

La entrevista semi-estructurada MacCAT-T evalúa de manera individualizada y sistematizada las habilidades básicas relacionadas con la toma de decisiones sobre tratamiento. No proporciona resultados que se trasladen directamente en determinaciones de capacidad o incapacidad legal, pero sí aporta información relevante que unida a las observaciones clínicas, permite realizar un juicio clínico prudente sobre la capacidad mental del paciente.

Desde la presentación por el Dr. Appelbaum y el Dr. Grisso en 1998, la MacCAT-T (MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment) es la herramienta de evaluación de la capacidad para consentir tratamiento más utilizada a nivel internacional, con mayor apoyo empírico y con elevado grado de fiabilidad entre evaluadores. Entre las ventajas de la entrevista destacan: criterios fiables, claridad del procedimiento, y permite la estandarización en las evaluaciones de capacidad mental. La presente versión española de la entrevista MacCAT-T ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas para la evaluación de la capacidad mental de los pacientes, con patología psiquiátrica o médica, para decidir sobre su tratamiento.

Editorial Panamericana tiene el gusto de presentar a médicos y otros profesionales sanitarios de habla española la adaptación de la MacCAT-T realizada por el Dr. Tirso Ventura y colaboradores, con las debidas garantías científicas y legales. Su utilización puede ser de gran ayuda en la evaluación de la capacidad mental y contribuirá a una mejor calidad asistencial y al cumplimiento de la ley y la ética en la obtención del consentimiento informado.

# HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA TRATAMIENTO (MacCAT-T)

Thomas Grisso • Paul S. Appelbaum

## ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

*Tirso Ventura*

*Mercedes Navío*

*Ignacio Álvarez*

*Beatriz Baón*

*Grupo Investigación Servet\**

**cibersam**  
Centro de Investigación Biomédica En Red  
de Salud Mental



# HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA TRATAMIENTO (MACCAT-T)

Thomas Grisso • Paul S. Appelbaum

## ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

*Tirso Ventura*

*Mercedes Navío*

*Ignacio Álvarez*

*Beatriz Baón*

*Grupo de Investigación Servet\**

Título del original en inglés  
MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)  
de Thomas Grisso & Paul S. Appelbaum  
Originalmente publicado por Professional Resource Press (Am imprint of Professional Resource Exchange, Inc.)  
Copyright © 1998 de Professional Resource Exchange, Inc.

Traducción y adaptación española para EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A.  
Efectuada por los doctores Tirso Ventura Faci, Mercedes Navío Acosta, Ignacio Álvarez Marrodán, Beatriz Baón Pérez y Grupo de Investigación Servet.

Otros autores del Grupo de Investigación Servet: Helena Andrés, Elvira Bermúdez, Belén Cantón, Paola Casanova, José Luis Día, Patricia Enriquez, Pedro Holgado, Miguel Hurtado, Carolina García-Cuartero, Laura Gracia-Crespo, Julián Gómez, Marta Marín-Mayor, Victoria Martí-Garnica, Elena Lobo, Raúl López-Antón, Ángela Sánchez, Antonio Serrano, Ernesto Verdura, Lucía Villora.

**\* El Grupo de Investigación Servet es multidisciplinario y lo conforman profesionales de las siguientes disciplinas: Psiquiatría, Medicina Interna, Medicina Preventiva y Salud Pública, Enfermería y Psicología.**

Los editores han hecho todos los esfuerzos para localizar a los poseedores del copyright del material fuente utilizado. Si inadvertidamente hubieran omitido alguno, con gusto harán los arreglos necesarios en la primera oportunidad que se les presente para tal fin.

