



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO MEDIANTE LA ESCALA MACARTHUR COMPETENCY
ASSESSMENT TOOL (MACCAT-T) EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Dr. Ricardo Aranda Rodríguez

Asesor Metodológico : Dr. Héctor Cabello Rangel

Una firma manuscrita en tinta azul que corresponde al asesor metodológico Dr. Héctor Cabello Rangel.

Asesor Teórico: Dr. Fernando López Munguía



CIUDAD DE MÉXICO, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 casa, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

A mis maestros y tutores:

Dr. Fernando López Munguía, gracias a usted por compartir sus conocimientos con tanta pasión que contagia.

Dr. Héctor Cabello Rangel sin su apoyo, trabajo y compromiso no hubiera sido posible, gracias por su empatía y humanidad.

A mi familia:

A mis padres Alfonso y Margarita, mis incondicionales, mi más grande agradecimiento a quien me hizo lo que soy y me dieron todo lo que tengo.

A mis hermanos, Alfonso, Arturo y Caro, gracias por acompañarme en este proceso y darme las fuerzas necesarias.

A ti Aurea, este trabajo es también tuyo, gracias por tu amor, tus cuidados, tu paciencia, tu apoyo y tu esfuerzo, no lo habría logrado sin ti.

A mis amigos, Jorge y Fanny, por su apoyo y comprensión, y especialmente a ti Víctor, mi cómplice y mancuerna desde el primer día.

ÍNDICE

I.	<u>RESUMEN.....</u>	<u>2</u>
II.	<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>3</u>
III.	<u>MARCO CONCEPTUAL.....</u>	<u>3</u>
	• <u>A. Marco Legal.....</u>	<u>3</u>
	• <u>B. Marco Bioético.....</u>	<u>6</u>
IV.	<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	<u>14</u>
V.	<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u>	<u>15</u>
VI.	<u>JUSTIFICACIÓN</u>	<u>15</u>
VII.	<u>OBJETIVOS</u>	<u>16</u>
VIII.	<u>MÉTODO.....</u>	<u>17</u>
IX.	<u>HIPÓTESIS</u>	<u>17</u>
X.	<u>VARIABLES.....</u>	<u>18</u>
XI.	<u>CRITERIOS DE SELECCIÓN.....</u>	<u>18</u>
	• <u>Criterios de inclusión.....</u>	<u>18</u>
	• <u>Criterios de exclusión.....</u>	<u>19</u>
	• <u>Criterios de eliminación.....</u>	<u>19</u>
XII.	<u>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....</u>	<u>19</u>
XIII.	<u>PROCEDIMIENTO.....</u>	<u>20</u>
XIV.	<u>ANÁLISIS</u>	<u>21</u>
XV.	<u>RESULTADOS</u>	<u>21</u>
XVI.	<u>DISCUSIÓN.....</u>	<u>23</u>
XVII.	<u>CONCLUSIÓN.....</u>	<u>25</u>
XVIII.	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</u>	<u>26</u>
XIX.	<u>ANEXOS</u>	<u>31</u>

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: La patología psiquiátrica se manifiesta de maneras muy diversas, generando problemas en la toma de decisiones, el desempeño y la convivencia de las personas, por lo que es imprescindible la determinación objetiva de la capacidad del usuario para comprender la naturaleza de su padecimiento y la necesidad del tratamiento.

OBJETIVO: Evaluar la aplicación del consentimiento informado en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. **MÉTODO:** Se realizó un estudio

trasversal descriptivo, en una muestra no probabilística de pacientes internados. Se les entrevistó con el instrumento MacCAT-T para evaluar la aplicación del consentimiento

informado. **RESULTADOS:** Se aplicaron 41 cuestionarios, 48% fueron masculinos. El 51.2% fueron internamientos voluntarios. La media de edad fue de 32.68 años. La media del número de internamientos fue de 1.7 internamientos. Para todas las subescalas el grupo de pacientes

voluntarios obtuvo mayor puntaje respecto a los involuntarios. La prueba T para igualdad de medias demostró que hay diferencias estadísticamente significativas entre los ingresados

voluntaria e involuntariamente para todas las subescalas. **CONCLUSIÓN:** El instrumento

MacCAT-T es rentable como apoyo para la decisión clínica del evaluador al ingreso, quienes

aplicaron de manera correcta el consentimiento informado, siendo demostrado con los

resultados de esta tesis, sin embargo, consideramos que es necesario hacer un nuevo

estudio con dos evaluadores para determinar la confiabilidad inter-evaluador para que este

instrumento se utilice de manera habitual en los casos que se requiera determinar con mayor

objetividad la capacidad para consentir.

PALABRAS CLAVE: capacidad, información, voluntad, razonamiento, consciencia, involuntario, ética.

INTRODUCCIÓN.

El papel del usuario de los servicios de salud mental ha cobrado cada vez más relevancia con el paso del tiempo, centrando al individuo portador de una alteración mental como una discusión constante desde todos los puntos de vista, con esto, los profesionales de la salud mental se enfrentan a dilemas éticos relacionados con el consentimiento informado a diario. Desde la perspectiva biopsicosocial, estos estados se manifiestan de maneras muy diversas, las características propias de la patología psiquiátrica pueden tener un efecto especial en la percepción, el pensamiento, las emociones, el comportamiento y el juicio, generando problemas en la toma de decisiones, el desempeño y la convivencia de las personas (Viesca, 2017). Por lo que en ciertas ocasiones es imprescindible la determinación objetiva de la voluntad y la capacidad del usuario para entender y comprender la naturaleza de su padecimiento y la necesidad del tratamiento.

MARCO CONCEPTUAL

Marco Legal:

Existen diversos instrumentos internacionales en los que se reconoce a la salud como un derecho fundamental o humano. La Organización Mundial de la Salud, autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas, señala en uno de sus principios constitucionales adoptados en 1946, que la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Señala que es “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. La Declaración Universal de los Derechos Humanos,

adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, establece en el artículo 25, numeral 1 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada por la IX Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá en 1948, en su artículo XI, señala que “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, reconoce en su artículo 12, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” suscrito el 17 de noviembre de 1988, en San Salvador, El Salvador, establece en su artículo 10 que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (Gutiérrez, 2016).

La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica nos define el ingreso voluntario como aquel en el que se requiere la solicitud firmada de la persona usuaria, y la indicación del personal profesional 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 (DOF, NOM-025-SSA2, 2014). De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico algunas de las situaciones en las que se requiere el consentimiento informado escrito son las hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, participación en protocolos de investigación, procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales, procedimientos invasivos, procedimientos que produzcan dolor físico o emocional, procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización. En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del *privilegio terapéutico* hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice (DOF, NOM-004-SSA3, 2012).

La Ley General De Salud Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 en su Última reforma publicada DOF 01-06-2021 menciona en su Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

CAPITULO VII Salud Mental Artículo 72.- La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control multidisciplinario de dichos trastornos, así como otros aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental. Para los efectos de esta Ley, se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

La Fracción reformada DOF 15-01-2013 II menciona los derechos del usuario, entre ellos su derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir (Congreso de la Unión, 2021).

Marco Bioético:

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se establece que todas las personas son libres e iguales en derechos; reconociendo de esta forma la dignidad humana, la cual es irrenunciable y permanente, considerándose a la violencia como toda violación a la dignidad humana. Es importante hacer mención a la violencia en el contexto del paciente psiquiátrico, ya que este es considerado de facto como vulnerable a sufrir violaciones a sus derechos (UN, 1948).

La Comisión Nacional de Bioética define al consentimiento informado como: “la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud” es decir, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal

de salud y el paciente y que se puede consolidar en un documento (Comisión Nacional de Bioética, 2015).

El consentimiento informado consta de los siguientes elementos: 1) Información. Debe conocer los riesgos y beneficios del tratamiento y las alternativas del mismo. 2) La voluntad parte esencial en la teoría del consentimiento informado, que de manera sutil o evidente puede ser violentada. 3) Capacidad o Competencia, definida como la posibilidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, lo que está en juego y las resoluciones posibles; con las consecuencias previstas de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea congruente con su propia escala de valores (Sánchez Caro, 2003). Se puede definir como voluntad al querer de la acción, por eso se dice que existe una relación de causalidad, al presentarse un nexo psicológico entre el sujeto y la actividad (López Betancourt, 2007). El elemento del consentimiento informado que más controversia genera es la capacidad; reconocer la existencia de ella en una persona puede afectar que esa persona ejerza sus derechos y deberes por sí misma, lo que significa que puede ser tratada contra su voluntad y dar lugar a actitudes discriminatorias hacia los enfermos mentales. La capacidad de una persona varía ampliamente, de modo que una persona puede ser capaz de una función y no otra; también se ha especificado como la capacidad mental para comprender la naturaleza y las consecuencias de las propias acciones. Otra definición es la de capacidad jurídica, como la capacidad de una persona para querer, comprender y comprender la naturaleza de sus acciones. Deben evaluarse dos tipos de capacidad: 1) Capacidad general, que se define por la capacidad de administrar sus asuntos de manera adecuada.

