



[www.conversacioneskayros.es](http://www.conversacioneskayros.es)

## ACTO 2. TOMAR / NO PODER TOMAR DECISIONES: INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO; CAPACIDAD Y SUBROGACIÓN

<b>Elementos iniciales</b> (condiciones previas)	1. Capacidad (para entender y decidir)
	2. Voluntariedad (al decidir)
<b>Elementos informativos</b>	3. Exposición de la información (material)
	4. Recomendación (de un plan)
	5. Comprensión (de 3 y 4)
<b>Elementos del consentimiento</b>	<b>6. Decisión (a favor de un plan)</b>
	<b>7. Autorización (del plan elegido)</b>

# Capacidad, ¡condición previa!

47

<b>Elementos iniciales</b> (condiciones previas)	<b>1. Capacidad (para entender y decidir)</b>
	2. Voluntariedad (para decidir)
<b>Elementos informativos</b>	3. Exposición de la información (material)
	4. Recomendación (de un plan)
	5. Comprensión (de 3 y 4)
<b>Elementos del consentimiento</b>	6. Decisión (a favor de un plan)
	7. Autorización (del plan elegido)

## □ PUNTO CRÍTICO N° 1:

- Es importante diferenciar entre *capacidad para tomar una decisión* (o *decisión tomada por un paciente capaz*) y *decisión autónoma*
- *Proceso* de consentimiento informado (toma de decisiones)

Decisión *autónoma*

- Dentro de un proceso de deliberación
- Voluntaria
- Con información suficiente
- En un paciente *capaz*

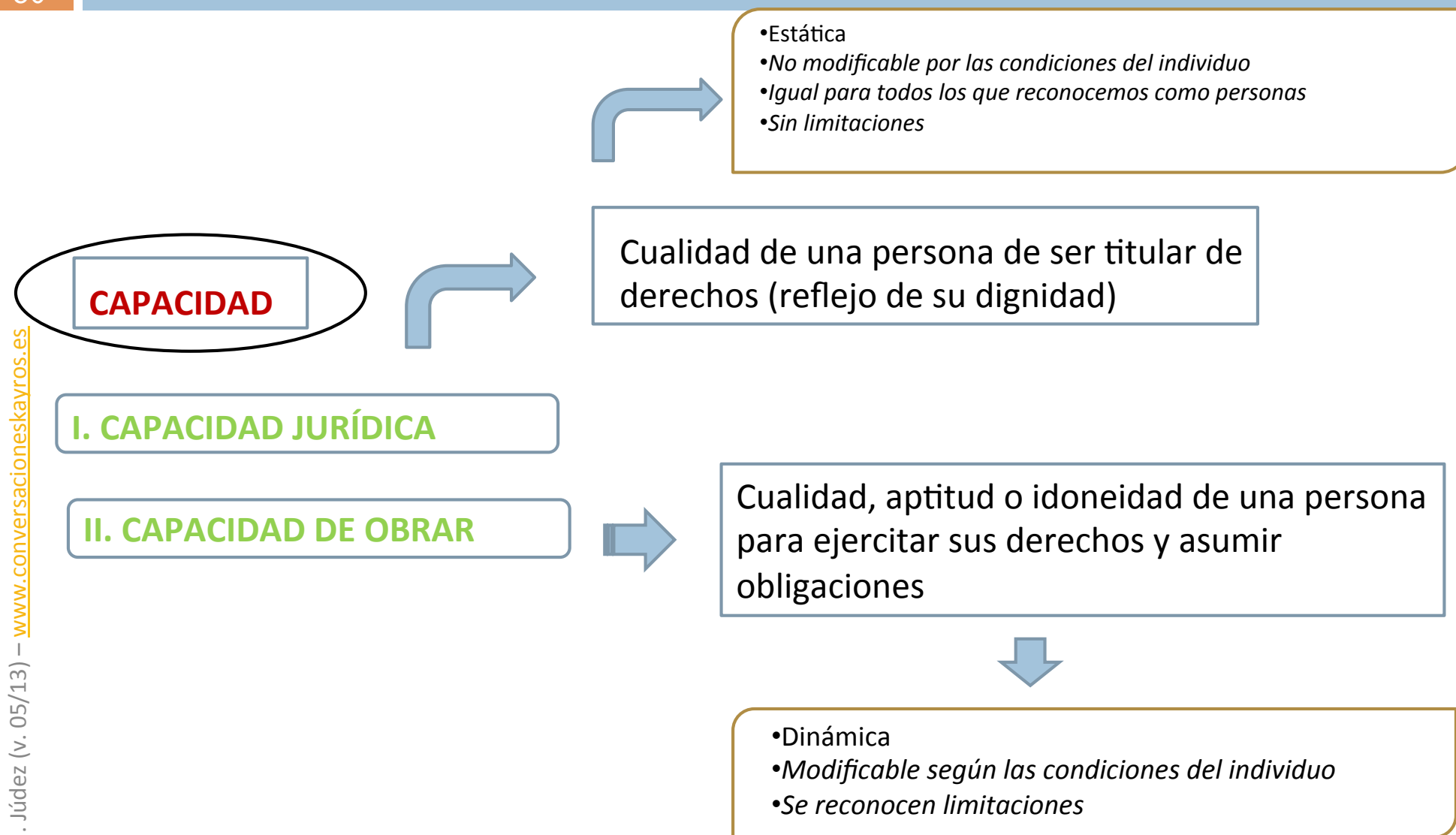
## □ PUNTO CRÍTICO N° 2:

