



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Simón-Lorda, Pablo

La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVIII, núm. 102, 2008, pp. 327-350

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019651006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

RESUMEN: La
constituye un re
relación clínica b
miento informado
PALABRAS CL
sentimiento inform

Puede de
todavía no res
pesar de que e
ta años, desde
en la práctica

Como es
relación clínica
cológica y mo
te, basado has
(2). El ejercic
cumplan al m
coacciones ex
tomar, es deci
tivas posibles
gicas –cogniti
tionar adecuad

En nuest
relación, irá su
de evaluar es
quiatras y psi
profesionales
al respecto. C
paciente siem
ninguno de lo
podrá ser nun
las dudas y ap
posibilidad de
que deban bu

y específicas posible. El objetivo de este trabajo es precisamente exponer el estado de la cuestión en esta materia.

1. *La cuestión terminológica y conceptual: capacidad, competencia, «capacity», «competency»*

Una primera dificultad es que tanto los textos jurídicos de nuestro país, como la literatura extranjera –norteamericana habitualmente, esto es, estadounidense y canadiense– suelen ser poco claros con los términos y conceptos. Si se lee literatura norteamericana sobre este tema se encontrará con frecuencia con que se usan dos términos distintos: «competency» y «capacity». «Competency» es un término jurídico, y significa el reconocimiento legal de las aptitudes psicológicas para tomar determinadas decisiones. El término equivalente en nuestro Derecho sería «capacidad de derecho» o «legal». En cambio «capacity» es un término psicológico y clínico. Define las aptitudes psicológicas necesarias para tomar, aquí y ahora, una determinada decisión. Es la que evalúan los médicos, psiquiatras y psicólogos; también los notarios. El término equivalente en nuestro país sería «capacidad de hecho» o «natural», y que con frecuencia, sobre todo en ambientes bioéticos, se ha denominado «competencia». Es importante señalar, por tanto, que la traducción correcta debería ser «cruzada»: «competency» debería traducirse por «capacidad», y «capacity» por «competencia».

En cualquier caso, lo que sucede es que luego en la literatura anglosajona con mucha frecuencia ambos términos se usan indistintamente. Y por lo que respecta a nuestro país, y a pesar de que la ley catalana que regula el consentimiento informado en dicha Comunidad Autónoma (Ley 21/2000) lo utiliza, parece razonable tratar de huir del término «competencia». El motivo es que en nuestro ordenamiento jurídico este término tiene connotaciones que se ajustan mal al contexto de la toma de decisiones por los pacientes. Deberíamos tratar de generalizar el uso del término «capacidad», referido a la «capacidad de obrar», esto es, la que se refiere a las condiciones que permiten a las personas ejercer efectivamente sus derechos y cumplir sus obligaciones. Éstas, como ya hemos visto, son de dos tipos o formas «capacidad (de obrar) legal o de derecho» y «capacidad (de obrar) natural o de hecho». O en su traducción al inglés, «competency» y «capacity» respectivamente.

En realidad ambas están estrechamente relacionadas. Son como las dos caras de una misma moneda. 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 s
su propia pers
de hecho tiene
derecho o leg
esto tiene auto
le retiramos la
derechos y ob
haga en su lug

La relaci
importante es

CAPAZ D

(COMP)

CAPAZ DE

Incap

de H

trans

Incap

de d

trans

INC

(INCOM)

y específicas posible. El objetivo de este trabajo es precisamente exponer el estado de la cuestión en esta materia.

1. *La cuestión terminológica y conceptual: capacidad, competencia, «capacity», «competency»*

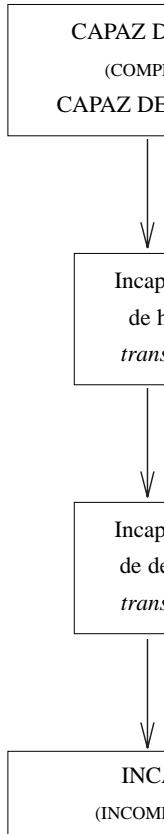
Una primera dificultad es que tanto los textos jurídicos de nuestro país, como la literatura extranjera –norteamericana habitualmente, esto es, estadounidense y canadiense– suelen ser poco claros con los términos y conceptos. Si se lee literatura norteamericana sobre este tema se encontrará con frecuencia con que se usan dos términos distintos: «competency» y «capacity». «Competency» es un término jurídico, y significa el reconocimiento legal de las aptitudes psicológicas para tomar determinadas decisiones. El término equivalente en nuestro Derecho sería «capacidad de derecho» o «legal». En cambio «capacity» es un término psicológico y clínico. Define las aptitudes psicológicas necesarias para tomar, aquí y ahora, una determinada decisión. Es la que evalúan los médicos, psiquiatras y psicólogos; también los notarios. El término equivalente en nuestro país sería «capacidad de hecho» o «natural», y que con frecuencia, sobre todo en ambientes bioéticos, se ha denominado «competencia». Es importante señalar, por tanto, que la traducción correcta debería ser «cruzada»: «competency» debería traducirse por «capacidad», y «capacity» por «competencia».

En cualquier caso, lo que sucede es que luego en la literatura anglosajona con mucha frecuencia ambos términos se usan indistintamente. Y por lo que respecta a nuestro país, y a pesar de que la ley catalana que regula el consentimiento informado en dicha Comunidad Autónoma (Ley 21/2000) lo utiliza, parece razonable tratar de huir del término «competencia». El motivo es que en nuestro ordenamiento jurídico este término tiene connotaciones que se ajustan mal al contexto de la toma de decisiones por los pacientes. Deberíamos tratar de generalizar el uso del término «capacidad», referido a la «capacidad de obrar», esto es, la que se refiere a las condiciones que permiten a las personas ejercer efectivamente sus derechos y cumplir sus obligaciones. Éstas, como ya hemos visto, son de dos tipos o formas «capacidad (de obrar) legal o de derecho» y «capacidad (de obrar) natural o de hecho». O en su traducción al inglés, «competency» y «capacity» respectivamente.

En realidad ambas están estrechamente relacionadas. Son como las dos caras de una misma moneda. 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 s
su propia pers
de hecho tiene
derecho o leg
esto tiene auto
le retiramos la
derechos y ob
haga en su lug

La relaci
importante es



o permanente. En el contexto clínico más habitual lo más frecuente es que hablamos de situaciones potencialmente transitorias. Pero obviamente en determinados campos clínicos, como la psiquiatría o la geriatría, la incapacidad puede devenir permanente.

Para diferenciar mejor a efectos prácticos ambas situaciones, tiende a recurrirse a los términos en negativo. Así, se habla de: «Incapaz», el que no tiene aquí y ahora capacidad de hecho o natural, y como consecuencia de ello pierde transitoriamente su capacidad de derecho. Por ejemplo, un paciente en delirium tremens, en encefalopatía hipercápnica severa o, simplemente, dormido con anestesia general. «Incapacitado», el que no tiene de forma permanente capacidad de derecho o legal, porque un juez ha emitido una sentencia de incapacitación que así lo establece, por padecer una alteración mental que disminuye su juicio, su capacidad de hecho, de forma habitual y no meramente circunstancial. Por ejemplo, un paciente en estado vegetativo permanente, un psicótico con gran deterioro o una demencia avanzada.

La Ley 41/2002 recoge esta distinción en el apartado 3 de su artículo 9. Lo que dice el artículo es que el consentimiento informado debe ser un «consentimiento por representación» en tres supuestos: paciente «incapaz», paciente «incompetente» y paciente «menor». Este apartado, por tanto, añade a los de «incapaz» e «incompetente», otros dos conceptos que también hay que conocer y manejar. Uno es el de «consentimiento por representación» que es el tipo de consentimiento que debe emitirse cuando alguien no está en condiciones de emitirlo por él mismo, es decir, no tiene, dicho de forma general «capacidad». En tales casos, no es que el clínico pueda actuar sin dar información o pedir el consentimiento, lo que pasa es que, además de contar en lo posible con el paciente, hay otra persona implicada en la toma de decisiones: el representante. Esto es importante señalarlo porque, con frecuencia, los clínicos tienden a pensar que, cuando un paciente es incapaz, entonces son ellos los que deben retomar el control de la situación y decidir unilateralmente.

El otro concepto importante es el de «menor». La cuestión del consentimiento informado en el caso de los menores es quizás una de las cuestiones más complejas y debatidas en la actualidad, y también una de las que más angustian a los clínicos (3). En este trabajo no abordaremos la cuestión del menor de forma explícita.

Una cosa importante a tener en cuenta es que la capacidad (natural) de los pacientes –al menos de los mayores de edad– debe presumirse siempre, salvo que exista, lógicamente una sentencia de incapacitación. Por eso, de un paciente siempre hay que demostrar la incapacidad, no la capacidad, que se le presume siempre. En caso de duda, la presunción de capacidad debe prevalecer.