2) Capacidad específica que solo se define en relación con una tarea o acción específica, como votar o redactar un testamento (Sánchez Caro, 2003).

Puede decirse que la evaluación de la capacidad es una de las cuestiones clave todavía no resueltas por la teoría general del consentimiento informado. Como es bien sabido, el consentimiento informado no es sino un modelo de relación clínica fruto del resultado de la introducción de la idea de autonomía psicológica y moral de las personas en el modelo clásico de relación médico–paciente, basada hasta entonces, exclusivamente, en la idea de beneficencia paternalista. El ejercicio de la autonomía de las personas, de los pacientes, exige que se cumplan al menos tres condiciones:

1. Actuar voluntariamente, es decir libre de coacciones externas.
2. Tener información suficiente sobre la decisión que va a tomar, es decir, sobre el objetivo de la decisión, sus riesgos, beneficios y alternativas posibles.
3. Tener capacidad, esto es, poseer una serie de aptitudes psicológicas –cognitivas, volitivas y afectivas– que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla.

Se ha descrito que la capacidad se puede entender de dos tipos o formas “capacidad (de obrar) legal o de derecho” y “capacidad (de obrar) natural o de hecho”. No es posible hablar de una sin referirse a la otra. La capacidad natural o de hecho se refiere a las aptitudes psicológicas internas que permiten a una persona gobernar efectivamente su vida, de tal modo que podamos concluir que sus decisiones son auténticas, es decir, que reflejan adecuadamente su propia personalidad, su autonomía moral. Lo que sucede es que esta capacidad de hecho tiene siempre un correlato jurídico que llamamos “capacidad de obrar de derecho o capacidad legal”.

Si cuestionamos la capacidad de hecho de una persona mayor esto tiene automáticamente consecuencias en la esfera de su capacidad de derecho: le retiramos la potestad jurídica para que ejerza activamente y por sí mismo sus derechos y obligaciones, y buscamos a otra persona, su representante, para que lo haga en su lugar (Simón-Lorda, 2008).

La autonomía se puede entender mediante los términos “capacidad” y “competencia”. Con “competencia” entendemos, en particular, el reconocimiento legal de las habilidades mentales necesarias para la toma de decisiones. Con “capacidad” es un término clínico que se refiere a las habilidades mentales que son necesarias para poder hacerlo en un determinado momento y en un determinado lugar para tomar una decisión explícita. Cabe recalcar que, al hablar de capacidad, es “capacidad para”, y ese “para” es siempre un acto específico. No sé es capaz o incapaz en general, sino siempre circunscrito a una tarea definida. Sobre los dominios de la capacidad. En general, las herramientas que se han creado para evaluar la capacidad de los pacientes se relacionan con alguno de estos dominios, o todos ellos:

- 1) Comprensión. Consiste en la capacidad del paciente para identificar información relevante sobre los diagnósticos y cualquier información que pueda surgir, es comprensivo cuando el paciente puede repetir o parafrasear la información del médico.
- 2) Apreciación. Es el uso de la comprensión para relacionar la información recibida con una situación, circunstancia y entorno de creencias en particular. A diferencia de la comprensión, no existe un consenso muy claro sobre qué se entiende exactamente por apreciación, y este punto en particular no se ha correlacionado satisfactoriamente cuando se comparan las herramientas específicas para evaluar la capacidad con otras pruebas, como las pruebas neuropsicológicas, de hecho es un concepto más abstracto.

La forma específica de evaluar esta área varía de una herramienta a otra y puede basarse en las expectativas del paciente sobre el tratamiento, sospechas o preocupaciones, o expresiones de duda razonable.

- 3) Razonamiento. consiste en la capacidad de afirmar la lógica y la racionalidad al evaluar alternativas en una situación dada con el fin de tomar la "mejor decisión" sus decisiones son lógicas, representan un alto grado de insight y juicio o si los valores subyacentes que influyen en la toma de decisiones (esto último es especialmente importante si la decisión inicialmente no parece lógica a los ojos del médico).
- 4) Expresión de una decisión. Probablemente la más simple de evaluar, consiste en la habilidad del paciente para comunicar una preferencia.

Evaluación de Consentimiento Informado

Sobre las herramientas para evaluar capacidad existen test neuropsicológicos de ellos, los más conocidos y utilizados son el Mini Mental State Examination (MMSE) y la Escala de Inteligencia de Weschler (WAIS). A pesar de que no corresponden a herramientas diseñadas específicamente para la evaluar capacidad, resultan útiles como apoyo a otros test, sobre todo considerando su validez. Se ha demostrado buena correlación entre el poder de predicción de estas herramientas y otros scores, sobre todo en relación a la comprensión y razonamiento. No ocurre lo mismo al momento de evaluar apreciación. Se ha sugerido ya que este tipo de herramientas enfocadas en la evaluación de la atención, el lenguaje, la memoria o la función ejecutiva deberían incorporarse en la evaluación de la capacidad habitualmente (Robert, 2016).

Existen pruebas diseñadas para evaluar la capacidad del paciente de consentir o rechazar en relación a decisiones específicas. Un buen ejemplo es el "Competence Interview Schedule" CIS por sus siglas en inglés, protocolo destinado a evaluar la capacidad de aceptar o rechazar la

terapia electroconvulsiva. Este tipo de herramientas es bastante útil, sin embargo, su uso es acotado, por lo que no resultan idóneas para la evaluación por el médico general, por lo que debemos basarnos en herramientas para evaluar capacidad, aplicables a cualquier tipo de situación. La mayoría evalúa los cuatro dominios de capacidad a la vez, y pueden, a su vez, clasificarse en:

a. Guiones de entrevistas: más que una verdadera herramienta, corresponden a un conjunto de preguntas sugeridas a los clínicos para realizar una exploración básica de la capacidad. No tienen instrucciones específicas sobre su aplicación.

b. Protocolos estructurados o semi estructurados: Son las pruebas más complejas, incluyendo algunas de las más conocidas y validadas como el “MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment” (MacCAT-T). Estos guiones suelen estar asociados a un sistema de evaluación de respuestas expresado en un puntaje; no se plantean como scores dicotómicos para responder si el paciente es o no capaz, sino más bien como un continuo desde la nula a la completa capacidad, visión que traduce la realidad clínica.

c. Protocolos basados en viñetas: Estos consisten en descripciones de situaciones imaginarias sobre las cuales el paciente debe tomar decisiones relacionadas a la salud. Los estudios en relación a estas pruebas son escasos, y han demostrado mala correlación con otras herramientas, aunque podrían ser útiles en grupos específicos como los adultos mayores con demencia.

Sobre la validación e implementación de las escalas la elección de la herramienta apropiada dependerá de múltiples factores. Primeramente, existen escalas destinadas a ciertos grupos de pacientes (como los métodos de viñetas, orientadas a adultos mayores con o sin diagnóstico

de demencia) o a ciertos tipos de decisión (como los protocolos específicos). Además, el tiempo que requieren para su implementación es también variable. Así, es poco probable que pruebas demasiado largas puedan usarse en todos los casos (Robert, 2016).

Será siempre preferible para el uso de médicos generales herramientas que requieran poca capacitación, como es el caso del “Hopkins Competency Assessment Test” (HCAI) y que consuman poco tiempo, como el MacCAT-T, que puede realizarse en aproximadamente 10 a 15 min. Adicionalmente, los procesos de validación de estas pruebas son difíciles. La evidencia es escasa, pues muchos de estos instrumentos no cuentan con segundos estudios que los avalen, carecen de consistencia interna probada o no han demostrado ser reproducibles de forma satisfactoria entre distintos entrevistadores. Es interesante mencionar a su vez que no existen muchos estudios que comparen estas herramientas entre sí. Una comparación realizada entre el MacCAT-T, el CCTI y el HCAI demostró un acuerdo moderado al evaluar la capacidad en general, sin embargo, al desglosar según los dominios específicos, se observó que mientras el grado de acuerdo en relación a la comprensión era bueno, no lo era para razonamiento ni apreciación. La evidencia en este aspecto sólo respalda a las escalas MacCAT-T y Mac Arthur Original. Que requiera poca capacitación y breve tiempo para aplicarse: En este sentido el MacCAT-T es superior. Se propone, entonces, como herramienta de primera línea el MacCAT-T que, además de ser comprehensiva en su evaluación de los dominios de la capacidad, ha demostrado un buen grado de consistencia interna, reproducibilidad entre distintos entrevistadores y múltiples evaluaciones en un mismo paciente, y que puede aplicarse en poblaciones diversas, con o sin antecedentes de patología psiquiátrica. Además, como ya dijimos, puede implementarse en un tiempo relativamente corto y no requiere mayor entrenamiento.