- Es importante la *clarificación terminológica*



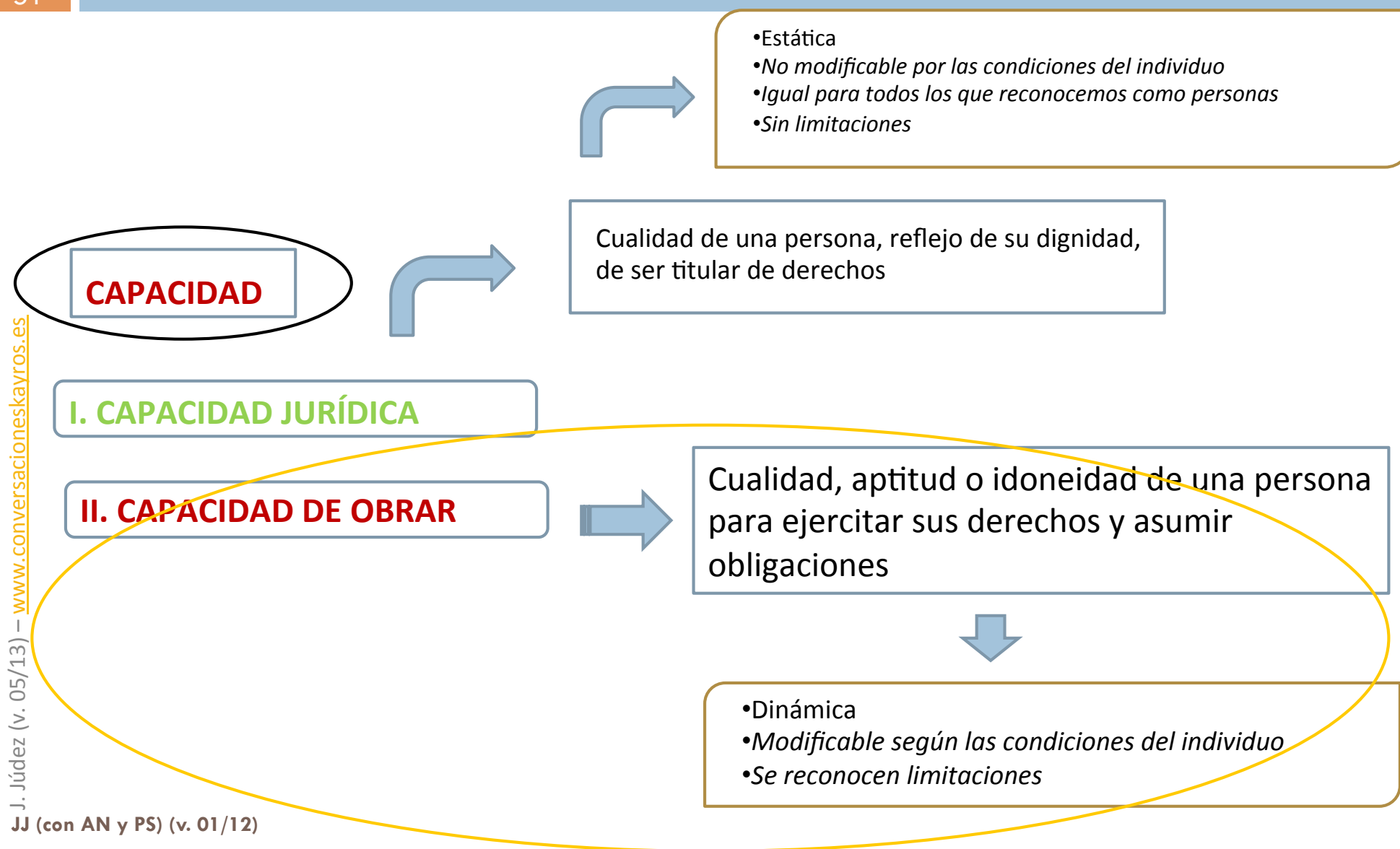
# 10 PUNTOS CRÍTICOS (Conceptualización)