**Gracias por comprar el original. Este libro es producto del esfuerzo de profesionales como usted, o de sus profesores, si usted es estudiante. Tenga en cuenta que fotocopiarlo es una falta de respeto hacia ellos y un robo de sus derechos intelectuales.**

Las ciencias de la salud están en permanente cambio. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplían nuestro conocimiento, se requieren modificaciones en las modalidades terapéuticas y en los tratamientos farmacológicos. Los autores de esta obra han verificado toda la información con fuentes confiables para asegurarse de que ésta sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, en vista de la posibilidad de un error humano o de cambios en las ciencias de la salud, ni los autores, ni la editorial o cualquier otra persona implicada en la preparación o la publicación de este trabajo, garantizan que la totalidad de la información aquí contenida sea exacta o completa y no se responsabilizan por errores u omisiones o por los resultados obtenidos del uso de esta información. Se aconseja a los lectores confirmarla con otras fuentes. Por ejemplo, y en particular, se recomienda a los lectores revisar el prospecto de cada fármaco que planean administrar para cerciorarse de que la información contenida en este libro sea correcta y que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia con relación a fármacos nuevos o de uso infrecuente.



Visite nuestra página web:  
<http://www.medicapanamericana.com>

**ARGENTINA**  
Marcelo T. de Alvear 2.145 (C 1122 AAG)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina  
Tel.: (54-11) 4821-2066 / Fax: (54-11) 4821-1214  
e-mail: [info@medicapanamericana.com](mailto:info@medicapanamericana.com)

**COLOMBIA**  
Carrera 7a A N° 69-19 - Bogotá DC- Colombia.  
Tel.: (57-1) 235-4068 / Fax: (57-1) 345-0019  
e-mail: [infomp@medicapanamericana.com.co](mailto:infomp@medicapanamericana.com.co)

**ESPAÑA**  
Quintanapalla, 8 4.ª planta - 28050 Madrid, España  
Tel.: (34-91) 131-78-00 / Fax: (34-91) 457-09-19  
e-mail: [info@medicapanamericana.es](mailto:info@medicapanamericana.es)

**MÉXICO**  
Hegel 141, 2.º piso. Colonia Chapultepec Morales  
Delegación Miguel Hidalgo - 11570 - México D.F., México  
Tel.: (52-55) 5262-9470/5203-0176 / Fax: (52-55) 2624-2827  
e-mail: [infomp@medicapanamericana.com.mx](mailto:infomp@medicapanamericana.com.mx)

**VENEZUELA**  
Edificio Polar, Torre Oeste, Piso 6, Of. 6-C  
Plaza Venezuela, Urbanización Los Caobos,  
Parroquia El Recreo, Municipio Libertador - Caracas Depto. Capital -  
Venezuela  
Tel.: (58-212) 793-2857/6906/5985/1666  
Fax: (58-212) 793-5885  
e-mail: [info@medicapanamericana.com.ve](mailto:info@medicapanamericana.com.ve)

ISBN:  
Depósito Legal.



Todos los derechos reservados. Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos, electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, sin el permiso previo de Editorial Médica Panamericana, S. A.

© 2014, EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S. A.  
Quintanapalla, 8, 4.a planta - 28050 Madrid

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos .....	v
Ficha técnica .....	vii
Prefacio .....	viii
Introducción .....	1
Bibliografía de la validación americana .....	4
Tablas de la validación americana .....	5
Introducción a la adaptación española de la entrevista MacCAT-T .....	12
Bibliografía de la validación española .....	15
Tablas de la validación española .....	17
Publicación en Medicina Clínica de la validación española de la MacCAT-T .....	23
Instrucciones para la aplicación de la MacCAT-T .....	27
I. Preparación .....	27
II. Entrevista .....	29
III. Puntuación .....	35
IV. Interpretación .....	43
Formulario de Registro MacCat-T y Formulario de Tratamiento Alternativo .....	45



## AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer especialmente al Dr. Appelbaum y al Dr. Grisso su apoyo y contribución en el diseño del estudio y la corrección de la retrotraducción de la entrevista MacCAT-T.

Este estudio ha recibido financiación por parte del Instituto Carlos III del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, dentro de la convocatoria “ETES y Servicios de Salud” (Proyecto de Investigación PI08/90408: “Estudio coordinado con el método INTERMED de “pacientes complejos” en plantas médicas de hospitales españoles: Frecuencia, descripción, gestión de cuidados y calidad asistencial”).