La necesidad de evaluar formalmente capacidad es más urgente cuanto más dudosa es esta. Si bien el gold standard sigue siendo la evaluación por el clínico experimentado, una herramienta permite documentar y sistematizar dicha evaluación. Existe la evidencia que la incorporación del MacCAT-T como primera herramienta de apoyo a la entrevista clínica que todo médico debe realizar en caso de que existan dudas legítimas en materia de capacidad. No se debe olvidar que responder estas dudas es un deber del médico, y, sobre todo, que poner en tela de juicio la capacidad de un paciente para tomar decisiones (cuando parece sensato) no es caer en una actitud paternalista, sino muy por el contrario, es demostrar compromiso y responsabilidad ante el paciente, para así lograr una alianza terapéutica eficaz que asegure la verdadera autonomía (Robert, 2016).

Existe el antecedente de medición de la capacidad en usuarios de nuestra unidad, en 2005, Cabello Rangel y López Munguía publican en la Revista Psiquis su artículo “Evaluación de la capacidad de pacientes psiquiátricos para consentir su hospitalización” donde se buscó evaluar la capacidad como parte del consentimiento informado para decidir acerca del internamiento, ya fuera voluntario o involuntario, utilizando el inventario desarrollado por Appelbaum y Cols., encontrando una mayor capacidad en pacientes hospitalizados voluntariamente, concluyen que el internamiento ya sea voluntario o involuntario se debe apegar a la comprensión y voluntad del paciente al momento de su admisión, resaltando la importancia de la relación médico paciente en ese proceso (Cabello Rangel & López Munguía, 2005). En 2012 Ramírez Zamora, publica su tesis: “Estudio relacional de la escala MacArthur (MacCAT-T) herramienta que evalúa la competencia para consentir el tratamiento en adultos mayores sin deterioro cognitivo contra adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado”.

El objetivo fue el comparar la escala MacCAT-T con el test Minimental de Folstein, ambas como herramientas para medir competencia y capacidad en adultos mayores con deterioro cognitivo (Ramirez Zamora , 2012).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación y aplicación del consentimiento informado puede representar un reto inclusive para especialistas en la materia. Por esta razón se han desarrollado diversas herramientas destinadas a facilitar esta evaluación. No obstante, no existe un instrumento que sea perfecto, puesto que cada una de ellos posee restricciones y ventajas, entre ellos están el Inventario para evaluar la capacidad de Appelbaum y la MacArthur Competency Assessment Tool (MacCAT-T) ambas se han se ha traducido al español, y la última cuenta con estudios de validez. El estudio del consentimiento informado es de suma importancia en el contexto del respeto a los derechos del paciente en cuanto a reconocer su capacidad de decidir sobre su tratamiento y padecimiento.

En el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se realizado algunos estudios para evaluar la capacidad del paciente portador de trastornos mentales, entendida la capacidad como un elemento del consentimiento informado, en uno de esos estudios se encontró que los pacientes internados involuntariamente podrían haber aceptado su internamiento si se les hubiera proporcionado mayor información su padecimiento (Cabello Rangel & López Munguía, 2005). El otro estudio que se realizó con la escala MacCAT-T, evaluó población geriátrica, con resultados no concluyentes ya que la muestra fue muy pequeña. (Ramírez Zamora, 2012).

La aplicación correcta del consentimiento informado tiene implicaciones legales y éticas tanto para el usuario de servicios de salud como para el prestador del servicio, es por ello que se

hace necesario medir como se aplicó el consentimiento informado en pacientes internados en un hospital psiquiátrico, para saber si existen diferencias medibles entre pacientes internado involuntariamente respecto los internados de manera voluntaria.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se aplicó el consentimiento informado a pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”?

JUSTIFICACIÓN

Existe un marco legal muy completo en México que norma el quehacer médico psiquiátrico, en éste se incluye la necesidad del tratamiento involuntario, mismo que se da si el usuario no puede solicitarlo él mismo por una discapacidad temporal o permanente, por lo que lo solicita un familiar, tutor, representante legal u otra persona que necesite el servicio en caso de emergencia, siempre que así se haya indicado previamente por parte del médico tratante (CONADIC, 2016), aún bajo este marco, cada día aumentan más las demandas por privación ilegal de la libertad en el desentendimiento de la necesidad de salvaguardar la integridad y salud del individuo y de los que los rodean, entonces nos vemos en la necesidad de evaluar cada vez más minuciosamente la capacidad de decisión del enfermo mental con la finalidad de salvaguardar sus garantías y su integridad como ser humano. Una herramienta poderosa y muy útil es el consentimiento informado, mismo que es requisito indispensable en el ámbito médico, por lo que el estudio del mismo, mediante la objetivación con una escala confiable, validada y fácil de aplicar nos es de vital importancia.

La medición de la capacidad es un proceso complejo, que depende de múltiples variables, y que puede representar un desafío incluso para médicos especialistas en la materia. Por esta

razón se han creado múltiples herramientas destinadas a facilitar esta evaluación. En el presente trabajo se buscará evaluar una herramienta aprobada como la escala MacCAT-T para determinar cómo se aplica el consentimiento informado, independientemente del tipo de internamiento, patología o edad, con la finalidad de en un futuro mediano se estandarice la prueba como protocolo para evaluar objetivamente a los usuarios en los que exista duda sobre la capacidad para consentir.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la aplicación del consentimiento informado en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- a) Determinar si las y los usuarios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que se encuentran bajo la modalidad de internamiento cuentan con la capacidad entender su internamiento.
- b) Determinar si las y los usuarios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que se encuentran bajo la modalidad de internamiento cuentan con la capacidad de apreciación de su internamiento.
- c) Determinar si las y los usuarios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que se encuentran bajo la modalidad de internamiento cuentan con la capacidad de razonamiento de su internamiento.
- d) Determinar si las y los usuarios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que se encuentran bajo la modalidad de internamiento cuentan con la capacidad de elección de su internamiento.

MÉTODO

Diseño de estudio: Transversal, descriptivo.

Sede: Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Pacientes atendidos en los servicios de urgencias y hospitalización continúa.

Muestreo: Muestra intencional no probabilística de pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Muestra: Se estima un tamaño de muestra de 41 usuarios.

HIPÓTESIS

Dado que el estudio es descriptivo y no pretende hacer ninguna inferencia o comparación, no aplica este rubro.

VARIABLES

Tabla 1. Operacionalización de Variables			
Variable	Concepto	Medición	Tipo
Edad	Tiempo De Vida De Un Sujeto.	Edad En Años	Cuantitativa Discontinua.
Sexo	Característica Biológica Que Define Al Ser Humano Como Hombre O Mujer.	Hombre = 1 Mujer = 2	Cualitativa, Nominal.
Diagnóstico	Criterios Diagnósticos De Clasificación Internacional De Enfermedades 10ma Edición.	Código Cie 10	Cualitativa Nominal.
Tipo De Internamiento	Diferencia Entre Si El Usuario Decide Por Su Propia Voluntad Sobre Su Tratamiento Intrahospitalario	Voluntario=1 Involuntario=2	Cualitativa
Capacidad	Es la posibilidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, lo que está en juego y las resoluciones posibles; con las consecuencias previstas de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea congruente con su propia escala de valores	Escala MacArthur Competency Assessment Tool (MacCAT-T)	Cualitativa

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes entre 18 y 59 años de edad de ambos géneros.

Que llenen los criterios diagnósticos del DSM V para algún trastorno mental que requiera tratamiento intrahospitalario en nuestra unidad.

Que se encuentren en las primeras 48 horas de internamiento hospitalario.

Que firmen la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Que no acepten la aplicación del cuestionario.

Pacientes internados por indicación médica.

Pacientes con evidente impedimento para llenar un consentimiento informado

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1.- Pacientes con medicamentos que alteren la conciencia.

2.- Pacientes que no cooperen para la entrevista

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

La escala MacArthur Competency Assessment Tool (MacCAT-T) fue diseñada por Thomas Grisso & Paul S. Appelbaum a través del Professional Resource Exchange, Inc, por la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur a través del soporte de la Red de Investigación en Salud Mental consta de elementos que permiten obtener respuestas de una manera en la que se refleja el grado de habilidad del paciente en cuatro áreas: Comprensión, Apreciación, Razonamiento y Expresión de una elección. Las cuatro áreas de habilidades evaluadas por la MacCAT-T se determinaron a través de revisiones exhaustivas de las definiciones legales de capacidad en el consentimiento sobre tratamiento (Appelbaum & Grisso, 1988, 1995; Appelbaum & Roth, 1981, 1982; Berg, Appelbaum & Grisso, 1996). La validación al español la realizaron : Ventura Faci, Navío Acosta, Álvarez Marrodán, Baón Pérez y el Grupo de Investigación Servet conservando las mismas propiedades clinimétricas de la versión español (Alvarez Marrodan, 2014).

En México se ha utilizado en el año 2012 por Ramírez Zamora y López Munguía en 2012 como herramienta que evalúa la competencia para consentir el tratamiento, en adultos mayores sin deterioro cognitivo contra adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado (Ramirez Zamora , 2012).