50



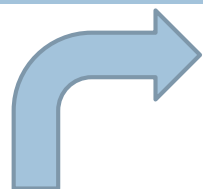
# 10 PUNTOS CRÍTICOS (Conceptualización)

51



# 10 PUNTOS CRÍTICOS (Conceptualización)

52



Definida por los requisitos que establece el ordenamiento mediante los que se reconoce efectivamente la aptitud del sujeto para ejercer sus derechos y realizar actos válidos  
*(SE ESTABLECE A PRIORI Y NO ESTÁ VINCULADA A ACTOS CONCRETOS)*



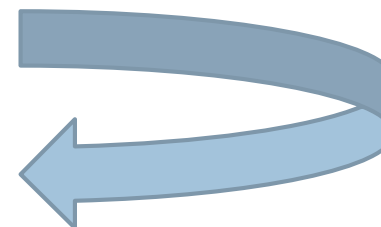
## I. CAPACIDAD DE OBRAR DE DERECHO O LEGAL

- Menores de edad
- Incapacitados

### CAPACIDAD DE OBRAR

## II. CAPACIDAD DE OBRAR DE HECHO O NATURAL\* \*(competencia)

Aptitudes del sujeto, aquí y ahora, para realizar un determinado acto  
*(SE ESTABLECE A POSTERIORI Y SÍ ESTÁ VINCULADA A ACTOS CONCRETOS)*