Así mismo agradecemos la ayuda recibida para la realización del trabajo por el Banco de Instrumentos del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Ministerio de Economía y Competitividad, Madrid, España.



## FICHA TÉCNICA

**Nombre:** Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T)

**Nombre original:** MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)

**Autores:** Thomas Grisso & Paul S. Appelbaum

**Procedencia:** Professional Resource Exchange, Inc.

**Adaptación española:** T. Ventura Faci, M. Navío Acosta, I. Álvarez Marrodán, B. Baón Pérez y Grupo de Investigación Servet\*

**Aplicación:** Individual

**Ámbito de aplicación:** Evaluación de la capacidad mental para consentir tratamiento.

**Tipo de test:** Entrevista semiestructurada

**Duración:** De 15 a 20 minutos

**Baremación:** Puntuación de las cuatro habilidades de la capacidad sin puntos de corte. Los resultados deben incluirse en la valoración clínica global

**Finalidad:** Evaluación sistematizada de las habilidades básicas implicadas en la toma de decisiones para dar consentimiento informado sobre tratamiento

**Material:** Manual de aplicación y hojas de registro

## PREFACIO

La Herramienta MacArthur de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (*MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment*) (MacCat-T) es una entrevista estructurada proyectada para evaluar las habilidades en la toma de decisiones relevantes para hacer juicios sobre la capacidad de los pacientes para consentir un tratamiento. Es el producto final del proyecto MacArthur, un programa de investigación centrado en el consentimiento informado y la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes, que se llevó a cabo desde 1989 a 1997. Este programa de investigación fue realizado por la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur a través del soporte de la Red de Investigación en Salud Mental y Ley MacArthur, de la cual éramos investigadores centrales. La Red nos asignó la responsabilidad de desarrollar y llevar a cabo el proyecto de investigación que condujo a este instrumento, pero su conceptualización y resultado final fueron sin lugar a duda un producto grupal. Nos gustaría dar las gracias al resto de los miembros de la Red, quienes han hecho una enorme contribución en el desarrollo de la MacCAT-T a través del esfuerzo de la investigación. Ellos son: Shirley Abrahamson, Richard Bonnie, Pamela Hyde, John Monahan (Chair), Stephen Morse, Ed Mulvey, Loren Roth, Paul Slovic, Henry Steadman, y David Wexler.

El desarrollo de la MacCAT-T surgió de nuestra experiencia en la creación de tres medidas de investigación que se utilizaron para evaluar la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes en el consentimiento informado para recibir tratamientos. Estos Instrumentos de Investigación sobre la Capacidad Civil se describen en otras publicaciones (Grisso & Appelbaum, 1995; Grisso et al., 1995). Fueron muy útiles como medidas objetivas de las habilidades en la toma de decisiones con los que testamos hipótesis en relación a los déficits relevantes en las mismas en los trastornos médicos y mentales. Sin embargo, esas primeras herramientas requerían un esfuerzo y tiempo excesivos para

su aplicación en la práctica diaria. El MacCAT-T refleja nuestra decisión de unir las tres medidas en una herramienta clínica práctica conservando la mayor parte del formato de los instrumentos de investigación, pero proporcionando una mayor simplicidad a la hora de su administración y la puntuación de las respuestas.

El Manual de la MacCAT-T y la copia del Formulario de Respuestas fueron originalmente impresos en el apéndice de nuestro libro, publicado por Oxford University Press, bajo el título *Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals*. (Grisso & Appelbaum, 1998). Aunque era importante incluir los contenidos del manual en el libro, era poco manejable para los clínicos en su práctica diaria. Además, la copia del libro del Formulario de Respuestas, pretendía simplemente describir el formulario, el cual fue impreso en un tamaño reducido que no era viable para el uso de los clínicos a la hora de registrar las respuestas de los pacientes.