2. ¿Quién p

Los méde desde siempre siones jurídicas, derechos del Ley 41/2002, tenido explícitamente civil desde ha

Es impo «médicos», y cólogos clínicos, paciente» o doble incapacidad especialista, n delegarla en « función peric

3. ¿Cuándo

El hech dad de un pac ca necesaria de responsabi ciones en las de que su pac estado mental o a alteracio metabólicos, cado en su ca en ideas y pr facilidad que sos, aparente trastorno neu producirle es

4. ¿Cómo se

Cuando paciente, inst respecto. La

o permanente. En el contexto clínico más habitual lo más frecuente es que hablamos de situaciones potencialmente transitorias. Pero obviamente en determinados campos clínicos, como la psiquiatría o la geriatría, la incapacidad puede devenir permanente.

Para diferenciar mejor a efectos prácticos ambas situaciones, tiende a recurrirse a los términos en negativo. Así, se habla de: «Incapaz», el que no tiene aquí y ahora capacidad de hecho o natural, y como consecuencia de ello pierde transitoriamente su capacidad de derecho. Por ejemplo, un paciente en delirium tremens, en encefalopatía hipercápnica severa o, simplemente, dormido con anestesia general. «Incapacitado», el que no tiene de forma permanente capacidad de derecho o legal, porque un juez ha emitido una sentencia de incapacitación que así lo establece, por padecer una alteración mental que disminuye su juicio, su capacidad de hecho, de forma habitual y no meramente circunstancial. Por ejemplo, un paciente en estado vegetativo permanente, un psicótico con gran deterioro o una demencia avanzada.

La Ley 41/2002 recoge esta distinción en el apartado 3 de su artículo 9. Lo que dice el artículo es que el consentimiento informado debe ser un «consentimiento por representación» en tres supuestos: paciente «incapaz», paciente «incompetente» y paciente «menor». Este apartado, por tanto, añade a los de «incapaz» e «incompetente», otros dos conceptos que también hay que conocer y manejar. Uno es el de «consentimiento por representación» que es el tipo de consentimiento que debe emitirse cuando alguien no está en condiciones de emitirlo por él mismo, es decir, no tiene, dicho de forma general «capacidad». En tales casos, no es que el clínico pueda actuar sin dar información o pedir el consentimiento, lo que pasa es que, además de contar en lo posible con el paciente, hay otra persona implicada en la toma de decisiones: el representante. Esto es importante señalarlo porque, con frecuencia, los clínicos tienden a pensar que, cuando un paciente es incapaz, entonces son ellos los que deben retomar el control de la situación y decidir unilateralmente.

El otro concepto importante es el de «menor». La cuestión del consentimiento informado en el caso de los menores es quizás una de las cuestiones más complejas y debatidas en la actualidad, y también una de las que más angustian a los clínicos (3). En este trabajo no abordaremos la cuestión del menor de forma explícita.

Una cosa importante a tener en cuenta es que la capacidad (natural) de los pacientes –al menos de los mayores de edad– debe presumirse siempre, salvo que exista, lógicamente una sentencia de incapacitación. Por eso, de un paciente siempre hay que demostrar la incapacidad, no la capacidad, que se le presume siempre. En caso de duda, la presunción de capacidad debe prevalecer.

2. ¿Quién p

Los mé desde siemp siones jurídicas del Ley 41/2002, tenido explícit civil desde ha

Es impo «médicos», y cólogos clínicos paciente» o doble incapaci especialista, n delegarla en « función peric

3. ¿Cuándo

El hech dad de un pac ca necesaria de responsabi ciones en las de que su pac estado mental o a alteracio metabólicos, cado en su ca en ideas y pr facilidad que sos, aparente trastorno neu producirle es

4. ¿Cómo se

Cuando paciente, inst respecto. La

lo sumo dice que un paciente es capaz para dar el consentimiento informado cuando tiene «entendimiento» y «voluntad» suficientes. Pero el ordenamiento no establece ningún criterio objetivo ni ninguna forma práctica de medición de tales cosas.

Cuando, por ejemplo, un juez quiere aclarar tales extremos en el caso de un sujeto, llama a expertos para que hagan un peritaje. Suelen ser médicos forenses, o psiquiatras forenses. Lo sorprendente es que estos especialistas tampoco tienen ningún procedimiento estandarizado para evaluar tales cosas, al menos uno que sea aplicable en un contexto clínico de toma de decisiones. Sus evaluaciones de la capacidad suelen ser el resultado de una combinación de herramientas diagnósticas –test, escalas, etc.–, habitualmente diseñadas para otras funciones, con una evaluación clínica subjetiva mediante exploración y entrevista. Por su parte, los notarios, que también pueden y deben, según el Código civil, hacer tales valoraciones, tampoco tienen procedimiento estandarizado alguno para ello.

Los clínicos españoles, que llevan décadas haciendo «evaluaciones» de facto de la capacidad de los pacientes, tampoco poseen herramientas desarrolladas específicamente para tal función. Lo hacen utilizando una mezcla de sentido común y experiencia profesional que, si bien sirve para salir indemne del trance, no puede sostenerse mucho tiempo más.

La única posibilidad es mirar lo que otros han hecho y plantearse la necesaria validación rigurosa, conceptual y transcultural, de las herramientas por ellos desarrolladas. Además lo ideal sería que, una vez validadas, fueran incorporadas a los programas informáticos de gestión de la historia clínica. Ello favorecería tanto su realización como su registro adecuado.

En Marzo de 1977, tres autores de la Universidad de Pittsburgh (Pensilvania-EE.UU.) y del «Western Psychiatric Institute and Clinic» de la misma ciudad, publicaron en el *American Journal of Psychiatry* el que puede considerarse el primer trabajo explícitamente dedicado al problema de la evaluación de la capacidad. En dicho trabajo revisaban los *tests* de capacidad que a su juicio se utilizaban en la práctica habitual, tanto del mundo judicial como del ámbito clínico –sobre todo psiquiátrico– (4). Lo que ellos llamaban «tests» no eran sino lo que hoy llamamos criterios para evaluar la capacidad, cuya determinación es una cuestión que todavía sigue abierta (TABLA 1).

1. El paciente

Este test plantea solo tiene en cuenta el propuesto. Ningún sentido

2. El paciente

Según este criterio, «responde a la pregunta» o «responde a la misma pregunta en la misma forma en la toma de decisiones en la forma en la que se plantea».

3. El paciente

Este test, a través de un razonamiento lógico, evalúa las decisiones que el paciente toma en la forma en la que se plantean.

4. El paciente

Según este criterio, el paciente responde de forma razonablemente «racional», para que se responda a la pregunta de la información en cada aspecto de la misma forma.

5. El paciente

Este es un criterio más posteriori y relevante y consiste en que el paciente responde de forma razonablemente «racional» a la pregunta de la información en la forma en la que se plantea la toma de decisiones.

lo sumo dice que un paciente es capaz para dar el consentimiento informado cuando tiene «entendimiento» y «voluntad» suficientes. Pero el ordenamiento no establece ningún criterio objetivo ni ninguna forma práctica de medición de tales cosas.

Cuando, por ejemplo, un juez quiere aclarar tales extremos en el caso de un sujeto, llama a expertos para que hagan un peritaje. Suelen ser médicos forenses, o psiquiatras forenses. Lo sorprendente es que estos especialistas tampoco tienen ningún procedimiento estandarizado para evaluar tales cosas, al menos uno que sea aplicable en un contexto clínico de toma de decisiones. Sus evaluaciones de la capacidad suelen ser el resultado de una combinación de herramientas diagnósticas –test, escalas, etc.–, habitualmente diseñadas para otras funciones, con una evaluación clínica subjetiva mediante exploración y entrevista. Por su parte, los notarios, que también pueden y deben, según el Código civil, hacer tales valoraciones, tampoco tienen procedimiento estandarizado alguno para ello.

Los clínicos españoles, que llevan décadas haciendo «evaluaciones» de facto de la capacidad de los pacientes, tampoco poseen herramientas desarrolladas específicamente para tal función. Lo hacen utilizando una mezcla de sentido común y experiencia profesional que, si bien sirve para salir indemne del trance, no puede sostenerse mucho tiempo más.

La única posibilidad es mirar lo que otros han hecho y plantearse la necesaria validación rigurosa, conceptual y transcultural, de las herramientas por ellos desarrolladas. Además lo ideal sería que, una vez validadas, fueran incorporadas a los programas informáticos de gestión de la historia clínica. Ello favorecería tanto su realización como su registro adecuado.

