, se le describen las características de su enfermedad. Siempre preguntando si existen dudas; si las hay, se responden.
2. **Interrogatorio.** Se le pide al paciente que describa lo que entendió de la información: ¿Como se llama la enfermedad?, ¿que está mal?, ¿que pasará si no se trata?, etcétera. Las respuestas tal como las emite el paciente se escriben en el espacio apropiado de la página 1 de la Forma de Registro.
3. **Sondeo.** Si omite información en cualquiera de los elementos importantes, se le pregunta sobre lo que recuerda y/o entiende en relación a esa parte de la información.
4. **Re-Información y Re-interrogación.** Si el paciente no describe correctamente después de Interrogar y Sondear, se explican esos elementos específicos al paciente nuevamente, y posteriormente se re-interroga con respecto al entendimiento de esa última información proporcionada.

NOTA: Durante el interrogatorio, algunos pacientes responderán sin precisión lo que se les pregunta, sino describiendo sus creencias o su incredulidad en cuanto a la información que le fue revelada. En esos casos, se avanza a explorar dicha apreciación (descrita en la siguiente sección). Sin embargo es muy importante regresar eventualmente a la discusión de “*Entendiendo la Enfermedad*”, **con la finalidad de asegurar que el paciente entiende**, a pesar de que crea que lo informado no es aplicable a su situación.

Apreciación de la Enfermedad

En este rubro se determina si el paciente “*considera*” que tiene la enfermedad y sus síntomas son como fueron revelados previamente y sino se toman en cuenta las explicaciones alternativas del paciente y las razones para no creer que la revelación previa aplica en su situación.

Cuando se exploran las creencias del paciente es importante el hecho de que:

- El reconocimiento o no de la enfermedad, puede tener bases de ideas ilógicas, bizarras o delirantes.
- El paciente no reconoce la descripción sobre la enfermedad y mucho menos que sea aplicable en su caso, debido a que en experiencias pasadas han recibido diferentes diagnósticos por los mismos síntomas.
- El no reconocimiento puede estar basado en creencias que son comúnmente sostenidas en ciertos grupos religiosos o culturales con los cuales se encuentra relacionado el paciente, y en ese contexto social la creencia puede no ser ilógica, bizarra o delirante.

Entendiendo el Tratamiento

Esta sección procede de la misma manera descrita anteriormente para Entendiendo la Enfermedad: Información, Interrogatorio, y de ser necesario, Sondeo, Re-Información, y Re-interrogatorio. Escriba las respuestas en la página 2 de la Forma de Registro.

Entendimiento de Los Beneficios/Riesgos

Esta sección procede de la misma manera que la descrita previamente para Entendimiento de la Enfermedad: Información, Interrogatorio y de ser necesario, Sondeo, Re-Información, y Re-interrogatorio. Escriba las respuestas en la página 3 de la Forma de Registro.

Apreciación del Tratamiento

El propósito de esta sección es determinar si el paciente reconoce que el tratamiento propuesto puede ser de algún beneficio, sino, las explicaciones del

paciente y sus razones para no creer que el tratamiento pudiera tener algún beneficio para su propia situación.

El propósito es determinar si el paciente **no** está dispuesto ni siquiera a reconocer la posibilidad del tratamiento por el estado confusional, delirios o estados afectivos relacionados con trastornos mentales, más no es el propósito ver si acepta el tratamiento.

La formulación de las preguntas debe evitar cuidadosamente enfocarse en si en realidad el paciente esta aceptando o rechazando el tratamiento, Las siguientes son guías generales para el interrogatorio:

1. **Interroga.** “Voy mencionarle otras opciones de tratamiento. Pero primero me gustaría saber ¿que opina acerca de lo que acabamos de discutir? ¿cree en la posibilidad de que este tratamiento le sea de algún beneficio a usted?”.
2. **Sondee.** Si el paciente **crea o no** que el tratamiento pueda ser de algún beneficio, determine a través de la discusión las bases para esa creencia.