Para solucionar esta situación, *Professional Resource Press* obtuvo permiso de *Oxford University Press* para publicar el Manual de la MacCAT-T separado, en su formato actual, que se ajusta mucho mejor para su uso como material de referencia en la formación de residentes y en la formación continuada, y más manejable para su empleo en la clínica habitual o de fácil consulta. Los Formularios de Respuesta de la MacCAT-T han sido ahora elaborados en un tamaño apropiado para registrar con facilidad la información de la entrevista MacCAT-T, y un soporte en papel en tres partes que permite recopilar toda la información en un único documento en lugar de en diferentes hojas separadas. Los formularios en inglés se pueden comprar en *Professional Resource Press*.

Este manual describe el procedimiento de la entrevista MacCAT-T pero, en realidad la observación de la realización de una simple entrevista transmite el proceso y sus matices de una manera mucho más efectiva que lo que cualquier tipo de descripción escrita pueda conseguir. Por este motivo hemos realizado un vídeo que muestra a un clínico realizando la entrevista MacCAT-T a un paciente esquizofrénico, acompañado de nuestras propias narraciones y comentarios en cada fase de la entrevista. Este vídeo será especialmente valioso en la formación de residentes y en los talleres de formación continuada como herramienta educativa y como medio para grupos de debate en relación con el proceso clínico de evaluación de la capacidad para consentir tratamiento. Este vídeo también está disponible en *Professional Resource Press*.

Para finalizar, avisamos a los lectores que el manual de la MacCAT-T por sí mismo no proporciona toda la información que los clínicos necesitarán a la hora de realizar la evaluación de la capacidad en relación con las habilidades de los pacientes para tomar decisiones informadas sobre sus tratamientos. Los clínicos deben conocer también el significado del consentimiento informado, la relación de la capacidad y el consentimiento informado, el papel de la información clínica diagnóstica en la interpretación de la

**X** *Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T)*

---

MacCAT-T, y el marco clínico y legal en el que deben ser realizados los juicios sobre la capacidad en los pacientes. La MacCAT-T evalúa algunas habilidades específicas que son necesarias para la capacidad, pero uno también tiene que tener en cuenta el contexto conceptual y clínico con el que interpretar los resultados. Todas estas materias se revisan en nuestro libro, *Assessing competence to consent to treatment*. Por eso, consideramos dicho libro y el presente manual como un “compendio” de propuestas para los clínicos sobre la evaluación de la capacidad.

*Thomas Grisso  
Paul S. Appelbaum  
Worcester, MA  
Julio, 1998*

# INTRODUCCIÓN

La Herramienta MacArthur de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (*MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment*) (MacCat-T) proporciona a los médicos y otros profesionales de la salud una guía práctica para evaluar la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes, en el contexto del consentimiento informado para aceptar tratamiento. La MacCAT-T es un modelo de entrevista que ayuda al clínico a obtener información que es especialmente relevante a la hora de juzgar la capacidad de los pacientes para consentir o rechazar un tratamiento.

La entrevista MacCAT-T fue desarrollada con la finalidad de combinar el proceso de ayudar a los pacientes para tomar decisiones informadas sobre sus tratamientos y evaluar sus habilidades para decidir. La información sobre el trastorno del paciente, las opciones terapéuticas, y los beneficios y riesgos de cada una de ellas se recogen, antes de realizar la entrevista con el paciente, en el Formulario de Respuestas de la MacCAT-T. La MacCAT-T guía entonces al clínico a través de un proceso en el que se informa al paciente sobre aquellos factores que deberían tenerse en cuenta a la hora de proporcionar el consentimiento informado. Las preguntas formuladas por la entrevista MacCAT-T permiten obtener respuestas de una manera en la que se refleja el grado de habilidad del paciente en cuatro áreas: Comprensión, Apreciación, Razonamiento y Expresión de una elección. Las respuestas de los pacientes se evalúan utilizando los criterios del instrumento para calificar la adecuación en la capacidad de toma de decisiones del paciente en cada área.