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Se presentó el proyecto de investigación ante los Comités de Investigación y de Ética en Investigación.
- 2.- Se informó a la Jefatura de Hospitalización sobre los horarios y áreas de hospitalización donde se realizará el proyecto.
- 3.- Una vez aprobado el protocolo se localizaron usuarios en las primeras 48 horas de estancia intrahospitalaria.
- 4.- Se revisó el expediente clínico para saber si ingreso de manera voluntaria o involuntaria y si firmo el Consentimiento Informado.
- 5.- Se valoró si el usuario cumple con los criterios de selección del presente proyecto.
- 6.- Una vez que cumplía con los criterios se les explicó el objetivo del presente estudio y se les solicitó su consentimiento informado.
- 7.- Se aplicó la escala MacCAT-T, con duración aproximada de 15 a 25 minutos.
- 8.- Los resultados de la escala MacCAT-T se vaciaron en una base de datos en Excel.
- 9.- Una vez alcanzado el tamaño de muestra se realizará análisis estadístico, redacción de resultados y reporte final.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicaron medidas de dispersión y tendencia central para las variables continuas y discretas.

RESULTADOS:

Se aplicaron 41 cuestionarios de los cuales 48% fueron masculinos y 52% femeninos. El estado civil más frecuente es soltero con 73.2%. el 51.2% fueron internamientos voluntarios, mientras que el 48.8% fueron internamientos involuntarios. La media de edad es de 32.68 años \pm 12.8 años (min-máx.=18-59). La media del número de internamientos fue de 1.7 \pm 1.2 (min-máx=1-7) internamientos. Tabla 2.

Tabla 2. Características demográficas y tipo de internamiento (n=41)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	20	48,8	48,8
Femenino	21	51,2	100,0
Soltero	30	73,2	78,9
Casado	8	19,5	100,0
Voluntario	21	51,2	51,2
Involuntario	20	48,8	100,0

Para las subescalas comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección el grupo de pacientes voluntarios obtuvo mayor puntaje respecto a los involuntarios. El mínimo y máximo para los pacientes voluntarios es de 10 a 19 puntos, y para los involuntarios el mínimo y máximo es de 0 a 17.6 puntos.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos Escala MacCAT (n=41)

	Comprensión	Apreciación	Razonamiento	Expresión de una elección	total
Voluntario	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Media(IC 95%)	52,024(47.7-56.2)	37,619 (35.1-40.0)	58,571 (51.2-65.9)	16,667 (14.0-19.2)	164,881 (152.2-177.5)
Error típico	,20373	,11761	,35211	,12599	,60600
Varianza	,872	,290	2,604	,333	7,712
Desv. típ.	,93361	,53896	161,356	,57735	277,704
Mínimo	2,70	2,00	1,50	,00	10,00
Máximo	6,00	4,00	8,00	2,00	19,10
Rango	3,30	2,00	6,50	2,00	9,10
Involuntario					
Media(IC95%)	32,500(24.1-40.8)	25,500 (17.6-33.3)	34,250 (24.0-44.4)	10,500 (0.66-14.3)	102,750 (75.2-130.2)
Error típico	,39708	,37329	,48704	,18460	131,299
Varianza	3,153	2,787	4,744	,682	34,479
Desv. típ.	177,579	166,938	217,809	,82558	587,189
Mínimo	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo	6,00	4,00	7,00	2,00	17,60
Rango	6,00	4,00	7,00	2,00	17,60

La prueba T para igualdad de medias demostró que hay diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes ingresados voluntaria e involuntariamente ($P < 0.005$) para todas las subescalas y para el total.

Tabla 4. Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)			Inferior	Superior
Número de internamiento	,152	,699	-1,163	36	,252	-,474	,407	-1,300	,352
Comprensión	8,104	,007	4,437	39	,000	195,238	,44001	106,239	284,238
Apreciación	44,961	,000	3,160	39	,003	121,190	,38351	,43619	198,762
Razonamiento	1,359	,251	4,077	39	,000	243,214	,59662	122,536	363,892
Expresión de una elección	2,370	,132	2,783	39	,008	,61667	,22159	,16846	106,487
Total	16,330	,000	4,365	39	,000	621,310	142,331	333,417	909,202

No se encontró correlación entre el número de internamiento y las subescalas del test aplicado ni tampoco correlación con la edad, aunque si se observaron correlaciones significativas entre las subescalas como era de esperarse.

DISCUSIÓN:

El presente trabajo tuvo como objetivo establecer la aplicación del consentimiento informado mediante la entrevista MacCAT-T para medir de manera objetiva si los usuarios que se encontraban hospitalizados, ya sea de manera voluntaria o involuntaria que estuvieran cursando sus primeras horas de internamiento, contaban con la capacidad para consentir de manera informada acerca de su tratamiento intrahospitalario.

Se analizaron 41 pacientes de los cuales casi la mitad corresponden a internamientos voluntarios. Los pacientes con internamiento voluntario obtuvieron un puntaje mayor en relación con los involuntarios como era de esperarse.

En el presente estudio los pacientes ingresados de manera voluntaria tuvieron mayor puntaje en las subescalas comprensión, apreciación, razonamiento y la expresión de una elección de la escala MacCAT-T con diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes ingresados de manera voluntaria e involuntariamente, de modo que es consistente con el criterio clínico, por lo que el consentimiento informado fue aplicado correctamente.

Cabe resaltar que se debe tener presente que la integridad en el juicio, la percepción, la interpretación y las funciones cognitivas para tomar una decisión de forma adecuada tanto en la evaluación clínica como con los usos instrumentos como el utilizado en el presente trabajo.

Los resultados de esta tesis concuerdan con los encontrados por los autores Grisso & Appelbaum, en 1998, Ramírez Zamora en 2012 y Álvarez Marrodán y cols. en 2013, en los que los pacientes con deterioro cognitivo y psicosis activa cuentan con puntuaciones menores en relación con los usuarios que ingresaron por otras causas y en consecuencia de forma voluntaria.

En nuestro país recientemente se hicieron reformas a la ley general de salud en materia de salud mental, en el que se enuncia que todo tratamiento e internamiento de la población usuaria de los servicios de salud mental deberá prescribirse previo consentimiento informado. Además, menciona que los prestadores de servicios de salud mental, estamos obligados a comunicar a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los beneficios, los posibles riesgos, y las alternativas de un determinado tratamiento, para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado. Una vez garantizada la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios, la población usuaria de los servicios de salud mental tiene el derecho de aceptarlos o rechazarlos, es decir, es imprescindible demostrar y garantizar la comprensión de la información, para así certificar que la persona con trastornos mentales, es quien ostenta el derecho a consentir o denegar el permiso para cualquier tratamiento o internamiento, presumiéndose que todos los pacientes tienen capacidad de discernir agotándose los esfuerzos para permitir que una persona acepte voluntariamente el tratamiento o el internamiento (Secretaría de salud, 2022), por lo que el presente trabajo de tesis cobra relevancia para nuestra posición actual, al poder determinar si un paciente cuenta con la capacidad de comprender, apreciar, razonar y elegir, y así consentir de manera consciente sobre su tratamiento.

CONCLUSIÓN:

El presente trabajo responde entonces ante la necesidad creciente de evaluar objetivamente al usuario candidato a tratamiento intrahospitalario para así garantizar su derecho a consentir o denegar el permiso para cualquier tratamiento o internamiento. Las nuevas reformas en el marco legal de nuestra nación nos obligan a agotar todos los esfuerzos para determinar si un paciente cuenta con la capacidad de comprender, y así consentir de manera plenamente informada sobre su tratamiento. La presente herramienta resulta entonces benéfica como un esfuerzo añadido y responde nuestra pregunta de investigación, de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, se demuestra que es rentable como instrumento para apoyar la decisión clínica del evaluador al ingreso, quienes aplicaron de manera correcta el consentimiento informado, siendo demostrado con los resultados de esta tesis, en los que evidenciamos que estadísticamente, los pacientes internados de manera voluntaria cuentan con una capacidad mayor para comprender, apreciar, razonar y elegir acerca de su enfermedad y tratamiento, sin embargo, consideramos que se hace necesario hacer un nuevo estudio en el que dos evaluadores participen para determinar la confiabilidad inter-evaluador y la correlación entre pares, lo que resulta importante para que este instrumento se utilice de manera habitual en los casos que se requiera determinar con mayor objetividad la capacidad para consentir su tratamiento, ya se intra o extrahospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Albaladejo, M. C. (2014). Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico: especial consideración al procedimiento a seguir en los casos de urgencia médica. *Derecho Privado y Constitución*. Obtenido de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/42423>
2. Alvarez Marrodan, I. (2014). Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Medicina Clínica*, 201-204.
3. Barrilao, J. F. (2013). Régimen constitucional del internamiento involuntario y urgente por trastorno mental. *Revista de Derecho Político*, 179-222. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/view/12774/11903>
4. Bernáldez, M. I. (2018). Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 44, 125-130. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.05.004>
5. Cabello Rangel, H., & López Munguía, F. (2005). Evaluación de pacientes psiquiátricos para consentir su hospitalización. *Psiquis*, 14(3), 76-84.
6. Comisión Nacional de Bioética. (21 de Abril de 2015). *CONBIOETICA*. Obtenido de http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