En Marzo de 1977, tres autores de la Universidad de Pittsburgh (Pensilvania-EE.UU.) y del «Western Psychiatric Institute and Clinic» de la misma ciudad, publicaron en el *American Journal of Psychiatry* el que puede considerarse el primer trabajo explícitamente dedicado al problema de la evaluación de la capacidad. En dicho trabajo revisaban los *tests* de capacidad que a su juicio se utilizaban en la práctica habitual, tanto del mundo judicial como del ámbito clínico –sobre todo psiquiátrico– (4). Lo que ellos llamaban «tests» no eran sino lo que hoy llamamos criterios para evaluar la capacidad, cuya determinación es una cuestión que todavía sigue abierta (TABLA 1).

1. El paciente

Este test plantea solo tiene en cuenta el propuesto. Ningún sentido

2. El paciente

Según este criterio, «responde a la pregunta» o «responde a la misma pregunta en la misma forma en la toma de decisiones en la forma en la que se plantea».

3. El paciente

Este test, a través de un razonamiento lógico, evalúa las decisiones que el paciente toma en la forma en la que se plantean.

4. El paciente

Según este criterio, el paciente responde de forma razonablemente «racional», para que se responda a la pregunta de la información en cada aspecto de la misma forma.

5. El paciente

Este es un criterio más posteriori y relevante y consiste en que el paciente responde de forma razonablemente «racional» a la pregunta de la información en la forma en la que se plantea la toma de decisiones.

Estos tests han sido muy conocidos y citados. Pero lo que quizás se ha señalado menos es que en ese trabajo ya se ponía sobre la mesa una cuestión que también ha seguido siendo motivo de debate hasta hoy. A saber, el papel que juega el tipo de decisión clínica en la evaluación de la capacidad y en el establecimiento de los estándares necesarios de cumplimiento de esos criterios. Así, Loren, Roth y Meisel señalaban que, desde su punto de vista, eran sobre todo dos los factores estrechamente relacionados con estas determinaciones: el balance riesgo / beneficio del tratamiento propuesto y el sentido de la decisión del paciente –es decir si se trata de «consentir» o de «rechazar» la medida–.

Para expresar esta interdependencia usaban una tabla de «2x2» (TABLA 2). Esta tabla trataba de expresar que, en las decisiones de *consentimiento*, el *test* de capacidad que tiende a utilizar el sanitario es tanto más flexible cuanto menor es el balance riesgo/beneficio. Por el contrario, en las decisiones de *rechazo* de estas medidas de bajo balance riesgo/beneficio, este *test* tiende a ser elevado. Y vice-versa. Obviamente aquí está la semilla de lo que luego conoceremos como Escala Móvil de Capacidad.

Tabla 2

BALANCE RIESGO/BENEFICIO

DECISIÓN	FAVORABLE	NO – FAVORABLE
CONSENTIMIENTO	Test de Capacidad BAJO	Test de Capacidad ALTO
RECHAZO	Test de Capacidad ALTO	Test de Capacidad BAJO

[Tomado de ROTH, L. H.; MEISEL, A.; LIDZ, C. W., «Tests of Competency to Consent to Treatment», *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134 (3), pp. 279-284.]

Así pues, este primer trabajo marcaba ya las tres cuestiones básicas en torno a las que ha girado toda la discusión posterior acerca de la evaluación de la capacidad: 1. La determinación de las áreas mentales que deberían evaluarse (criterios). 2. El grado de exigencia que deberían satisfacer dichos criterios (estándares) y, sobre todo, si dichos estándares varían o no en función de la complejidad de la decisión clínica que deba tomarse (Escala Móvil de capacidad). 3. El diseño y validación de protocolos o herramientas estandarizadas de evaluación que puedan aplicarse en la práctica.

4.1. Los crit

Como se la capacidad tráctil de la Psicología en la década de los 70, las voces de los norteamericanos

4.1.1. 1

En los años 60 y 70, otro centro, el «Crisis Clinic» de Pittsburgh, estudió el consentimiento informado. Se trataba del primer trabajo sobre los psiquiatríticos y el trabajo de tipo social (6). Este seguimiento y aproximación a la preocupación por la atención sanitaria de los pacientes sobre esta cuestión, llevó a los psiquiatras y a los socialistas en la administración a sus médicos y a la población en general a la siguiente repercusión: establecer criterios y establecerlos. Roth al año siguiente, en 1970, presentó sus sujetos de experimentación.

En este tema la investigación se centró en la pregrado. La *National Committee on Academic Accreditation* (1970) recomendó que las universidades realizasen una investigación, la cual les urgía a realizar una revisión de su planteamiento.

Appelba agruparan en

Estos tests han sido muy conocidos y citados. Pero lo que quizás se ha señalado menos es que en ese trabajo ya se ponía sobre la mesa una cuestión que también ha seguido siendo motivo de debate hasta hoy. A saber, el papel que juega el tipo de decisión clínica en la evaluación de la capacidad y en el establecimiento de los estándares necesarios de cumplimiento de esos criterios. Así, Loren, Roth y Meisel señalaban que, desde su punto de vista, eran sobre todo dos los factores estrechamente relacionados con estas determinaciones: el balance riesgo / beneficio del tratamiento propuesto y el sentido de la decisión del paciente –es decir si se trata de «consentir» o de «rechazar» la medida–.

Para expresar esta interdependencia usaban una tabla de «2x2» (TABLA 2). Esta tabla trataba de expresar que, en las decisiones de *consentimiento*, el *test* de capacidad que tiende a utilizar el sanitario es tanto más flexible cuanto menor es el balance riesgo/beneficio. Por el contrario, en las decisiones de *rechazo* de estas medidas de bajo balance riesgo/beneficio, este *test* tiende a ser elevado. Y viceversa. Obviamente aquí está la semilla de lo que luego conoceremos como Escala Móvil de Capacidad.

Tabla 2

Factores que, según Roth, Meisel y Lidz, influyen en la selección de un test de capacidad.

BALANCE RIESGO/BENEFICIO

DECISIÓN	FAVORABLE	NO – FAVORABLE
CONSENTIMIENTO	Test de Capacidad BAJO	Test de Capacidad ALTO
RECHAZO	Test de Capacidad ALTO	Test de Capacidad BAJO

[Tomado de ROTH, L. H.; MEISEL, A.; LIDZ, C. W., «Tests of Competency to Consent to Treatment», *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134 (3), pp. 279-284.]

Así pues, este primer trabajo marcaba ya las tres cuestiones básicas en torno a las que ha girado toda la discusión posterior acerca de la evaluación de la capacidad: 1. La determinación de las áreas mentales que deberían evaluarse (criterios). 2. El grado de exigencia que deberían satisfacer dichos criterios (estándares) y, sobre todo, si dichos estándares varían o no en función de la complejidad de la decisión clínica que deba tomarse (Escala Móvil de capacidad). 3. El diseño y validación de protocolos o herramientas estandarizadas de evaluación que puedan aplicarse en la práctica.

4.1. Los criterios

Como se ha visto, la capacidad tiene un criterio de medida concreto de la Psicología. La década de los 70 es la época de las voces de los psiquiatras.

4.1.1. Los criterios

En los años 70, Roth, Meisel y Lidz, otro equipo de la *Massachusetts General Hospital Clinic* de Pittsfield, Massachusetts, trataba del tema de la evaluación del consentimiento informado. Se trataba del primer trabajo sobre la evaluación de la capacidad en psiquiatría. En su trabajo de tipo empírico, se realizó una aproximación a la evaluación de la capacidad, preocupación que se había hecho en la atención sanitaria. Se centró la atención sobre esta cuestión en los psiquiatras y en los clínicos en la medida en que sus médicos se planteaban la siguiente repercusión de la evaluación de la capacidad: criterios y establecimientos de la capacidad. Roth al año siguiente publicó su trabajo en la *Journal of the American Medical Association* y sus sujetos de estudio fueron los pacientes hospitalizados.

En este trabajo se realizó la investigación empírica para tratar a la pregunta: ¿Cuáles son los criterios de la evaluación de la capacidad? La *National Committee on Mental Health* realizó una investigación en la que se planteó la urgencia a la realización de la evaluación de la capacidad. Los resultados de la investigación se publicaron en la *Journal of the American Medical Association* y se tituló «Guidelines for the evaluation of capacity to consent to treatment».