Registre las respuestas del paciente en la página 4 de la Forma de Registro. Las bases que fundamente pueden ser confrontadas por el clínico, con la finalidad de determinar si es fácilmente modificada o sostenida rígidamente.

Cuando se exploran las creencias del paciente, se debe de poner particular atención al hecho de que:

- Ambos **reconocimiento y no reconocimiento** de un tratamiento puede ocurrir en las bases de ideas ilógicas, bizarras o delirantes.
- Si no se reconoce el tratamiento puede deberse a experiencias pasadas del paciente que lleva a la presunción de que el tratamiento sería de poco beneficio (por ejemplo: que el paciente haya recibido este tratamiento antes sin mejoría significativa).
- Tampoco puede reconocerse el tratamiento si es basado en creencias que son sostenidas en algunos grupos religiosos o culturales con los cuales el paciente está asociado, y en ese contexto puede no ser ilógico, bizarro o delirante.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Como se ha notado antes, este paso no es esencial para realizar una evaluación de la capacidad de decisión del paciente; el desempeño del paciente al dirigirse a las preguntas concernientes al tratamiento recomendado en el cual se enfoca la revelación o explicación, pueden ser utilizadas en muchas instancias como representativas de la función del paciente en situaciones de decisión del tratamiento en general. Este paso puede ser útil, no obstante, en casos en los que la documentación del entendimiento de todas las opciones de un paciente es deseable, por ejemplo, en casos complejos que puedan requerir revisión judicial.

Si los tratamientos alternativos le son descritos al paciente, repita los procedimientos para Entendiendo el Tratamiento y Entendiendo Beneficios/Riesgos para cada una de las alternativas.

Las respuestas deben ser registradas en los espacios proporcionados en páginas adicionales de la Forma de Registro (vea Forma [TA] de Tratamiento Alternativo) en la misma manera que con el Tratamiento Recomendado.

PRIMERA OPCION Y RAZONAMIENTO

En la Primera Opción y Razonamiento de la entrevista MacCAT-T involucra una discusión entre el clínico y el paciente que explora la opción de tratamiento del paciente y como el paciente esta llegando a esta opción. La secuencia siguiente de preguntas es recomendada:

1. **Opción.** “Ahora revisemos las opciones que tiene. Primero...; segundo...; y así sucesivamente (nombre cada opción de tratamiento revisada anteriormente en la información, incluyendo la opción sin tratamiento). ¿Cuál de estos parece mejor para usted?” Registre la respuesta del paciente en el espacio marcado como “Opción” en la página 4 de la Forma de Registro. Si el paciente establece más de una opción en la cual el o ella este renuente de escoger, escriba cada una de ellas.
2. **Sondee.** Repita el razonamiento de nuevo al paciente en sus propias palabras. Después se recomienda establecer una breve discusión de la explicación que dio el paciente, haciéndole cualquier pregunta que ayude al clínico a entender y describir el razonamiento del paciente.

Escriba las respuestas apropiadamente en la Forma de Registro.

CONSECUENCIAS GENERADAS

El propósito de esta discusión es determinar si el paciente tiene la capacidad de traducir circunstancias medicas de la enfermedad y el tratamiento (ejemplo: síntomas, beneficios, y riesgos del tratamiento) dentro de sus consecuencias prácticas, de cada día (ejemplo: efectos en trabajo o recreación, efectos en sus relaciones personales). El procedimiento siguiente es recomendado:

Interrogue-1. “Le he mencionado sobre algunos posibles beneficios y riesgos del tratamiento (elegido por el paciente). ¿En que forma podría esto influenciar en sus actividades diarias dentro del hogar o el trabajo?” Registre las respuestas en Consecuencias-1 en la página 5 de la Forma de Registro.