7. CONADIC. (2016). Lineamientos Nacionales para el Ingreso Involuntario a Establecimientos Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones. Ciudad de México, México. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/235015/Lineamientos_nacionales_para_el_ingreso_involuntario_a_establecimiento.pdf
8. Congreso de la Unión. (2021). Ley General de Salud. México.
9. DOF. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. México. Obtenido de NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO: <http://dof.gob.mx/>
10. DOF. (2014). *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2 Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria*. México. Obtenido de <http://dof.gob.mx/>
11. Flores, L. F. (2012). El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 829-847. doi:10.4321/S0211-57352012000400011
12. Grisso, T. A. (1997). The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric services*, 48(11), 1415. Recuperado el 2022, de <https://doi.org/10.1176/ps.48.11.1415>
13. Gutiérrez, M. A. (2016). Derecho ala Protección de la Salud,de garantía de libertad otorgada a derecho humano reconocido. *CONAMED*. México. Obtenido de

http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin4/derecho_protecci%C3%B3n_salud.pdf

14. Jiménez, A. M. (2020). *El Paternalismo Médico Responsable en Psiquiatría. Una Perspectiva Bioética en Casos de hospitalización Involuntaria de Pacientes*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co>
15. Lainz, J. L. (2016). Sobre la atención de pacientes con ideación autolítica en Urgencias: Aspectos legales. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 325-345. doi:10.4321/S0211-57352016000200003
16. León, E. C. (2015). La ética en psiquiatría. En M.-M. M. Elena, *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. (págs. 339-360). México.
17. López Betancourt, E. (2007). *Teoría del delito*. México: Porrúa.
18. Martínez Bullé Goyri, V. (2017). *Consentimiento informado: Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.
19. Paez, G. (2021). Alcance de la capacidad del paciente en decisiones autónomas. *BIOETHICS UPdate*, 7(1), 59-69.
20. Preciado, M. G. (2019). Aspectos Constitucionales del Internamiento Involuntario Urgente de Pacientes Psiquiátricos y alternativas: El tratamiento ambulatorio. *Comillas*. Obtenido de

<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/28707/TFG-GAmez%20Preciado,%20Miriam.pdf?sequence=1>

21. Ramirez Zamora , V. E. (2012). Estudio relacional de la escala MacArthur (MacCAT-T) herramienta que evalúa la competencia para consentir el tratamiento, en adultos mayores sin deterioro cognitivo contra adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado. Tlalpan, Ciudad de México, México. Obtenido de <https://www.bidi.unam.mx/>
22. Robert, S. (2016). Evaluación de la capacidad del paciente para emitir un consentimiento válido: ¿es posible la estandarización? *Rev Med Chile*, 1336-1342. Obtenido de <https://revmedchile.org/>
23. Salgado García, E. (2003). Aproximación epistemológica de la conciencia en psicología: una perspectiva comportamental. *Actualidades en Psicología*, 46-65. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133217953003>
24. Sánchez Caro, J. (2003). *El consentimiento informado en Psiquiatría* (primera ed.). Madrid: Díaz de Santos.
25. Secretaría de salud. (22 de mayo de 2022). Ley General de Salud, en materia de salud mental y adicciones. (DOF, Ed.) Ciudad de México, México.
26. Simón-Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 325-348. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a06.pdf>

- 27.UN. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Paris, Francia.
Obtenido de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- 28.UN. (1948). *un.org*. Obtenido de <https://www.ohchr.org>
- 29.Vega, C. V. (2009). Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. *Atención Primaria*, 176-182. doi:doi:10.1016/j.aprim.2009.07.012
- 30.Viesca, M. B. (2017). *El consentimiento informado en Psiquiatría*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones jurídicas de la UNAM. Obtenido de <https://archivos.juridicas.unam.mx>

ANEXOS

Instrucciones para la aplicación de la MacCAT-T

I. Preparación

De forma previa a la reunión con el paciente, el clínico prepara la información que describirá al paciente. Cuando el clínico es el médico del paciente, estará ya bien informado acerca de su trastorno y los tratamientos necesarios. Si el clínico que realiza la evaluación no es el médico tratante, la información necesaria para preparar la descripción y el proceso de evaluación se debe obtener de su médico tratante y/o de su expediente clínico.

1. Diagnóstico del Trastorno: Determine el diagnóstico del paciente, y escriba su nombre en el espacio #1 de la página 1 del Formulario de Registro.

2. Características del Trastorno: Seleccione tres características del trastorno que sean las más importantes para la comprensión del paciente, a fin de tomar una decisión informada acerca de sus tratamientos. Escriba las descripciones de estas características en los espacios #2-4 en la página 1 del Formulario de Registro. Las “características” de un trastorno pueden variar considerablemente en los diferentes trastornos y sus circunstancias, y dependerán en parte de si los síntomas del trastorno son fundamentalmente de naturaleza biológica o psicosocial. Las posibles descripciones incluyen los mecanismos biológicos críticos, causas, signos y síntomas.

3. Curso del Trastorno: Determine el probable curso del trastorno si no fuese tratado. Escriba una descripción de las consecuencias de no tratar la enfermedad en el espacio #5 de la página 1 del Formulario de Registro.

4. Tratamiento Recomendado: Determine el tratamiento que, a juicio del médico tratante, es el mejor para el interés del paciente, y escríbalo en el espacio #1 de la página 2 del Formulario de Registro.

5. Características del Tratamiento Recomendado: Seleccione dos o tres características del tratamiento que son importantes que entienda el paciente con el fin de que tome una decisión informada, y escriba las descripciones en los espacios #2-4 en la página 2 del Formulario de Registro. Las características del tratamiento en este punto no deben incluir los beneficios o riesgos. El centro aquí es el proceso del tratamiento –por ejemplo, qué preparación se necesita, el procedimiento médico en sí mismo, procesos de seguimiento y duración del tratamiento.

6. Riesgos y Beneficios del Tratamiento Recomendado: Determine dos de los beneficios más importantes esperados del tratamiento, así como la mejor estimación posible de la probabilidad de que estos ocurran. Escriba las descripciones, incluyendo su probabilidad, en el espacio #1-2 de la página 3 del Formulario de Registro. Luego determine los riesgos, molestias y/o efectos adversos esperados más importantes, así como la mejor estimación posible de la probabilidad de que estos ocurran. Escriba las descripciones, incluyendo su probabilidad, en el espacio # 3-4 en la página 3 del Formulario de Registro.

7. Tratamientos Alternativos (OPCIONAL): Repita los pasos del 4 al 6 para cualquier tratamiento alternativo que quiera discutir con el paciente y registre la información en el Formulario de Tratamientos Alternativos (TA).

NOTA: El paso 7 no es esencial para realizar una evaluación de la capacidad de toma de decisiones del paciente; el rendimiento del paciente en relación con el tratamiento elegido en el paso 4 puede ser el representativo del funcionamiento del paciente en la toma de decisiones sobre el tratamiento en general. El paso 7 puede ser útil, sin embargo, en casos en los cuales es deseable documentar la comprensión del paciente de todas las opciones - por ejemplo, en casos complejos que puedan requerir revisión judicial.

II. Entrevista

PROCEDIMIENTO

El procedimiento de la entrevista MacCAT-T combina la explicación del consentimiento informado con la valoración de las habilidades del paciente de comprender la información y tomar decisiones acerca de su tratamiento. La entrevista debe realizarse como en la secuencia descrita a continuación. Se permite cierta flexibilidad en ciertos casos, según las necesidades específicas del paciente, siempre y cuando se completen todas las partes de la entrevista.

REGISTRO

Las respuestas del paciente durante la entrevista deben ser registradas en los espacios del Formulario de Registro marcados como "Respuesta". La puntuación en la "Comprensión", "Apreciación", "Razonamiento" y "Elección" se hará posteriormente según las notas del clínico en estos espacios. El Formulario de Registro proporciona pequeños apuntes al clínico que están relacionados con la más amplia descripción de la entrevista en las siguientes páginas.

INTRODUCCIÓN

Describa al paciente el propósito de la actual entrevista, enmarcándola como si fuera una consulta médica. Es conveniente indicar que usted describirá lo que cree que es el problema médico del paciente y las posibles opciones de tratamiento, y que desea discutir con el paciente la comprensión de esta información. Alentará al paciente a hacer preguntas conforme avance la entrevista.