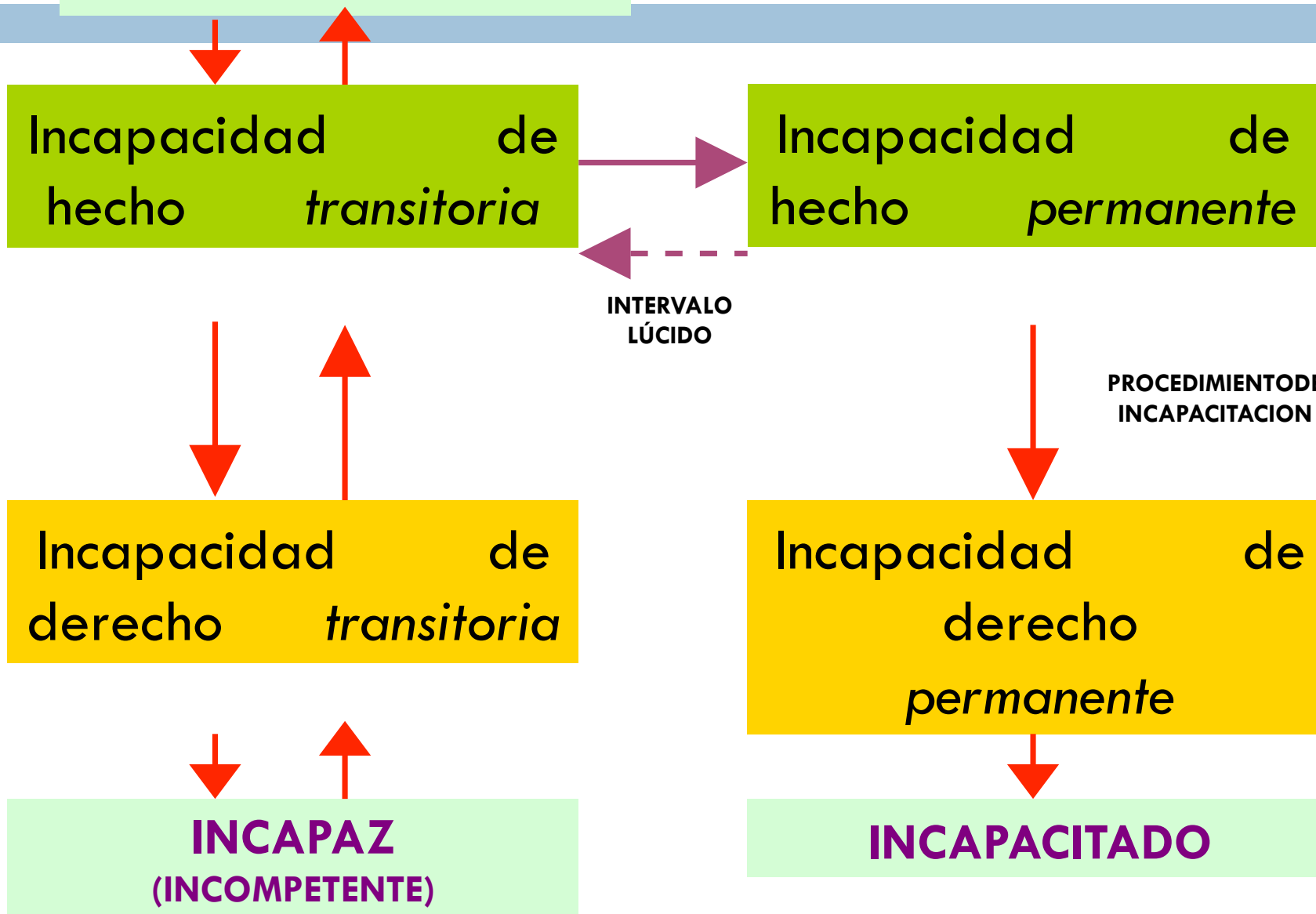
- La capacidad de hecho es una condición necesaria pero no suficiente para que exista capacidad de derecho
- La pérdida de la capacidad de hecho supone la de derecho automáticamente
- La pérdida transitoria de la capacidad de hecho define a un **sujeto incapaz**
- La pérdida definitiva de la capacidad de hecho permite la apertura de un procedimiento legal que termina con la declaración de un **sujeto incapacitado**



**CAPAZ DE HECHO  
(COMPETENTE)  
CAPAZ DE DERECHO**

(Tomado de Pablo Simón, 2006)

53



# ¿Quién puede y debe evaluar la presunta incapacidad de los pacientes?



# 10 PUNTOS CRÍTICOS

(Art. 9.3. Ley Autonomía- España)

## PUNTO CRÍTICO Nº 4: SUBROGACIÓN

55

### 3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.

Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

- b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

## □ PUNTO CRÍTICO N° 5:

- La incapacidad (ni la de hecho ni la de derecho) en un paciente no exime al médico de informarle (art. 5.2) ni de hacerle participar en el proceso de toma de decisiones (art.9.5)

## □ PUNTO CRÍTICO N° 6:

□ ¿Cuándo hay que evaluar la capacidad de un paciente?

• **Cambio brusco del estado mental habitual.**

• **Rechazo de un tratamiento “necesario” sin argumentar.**

• **Aceptación “acrítica” de procedimientos de riesgo alto.**

• **Trastornos neurológico o psiquiátrico de base previamente conocidos.**

(tomado de Pablo Simón, 2006)



## □ PUNTO CRÍTICO N° 7:

□ Es necesario diferenciar entre criterios, estándares y protocolos:

- ¿Qué?: criterios (1975-1985)
- ¿Cuánto?: estándares (1985-1995)
- ¿Cómo?: Protocolos (1995-2005)

## □ PUNTO CRÍTICO N° 8:

### □ **¿Qué?:** *Appelbaum y Roth (1982)*

- El sujeto expresa una decisión
- El sujeto comprende los problemas más relevantes del estudio
- El sujeto manipula racionalmente la información
- El sujeto aprecia correctamente la situación en la que se encuentra

<b><i>Expressing a choice</i></b>	El sujeto expresa una decisión
<b><i>Understanding</i></b>	El sujeto comprende las cuestiones más relevantes de la intervención
<b><i>Reasoning</i></b>	El sujeto maneja racionalmente la información de forma adecuada
<b><i>Appreciation</i></b>	El sujeto aprecia correctamente la situación en la que se encuentra