Interrogue-2. “Ahora consideremos (nombre cualquier otro tratamiento o la opción sin tratamiento). ¿De que forma las consecuencias de esa opción pueden influenciar sus actividades diarias en el hogar o el trabajo?” Registre la respuesta en Consecuencias-2 en la página 5 de la Forma de Registro.

OPCION FINAL

1. **Interrogue.** “Cuando empezamos la discusión, usted prefirió (Inserte la “Primera Opción” de la interrogación anterior, o anote que el paciente parecía tener dificultades decidiendo). ¿Qué piensa ahora que hemos discutido todo? ¿Cuál prefiere hacer?” Escriba la respuesta en el espacio de “Opción” en la página 5 de la Forma de Registro.
2. **Sondee.** Considere si la opción final sigue lógicamente el razonamiento previo del paciente y de las consecuencias generadas. Si es así, no se necesita sondeo. Si no es así, discuta las inconsistencias con el paciente y describa el proceso en el espacio de “Consistencia Lógica de Opción” en la página 5 de la Forma de Registro.

II. CALIFICACION

La Forma de Registro en la escala de MacCAT-T provee el contenido para calificar las respuestas de los pacientes. Las guías para la calificación son presentadas abajo, así como las formas de combinar las calificaciones para llegar al promedio para varias partes de la MacCAT-T (Entendimiento, Apreciación, Razonamiento). Registre las puntuaciones totales en la página 6 de la Forma de Registro de la MacCAT-T.

ENTENDIMIENTO

Calificando los ítems

Las siguientes guías son utilizadas para calificar cada ítem en las tres secciones de Entendimiento del procedimiento de la MaCAT-T (Las secciones de Enfermedad, Tratamiento, y Beneficios/Riesgos).

Puntuación de 2

El paciente recuerda el contenido del ítem y ofrece una versión justa y clara de él. Una repetición verbal de la descripción del clínico no es requerida; de hecho, es preferido describir en las propias palabras del paciente.

Para los ítems de Beneficio/Riesgo, el paciente debe proveer una indicación razonablemente de la probabilidad de que el beneficio/riesgo sea experimentado, si este fue descrito en la información, también denominada divulgación o explicación.

Puntuación de 1

El paciente muestra algún recuerdo del contenido del ítem, pero lo describe en una manera que hace el entendimiento incierto, incluso después de que el clínico ha hecho esfuerzos para obtener aclaración del paciente.

Es decir son respuestas que pueden indicar entendimiento, pero son muy amplias o vagas para estar seguro.

Puntuación de 0

El paciente no recuerda el contenido del ítem; refiriéndolo en una forma que es claramente imprecisa; o simplemente lo describe de forma distorsionada de su significado, incluso después de que el clínico ha hecho esfuerzos para obtener aclaración por parte del paciente.

Construyendo Puntuaciones Totales de Entendimiento

Para cada una de las tres secciones de entendimiento (Enfermedad, Tratamiento, Beneficios/Riesgos).

- Sume las puntuaciones para todos los ítems en la sección.
- Divida esa suma por el número de ítems para encontrar la *Puntuación de la Subescala*. Esto produce Calificaciones de la Subescala entre 2.0 y 0.0 para Entendiendo la Enfermedad, Entendiendo el Tratamiento, y Entendiendo Beneficios/Riesgos.

Cuando las Puntuaciones de la Subescala para cada una de las tres secciones de Entendimiento han sido obtenidas, súmelas para producir una Puntuación Total de Entendimiento general. Esto produce una Puntuación de Entendimiento entre 6.0 y 0.0.

APRECIACION

Calificando los ítems

De alguna manera diferentes guías de puntuación son necesarias para los ítems de Apreciación de la Enfermedad y Apreciación del Tratamiento.

Apreciación de la Enfermedad

Puntuación de 2

El paciente reconoce que é la enfermedad revelada, y todos o la mayoría de los síntomas revelados.