1. Describir: Utilizando la información preparada en la hoja 1 del Formulario de Registro, describa al paciente el trastorno que padece y sus características. Indague si existen preguntas y, si las hay, respóndalas.
2. Preguntar: Diga al paciente que desea asegurarse de que haya comprendido lo que usted ha descrito. Pídale que describa lo que ha comprendido de la información: cómo se llama el trastorno, qué es lo que está mal, qué sucedería si no se trata, etc. Escriba las respuestas en el espacio asignado en la página 1 del Formulario de Registro.
3. Sondear: Cuando la descripción del paciente omita información de algún elemento importante, indague puntualmente acerca de lo que recuerda y comprende de aquello que omitió. Por ejemplo, si el paciente no describe el probable curso del trastorno si no se trata, puede decir “Dígame qué sucedería si no tratáramos el problema, si solamente lo dejáramos pasar”. Escriba las respuestas en el Formulario de Registro.

4. Reescribir y Repreguntar: Para cualquiera de los elementos importantes que el paciente no ha descrito en “Preguntar” y “Sondear” o ha descrito de manera incorrecta, explíquelo nuevamente aquellos elementos que omitió o describió de manera incorrecta y pregúntele acerca de la comprensión de la información. Escriba las respuestas en el Formulario de Registro.

NOTA: Durante el interrogatorio, algunos pacientes pueden no describir el trastorno, sino dar sus opiniones acerca de la información que se les ha revelado (por ejemplo: “¿Por qué dice usted que yo padezco de angina? Estoy seguro de que solo es acidez”). En tales casos, el médico puede adelantarse a explorar la apreciación del paciente (descrita en la sección siguiente). Sin embargo, es muy importante retornar eventualmente a la sección de “Comprensión del Trastorno”, con la intención de asegurarse de que el paciente comprende la descripción, a pesar de pensar que probablemente esto no es aplicable a su situación. Las opiniones de los pacientes, en contraste con la comprensión de lo que se les ha explicado, son el objetivo de la siguiente sección de la entrevista.

APRECIACIÓN DEL TRASTORNO

El propósito de esta sección es el de determinar a) si el paciente reconoce que padece el trastorno y sus síntomas como fueron explicados previamente, y si no, b) el paciente da una explicación alternativa y sus razones por las cuales no cree que las descripciones previas se

aplican a su situación. Para obtener esta información, el clínico puede utilizar el abordaje de interrogatorio que mejor le parezca. Las siguientes son directrices generales:

1. Preguntar: Por ejemplo: “Esto es lo que sus médicos (“nosotros” si es apropiado) piensan que es el problema en su caso. Si usted tiene alguna razón para dudar de esto, me gustaría que me lo dijera. ¿Qué piensa?” Escriba las respuestas en la página 2 del Formulario de Registro.

2. Sondar: Si el paciente está en desacuerdo con el diagnóstico o con las características del trastorno al ser aplicados a sí mismo, el clínico debe determinar a través de la discusión la base de este desacuerdo. El planteamiento del paciente puede ser cuestionado por el médico con el objetivo de determinar si es fácilmente modificable o se mantiene de manera rígida. Escriba las respuestas en el Formulario de Registro

Al explorar las opiniones del paciente, ponga particular atención al hecho de que:

- Tanto el conocimiento o desconocimiento del trastorno puede ocurrir en el contexto de ideas ilógicas, bizarras o delirantes.
- La duda del paciente acerca de que la descripción del trastorno se aplica a sí mismo puede basarse en experiencias que lógicamente llevan a tal conclusión (ejemplo: pacientes que han recibido diferentes diagnósticos para los mismos síntomas en anteriores consultas médicas)

- El desconocimiento puede basarse en creencias que se mantienen en ciertos grupos religiosos o culturales con los cuales el paciente pudiera estar asociado, y en ese contexto, la creencia puede no ser ilógica, bizarra o delirante.

COMPRENSIÓN DEL TRATAMIENTO

Esta sección procede de la misma manera que la descrita previamente para Comprensión del Trastorno: Describir, Preguntar, Sondar y si es necesario, Reescribir y Repreguntar. Escriba las respuestas en la página 2 del Formulario de Registro

COMPRENSIÓN DE BENEFICIOS/RIESGOS

Esta sección procede de la misma manera que la descrita previamente para Comprensión del Trastorno: Describir, Preguntar, Sondar y si es necesario, Reescribir y Repreguntar. Escriba las respuestas en la página 3 del Formulario de Registro.

APRECIACIÓN DEL TRATAMIENTO

El objetivo de esta sección es determinar a) si el paciente reconoce que el tratamiento propuesto puede ser de algún beneficio, y si no, b) las explicaciones y razones del paciente para no creer que el tratamiento tenga beneficio en su situación.

No es el propósito de este apartado el determinar si el paciente está aceptando el tratamiento. Tampoco es importante si el paciente habla favorablemente acerca de éste. El propósito es determinar si el paciente no está dispuesto siquiera a considerar (reconocer la posibilidad de) el tratamiento debido a presentar un estado confusional, delirante o afectivo relacionado con trastorno mental.

Para obtener esta información, el clínico puede utilizar el abordaje de interrogatorio que mejor le parezca. No obstante, en este punto, se debe tener particular cuidado de no enfocar las preguntas respecto a si el paciente está aceptando o rechazando el tratamiento. Las siguientes son directrices generales

1. Preguntar: “A continuación le diré un poco más acerca de sus opciones de tratamiento, pero antes quisiera saber cómo se siente acerca de la que acabamos de comentar. Usted puede o no estar de acuerdo con este tratamiento –hablaremos más tarde respecto a esto–. ¿Pero, usted cree que es posible que este tratamiento podría serle de algún beneficio?”

2. Sondear: Ya sea que el paciente crea o no que el tratamiento podría ser de algún beneficio, determine a través de la discusión la base de esta creencia. Anote las respuestas del paciente en la página 4 del Formulario de Registro. La base de esta creencia puede ponerse en duda por parte del clínico, con la intención de determinar si es fácilmente modificable o se mantiene rígidamente. Por ejemplo: “Así que usted siente que es (o no es) posible que este tratamiento sea de alguna ayuda para su padecimiento. ¿Puede explicarme esto? ¿Qué le hace pensar que el tratamiento puede (o no) ser beneficioso para usted?”

Al explorar las opiniones del paciente, ponga particular atención al hecho de que:

- Tanto el reconocimiento como el no-reconocimiento del valor potencial de un tratamiento puede ocurrir en el contexto de ideas ilógicas, bizarras o delirantes
- El no-reconocimiento del valor potencial de un tratamiento puede estar basado en experiencias anteriores que de manera lógica guían a la presunción de que el tratamiento sería de poco beneficio (por ejemplo: el paciente ha recibido este tratamiento en el pasado sin beneficio significativo)
- El no-reconocimiento puede basarse en creencias comúnmente mantenidas en ciertos grupos religiosos o culturales con los que el paciente se asocia, y en este contexto pueden no ser ilógicas, bizarras o delirantes.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Como se mencionó anteriormente, este paso no es esencial para realizar una evaluación de las habilidades de decisión del paciente; el rendimiento del paciente al responder las preguntas acerca del tratamiento recomendado en el cual se centra la descripción, puede ser representativa del funcionamiento del paciente en las situaciones de decisión de tratamiento en general. Este paso puede ser útil, sin embargo, en casos en los cuales es deseable la documentación de la comprensión del paciente de todas las opciones, por ejemplo, en casos complejos que puedan requerir revisión judicial.

Si se describen al paciente tratamientos alternativos, repita los procedimientos para Comprensión del Tratamiento y Comprensión de Riesgos/Beneficios para cada alternativa. Las respuestas se deben registrar en los espacios de los Formularios de Registro adicionales (Véase el Formulario de Tratamiento Alternativo), de la misma manera que en la de Tratamiento Recomendado.

PRIMERA ELECCIÓN Y RAZONAMIENTO

La sección de “Primera Elección y Razonamiento” de la entrevista MacCAT-T, implica una conversación entre el médico y el paciente, que explora la elección de tratamiento por parte del paciente y cómo llega a tomar esta decisión. La siguiente secuencia de preguntas es recomendable:

1. Elección:” Ahora revisemos las opciones que usted tiene. Primera...; segunda...; etc. (nombre cada opción de tratamiento revisada anteriormente en la explicación, incluyendo la opción de no-tratamiento). ¿Cuál de estas le parece mejor para usted? ¿Cuál piensa que es su preferida? Registre la respuesta del paciente en el espacio marcado como “Elección” en la página 4 del Formulario de Registro. Si el paciente expresa más de una opción entre las cuales es renuente a escoger, escriba cada una de ellas.
2. Preguntar: “Usted piensa que (la opción elegida por el paciente) puede ser la mejor. Dígame qué es lo que hace que parezca mejor que las otras”. Escriba la respuesta del paciente en el espacio de “Razonamiento” al final de la página 4 del Formulario de Registro.

3. Sondear: Repita el razonamiento de nuevo al paciente en sus propias palabras. Después, inicie una breve discusión sobre la explicación del paciente, realizándole preguntas que le ayuden a comprender y describir su razonamiento. Escriba las respuestas de la manera apropiada en el Formulario de Registro.