Appelbaum y Bograd (1991) agruparon en tres tipos los criterios de la evaluación de la capacidad:

Tabla 3

Los 4 criterios de evaluación de la capacidad de PS Appelbaum y Loren Roth (1982)

Los 4 crit

CRITERIOS DE CAPACIDAD	INDICIOS CARACTERÍSTICOS	ASPECTOS PSQUIÁTRICOS RELEVANTES	CRITERIOS DE CAPACIDAD
1. El sujeto expresa una decisión. (<i>Expressing a choice</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – Manifiesta su consentimiento. – Expresa positivamente interés en tomar parte en el estudio. – Coopera adecuadamente. – Responde a las preguntas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Mutismo: Estupor catatónico o depresión severa. – Manía o Agitación catatónica. – Desórdenes psicóticos del pensamiento. – Marcada ambivalencia: esquizofrenia, estados obsesivos. 	4. El sujeto aprecia correctamente la situación en la que se encuentra. (<i>Appreciating</i>)
2. El sujeto comprende realmente los problemas más relevantes del estudio. (<i>Understanding</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – Tiene suficiente capacidad cognitiva. – Comprende la naturaleza, riesgos y beneficios del procedimiento. – Conoce las alternativas, con sus ventajas e inconvenientes. – Sabe que tiene que tomar una decisión. – Sabe quién es, dónde está, qué está leyendo al leer el formulario de consentimiento y qué significa firmarlo. – Conoce las consecuencias tanto de su participación como de su negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> – Grado de inteligencia. Coeficiente de inteligencia (retraso mental, alteraciones orgánicas) y capacidad para desarrollar una vida normal (enfermedad mental crónica). – Habilidades lingüísticas. – Grado de atención y de orientación. – Capacidades memorísticas. – Repercusiones de daño cerebral y de intoxicaciones. 	
3. El sujeto maneja racionalmente la información de forma adecuada. (<i>Reasoning</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – Tiene buen juicio. – Es racional y evalúa correctamente la realidad. – Puede tomar decisiones de manera adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ilusiones y alucinaciones. – Alteraciones del curso del pensamiento. – Ansiedad, euforia, agitación. – Fobias extremas, pánico. – Preocupaciones obsesivas. – Pasividad y dependencia extremas. 	

[Tomado de APPELBAUM, P. S. y LOREN ROTH, L. (1982). Capacity to consent to medical treatment. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 11-16.]

gencia es progresiva. El segundo criterio evalúa la capacidad de la decisión tomada y la explicación de la misma.

Tabla 3

Los 4 criterios de evaluación de la capacidad de PS Appelbaum y Loren Roth (1982)

Los 4 crit

CRITERIOS DE CAPACIDAD	INDICIOS CARACTERÍSTICOS	ASPECTOS PSQUIÁTRICOS RELEVANTES	CRITERIOS DE CAPACIDAD
1. El sujeto expresa una decisión. (<i>Expressing a choice</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – Manifiesta su consentimiento. – Expresa positivamente interés en tomar parte en el estudio. – Coopera adecuadamente. – Responde a las preguntas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Mutismo: Estupor catatónico o depresión severa. – Manía o Agitación catatónica. – Desórdenes psicóticos del pensamiento. – Marcada ambivalencia: esquizofrenia, estados obsesivos. 	4. El sujeto aprecia correctamente la situación en la que se encuentra. (<i>Appreciating</i>)
2. El sujeto comprende realmente los problemas más relevantes del estudio. (<i>Understanding</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – Tiene suficiente capacidad cognitiva. – Comprende la naturaleza, riesgos y beneficios del procedimiento. – Conoce las alternativas, con sus ventajas e inconvenientes. – Sabe que tiene que tomar una decisión. – Sabe quién es, dónde está, qué está leyendo al leer el formulario de consentimiento y qué significa firmarlo. – Conoce las consecuencias tanto de su participación como de su negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> – Grado de inteligencia. Coeficiente de inteligencia (retraso mental, alteraciones orgánicas) y capacidad para desarrollar una vida normal (enfermedad mental crónica). – Habilidades lingüísticas. – Grado de atención y de orientación. – Capacidades memorísticas. – Repercusiones de daño cerebral y de intoxicaciones. 	
3. El sujeto maneja racionalmente la información de forma adecuada. (<i>Reasoning</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – Tiene buen juicio. – Es racional y evalúa correctamente la realidad. – Puede tomar decisiones de manera adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ilusiones y alucinaciones. – Alteraciones del curso del pensamiento. – Ansiedad, euforia, agitación. – Fobias extremas, pánico. – Preocupaciones obsesivas. – Pasividad y dependencia extremas. 	

[Tomado de APPELBAUM, P. S. y LOREN ROTH, L. (1982). Capacity to consent to medical treatment. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 11-16.]

gencia es progresiva. El segundo criterio evalúa la capacidad de la decisión tomada y la explicación de la misma.

cos relevantes» que podían interferir o influir en cada caso en la satisfacción del criterio en cuestión y b) detectaban los problemas de la evaluación empírica e incluso esbozaban, muy someramente, sugerencias sobre cómo explorar a los pacientes en un subapartado de cada criterio denominado «evaluando la capacidad».

La trascendencia de este trabajo ha sido enorme. De hecho, aunque posteriormente otros autores hayan realizado otras aportaciones, estos cuatro criterios han quedado como los esenciales, y han comenzado a usarse para construir algoritmos sencillos de toma de decisiones (9). De hecho, estos 4 criterios constituyen la base de uno de los procedimientos clínicos de evaluación de la capacidad más sólidamente validado en el momento actual, el *MacArthur Competence Assessment Tool*, diseñado por Thomas Grisso y Paul S Appelbaum (TABLA 4). El primer esbozo se encuentra en un artículo suyo del *New England Journal of Medicine* de 1988, en el que retomaban estos 4 criterios como los esenciales para cualquier evaluación de la capacidad (10).

Tabla 4
Criterios y puntuaciones del MacCAT-T

CRITERIO	SUBCRITERIO	PP	PT
Comprensión	Comprensión de la enfermedad	0-2	0-6
	Comprensión del tratamiento	0-2	
	Compresión 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 decisión	0-2	0-2

PP: Puntuación Parcial de cada subcriterio.

PT: Puntuación Total posible del criterio.

4.1.2. La perspectiva neurológica

A finales de los años ochenta comenzaron a oírse voces que señalaban que las discusiones sobre capacidad se habían centrado en el análisis de los elementos psicológicos de la toma de decisiones, pero habían dejado de lado el estudio del sustrato biológico de esos elementos. Según esta idea los déficits de carácter neu-

rológico que a paciente para alteraciones piores-. Dicho que hacer y de samente meno esta perspecti mente tres pa

El prime sión intencio nismos neoco mediante el p le permitirá a puestas.

El segund que le permita fundamentalm obtención de etc., de toda la resultado de la

El tercer ser externa (u ceso y reinici estos tres pas des mentales espacial ; 5) Á emotiva y afe

Un afásia genera un déf segund. Por alteraciones d lo más impor los que él ha suficientem encontrados a el epígrafe an

A principi insistían sobre de la capacida

cos relevantes» que podían interferir o influir en cada caso en la satisfacción del criterio en cuestión y b) detectaban los problemas de la evaluación empírica e incluso esbozaban, muy someramente, sugerencias sobre cómo explorar a los pacientes en un subapartado de cada criterio denominado «evaluando la capacidad».

La trascendencia de este trabajo ha sido enorme. De hecho, aunque posteriormente otros autores hayan realizado otras aportaciones, estos cuatro criterios han quedado como los esenciales, y han comenzado a usarse para construir algoritmos sencillos de toma de decisiones (9). De hecho, estos 4 criterios constituyen la base de uno de los procedimientos clínicos de evaluación de la capacidad más sólidamente validado en el momento actual, el *MacArthur Competence Assessment Tool*, diseñado por Thomas Grisso y Paul S Appelbaum (TABLA 4). El primer esbozo se encuentra en un artículo suyo del *New England Journal of Medicine* de 1988, en el que retomaban estos 4 criterios como los esenciales para cualquier evaluación de la capacidad (10).

Tabla 4
Criterios y puntuaciones del MacCAT-T

CRITERIO	SUBCRITERIO	PP	PT
Comprensión	Comprensión de la enfermedad	0-2	0-6
	Comprensión del tratamiento	0-2	
	Compresión 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 decisión	0-2	0-2

PP: Puntuación Parcial de cada subcriterio.

PT: Puntuación Total posible del criterio.

4.1.2. La perspectiva neurológica

A finales de los años ochenta comenzaron a oírse voces que señalaban que las discusiones sobre capacidad se habían centrado en el análisis de los elementos psicológicos de la toma de decisiones, pero habían dejado de lado el estudio del sustrato biológico de esos elementos. Según esta idea los déficits de carácter neu-

rológico que a paciente para alteraciones piores-. Dicho que hacer y de samente meno esta perspecti mente tres pa

El prime sión intencio nismos neoco mediante el p le permitirá a puestas.