El paciente no está de acuerdo con lo anterior, pero ofrece razones que no son delirantes y tienen una explicación razonable. Algunos ejemplos de “explicaciones “razonables”:

- “Otro doctor me acaba de decir algo diferente.”
- “Yo tenía todos esos síntomas el año pasado, y en esa época los doctores me dieron un diagnóstico diferente.”
- “En mi cultura (refiriéndose con precisión a los antecedentes culturales del paciente), esto no es considerado inusual o una “enfermedad”.

Puntuación de 1

El paciente reconoce la enfermedad y algunos de los síntomas revelados pero no reconoce otros síntomas que son críticos para entender la enfermedad y/o su tratamiento.

El paciente no está de acuerdo o es ambivalente acerca de la existencia de la enfermedad o de los síntomas, pero por razones que son vagas o no expresadas claramente.

Puntuación de 0

El paciente claramente no está de acuerdo con que él o ella tienen la enfermedad revelada, con razones basadas en una premisa delirante o alguna otra creencia que distorsiona seriamente la realidad y no tiene una base razonable en los antecedentes culturales o religiosos del paciente.

El paciente cree que los síntomas están relacionados a otras circunstancias que no son trastornos médicos/psiquiátricos (ejemplo: síntomas psicóticos vistos simplemente como consecuencias relacionadas con estrés laboral; una enfermedad viral como “meramente fatiga-por trabajar muy duro”).

El paciente está claramente en desacuerdo con los síntomas o la enfermedad, pero sin ofrecer una explicación comprensible.

Apreciación del Tratamiento

Puntuación de 2

El paciente reconoce por lo menos algún potencial para el tratamiento de producir algunos beneficios, y la razón proporcionada no está basada en una premisa delirante o una distorsión seria de la realidad.

El paciente no cree que el tratamiento tenga el potencial de producir algún beneficio, pero ofrece razones que no son delirantes y tienen una explicación razonable. Ejemplos de explicaciones “razonables”:

- Explicaciones que son consistentes con las creencias religiosas del paciente (o antecedentes culturales) de que el tratamiento médico generalmente no es de valor real.
- Explicaciones basadas en experiencias pasadas con el tratamiento en cuestión (ejemplo: habiendo tomado medicamentos psicoactivos frecuentemente en el pasado con poco o ningún beneficio, o que conozca a otros que han afirmado esto).

Puntuación de 1

El paciente cree o no cree que el tratamiento tiene el potencial de producir algún beneficio pero la razón es vaga o no permite al examinador determinar si la razón representa pensamiento delirante o seria distorsión de la realidad.

El paciente es ambivalente en lo concerniente a si el tratamiento tiene potencial para producir algún beneficio.

Puntuación de 0

El paciente reconoce por lo menos algo de potencial para que el tratamiento produzca algo de beneficio, pero por razones que parecen estar basados en premisas delirantes o una seria distorsión de la realidad.

El paciente no cree que el tratamiento tiene el potencial de producir algún beneficio, y ofrece razones que parecen ser delirantes o una distorsión seria de la realidad.

NOTA: Fallas para reconocer el beneficio potencial del tratamiento pueden obtener una puntuación de 0 no solo si están basadas en sistemas de creencias delirantes, sino también si están fuertemente influenciados por extremos en síntomas afectivos (ejemplo: manía, depresión severa).

Puntuación Total de Apreciación

Sume las calificaciones de las dos secciones de Apreciación para obtener una Puntuación Total de Apreciación, la cual será entre 4.0 y 0.0.

RAZONAMIENTO

Calificando los Ítems

Las siguientes guías son utilizadas para calificar los cuatro ítems de Razonamiento (Razonamiento Consecuente, Razonamiento Comparativo, Consecuencias Generadas, y Consistencia Lógica).

Razonamiento Consecuente

Puntuación de 2

El paciente menciona por lo menos dos consecuencias específicas al expresar una elección.

Las consecuencias pueden estar relacionadas a un solo tratamiento o a más de una opción de tratamiento.

Las consecuencias necesitan no ser para tratamientos o alternativas que se encontraban en la información, también denominada revelación.