Las cuatro áreas de habilidades evaluadas por la MacCAT-T se determinaron a través de revisiones exhaustivas de las definiciones legales de capacidad en el consentimiento sobre tratamiento (Appelbaum & Grisso, 1988, 1995; Appelbaum & Roth, 1981, 1982; Berg, Appelbaum & Grisso, 1996). El libro *Assessing competence to consent to treatment*.

proporciona las definiciones completas de los conceptos de estas habilidades y ejemplos de casos que los ilustran. De manera resumida, se definen como sigue a continuación:

- *Comprensión* de la información relacionada con el tratamiento, centrándonos en las categorías de información que deben ser recogidas según lo requerido por la ley del Consentimiento Informado.
- *Apreciación* del significado de la información para la situación del paciente, centrándonos en la naturaleza del trastorno y la posibilidad de que el tratamiento pueda ser beneficioso.
- *Razonamiento* en el proceso de decidir sobre el tratamiento, centrándonos en la habilidad para comparar alternativas teniendo en cuenta sus consecuencias, incluyendo la habilidad de deducir el impacto de las distintas alternativas en la vida diaria del paciente.
- *Expresión de una elección* sobre el tratamiento.

Los criterios de puntuación de la MacCAT-T proporcionan un modelo para que el clínico exprese opiniones en relación con la adecuación o inadecuación de cada una de las respuestas del paciente. La suma total de las puntuaciones obtenidas por el paciente en las preguntas dentro de cada tipo particular de habilidad proporciona una indicación de la adecuación o grado de déficit en las habilidades del paciente para enfrentarse con la información y las decisiones sobre su propio trastorno y tratamiento. Sin embargo, la MacCAT-T no proporciona “puntos de corte” que representan la “capacidad” o “incapacidad” en estas cuatro habilidades. Esto se debe a que la MacCAT-T fue diseñada buscando ser consistente con una máxima básica en la definición legal de capacidad: Ningún nivel particular de habilidad se asocia siempre con capacidad o incapacidad para todos los pacientes, todos los trastornos, y todas las situaciones médicas. (Véase el Capítulo 2 en Grisso & Appelbaum, 1998, para una explicación de esta máxima así como de otras que son importantes para entender las capacidades legales).

Además, la entrevista MacCAT-T no se puntúa de manera global. Proporciona puntuaciones de cada una de las cuatro áreas de habilidades para tomar decisiones descritas anteriormente, pero no suma estas puntuaciones. Esto está relacionado con un concepto básico en capacidad: En algunos casos, un déficit importante en alguna de las cuatro áreas puede conducir a una opinión clínica o judicial de incapacidad, incluso si las habilidades del paciente en cualquiera de las otras tres áreas son completamente adecuadas.

Cuando los clínicos emplean la MacCAT-T en la evaluación de la capacidad del paciente a la hora de tomar decisiones acerca de su tratamiento, es esencial que los resultados sean integrados junto a otros datos y antecedentes clínicos, así como con la consideración del contexto en que tuvo lugar la entrevista. No se hace un uso adecuado

de la MacCAT-T a la hora de emitir juicios sobre la capacidad del paciente para dar su consentimiento para tratamiento si sólo nos basamos en sus puntuaciones. El proceso completo a la hora de evaluar la capacidad de tomar decisiones en un paciente se describe en el libro señalado anteriormente, con el cual los clínicos que emplean la MacCAT-T deberían familiarizarse.

La administración de la MacCAT-T tiene tres pasos: *Preparación*, en la que el clínico obtiene y organiza la información (en el Formulario de Registro de la MacCAT-T) sobre el paciente y las opciones de tratamiento con el fin de disponer la información que divulgará al paciente; la *Entrevista* en sí misma; y la *Puntuación* obtenida por el paciente en la entrevista en función de las preguntas formuladas. Este manual se ha diseñado con estos tres encabezamientos. Se puede obtener del *Professional Resource Press* un vídeo en el que se muestra la administración de la MacCAT-T en una entrevista médico-paciente.