# Mental Capacity Act 2005 (UK)

A person is unable to make a decision for himself if he is unable-

- (a) to understand the information relevant to the decision,
- (b) to retain that information,
- (c) to use or weigh that information as part of the process of making the decision, or
- (d) to communicate his decision (whether by talking, using sign language or any other means).



kayrós

conversaciones que ayudan

62

Ethics

# The Mental Capacity Act 2005

## Guidance for health professionals

March 2007

improving | health



# ¿Qué es “capacidad”?

## The Mental Capacity Act 2005 UK

La capacidad de toma de decisiones se refiere a la habilidad habitual que los individuos poseen para tomar decisiones o emprender acciones que influyen en su vida, desde las decisiones sencillas sobre que tomar para el desayuno, a decisiones de largo alcance sobre un tratamiento médico grave.

En un contexto legal se refiere a la habilidad de una persona para hacer algo, incluyendo tomar una decisión, que puede tener consecuencias jurídicas para si misma o para otras personas.

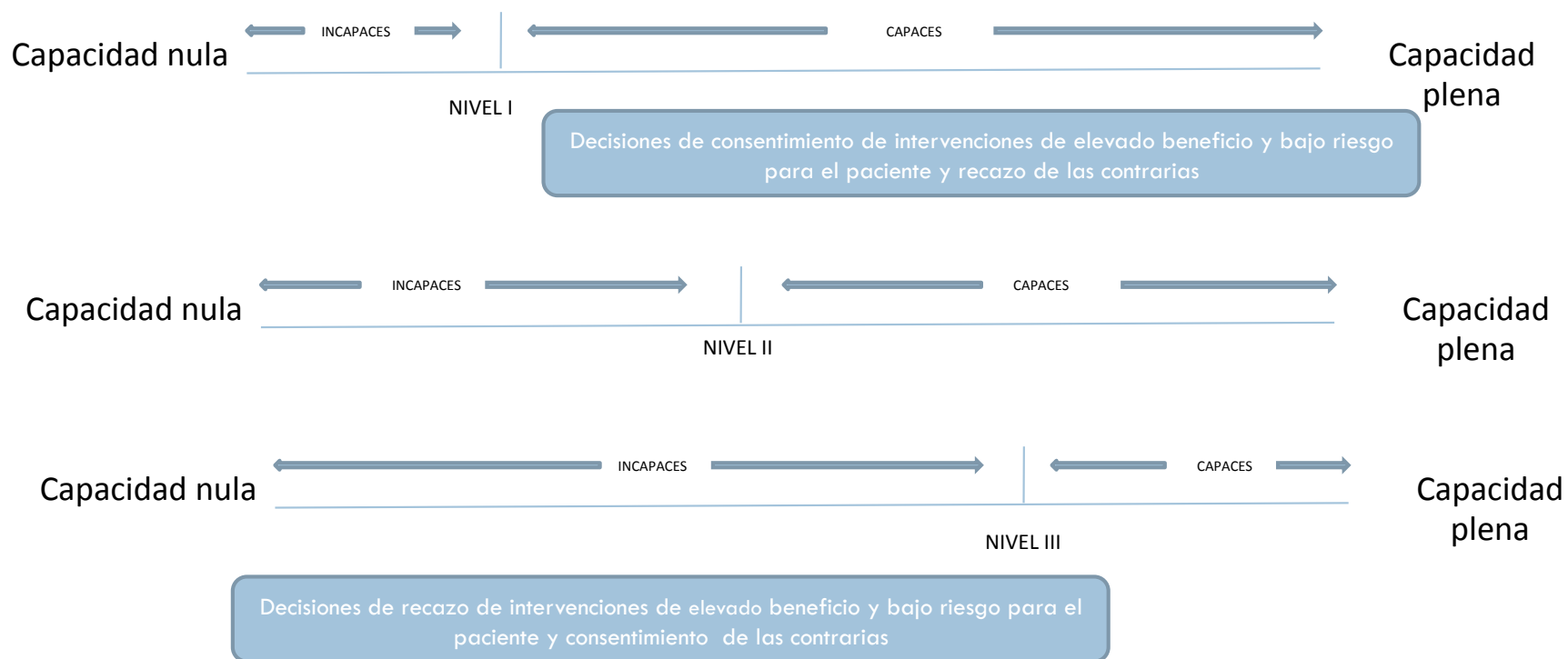
# Principios básicos

## The Mental Capacity Act 2005 UK

- Presunción de capacidad
- Maximizar la capacidad de toma de decisiones
- Libertad de tomar decisiones prudentes
- El mejor interés
- La alternativa menos restrictiva