Las consecuencias deben ser más específicas que “_____me ayudará” o “_____me hará sentir mejor.” Por ejemplo.

-“Con el medicamento, las voces que escucho se irán.”

Puntuación de 1

El paciente menciona solo una consecuencia específica al explicar la elección.

Puntuación de 0

El paciente no menciona consecuencias específicas al expresar la elección, incluso tras ser cuestionado acerca de si hay “razones más específicas por lo que esa opción parezca mejor”.

Razonamiento Comparativo

Puntuación de 2

El paciente ofrece por lo menos una declaración en la forma de una comparación de al menos dos opciones, incluyendo una declaración con al menos una diferencia específica. Por ejemplo: “Con el tratamiento X, es más probable que mejore que con el tratamiento Y,” “El tratamiento X funcionará más rápido.” (Note que la clausula comparativa “que con el tratamiento Y” puede ser inferida de las palabras “más rápido.”)

NOTA: Una comparación puede ser asumida cuando la razón de que el paciente elija un tratamiento es la ausencia de alguna consecuencia negativa de otra opción de tratamiento que no ha sido establecida. Por ejemplo:

-“La cirugía parece mejor, porque así no tendré que estar en el hospital un tiempo prolongado”.

-“Prefiero la medicación X, así no tendré que estar tan somnoliento” (un efecto colateral de una medicación alternativa).

Puntuación de 1

El paciente hace declaraciones comparativas, pero no incluye una declaración de una consecuencia específica. Por ejemplo, “El tratamiento X es mejor que el tratamiento Y”, sin ser capaz de decir específicamente como X es mejor.

Puntuación de 0

El paciente no hace declaraciones comparativas.

Consecuencias generadas

Puntuación de 2

El paciente proporciona por lo menos dos consecuencias razonables del día a día, incluyendo por lo menos una por cada una de las dos preguntas interrogadas. Por ejemplo:

-“Con el tratamiento X, aun podré ser capaz de caminar a los lugares que voy en mi vecindario”.

-“Con el tratamiento Y, suena que estaré muy somnoliento-podría ser peligroso en el trabajo.”

NOTA: Las consecuencias de la vida diaria deben ir más allá de las consecuencias que estaban en la información, y se deben referir a actividades prácticas diarias o relaciones sociales.

Puntuación de 1

El paciente da una o más consecuencias razonables de la vida diaria para una de las preguntas interrogadas pero no para la otra.

Puntuación de 0

El paciente no da consecuencias razonables de la vida diaria, incluso con adecuada motivación.

Consistencia Lógica

Puntuación de 2

La opción final del paciente sigue lógicamente por el propio razonamiento del paciente, como al ser propuesta por las respuestas del paciente cuando explica la elección.

Puntuación de 1

No está claro si la elección final sigue lógicamente del razonamiento del paciente al explicar la elección.

Puntuación de 0

La elección final del paciente claramente no sigue lógicamente el razonamiento previo del paciente.

Puntuación Total de Razonamiento

Sume las puntuaciones de las cuatro secciones de Razonamiento y obtenga una Puntuación Total de Razonamiento, la cual será entre 8.0 y 0.0.

EXPRESANDO UNA ELECCION

Calificando el ítem

Las siguientes guías son utilizadas para obtener el ítem único de Expresando una Elección.

Puntuación de 2

El paciente declara una elección, o el paciente indica el deseo para que tome la decisión un profesional u otra persona responsable.

Puntuación de 1

El paciente declara dos o tres decisiones, parece ambivalente.

Puntuación de 0

El paciente no declara una elección.

IV.- INTERPRETACION

Como se ha mencionado anteriormente en este manual, la MacCAT-T debería ser utilizada en el contexto de un amplio rango de información clínica, descritos en Evaluando la Competencia para Consentir el Tratamiento (Grisso & Appelbaum, 1998).