# BIBLIOGRAFÍA DE LA VALIDACIÓN AMERICANA

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA POR LOS AUTORES AMERICANOS

- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med.* 1988;319:1635-8.
- Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur Treatment Competence Study, I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Hum Behav.* 1995;19:105-26.
- Appelbaum PS, Roth L. Clinical issues in the assessment of competency. *Am J Psychiatry.* 1981;138:1462-7.
- Appelbaum PS, Roth L. Competence to consent to research: A psychiatric overview. *Arch Gen Psychiatry.* 1982;39:951-8.
- Berg J, Appelbaum PS, Grisso T. Constructing competence: Formulating standards of legal competence to make medical decisions. *Rutgers Law Rev.* 1996;48:345-96.
- Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study, III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatment. *Law Hum Behav.* 1995;19:149-74.
- Grisso T, Appelbaum PS. The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv.* 1997;48:1415-9.
- Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
- Grisso T, Appelbaum PS, Mulvey E, Fletcher K. The MacArthur Treatment Competence Study, II: Measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law Hum Behav.* 1995;19:127-48.

## TABLAS DE LA VALIDACIÓN AMERICANA

- Tabla 1:** Descripción de la muestra del estudio MacCAT-T
- Tabla 2:** Frecuencias y porcentajes para la puntuación en Comprensión
- Tabla 3:** Frecuencias y porcentajes para la puntuación en Apreciación
- Tabla 4:** Frecuencias y porcentajes para la puntuación en Razonamiento
- Tabla 5:** Frecuencias y porcentajes para la puntuación en Expresión de una elección
- Tabla 6:** Correlación intraclase (CCI) entre tres evaluadores, y correlación de Pearson  $r$  entre pares de evaluadores, para las puntuaciones globales
- Tabla 7:** Correlación intraclase (CCI) entre tres evaluadores, y correlación de Pearson  $r$  entre pares de evaluadores, para las secciones de la MacCAT-T

**TABLA 1**  
**Descripción de la muestra del estudio MacCAT-T**

<i>Variables</i>	<i>Pacientes hospitalizados con esquizofrenia n = 40</i>	<i>Comunidad (no enfermos) n = 40</i>
Edad (media) (desviación estándar)	39,1 9,6	39,0 9,9
Hombres (%)	80	80
Blancos (%)	85	85
Nivel socioeconómico (IV-V) (%)	87	80
Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (%)	100	0
Ingreso involuntario (%)	23	Sin ingreso
Días desde el ingreso hasta la administración de la entrevista (media)	23	Sin ingreso
Número de ingresos previos, tres o más (%)	85	Sin ingreso
Puntuación total en la escala BPRS (media) (desviación estándar)	50,2 (8,5)	Sin ingreso

**TABLA 2**  
**Frecuencias y porcentajes para la puntuación en Comprensión**

	<i>Hospital</i>		<i>Comunidad</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Comprensión 1 (trastorno)</b>				
2,00-1,70	18	45,0	32	80,0
1,69-1,30	9	22,5	6	15,0
1,29-1,00	7	17,5	2	5,0
< 1,00	6	15,0	0	0,0
Media	1,46		1,83	
Desviación estándar	0,60		0,23	
<b>Comprensión 2 (tratamiento)</b>				
2,00-1,70	26	65,0	37	92,5
1,69-1,30	9	22,5	2	5,0
1,29-1,00	1	2,5	0	0,0
< 1,00	4	10,0	1	2,5
Media	1,66		1,94	
Desviación estándar	0,55		0,24	
<b>Comprensión 3 (beneficios/riesgos)</b>				
2,00-1,70	10	25,0	31	77,5
1,69-1,30	7	17,5	5	12,5
1,29-1,00	13	32,5	3	7,5
< 1,00	10	25,0	1	2,5
Media	1,20		1,83	
Desviación estándar	0,56		0,34	
<b>Comprensión total</b>				
6,0-5,1	13	32,5	36	90,0
5,0-4,1	14	35,0	2	5,0
4,0-3,1	6	15,0	2	5,0
3,0-2,1	5	12,5	0	0,0
<2,1	2	5,0	0	0,0
Media	4,33		5,60	
Desviación estándar	1,35		0,66	
			t=5,19; p=0,000	