## □ PUNTO CRÍTICO N° 9:

### □ **¿Cuánto?:** Escala Móvil de Drane (1984)



# 10 PUNTOS CRÍTICOS

66

- **PUNTO CRÍTICO N° 10:**
  - **¿Cómo?:** Herramientas y protocolos



kayrós

conversaciones que ayudan

67

ESQUIZOFRENIA

DEMENCIA

DEPRESIÓN

MAYORES

NEUROLOGÍA

CIENCIAS  
FORENSES

# “DOCUMENTO SITGES”

68

**Boada M, Robles A, editores. 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/>**



## Aspectos neurológicos que intervienen en la toma de decisiones

1. Nivel de conciencia (Nc)
2. Percepción de estímulos (Pc)

### Funciones cognitivas

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)



**Tabla 8.** Alteración máxima permisible en las diferentes funciones mentales que intervienen en la toma de decisiones, distribuidas éstas en 12 grupos

	S <sub>M</sub>	S <sub>m</sub>	I <sub>M</sub>	I <sub>m</sub>	P <sub>M</sub>	P <sub>m</sub>	A <sub>M</sub>	A <sub>m</sub>	O <sub>M</sub>	O <sub>m</sub>	T <sub>M</sub>	T <sub>m</sub>
Nivel de conciencia (Nc)	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Percepción de estímulos (Pc)	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3
Atención (At)	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3
Gnosias (Gn)	3	4	3	4	2	3	2	3	2	3	2	3
Lenguaje: comprensión (L-C)	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3
Lenguaje: expresión (L-E)	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3
Cálculo (Cc)	5	5	5	5	2	3	3	4	3	4	3	4
Memoria episódica de hechos recientes (Me)	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3
Memoria episódica autobiográfica (Ma)	3	3	3	4	2	3	3	3	3	4	3	3
Orientación espacial (Oe)	4	5	4	5	3	4	3	4	4	4	3	4
Praxia constructiva (P-C)	5	5	5	5	4	5	3	4	4	5	3	5
Funciones ejecutivas (Fe)	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2
Razonamiento abstracto (Ra)	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2
Motivación-autocontrol -introspección (MAI)	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2
Ideación espontánea (Ie)	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2
Afectividad-estado emocional (A-E)	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2

Columna de la izquierda: aspectos neurológicos que intervienen en la toma de decisiones. Fila superior: tipos de decisión de mayor interés, clasificados por categorías. S<sub>M</sub>: decisiones que influyen en la propia salud de grado mayor; S<sub>m</sub>: decisiones que influyen en la propia salud de grado menor; I<sub>M</sub>: decisiones sobre la participación en investigaciones de grado mayor; I<sub>m</sub>: decisiones sobre la participación en investigaciones de grado menor; P<sub>M</sub>: decisiones relacionadas con el patrimonio de grado mayor; P<sub>m</sub>: decisiones relacionadas con el patrimonio de grado menor; A<sub>M</sub>: decisiones relativas a actividades propias no laborales de grado mayor; A<sub>m</sub>: decisiones relativas a actividades propias no laborales de grado menor; O<sub>M</sub>: decisiones sobre sí mismo diferentes de las anteriores de grado mayor; O<sub>m</sub>: decisiones sobre sí mismo diferentes de las anteriores de grado menor; T<sub>M</sub>: decisiones sobre otras personas sobre las que se tiene responsabilidad no laboral de grado mayor; T<sub>m</sub>: decisiones sobre otras personas sobre las que se tiene responsabilidad no laboral de grado menor. Puntuaciones: escala unificada de 1 a 5, 1: normal; 2: deterioro ligero; 3: deterioro moderado; 4: deterioro intenso; 5: función abolida.



kayrós

conversaciones que ayudan

70

- 1. Tunzi M. Can the patient decide? Evaluating patient capacity in practice. American Family Physician 2001;64(2):299-306.**
- 2. Bellhouse J, Holland A, Clare I, Gunn M. Decision-making capacity in adults: its assessment in clinical practice. Advances in Psychiatric Treatment 2001;7:294-301.**
- 3. Jones RC, Holden TH. A guide to assessing decision-making capacity. Cleveland Clinic J of Med 2004;71(12):971-975.**