GENERACIÓN DE CONSECUENCIAS

El propósito de esta discusión es determinar si el paciente es capaz de traducir las circunstancias médicas del trastorno y su tratamiento (por ejemplo: síntomas, beneficios y riesgos del tratamiento) a las consecuencias prácticas del día a día (por ejemplo: efecto en el trabajo o el entretenimiento, efecto en las relaciones interpersonales). Se recomienda el siguiente procedimiento:

Preguntar-1:” Le mencioné los posibles beneficios, riesgos o molestias de (nombre el tratamiento preferido por el paciente). ¿Cuáles son los aspectos en los que la elección de este tratamiento podría influir en sus actividades diarias en la casa o en el trabajo?”. Anote las respuestas en Consecuencia-1 en la página 5 del Formulario de Registro.

Preguntar-2: “Ahora consideremos (nombre cualquier tratamiento o la opción de no-tratamiento). ¿Cuáles son los aspectos en los que la elección de esa opción podría influir en sus actividades diarias en la casa o el trabajo?”. Anote las respuestas en Consecuencia-2 en la página 5 del Formulario de Registro.

ELECCIÓN FINAL

1. Preguntar: “Cuando comenzamos esta conversación, usted prefirió (inserte la “–Primera Elección–” del interrogatorio previo o anote que el paciente parece tener dificultad en decidir). ¿Qué piensa ahora que hemos discutido todo? ¿Qué es lo que desea usted hacer?”. Escriba la respuesta en el espacio de “Elección” en la página 5 del Formulario de registro.

2. Sondear: Debe considerar si la elección final sigue una línea lógica del razonamiento previo y de las consecuencias generadas previas. Si es así, sondear no es necesario. Si no lo es, discuta las inconsistencias con el paciente y describa el proceso en el espacio de “Consistencia Lógica de la Elección” en la página 5 del Formulario de Registro.

III. Puntuación

El Formulario de Registro de la MacCAT-T proporciona el contenido para puntuar las respuestas del paciente. Las directrices para el proceso de puntuación se proporcionan posteriormente, así como las formas de combinar las puntuaciones para llegar a un promedio para varias secciones de la MacCAT-T (“Comprensión”, “Apreciación”, “Razonamiento”). Anote el resumen de las puntuaciones en la página 6 del Formulario de Registro de la MacCAT-T.

Tabla 6. Calificación e Interpretación				
	Puntuación 2	Puntuación 1	Puntuación 0	Puntuación total
COMPRESIÓN	El paciente recuerda el contenido del ítem y presenta una versión clara de este Para el ítem Beneficio/Riesgo, el paciente debe dar una indicación bastante exacta de las probabilidades de que el beneficio/riesgo	El paciente muestra algún recuerdo del contenido del ítem, pero lo describe de una manera que hace incierta la comprensión. tiene respuestas que podrían indicar comprensión, pero son demasiado amplias o vagas para estar seguro	El paciente (a) no recuerda el contenido del ítem; (b) lo describe de una forma claramente inexacta, o (c) lo describe de manera que distorsiona gravemente su significado, incluso después de que el clínico ha hecho esfuerzos para obtener aclaraciones del paciente.	Para cada una de las tres secciones de Comprensión (Diagnóstico, Tratamiento, Beneficio/Riesgo): • Sumar los puntos para cada ítem • Dividir la suma por el número de ítems Esto produce la puntuación de subescala entre 2,0 y 0,0 Cuando la puntuación de la subescala para cada una de las tres secciones de "Comprensión" ha sido obtenida, es necesaria sumárlas para dar una Puntuación Total de Comprensión entre 6,0 y 0,0.
APRECIACIÓN	El paciente está de acuerdo con que presenta el diagnóstico descrito por el médico y todos o la mayoría de sus síntomas El paciente no está de acuerdo con esto, pero ofrece razones que no son delirantes y tiene alguna explicación razonable	El paciente reconoce que presenta el diagnóstico y alguno de los síntomas, pero no reconoce otros síntomas que son esenciales para comprender el diagnóstico o el tratamiento. El paciente está en desacuerdo o es ambivalente respecto a la existencia del diagnóstico o los síntomas	El paciente claramente está en desacuerdo con los síntomas o el diagnóstico, pero no ofrece una explicación comprensible	
Apreciación del Tratamiento	El paciente reconoce que el tratamiento tiene algún beneficio potencial	El paciente cree o no cree que el tratamiento produce algún beneficio potencial, pero sus razones son vagas El paciente es ambivalente	El paciente no cree que el tratamiento tenga ningún beneficio, y sus razones son delirantes o tiene una seria distorsión	Sumar las puntuaciones de las dos secciones de "Apreciación" para obtener la Puntuación Global de Apreciación, la cual debe estar entre 4,0 y 0,0.
RAZONAMIENTO	El paciente menciona al menos dos consecuencias específicas cuando explica su elección. Las consecuencias deben estar relacionadas con una o más de una de las opciones de tratamiento	El paciente menciona solo una consecuencia específica cuando explica su elección.	El paciente no menciona ninguna consecuencia específica cuando explica su elección	
Razonamiento Comparativo	El paciente ofrece al menos una forma de comparación de al menos dos opciones de tratamiento, y esta comparación incluye al menos una diferencia específica.	El paciente realiza alguna comparación, pero no incluye una consecuencia específica	El paciente no refiere ninguna comparación	
Consecuencias Generadas	El paciente da al menos dos consecuencias cotidianas razonables	El paciente da una o más consecuencias cotidianas razonables para una de las preguntas, pero ninguna para las otras	El paciente no menciona consecuencias cotidianas razonables, incluso con un estímulo adecuado.	
Consistencia Lógica	La elección final del paciente es lógica en relación con su razonamiento previo.	No queda claro si la elección final del paciente es lógica en relación con su razonamiento previo.	La elección final del paciente claramente no es lógica en relación con su razonamiento previo.	Sumar las puntuaciones de las cuatro secciones de "Razonamiento" para obtener la Puntuación Global de Razonamiento, que estará entre 8,0 y 0,0
EXPRESANDO UNA ELECCION	El paciente elige una opción, o indica su deseo al profesional u otra persona responsable (por ejemplo: familiares) de hacer una elección.	El paciente elige dos o tres opciones, parece ambivalente.	El paciente no establece una elección.	

IV. Interpretación

Como se ha comentado en este manual, la entrevista MacCAT-T debe utilizarse en un contexto en el que se tenga un amplio conocimiento de la información clínica relacionada con cada caso, tal y como se explica en el libro "Assessing competence to consent to treatment". (Grisso y Appelbaum, 1998). En este libro también se describe en detalle el proceso de interpretación, y sus limitaciones, para evaluar la capacidad a partir de los resultados obtenidos con la MacCAT-T.

Es importante señalar que la entrevista MacCAT-T no proporciona puntos de corte que se correspondan directamente con la determinación de capacidad o incapacidad para tomar decisiones. Los pacientes que hayan obtenido una calificación en la “media” o por encima de ella en las cuatro dimensiones de la MacCAT-T es muy probable que tengan suficientes habilidades para decidir, lo que justifique la valoración como capaces para tomar la mayoría de decisiones sobre tratamientos. En contraste, aunque la obtención de puntuaciones bajas en las habilidades de la MacCAT-T de los pacientes sugiera la valoración como no capaces para tomar decisiones sobre tratamientos, las puntuaciones solas por sí mismas casi nunca constituyen la base para hacer el juicio definitivo sobre capacidad. Considerados por sí mismos en exclusiva, los resultados obtenidos en la entrevista MacCAT-T deben interpretarse, tal y como se ha indicado, no más allá de la respuesta del paciente a la entrevista MacCAT-T. Estos resultados deben interpretarse clínicamente para dotar de significado esa respuesta a la entrevista MacCAT-T. Se requerirá de la valoración clínica resultado de la evaluación diagnóstica, de la exploración psicopatológica y de los antecedentes psiquiátricos y psicosociales, así como de cuestiones relacionadas con la decisión a la que el paciente se enfrenta.

Por tanto, las puntuaciones de la MacCAT-T, resultan útiles cuando se combinan con el proceso clínico para conocer por qué el paciente presenta dificultades en las habilidades para tomar decisiones evaluadas con la MacCAT-T: por ejemplo, en qué medida la respuesta obtenida es la mejor que el paciente puede dar en ese momento, hasta qué punto las dificultades que se dieron en las habilidades evaluadas por la MacCAT-T están relacionadas (o causadas) por el trastorno mental del paciente. Además, la interpretación clínica resulta necesaria para conocer

en qué medida –y cómo– las dificultades en la respuesta y habilidades de la MacCAT-T pueden ser subsanadas (Alvarez Marrodan, 2014).