El segund que le permita fundamentalm obtención de etc., de toda la resultado de la

El tercer ser externa (u ceso y reinici estos tres pas des mentales espacial ; 5) Á emotiva y afe

Un afásia genera un déf segund. Por alteraciones d lo más impor los que él ha suficientem encontrados a el epígrafe an

A principi insistían sobre de la capacida

están actividades son las cuatro que se encuentran en la TABLA 5, y su evaluación correcta debería fijarse en las cinco actividades siguientes: a) la *atención*; b) la *comprensión* de información básica relacionada con el tipo de decisión en cuestión; c) la *retención* de la información; d) la *expresión* de deseos; e) la *apercepción y juicio* en relación a las cuestiones que se estén debatiendo.

Tabla 5

Atención	
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none">• Lenguaje espontáneo• Comprensión de información verbal• Lectura comprensiva• Escritura
Memoria	<ul style="list-style-type: none">• Reciente• Remota
Funciones del Lóbulo Frontal	<ul style="list-style-type: none">• Apercepción (<i>awareness</i>)• Juicio

Pero en realidad, esta aproximación no es muy diferente de los cuatro criterios de Appelbaum y Grisso. Quizás por eso, son los que se han convertido en el punto de referencia obligado.

Lo más interesante de todas estas aportaciones es haber señalado, con razón, que la exploración de la capacidad no puede ser meramente *psiquiátrica* sino que precisa atender igualmente al área *neuroológica*. 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.

De hecho, el único intento español de elaborar un procedimiento de evaluación de la capacidad, el «Documento Sitges», del que se hablará más adelante, hace un abordaje eminentemente neurológico de la cuestión, quizás porque el tipo de pacientes a los que va dirigido, los pacientes con demencia, así lo exige.

4.2. Los estándares de capacidad y la discusión de la «Escala Móvil de Capacidad»

El debate en la literatura norteamericana acerca del grado de cumplimiento de los diferentes criterios de capacidad que debían satisfacer las personas para ser

consideradas concepto de «Escritura» propuesta por James

Para los relacionado de decisiones clínicas, tales como la hemoptisis en el Sin embargo, el análisis de sangrado, precisan

El concierto de la continuidad que se refleja en la Escuela móvil, y que se basa en la capacidad de tres niveles o culturas, la mayor, el Nivel III, que se consideradas

consideradas

43 Las her

4.3.1. I

Si la década evaluación decisiva el desarrollo pacidad. Lo que ha ocurrido anterior, pero al final de los diferentes procesos es más sencillo y fiabilidad.

están actividades son las cuatro que se encuentran en la TABLA 5, y su evaluación correcta debería fijarse en las cinco actividades siguientes: a) la *atención*; b) la *comprensión* de información básica relacionada con el tipo de decisión en cuestión; c) la *retención* de la información; d) la *expresión* de deseos; e) la *apercepción y juicio* en relación a las cuestiones que se estén debatiendo.

Tabla 5

Atención	
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje espontáneo • Comprensión de información verbal • Lectura comprensiva • Escritura
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Reciente • Remota
Funciones del Lóbulo Frontal	<ul style="list-style-type: none"> • Apercepción (<i>awareness</i>) • Juicio

Pero en realidad, esta aproximación no es muy diferente de los cuatro criterios de Appelbaum y Grisso. Quizás por eso, son los que se han convertido en el punto de referencia obligado.

Lo más interesante de todas estas aportaciones es haber señalado, con razón, que la exploración de la capacidad no puede ser meramente *psiquiátrica* sino que precisa atender igualmente al área *neuroológica*. 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.

De hecho, el único intento español de elaborar un procedimiento de evaluación de la capacidad, el «Documento Sitges», del que se hablará más adelante, hace un abordaje eminentemente neurológico de la cuestión, quizás porque el tipo de pacientes a los que va dirigido, los pacientes con demencia, así lo exige.

4.2. Los estándares de capacidad y la discusión de la «Escala Móvil de Capacidad»

El debate en la literatura norteamericana acerca del grado de cumplimiento de los diferentes criterios de capacidad que debían satisfacer las personas para ser

consideradas concepto de «Escritura» propuesta por James

Para los relacionado de decisiones clínicas, tales como la hemoptisis en el Sin embargo, el análisis de sangrado, precisan

El conce
miento de la c
continua que
ría de la Esc
móvil, y que
La capacidad
tres niveles o
cultad, la may
el Nivel III, que
consideradas

consideradas. Esta prop
fil más acadé
que, de alguna
de la autonom
sión «difícil»
sonas diferentes

43 Las her

4.3.1. I

Si la dé
evaluación de
decisivo el di
pacidad. Lo q
terior, pero al
diferentes pro
sencillo y fiab

tos en marcha en los primeros años de la década de los ochenta (20). En lo que sigue se expondrán las líneas principales de desarrollo que ha experimentado la bibliografía en el resto de los noventa y hasta la actualidad.

Lo primero que hay que señalar es que la investigación en este campo ha estado vinculada fundamentalmente a tres áreas de la Medicina, la Psiquiatría/Psicología, la Geriatría, y, actuando como campo intermedio entre ambas, la Neurología. Las actividades sanitarias en el marco de las cuales se ha producido esta investigación sobre evaluación de la capacidad para decidir han sido dos: las decisiones clínicas (diagnósticas y terapéuticas) y la participación en proyectos de investigación (21-22). Los pacientes con los que se ha investigado más han sido los mayores, en concreto los pacientes con demencia (23), y los enfermos psiquiátricos, en concreto los esquizofrénicos (24) y, en menor medida, los pacientes con depresión (25).

Hay desarrollos importantes en otro ámbito diferente, aunque relacionado estrechamente con los anteriores: el ámbito forense. El objetivo ha sido desarrollar procedimientos para evaluar la capacidad tanto en procesos del ámbito civil como del penal. Los primeros suelen implicar procedimientos de incapacitación, o, simplemente, la evaluación de la capacidad de testigos para participar en juicios, los segundos, determinaciones de la imputabilidad del acusado.

La evaluación práctica de la capacidad ha utilizado tres tipos de herramientas que, según su grado decreciente de especificidad son las siguientes:

1. Test neuropsicológicos, como el Minimental, el Weschler, etc. El problema de estos tests es que no son herramientas diseñadas específicamente para esta tarea. Tienen un papel muy importante en la investigación sobre evaluación de la capacidad y, seguramente, un hueco como sistemas complementarios de evaluación en la práctica.
2. Protocolos generales de evaluación de la capacidad, de los que hablaremos más adelante.
3. Protocolos específicos de evaluación de capacidad. Evalúan la capacidad en relación con tareas o procedimientos concretos. Por ejemplo, la «Hopkins Competency Assessment Tool» (HCAT) (26) y las «Health Care Proxy Guidelines» (HCP) (27) evalúan fundamentalmente la capacidad para completar una voluntad anticipada del tipo «Poder de representación» («Durable Power of Attorney») (28). El «Competence Interview Schedule» (CIS) evalúa la capacidad para consentir o rechazar la terapia electroconvulsiva (29). Y la «Evaluation to Sign Consent» (30) (ESC) y la «California Scale of Appreciation» (31) (CSA) la capacidad para consentir la participación en un proyecto de investigación.

Los más
adscribirse a a

1. Gui
ren a
la c
sobr
2. «Te
turad
pues
3. Pro
cidat
hace

Los más
utilicen o no e
los 6 protocolo

Los

DENOMINACIÓN
Aid to Capacity Evaluation
Capacity Assessment
Capacity to Consent to Treatment Instrument
Decision Assessment Measure
Hopemont Capacity Assessment Interview
MacArthur Competence Assessment Tool

* El McCAT existe
participar en proy

Quizás 1
sobre las luce
de Edward Stu
concluirse que

tos en marcha en los primeros años de la década de los ochenta (20). En lo que sigue se expondrán las líneas principales de desarrollo que ha experimentado la bibliografía en el resto de los noventa y hasta la actualidad.

Lo primero que hay que señalar es que la investigación en este campo ha estado vinculada fundamentalmente a tres áreas de la Medicina, la Psiquiatría/Psicología, la Geriatría, y, actuando como campo intermedio entre ambas, la Neurología. Las actividades sanitarias en el marco de las cuales se ha producido esta investigación sobre evaluación de la capacidad para decidir han sido dos: las decisiones clínicas (diagnósticas y terapéuticas) y la participación en proyectos de investigación (21-22). Los pacientes con los que se ha investigado más han sido los mayores, en concreto los pacientes con demencia (23), y los enfermos psiquiátricos, en concreto los esquizofrénicos (24) y, en menor medida, los pacientes con depresión (25).

Hay desarrollos importantes en otro ámbito diferente, aunque relacionado estrechamente con los anteriores: el ámbito forense. El objetivo ha sido desarrollar procedimientos para evaluar la capacidad tanto en procesos del ámbito civil como del penal. Los primeros suelen implicar procedimientos de incapacitación, o, simplemente, la evaluación de la capacidad de testigos para participar en juicios, los segundos, determinaciones de la imputabilidad del acusado.