# LOS CLINICOS



In assessing consent capacity, should practitioners use forensic assessment instruments, that is, instruments developed to specifically assess consent capacity? Although currently available instruments show some promise, they should be used with awareness of the limitations of each instrument, and with the knowledge that a score on an instrument is not intended to supplant clinical judgment. Instruments are useful in that they provide examples of how to conceptualize and operationalize the aforementioned decisional abilities. In selecting instruments for use as resources, it seems most prudent to select instruments developed for the population being assessed. In this vein, the MacCAT-T and other Grisso and Appelbaum instruments may be most useful for psychiatrically disturbed populations, the CCTI may be most useful for demented populations, and the HCAI may be most useful for more impaired adults in long-term care settings. In some cases, instruments may be selected based on the appropriateness of the content (e.g., the CIS when assessing capacity to consent to ECT).

**Moye J, Gurrera RJ, Karel MJ, Edelstein B, O'Connell C.** Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment. Clinical implications and research needs. *Clinical Psychology Review* 2006 Dec;26(8):1054-77 .

DENOMINACION	ACRONIMO	AUTOR	PAIS	AÑO	TIPO	PUNTUA
Aid to Capacity Evaluation	ACE	Etchells et al <sup>1</sup>	Canada	1999	Entrevista semiestructurada	SI
Capacity Assessment Tool	CAT	Carney et al <sup>2</sup>	EE.UU.	2001	Entrevista estructurada	SI
Capacity to Consent to Treatment Instrument	CCTI	Marson et al <sup>3</sup>	EE.UU.	1995	2 escenarios y entrevista	SI
Decision Assessment Measure	DAM	Wong et al <sup>4</sup>	UK	2000	Entrevista semiestructurada	SI
Hopemont Capacity Assessment Interview	HCAI	Edelstein <sup>5</sup>	EE.UU.	1999	2 escenarios y entrevista	SI
MacArthur Competence Assessment Tool	MacCAT-T * MacCAT-CR MacCAT-CA	Grisso & Appelbaum <sup>6 7</sup>	EE.UU.	1998	Entrevista semiestructurada (1 escenario en la version CR)	SI

(También) **Sturman ED.** The capacity to consent to treatment and research: A review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review* 2005;25:954-74.



kayrós

conversaciones que ayudan

72

# PATRÓN ORO

Resultado de la prueba	Verdadero diagnóstico		
	INCAPAZ	CAPAZ	
Positivo INCAPAZ	Verdaderos Positivos (VP)	Falsos Positivos (FP)	VALOR PREDICTIVO POSITIVO
Negativo CAPAZ	Falsos Negativos (FN)	Verdaderos Negativos (VN)	VALOR PREDICTIVO NEGATIVO
	<i>SENSIBILIDAD</i>	<i>ESPECIFICIDAD</i>	

# 10 PUNTOS CRÍTICOS

73

## □ PUNTO CRÍTICO N° 10:

□ **¿Cómo?:** McCAT-T (Appelbaum y Grisso, 1995, 1998)

Criterio	Subcriterio	PP	PT
Comprensión	Comprensión de la enfermedad	0-2	0-6
	Comprensión del tratamiento	0-2	
Apreciación	Comprensión de riesgos y beneficios	0-2	0-4
	De la situación de la enfermedad	0-2	
Razonamiento	Del objetivo general del tratamiento	0-2	0-8
	Lógico-secuencial	0-2	
	Lógico-comparativo	0-2	
	Predictivo	0-2	
	Consistencia interna del procedimiento	0-2	
Elección	Expresa una decisión	0-2	0-2



CLINICAL PRACTICE

## Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment

Paul S. Appelbaum, M.D.

*This Journal feature begins with a case vignette highlighting a common clinical problem. Evidence supporting various strategies is then presented, followed by a review of formal guidelines, when they exist. The article ends with the author's clinical recommendations.*

A 75-year-old woman with type 2 diabetes mellitus and peripheral vascular disease is admitted with a gangrenous ulcer of the plantar aspect of her left foot. A surgical consultation results in a recommendation for a below-the-knee amputation, but the patient declines the procedure on the grounds that she has lived long enough and wants to die with her body intact. Her internist, who has known her for 15 years, is concerned that she has been increasingly confused over the past year and now appears to be depressed. How should her physician determine whether her decision is a competent one?