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

(Ramirez Zamora , 2012) (Simón-Lorda, 2008)

MACCAT-T FORMULARIO DE REGISTRO

Paciente: _____ Médico: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Unidad: _____

COMPRESIÓN DEL TRASTORNO

Preguntar: "Por favor, explíqueme en sus propias palabras qué es lo que yo le he dicho acerca de su estado de salud"

Sondear (si es necesario): Re-explicar o Re-interrogar (si es necesario)

Información del médico (Descripción) **Respuesta del paciente**

# 1 Diagnóstico	Puntuación:
# 2 Característica del Trastorno	Puntuación:
# 3 Característica del Trastorno	Puntuación:
# 4 Característica del trastorno	Puntuación:
# 5 Curso del Trastorno	Puntuación:

Puntuación total Comprensión del Trastorno: _____

Otro	
------	--

APRECIACIÓN DEL TRASTORNO

Preguntar: "Ahora, esto es lo que nosotros pensamos acerca de su problema de salud. Si usted tiene alguna razón para dudar de esto, me gustaría que me lo dijera. ¿Qué piensa usted?"

___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Ambivalente

Sondear: Si el paciente está en desacuerdo o es ambivalente, describir el desacuerdo y la explicación del paciente.

Explicación
Apreciación del trastorno:

COMPRENSIÓN DEL TRATAMIENTO

Preguntar: "Por favor, dígame en sus propias palabras qué es lo que yo le dije sobre este tratamiento".

Sondear (si es necesario): Re-explicar o Re-interrogar (si es necesario).

Información del médico (Descripción) **Respuesta del paciente**

# 1 Nombre del Tratamiento	Puntuación:
# 2 Característica del Tratamiento	Puntuación:
# 3 Característica del Tratamiento	Puntuación:
# 4 Característica del Tratamiento	Puntuación:

Puntuación total Comprensión del Tratamiento:

Otro	
------	--

COMPRESIÓN DEL BENEFICIO/RIESGO

Preguntar: "Ahora, por favor, dígame en sus propias palabras que es lo que yo le dije acerca de los beneficios y riesgos de este tratamiento".

Sondear (si es necesario): Re-explicar o Re-interrogar (si es necesario).

Información del médico (Descripción)	Respuesta del paciente
# 1 Beneficio	Puntuación:
# 2 Beneficio	Puntuación:
# 3 Riesgo	Puntuación:
# 4 Riesgo	Puntuación:

Puntuación total Comprensión del Beneficio/Riesgo: _____

Otro	
------	--

APRECIACIÓN DEL TRATAMIENTO

Preguntar: "Usted puede o no decidir, que este es el tratamiento que usted desea – de eso hablaremos más tarde. Pero, ¿piensa que es posible que este tratamiento pueda ser de algún beneficio para usted?"

De acuerdo En desacuerdo Ambivalente

Sondear: "Usted siente que es/no es posible que este tratamiento sea de alguna ayuda para su situación. ¿Puede usted explicármelo? ¿Qué le hace pensar que este tratamiento podría/ no podría ser de beneficio para usted?"

Apreciación del Tratamiento:

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Véase el Formulario de Tratamientos Alternativos, uno para cada tratamiento alternativo.

PRIMERA ELECCIÓN Y RAZONAMIENTO

Elección: "Ahora permítame revisar las opciones que usted tiene. Primera..segunda.. y sucesivas (nombre cada opción de tratamiento revisado previamente, incluyendo la opción de no-tratamiento). ¿Cuál de estas opciones es la mejor para usted? ¿Cuál piensa usted que es probablemente la que más desea?"

Elección: _____

Preguntar: "Usted piensa que (elección del paciente) puede ser la mejor. ¿Dígame por qué le parece mejor que las otras?"

Sondear: Discutir la explicación para explorar el proceso de razonamiento.

Explicación

Consecuencias:

Comparaciones:

CONSECUENCIAS GENERADAS

Preguntar 1: "Yo le hablé de algunos posibles beneficios y riesgos o molestias de (nombre de la opción de tratamiento elegido por el paciente) ¿De qué manera esto podría afectar sus actividades cotidianas en su casa o en su trabajo?"

Consecuencias-1
Consecuencias 1:

Preguntar 2: "Ahora considere (nombre de cualquier otro opción de tratamiento o de la opción de no-tratamiento). ¿De qué manera esta elección podría afectar sus actividades cotidianas en su casa o en su trabajo?"

Consecuencias-2
Consecuencias 2:

Total de Consecuencias Generadas: _____

ELECCIÓN FINAL

Preguntar 1: "Cuando iniciamos la discusión usted prefirió (anote la primera elección desde el comienzo del interrogatorio o anote si el paciente tuvo dificultades en decidir). ¿Qué piensa ahora que hemos discutido todo? ¿qué quiere hacer?"

Elección
Expresión de una elección:

CONSISTENCIA LÓGICA DE LA ELECCIÓN

Explicación del examinador
Consistencia Lógica:

PUNTUACIÓN TOTAL MACCAT-T

Suma de puntuaciones / Número de ítems Puntuación subtotal

COMPRENSIÓN

Trastorno _____ / _____ = _____
Tratamiento _____ / _____ = _____
Beneficios/Riesgos _____ / _____ = _____

PUNTUACIÓN TOTAL DE COMPRENSIÓN (0-6) _____

APRECIACIÓN

Trastorno _____
Tratamiento _____

PUNTUACIÓN TOTAL DE APRECIACIÓN (0-4) _____

RAZONAMIENTO

Consecuencial _____
Comparativo _____
Consecuencias Generadas _____
Consistencia Lógica _____

PUNTUACIÓN TOTAL DE RAZONAMIENTO (0-8) _____

PUNTUACIÓN TOTAL DE EXPRESIÓN DE UNA ELECCIÓN (0-2) _____

OPCIONAL: Puntuación total para Comprensión de cada tratamiento alternativo

Alternativa 1:

Alternativa 2:

Alternativa 3:

Alternativa 4:

FORMULARIO DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Para registro de la Comprensión de un tratamiento alternativo.

Paciente: _____

COMPRESIÓN DEL TRATAMIENTO

Preguntar: "Por favor, dígame en sus propias palabras qué es lo que yo le dije acerca de este tratamiento".

Sondear (si es necesario): Re-explicar o Re-interrogar (si es necesario).

Información del médico (Descripción) **Respuesta del paciente**

# 1 Nombre del Tratamiento	Puntuación:
# 2 Característica del Tratamiento	Puntuación:
# 3 Característica del Tratamiento	Puntuación:
# 4 Característica del Tratamiento	Puntuación:

Puntuación Total Comprensión del Tratamiento: _____

Otro	
------	--

COMPRESIÓN DEL BENEFICIO/RIESGO

Preguntar: "Ahora, por favor, dígame en sus propias palabras qué es lo que yo le dije acerca de los beneficios y riesgos de este tratamiento"

Sondear (si es necesario): Re-explicar o Re-interrogar (si es necesario)

Información del médico (Descripción)	Respuesta del paciente
# 1 Beneficio	Puntuación:
# 2 Beneficio	Puntuación:
# 3 Riesgo	Puntuación:
# 4 Riesgo	Puntuación:
Puntuación Total Comprensión del Beneficio/Riesgo: _____	
Otro	

Ciudad de México a 16 de diciembre de 2021

DRA. LORENA LÓPEZ PÉREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que acepto fungir como Asesor metodológico de Tesis de Ricardo Aranda Rodríguez, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

A T E N T A M E N T E

Dr. Héctor Cabello Rangel
Jefe de Investigación del Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Álvarez"

Ciudad de México a 16 de diciembre de 2021

DRA. LORENA LÓPEZ PÉREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que acepto fungir como Asesor teórico de Tesis de Ricardo Aranda Rodríguez, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

A T E N T A M E N T E

Dr. Fernando López Munguía
Jefe del servicio de Psiquiatría Legal
y Forense del Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Álvarez"

**Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente:
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN**

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México a _____ de _____ del 2022.

Protocolo:

Registrado ante el Comité de Investigación con número: 931

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: 931

Nombre del investigador principal: Dr. Ricardo Aranda Rodríguez

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan, teléfono conmutador 5573-1889 o 5655-4405

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de EVALUACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDIANTE LA ESCALA MACARTHUR COMPETENCY ASSESSMENT TOOL (MACCAT-T) EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDIANTE LA ESCALA MACARTHUR COMPETENCY ASSESSMENT TOOL (MACCAT-T) EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo

Testigo

Carta de autorización al Jefe del Servicio

Ciudad de México a 23 de marzo del 2022.

Dr. (a) **Ana Lizeth Peraza Noriega**
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDIANTE LA ESCALA MACARTHUR COMPETENCY ASSESSMENT TOOL (MACCAT-T) EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

Durante un período de **marzo-mayo** a partir de **24 de marzo 2022**. El cual se evaluará con entrevista a usuarios hospitalizados.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

A t e n t a m e n t e

Dr. Ricardo Aranda Rodríguez

Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°,2°,7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo RICARDO Aranda Rodríguez como personal adscrito a la Residencia en Psiquiatría y con número de empleado 4052 declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado , me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional , para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que, al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo, protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA: 23 FEBRERO 2022

NOMBRE Y FIRMA: RICARDO ARANDO RODRÍGUEZ