La evaluación práctica de la capacidad ha utilizado tres tipos de herramientas que, según su grado decreciente de especificidad son las siguientes:

1. Test neuropsicológicos, como el Minimental, el Weschler, etc. El problema de estos tests es que no son herramientas diseñadas específicamente para esta tarea. Tienen un papel muy importante en la investigación sobre evaluación de la capacidad y, seguramente, un hueco como sistemas complementarios de evaluación en la práctica.
2. Protocolos generales de evaluación de la capacidad, de los que hablaremos más adelante.
3. Protocolos específicos de evaluación de capacidad. Evalúan la capacidad en relación con tareas o procedimientos concretos. Por ejemplo, la «Hopkins Competency Assessment Tool» (HCAT) (26) y las «Health Care Proxy Guidelines» (HCP) (27) evalúan fundamentalmente la capacidad para completar una voluntad anticipada del tipo «Poder de representación» («Durable Power of Attorney») (28). El «Competence Interview Schedule» (CIS) evalúa la capacidad para consentir o rechazar la terapia electroconvulsiva (29). Y la «Evaluation to Sign Consent» (30) (ESC) y la «California Scale of Appreciation» (31) (CSA) la capacidad para consentir la participación en un proyecto de investigación.

Los más
adscribirse a a

1. Gui
ren a
la c
sobr
2. «Te
turad
pues
3. Pro
cidat
hace

Los más
utilicen o no e
los 6 protocolo

Los

DENOMINACIÓN
Aid to Capacity Evaluation
Capacity Assessment
Capacity to Consent to Treatment Instrument
Decision Assessment Measure
Hopemont Capacity Assessment Interview
MacArthur Competence Assessment Tool

* El McCAT existe
participar en proy

Quizás 1
sobre las luce
de Edward Stu
concluirse que

1. Los déficits en los criterios de comprensión (*understanding*) y razonamiento (*reasoning*) detectados por los protocolos se correlacionan bien con los déficits detectados por los tests clínicos de evaluación neuropsicológica habitualmente utilizados. La relación es más débil en el caso del criterio de elección (*expressing a choice*), y sobre todo, en el de apreciación (*appreciation*). Seguramente esto último se debe a que el grado de abstracción y personalización requerido por este criterio no es adecuadamente evaluado por los tests neuropsicológicos. La «California Scale of Appreciation» (CSA) fue diseñada expresamente para evaluar esta cuestión en el caso de la participación en proyectos de investigación.

2. Existe correlación entre los tests de detección de deterioro cognitivo, como el Minimental, y los tests de evaluación de la capacidad, sobre todo en relación con el criterio de comprensión, pero hace falta investigar más consistencia de esa relación.

3. Se ha detectado correlación entre los resultados de los test de capacidad y otras variables, como por ejemplo, la experiencia previa con procesos de toma de decisiones sanitarias similares, el grado de socialización (37) o el estatus socioeconómico. El tipo de enfermedad también parece ser una variable importante que condiciona los resultados (38). En el caso de los pacientes psicóticos la severidad de los síntomas negativos parece relacionarse con la disminución de la capacidad, pero no la de los síntomas positivos o depresivos (39). Recientemente se ha puesto de manifiesto que un breve entrenamiento previo destinado a mejorar las habilidades de los pacientes esquizofrénicos, antes de evaluarlos con un test de capacidad, mejora los resultados del mismo (40).

4. Existen estudios de fiabilidad de los resultados de estos protocolos, pero son insuficientes. Las propiedades psicométricas no son bien conocidas (41). Los estudios de concordancia entre los diferentes test o protocolos no son concluyentes. En general la concordancia en los resultados en el criterio de comprensión es mejor que en los demás. El de menor concordancia es el de apreciación (42). No hay buenos estudios de fiabilidad test-retest, sobre todo que evalúen sujetos sanos, que no están sujetos en principio a las posibles fluctuaciones de la capacidad derivadas de una situación de enfermedad. Se necesitan más estudios de concordancia entre observadores, porque aunque los resultados parecen ser buenos, a veces hay resultados contradictorios (43-44).

5. La investigación sobre la validez de los protocolos se enfrenta a un problema metodológico difícil de resolver: la ausencia de un «patrón oro» que permita estimar la sensibilidad y especificidad de los tests. El más utilizado es la evaluación realizada por clínicos entrenados y experimentados, como forenses, psiquiatras o geriatras.

6. Los
pequeños, lo
dad del constr
que es difícil

Estos 6 p de la capacida puede percibi referencia, tan ción (McCAT) complementaria q nuevos interro den diseñarse actuales? Si s expertos, ¿que (47) ¿Cómo d los sujetos de ción sobre pro

4.3.2. I

En España la evaluación de la salud se trata de un tema multidisciplinario. Los psicólogos, trabajando en la salud, tienen la responsabilidad de establecer una evaluación que las personas perciban como útil. Decisiones que se basan en evaluaciones (I), resultados laborales (A), y en el resultado último, decisión de la salud laboral (T). La tabla 7 resume la evaluación de las puntuaciones de moderado; 4 I y 4 T. Se observa que existe una doble clasificación en función de la evaluación dos niveles de salud que se deben tomar: «De acuerdo con la evaluación de la salud» y «De acuerdo con la evaluación de la salud y la evaluación de la salud laboral».

1. Los déficits en los criterios de comprensión (*understanding*) y razonamiento (*reasoning*) detectados por los protocolos se correlacionan bien con los déficits detectados por los tests clínicos de evaluación neuropsicológica habitualmente utilizados. La relación es más débil en el caso del criterio de elección (*expressing a choice*), y sobre todo, en el de apreciación (*appreciation*). Seguramente esto último se debe a que el grado de abstracción y personalización requerido por este criterio no es adecuadamente evaluado por los tests neuropsicológicos. La «California Scale of Appreciation» (CSA) fue diseñada expresamente para evaluar esta cuestión en el caso de la participación en proyectos de investigación.

2. Existe correlación entre los tests de detección de deterioro cognitivo, como el Minimental, y los tests de evaluación de la capacidad, sobre todo en relación con el criterio de comprensión, pero hace falta investigar más consistencia de esa relación.

3. Se ha detectado correlación entre los resultados de los test de capacidad y otras variables, como por ejemplo, la experiencia previa con procesos de toma de decisiones sanitarias similares, el grado de socialización (37) o el estatus socioeconómico. El tipo de enfermedad también parece ser una variable importante que condiciona los resultados (38). En el caso de los pacientes psicóticos la severidad de los síntomas negativos parece relacionarse con la disminución de la capacidad, pero no la de los síntomas positivos o depresivos (39). Recientemente se ha puesto de manifiesto que un breve entrenamiento previo destinado a mejorar las habilidades de los pacientes esquizofrénicos, antes de evaluarlos con un test de capacidad, mejora los resultados del mismo (40).

4. Existen estudios de fiabilidad de los resultados de estos protocolos, pero son insuficientes. Las propiedades psicométricas no son bien conocidas (41). Los estudios de concordancia entre los diferentes test o protocolos no son concluyentes. En general la concordancia en los resultados en el criterio de comprensión es mejor que en los demás. El de menor concordancia es el de apreciación (42). No hay buenos estudios de fiabilidad test-retest, sobre todo que evalúen sujetos sanos, que no están sujetos en principio a las posibles fluctuaciones de la capacidad derivadas de una situación de enfermedad. Se necesitan más estudios de concordancia entre observadores, porque aunque los resultados parecen ser buenos, a veces hay resultados contradictorios (43-44).

5. La investigación sobre la validez de los protocolos se enfrenta a un problema metodológico difícil de resolver: la ausencia de un «patrón oro» que permita estimar la sensibilidad y especificidad de los tests. El más utilizado es la evaluación realizada por clínicos entrenados y experimentados, como forenses, psiquiatras o geriatras.

6. Los
pequeños, lo
dad del constr
que es difícil

Estos 6 p de la capacida puede percibi referencia, tan ción (McCAT) complementaria q nuevos interro den diseñarse actuales? Si s expertos, ¿que (47) ¿Cómo d los sujetos de ción sobre pro

4.3.2. I

procedimiento Delphi, se asignan las puntuaciones entre 1 y 5 que, en cada criterio y cada tipo de decisión, se considera la alteración máxima permisible.