### THE CLINICAL PROBLEM

Physicians are required by law and medical ethics to obtain the informed consent of their patients before initiating treatment.<sup>1</sup> Valid informed consent is premised on the disclosure of appropriate information to a competent patient who is permitted to make a voluntary choice. When patients lack the competence to make a decision about treatment, substitute decision makers must be sought. Hence, the determination of whether patients are competent is critical in striking a proper balance between respecting the autonomy of patients who are capable of making informed decisions and protecting those with cognitive impairment.

Although incompetence denotes a legal status that in principle should be determined by a court, resorting to judicial review in every case of suspected impairment of capacity would probably bring both the medical and legal systems to a halt. (The

From the Division of Law, Ethics, and Psychiatry, Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University and New York State Psychiatric Institute, New York. Address correspondence to Dr. Appelbaum at the New York State Psychiatric Institute, Unit 122, 1051 Riverside Dr., New York, NY 10032, or at [psa21@columbia.edu](mailto:psa21@columbia.edu).

N Engl J Med 2007;357:1834-40.

Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.

- “Pese a la importancia de la evaluación de la competencia de los pacientes por los médicos y la incidencia de deterioro de la capacidad entre los pacientes, los datos sugieren que la realización de evaluaciones de la capacidad es a menudo subóptima. Los médicos con frecuencia ignoran la incapacidad de un paciente para la toma de decisiones”.

Appelbaum PS. *Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment*.  
New England Journal Medicine 2007;357:1834-40.

- En los últimos años ha surgido un creciente interés por desarrollar instrumentos de evaluación de la capacidad para tomar decisiones en el ámbito de la salud.

Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER.  
*Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments*. Am J Psychiatry 2006;163:1323-1334.

# MacCAT (Appelbaum y Grisso)

76

- MacArthur Competence Assessment Tool
- Tendencia en la literatura a ser considerada como protocolo de referencia con sus cuatro criterios ampliamente reconocidos.

En la toma de  
decisiones clínicas  
*MacCAT-T Treatment*

En investigación  
*MacCAT-CR Clinical Research*

En imputabilidad  
*MacCAT-CA Criminal Adjudication*

- Validación al español en proceso (Tirso Ventura)



Una evaluación de la capacidad de un paciente debería de incluir estos puntos:

**1) Conocer la finalidad y las circunstancias** de la valoración.

Definir a que tarea específica va dirigida: aceptación de un tratamiento concreto, realización de una prueba diagnóstica, participación en una investigación.

**2) Evaluación del estado somático** para descartar cualquier patología orgánica que pudiera alterar el estado mental del paciente.

**3) Preparar la información** que se va a dar al paciente de manera que sea relevante y adecuada a las necesidades del paciente para conseguir una mejor comprensión.

- 4) **Examen Mental**, con una exploración psicopatológica que incluya como mínimo: atención, lenguaje, memoria, estado de ánimo y ansiedad, sueño, apetito, alteraciones de la sensopercepción, ideas delirantes, conciencia de enfermedad y capacidad de razonamiento. Puede ser útil el empleo del MiniExamen Cognoscitivo.
- 5) **Evaluar de manera sistemática** las habilidades implicadas en la capacidad para tomar decisiones: **Comprensión, Apreciación, Razonamiento y Expresión de una Elección.**
- 6) **Valorar el riesgo/beneficio** de las consecuencias de la decisión a tomar, en las circunstancias concretas del paciente, para emplear si procede la escala móvil de capacidad.

- 7) Intentar **determinar los valores** y creencias del paciente, su congruencia con su biografía previa, y su influencia en la toma de decisiones.
- 8) **Recoger información del entorno del paciente**, solicitando la colaboración de la familia para confirmar los valores y creencias del enfermo y para evitar que el desconocimiento de algunos síntomas (por ejemplo: ideas delirantes, deterioro cognitivo previo) pueda hacer que la valoración sea errónea.
- 9) **Registrar** detalladamente el proceso de evaluación y los datos clínicos que lo sustenten.
- 10) **Tomar una decisión sobre la capacidad del paciente** en relación a la tarea específica, y si la valoración es de incapacidad instaurar el tratamiento adecuado en bien del paciente. Determinar un tiempo prudente en que se revisará esta decisión.



¡¡GRACIAS!!

[jjudez@adpsalud.es](mailto:jjudez@adpsalud.es)