**TABLA 3**  
**Frecuencias y porcentajes para la puntuación en Apreciación**

	<i>Hospital</i>	
	<i>n</i>	%
<b>Apreciación 1 (trastorno)</b>		
Puntuación máxima (2)	31	77,5
Puntuación parcial (1)	4	10,0
Puntuación mínima (0)	5	12,5
<b>Apreciación 2 (tratamiento)</b>		
Puntuación máxima (2)	36	90,0
Puntuación parcial (1)	1	2,5
Puntuación mínima (0)	3	7,5
<b>Apreciación total</b>		
Puntuación máxima (4)	31	77,5
(3)	2	5,0
Puntuación parcial (2)	3	7,5
(1)	3	7,5
Puntuación mínima (0)	1	2,5

**TABLA 4**  
**Frecuencias y porcentajes para la puntuación en Razonamiento**

	<i>Hospital</i>		<i>Comunidad</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Razonamiento consecucional</b>				
Puntuación máxima (2)	18	45,0	28	70,0
Puntuación parcial (1)	15	37,5	7	17,5
Puntuación mínima (0)	7	17,5	5	12,5
Media	1,28		1,58	
Desviación estándar	0,75		0,71	
<b>Razonamiento comparativo</b>				
Puntuación máxima (2)	16	40,0	17	42,5
Puntuación parcial (1)	4	10,0	4	10,0
Puntuación mínima (0)	20	50,0	19	47,5
Media	0,90		0,95	
Desviación estándar	0,96		0,96	
<b>Generación de consecuencias</b>				
Puntuación máxima (2)	24	60,0	34	85,0
Puntuación parcial (1)	8	20,0	3	7,5
Puntuación mínima (0)	8	20,0	3	7,5
Media	1,40		1,78	
Desviación estándar	0,81		0,57	
<b>Consistencia lógica</b>				
Puntuación máxima (2)	31	77,5	35	87,5
Puntuación parcial (1)	3	7,5	4	10,0
Puntuación mínima (0)	6	15,0	1	2,5
Media	1,63		1,85	
Desviación estándar	0,74		0,42	
<b>Razonamiento total</b>				
8.0	8	20,0	12	30,0
7.0-6.0	13	32,5	16	40,0
5.0-4.0	11	27,5	10	25,0
3.0-2.0	2	5,0	1	2,5
1.0-0.0	6	15,0	1	2,5
Media	5,20		6,15	
Desviación estándar	2,42		1,69	
			t=2,15; p=0,038	

**TABLA 5**  
Frecuencias y porcentajes para la puntuación en Expresión de una elección

		<i>Hospital</i>		<i>Comunidad</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Puntuación máxima	(2)	38	95,0	40	100,0
Puntuación parcial	(1)	1	2,5	0	0,0
Puntuación mínima	(0)	1	2,5	0	0,0
				t=1,36; p=0,183	

**TABLA 6**  
Correlación intraclase (CCI) entre tres evaluadores, y correlación de Pearson r entre pares de evaluadores (n = 40: 20 pacientes y 20 controles de la comunidad), para las puntuaciones globales

	<i>Todos los evaluadores (CCI)</i>	<i>Evaluadores</i>		
		<i>1-2</i>	<i>1-3</i>	<i>2-3</i>
Comprensión total	0,99	0,97	0,99	0,97
Apreciación total	0,87	0,72	0,59	0,81
Razonamiento total	0,91	0,83	0,77	0,75

NOTA: La correlación para la apreciación total se basa en la evaluación de 20 pacientes.

**TABLA 7**  
**Correlación intraclase (ICC) entre tres evaluadores, y correlación de Pearson r entre pares de evaluadores (n = 40: 20 pacientes y 20 controles de la comunidad), para las secciones de la MacCAT-T**

	<i>Todos los evaluadores (CCI)</i>	<i>Evaluadores</i>		
		<i>1-2</i>	<i>1-3</i>	<i>2-3</i>
Comprensión: trastorno	0,98	0,95	0,98	0,96
Comprensión: tratamiento	0,98	0,97	0,95	0,96
Comprensión: beneficios/riesgos	0,99	0,97	0,98	0,97
Apreciación: trastorno	0,91	0,86	0,70	0,80
Apreciación: tratamiento	0,85	0,66	0,69	0,74
Razonamiento: consecuencial	0,82	0,69	0,58	0,51
Razonamiento: comparativo	0,88	0,82	0,70	0,64
Razonamiento: generación de consecuencias	0,92	0,80	0,81	0,77
Razonamiento: consistencia lógica	0,88	0,77	0,73	0,66
Expresión de una elección	0,97	0,89	0,89	1,00

NOTA: Las correlaciones para apreciación del trastorno y apreciación del tratamiento se basan en la evaluación de 20 pacientes.