Tabla 7
Aspectos neurológicos intervienen en la toma de decisiones y que configuran criterios de capacidad, según el «Documento Sitges»

Aspectos neurológicos que intervienen en la toma de decisiones
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel de conciencia (Nc) 2. Percepción de estímulos (Pc) 3. Atención (At) 4. Gnosias (Gn) 5. Lenguaje: comprensión (L-C) 6. Lenguaje: expresión (L-E) 7. Cálculo (Cc) 8. Memoria episódica de hechos recientes (Me) 9. Memoria episódica autobiográfica (Ma) 10. Orientación espacial (Oe) 11. Praxia constructiva (P-C) 12. Funciones ejecutivas (Fe) 13. Razonamiento abstracto (Ra) 14. Motivación-autocontrol-introspección (MAI) 15. Ideación espontánea (Ie) 16. Afectividad-estado emocional (AE)

La evaluación práctica de la capacidad se basa, por tanto, en la evaluación neuropsicológica realizada mediante los tests habitualmente utilizados en el estudio del paciente con demencia. Los autores han realizado el interesantísimo esfuerzo de tabular qué criterios de la lista de los 16 propuestos pueden ser explorados con cada test o escala. El más rentable es la batería CAMDEX, pues es capaz de evaluar 15 de los 16 criterios propuestos.

Las luces y oscuridades del «Documento Sitges» son evidentes. De hecho, los mismos autores las señalan:

«Debe quedar claro que los resultados son arbitrarios en la medida en que se derivan de la opinión subjetiva de personas, aunque éstas sean expertas y hayan alcanzado consenso. Sería necesario trasladar las apreciaciones a la práctica, en una muestra controlada de individuos, aplicando métodos objetivos que permitan evaluar la validez de las tablas y determinar la manera en que deben ser ajustadas. En todo caso, esperamos que la tarea realizada será útil para afrontar esta investigación y contribuya a la defensa del derecho a decidir, que resulta imprescindible para participar en la actividad social».

Conclusión: e

La concl que la evaluac do un área don de los países a cupante. Es im que permitan mientas que pe A este respect

1. Que se MacCAT rios de c
2. Que esa potencia
3. Que en concreto paciente situación
4. Que en e tados ob tes may con dem
5. Que en c namiento ga de los mediante se aplique
6. Es preci observad
7. Es preci y solució
8. Más ade evaluaci mos año
9. Otra áre protocol versione rápidas p

procedimiento Delphi, se asignan las puntuaciones entre 1 y 5 que, en cada criterio y cada tipo de decisión, se considera la alteración máxima permisible.

Tabla 7
Aspectos neurológicos intervienen en la toma de decisiones y que configuran criterios de capacidad, según el «Documento Sitges»

Aspectos neurológicos que intervienen en la toma de decisiones	
1.	Nivel de conciencia (Nc)
2.	Percepción de estímulos (Pc)
3.	Atención (At)
4.	Gnosias (Gn)
5.	Lenguaje: comprensión (L-C)
6.	Lenguaje: expresión (L-E)
7.	Cálculo (Cc)
8.	Memoria episódica de hechos recientes (Me)
9.	Memoria episódica autobiográfica (Ma)
10.	Orientación espacial (Oe)
11.	Praxia constructiva (P-C)
12.	Funciones ejecutivas (Fe)
13.	Razonamiento abstracto (Ra)
14.	Motivación-autocontrol-introspección (MAI)
15.	Ideación espontánea (Ie)
16.	Afectividad-estado emocional (AE)

La evaluación práctica de la capacidad se basa, por tanto, en la evaluación neuropsicológica realizada mediante los tests habitualmente utilizados en el estudio del paciente con demencia. Los autores han realizado el interesantísimo esfuerzo de tabular qué criterios de la lista de los 16 propuestos pueden ser explorados con cada test o escala. El más rentable es la batería CAMDEX, pues es capaz de evaluar 15 de los 16 criterios propuestos.

Las luces y oscuridades del «Documento Sitges» son evidentes. De hecho, los mismos autores las señalan:

«Debe quedar claro que los resultados son arbitrarios en la medida en que se derivan de la opinión subjetiva de personas, aunque éstas sean expertas y hayan alcanzado consenso. Sería necesario trasladar las apreciaciones a la práctica, en una muestra controlada de individuos, aplicando métodos objetivos que permitan evaluar la validez de las tablas y determinar la manera en que deben ser ajustadas. En todo caso, esperamos que la tarea realizada será útil para afrontar esta investigación y contribuya a la defensa del derecho a decidir, que resulta imprescindible para participar en la actividad social».

Conclusión: e

La concl que la evaluac do un área don de los países a cupante. Es im que permitan mientas que pe A este respect

1. Que se MacCAT rios de c
2. Que esa potencia
3. Que en concreto paciente situación
4. Que en e tados ob tes may con dem
5. Que en c namiento ga de los mediante se aplique
6. Es preci observad
7. Es preci y solució
8. Más ade evaluaci mos año
9. Otra áre protocol versione rápidas p

10. Nada de lo anterior será posible si no se mejora la formación general de los clínicos y los juristas en torno a la evaluación de la capacidad en el contexto clínico. La mención expresa de los juristas es fruto de la constatación personal reiterada de que, si bien los clínicos españoles tienen, en general, un desconocimiento importante y preocupante de esta cuestión, el nivel de los juristas en general no es mucho mejor. Y este es un área donde el trabajo conjunto de ambos es imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) FADEN, R. R.; BEAUCHAMP, T. L., *A History and a Theory of Informed Consent*, Nueva York, Oxford Univ. Press, 1986.
- (2) SIMÓN, P., «Diez mitos en torno al consentimiento informado», *An. Sist. Sanit. Navar.*, 2006, 29 (supl. 3), pp. 29-40.
- (3) GRACIA, D.; JARABO, Y.; MARTÍN ESPÍDORA, N.; RÍOS, J., «Toma de decisiones en el paciente menor de edad», *Med. Clin.*, Barcelona, 2001, 117, pp. 179-90.
- (4) ROTH, L. H.; MEISEL, A.; LIDZ, C. W., «Tests of Competency to Consent to Treatment», *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134, pp. 279-284.
- (5) 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.
- (6) 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.
- (7) APPELBAUM, P. S.; ROTH, L. H., «Clinical Issues in the Assessment of Competency», *Am. J. Psychiatry*, 1981, 138 (11), pp. 1462-7. En Julio de 1982 apareció en la misma revista un caso clínico comentado donde insistían de nuevo en esta problemática. ROTH, L., y otros, «The Dilemma of Denial in the Assessment of Competency to Refuse Treatment», *Am. J. Psychiatry*, 1982, 139 (7), pp. 910-913.
- (8) APPELBAUM, P. S.; ROTH, L. H., «Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, 39, pp. 951-8.
- (9) MILLER, S. S.; MARIN, D. B., «Assessing Capacity», *Psychiatric Emergencies*, 200, 18 (2), pp. 233-242.
- (10) APPELBAUM, P. S.; GRISSO, T., «Assessing Patient's Capacities to Consent to Treatment», *NEJM*, 1988, 319 (25), pp. 1635-8.
- (11) ALEXANDER, M. P., «Clinical Determination of Mental Competence», *Arch. Neurol.*, 1988, 45, pp. 23-6.
- (12) FREEDMAN, M.; STUSS, D. T.; GORDON, M., «Assessment of Competency: the Role of Neurobehavioral Deficits», *Ann. Intern. Med.*, 1991, 115, pp. 203-8.
- (13) DRANE, J. F., «The Many Faces of Competency», *Hastings Cent. Rep.*, 1985, abril, pp. 17-21. *Las múltiples caras de la competencia*, en COUCEIRO, A., Madrid, Triacastela, 1999, pp. 163-176.
- (14) BUCHANAN, A.; BROCK, D. W., *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision-making*, Nueva York, Oxford University Press, 1989.
- (15) BUCHANAN, A., «Mental Capacity, Legal Competence and Consent to Treatment», *J. R. Soc. Med.*, 2004, 97, pp. 415-20.
- (16) WILKS, I., «The Debate Over Risk-Related Standards of Competence», *Bioethics*, 1997, 11, pp. 419-20.
- (17) CALE, G. S., «Risk-Related Standards of Competence: Continuing the Debate Over Risk-related Standards of Competence», *Bioethics*, 1999, 13, pp. 131-48.