Es importante reconocer que la MacCAT-T no provee puntuaciones que traduzcan directamente en determinaciones de competencia legal o incompetencia.

Los pacientes con Puntuaciones Totales de la MacCAT-T que están en el “promedio” o con mejor rango en las normas para todos los cuatro tipos de habilidades de la MacCAT-T, es muy probable que tengan suficientes habilidades para tomar decisiones para respaldar un juicio de competencia para realizar la mayoría de los tipos de decisiones de tratamiento.

En contraste, mientras Puntuaciones Totales muy bajas de la MacCAT-T sugieren la posibilidad de incompetencia para hacer decisiones de tratamiento, bajas puntuaciones solas raramente proveerán bases adecuadas para realizar el juicio final.

Consideradas solas, las Puntuaciones Totales de la MacCAT-T deberían ser interpretadas como indicadores de no más que el nivel de desempeño del paciente en la entrevista con la MacCAT-T.

Esas puntuaciones por sí mismas deben de ser interpretadas clínicamente con la finalidad de describir el significado del desempeño del paciente en la MacCAT-T.

Esto requerirá el uso de observaciones clínicas derivadas de la evaluación del diagnóstico, examinación del estado mental, e historia psiquiátrica o psicosocial, así como consideración de la toma de decisiones con las cuales es confrontado el paciente.

Las puntuaciones de la MacCAT-T, por lo tanto, son útiles cuando se combinan con el proceso clínico, para determinar porque el paciente manifiesta déficits en las habilidades de toma de decisiones evaluadas con la MacCAT-T; por ejemplo, si el desempeño del paciente representa lo mejor que el paciente puede hacer actualmente, y como o si los déficits aparentes del paciente en las habilidades de

toma de decisiones en la MacCAT-T están relacionadas con (causadas por) el trastorno mental del paciente.

En adición, es necesaria la interpretación clínica para determinar el grado en el que -y como- el déficit en el desempeño y las habilidades del MacCAT-T pueden ser remediables.

TABLA 1. Criterios y puntuaciones de la MacCAT-T

CRITERIO	SUBCRITERIO	PP	PT
Entendimiento	Entendimiento de la enfermedad	0-2	0-6
	Entendimiento del tratamiento	0-2	
	Entendimiento de Riesgos y Beneficios	0-2	
Apreciación	De la situación de la enfermedad	0-2	0-4
	Del objetivo general del tratamiento	0-2	
Razonamiento	Lógico-secuencial	0-2	0-8
	Lógico-comparativo	0-2	
	Predictivo (consecuencias derivadas de las posibles elecciones)	0-2	
	Consistencia interna del Procedimiento de elección	0-2	
Elección	Expresa una elección	0-2	0-2

PP: Puntuación Parcial de cada subcriterio.

PT: Puntuación Total posible del criterio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MÉXICO DISTRITO FEDERAL, A ____ DE _____ DEL _____

El que suscribe _____

Nombre completo del paciente

Autorizo al personal médico el aplicarme la Escala de MacAethur, herramienta de evaluación de la competencia para consentir el tratamiento, una vez que se me ha proporcionado suficiente información sobre dicho procedimiento, en el entendido que el resultado de la investigación será de carácter anónimo y exclusivo para fines de investigación médica.

Nombre completo y firma de quien autoriza

Nombre y firma del primer testigo

Nombre y firma del segundo testigo

Nombre de archivo: PROTOCOLO.doc
Directorio: E:\ACTUAL
Plantilla: C:\Documents and Settings\JATSIRY\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dotm
Título:
Asunto:
Autor: garry britton
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 28/05/2012 04:30:00 p.m.
Cambio número: 4
Guardado el: 24/07/2012 04:06:00 p.m.
Guardado por: JATSIRY
Tiempo de edición: 12 minutos
Impreso el: 30/07/2012 03:44:00 p.m.
Última impresión completa
Número de páginas: 64
Número de palabras: 14,115 (aprox.)
Número de caracteres: 77,636 (aprox.)