- (18) WILKINSON, J., *Capacity to Consent*, London, 1999.
- (19) DEMARCO, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- (20) SIMÓN, P., «Competency to Consent to Treatment», *Am. J. Psychiatry*, 1981, 138 (9), pp. 1170-6.
- (21) MOSELEY, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- (22) PINAL, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Informed Consent in Psychiatry, 1999.
- (23) KIM, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- in Providing Informed Consent in Psychiatry, 1999.
- (24) JESTER, J. M., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Schizophrenia and Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- (25) APPELBAUM, P. S., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Schizophrenia and Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- (26) JANOFSKY, B., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Assessment Test for Capacity to Consent, Nueva York, 1999.
- Hosp. Commun.*, 1999.
- (27) MEZICH, E., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Development and Assessment of Capacity to Consent, Nueva York, 1999.
- (28) Sin especificar.
- recto general de la competencia.
- Use Does Not Imply Capacity, Nueva York, 1999.
- Assessment Tools for Capacity to Consent, Nueva York, 1999.
- (29) BEAN, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Empirical Approach to Capacity to Consent, Nueva York, 1999.
- (30) DEROCHER, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Research Participation in Psychiatry, Nueva York, 1999.
87. El formulario de evaluación de la competencia para consentir en la hospitalización mental-2006.pdf
- (31) SAKS, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Appreciation Capacity to Consent, Nueva York, 1999.
- Psychiatry*, 2002.
- (32) SULLIVAN, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Review*, 2004, 14 (1), pp. 1-10.
- (33) TUNZER, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Family Physician*, 2002.
- (34) FINUCANE, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Issues in Assessing Capacity to Consent, Nueva York, 1999.
- (35) STURGEON, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Standardized Assessment of Capacity to Consent, Nueva York, 1999.
- (36) MOYER, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Medical Treatment Capacity to Consent, Nueva York, 1999.
- 26, pp. 1054-1074.
- (37) ALLEN, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Capacity and Personhood, Nueva York, 1999.
- (38) PALMER, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Persons with Severe Mental Illness, Nueva York, 1999.
- Questionnaire for Capacity to Consent, Nueva York, 1999.
- 2005, 62 (7), pp. 1054-1074.
- (39) PALMER, J., *Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.
- Components of Capacity to Consent, Nueva York, 1999.
- Schizophrenia and Capacity to Consent*, Nueva York, 1999.

10. Nada de lo anterior será posible si no se mejora la formación general de los clínicos y los juristas en torno a la evaluación de la capacidad en el contexto clínico. La mención expresa de los juristas es fruto de la constatación personal reiterada de que, si bien los clínicos españoles tienen, en general, un desconocimiento importante y preocupante de esta cuestión, el nivel de los juristas en general no es mucho mejor. Y este es un área donde el trabajo conjunto de ambos es imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) FADEN, R. R.; BEAUCHAMP, T. L., *A History and a Theory of Informed Consent*, Nueva York, Oxford Univ. Press, 1986.

(2) SIMÓN, P., «Diez mitos en torno al consentimiento informado», *An. Sist. Sanit. Navar.*, 2006, 29 (supl. 3), pp. 29-40.

(3) GRACIA, D.; JARABO, Y.; MARTÍN ESPÍLDORA, N.; RÍOS, J., «Toma de decisiones en el paciente menor de edad», *Med. Clin.*, Barcelona, 2001, 117, pp. 179-90.

(4) ROTH, L. H.; MEISEL, A.; LIDZ, C. W., «Tests of Competency to Consent to Treatment», *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134, pp. 279-284.

(5) 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.

(6) 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.

(7) APPELBAUM, P. S.; ROTH, L. H., «Clinical Issues in the Assessment of Competency», *Am. J. Psychiatry*, 1981, 138 (11), pp. 1462-7. En Julio de 1982 apareció en la misma revista un caso clínico comentado donde insistían de nuevo en esta problemática. ROTH, L., y otros, «The Dilemma of Denial in the Assessment of Competency to Refuse Treatment», *Am. J. Psychiatry*, 1982, 139 (7), pp. 910-913.

(8) APPELBAUM, P. S.; ROTH, L. H., «Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, 39, pp. 951-8.

(9) MILLER, S. S.; MARIN, D. B., «Assessing Capacity», *Psychiatric Emergencies*, 200, 18 (2), pp. 233-242.

(10) APPELBAUM, P. S.; GRISSE, T., «Assessing Patient's Capacities to Consent to Treatment», *NEJM*, 1988, 319 (25), pp. 1635-8.

(11) ALEXANDER, M. P., «Clinical Determination of Mental Competence», *Arch. Neurol.*, 1988, 45, pp. 23-6.

(12) FREEDMAN, M.; STUSS, D. T.; GORDON, M., «Assessment of Competency: the Role of Neurobehavioral Deficits», *Ann. Intern. Med.*, 1991, 115, pp. 203-8.

(13) DRANE, J. F., «The Many Faces of Competency», *Hastings Cent. Rep.*, 1985, abril, pp. 17-21. *Las múltiples caras de la competencia*, en COUCEIRO, A., Madrid, Triacastela, 1999, pp. 163-176.

(14) BUCHANAN, A.; BROCK, D. W., *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision-making*, Nueva York, Oxford University Press, 1989.

(15) BUCHANAN, A., «Mental Capacity, Legal Competence and Consent to Treatment», *J. R. Soc. Med.*, 2004, 97, pp. 415-20.

(16) WILKS, I., «The Debate Over Risk-Related Standards of Competence», *Bioethics*, 1997, 11, pp. 419-20.

(17) CALE, G. S., «Risk-Related Standards of Competence: Continuing the Debate Over Risk-related Standards of Competence», *Bioethics*, 1999, 13, pp. 131-48.

- (40) MOSER, D. J., y otros, «Using a Brief Intervention to Improve Decisional Capacity in Schizophrenia Research», *Schizophrenia Bull.*, 2006, 32 (1), pp. 116-200.
- (41) ZAPF, P. A.; ROESCH, R., «An Investigation of the Construct of Competence: A Comparison of the FIT, the MacCat-CA and the MacCat-T», *Law and Human Behaviour*, 2005, 29 (2), pp. 229-252.
- (42) MOYE, J., y otros, «Capacity to Consent to Treatment: Empirical Comparison of Three Instruments in Older Adults with and without Dementia», *Gerontologist*, 2004, 44 (2), pp. 166-75.
- (43) MARSON, D. C., y otros, «Consistency of Physician Judgments of Capacity to Consent in Mild Alzheimer's Disease», *JAGS*, 1997, 45, pp. 453-7.
- (44) CAIRNS, R., y otros, «Reliability of Mental Capacity Assessments in Psychiatric Patients», *Br. J. Psychiatry*, 2005, 187, pp. 372-8.
- (45) CASARETT, D. J., «Assessing Decision-Making Capacity in the Setting of Palliative Care Research», *J. Pain. Symptom Management*, 2003, 25 (4), pp. 6-13.
- (46) APPELBAUM, P. S., «Decisional Capacity of Patients with Schizophrenia to Consent to Research»: Taking Stock», *Schizophrenia Bull.*, 2006, 32 (1), pp. 22-25.
- (47) KIM, S. Y., «When Does Impairment Become Decisional Incompetence. Ethical and Methodological Issues in Capacity Research in Schizophrenia», *Schizophrenia Bull.*, 2006, 32 (1), pp. 92-97.
- (48) SAKS, E. R., y otros, «Meta-consent in Research on Decisional Capacity: A «Catch-22»», *Schizophrenia Bull.*, 2006, 32 (1), pp. 42-46.
- (49) BOADA, M.; ROBLES, A. (eds), *Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: «Documento Sitges»*, Barcelona, Glosa, 2005. Disponible en la web de la Sociedad Española de Neurología. <http://www.sen.es/> (visitada el 15-XI-2007).
- (50) ETCHELLS, E., y otros, Assessment of Patients Capacity to Consent to Treatment. *Journal of General Internal Medicine* 1999, 14, pp. 27-34. El protocolo está disponible en <http://www.utoronto.ca/jcb/disclaimers/ace.htm> (visitada el 15-XI-2007).
- (51) CARNEY, M., y otros, «The Development and Piloting of a Capacity Assessment Tool», *The Journal of Clinical Ethics*, 2001, 12, pp. 17-23.
- (52) MARSON DCCODY, y otros, «Neuropsychological Predictors of Competency in Alzheimer's Disease Using a Rational Reasons Legal Standard», *Archives of Neurology*, 1995, 52, pp. 955-9.
- (53) WONG, J. G., y otros, «The Capacity of People with a Mental Disability to Make a Health Care Decision», *Psychological Medicine*, 2000, 30, pp. 295-306.
- (54) EDELSTEIN, B., *Hopemont Capacity Assessment Interview Manual and Scoring Guide*, Morgantown, W. V., West Virginia University, 1999.
- (55) GRISSE, T., APPLEBAUM P. S., *Assessing Competence to Consent to Treatment*, Nueva York, Oxford University Press, 1998.
- (56) APPELBAUM, P. S., MacCAT-CR. Mac Arthur Competence Assessment Tool for Clinical Research, Sarasota (FL – USA), *Professional Resource Press*, 2001.

* Pablo Simón-Lorda. Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Magíster en Bioética por la UCM. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. *Correspondencia:* Pablo Simón-Lorda. Escuela Andaluza de Salud Pública. Apdo. 2070. 18080 Granada. Telf.: 958 027400. Fax: 958 027503. pablo.simon.easp@juntadeandalucia.es

** Fecha de recepción: 7-XII-2007 (aceptado 10-IV-2008).