# INTRODUCCIÓN A LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA ENTREVISTA MACCAT-T

Uno de los cambios más importantes que ha tenido lugar en la práctica de la Medicina en las últimas décadas ha sido el cambio en la relación clínica, con el paso del paternalismo médico al respeto a la autonomía del paciente en la toma de decisiones sobre su salud, y a su protección cuando la capacidad para decidir está limitada<sup>1</sup>. Actualmente estamos obligados, tanto ética como legalmente, a obtener el consentimiento informado del paciente, que se define como: “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”<sup>2</sup>.

En esta definición se incluyen las condiciones para actuar con autonomía:

1. Actuar voluntariamente, es decir, libre de coacciones externas.
2. Tener información suficiente sobre la decisión que va a tomar, es decir, sobre el objetivo de la decisión, sus riesgos, beneficios y alternativas posibles.
3. Tener capacidad mental, esto es, poseer una serie de habilidades (cognitivas, volitivas y afectivas) que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla. La evaluación de la capacidad mental de los pacientes para decidir sobre su tratamiento se incluye dentro de la teoría general del consentimiento informado<sup>3</sup>.

En general, la capacidad mental se refiere a las habilidades que los individuos poseen para tomar decisiones o realizar acciones que influyen en su vida, desde las decisiones sencillas, como por ejemplo qué va a desayunar, a decisiones más relevantes para su salud como aceptar o rechazar un tratamiento médico. Los términos capacidad y competencia se utilizan con frecuencia indistintamente en la bibliografía médica. En Estados Unidos se emplea el término “competencia” (“Competence”)<sup>4</sup>, mientras que en

el Reino Unido se utiliza “capacidad” (“capacity”), como aparece en la reciente Ley “Mental Capacity Act” aprobada en 2005. Pensamos que el término correcto en español es “capacidad”, y en este Manual no nos referiremos a la determinación legal de incapacidad que realizan los jueces, sino a la evaluación clínica de la capacidad mental que realizan los médicos en su práctica profesional.

Entendemos por capacidad mental la habilidad de comprender la información relevante para tomar una decisión que afecta a su salud y de apreciar las consecuencias razonablemente previsibles que se derivan de expresar esa decisión<sup>6</sup>. En sentido opuesto la incapacidad se define como: “un déficit funcional (debido a una enfermedad mental, retraso mental u otros trastornos mentales) considerado como suficientemente grave para que un paciente, en ese momento, no pueda satisfacer las demandas en la toma de decisiones de una determinada situación, sopesadas a la luz de sus consecuencias potenciales”<sup>4</sup>.

En la evaluación de la capacidad mental se parte del principio de que toda persona tiene capacidad mientras no se demuestre lo contrario, que tiene que estar referida a un tratamiento específico en las circunstancias de un paciente concreto y en un momento determinado, recomendándose una reevaluación cuando sea necesario<sup>4,5</sup>. Otros principios básicos que se proponen en la Ley de Capacidad Mental del Reino Unido son los siguientes: el hecho de que una persona tome una decisión insensata no es en sí prueba de incapacidad; la capacidad de una persona para tomar decisiones debe ser optimizada antes de concluir incapacidad; una vez se determine la incapacidad en una persona, cualquier decisión médica debe estar basada en el mejor interés y de la manera menos restrictiva a los derechos del paciente<sup>5</sup>.

En relación con la prevalencia del deterioro de la capacidad para tomar decisiones sanitarias (pruebas diagnósticas o tratamientos) cabe destacar que ni todos los pacientes psiquiátricos son incapaces, ni todos los pacientes médicos tienen capacidad. Más de la mitad de los pacientes con demencia leve a moderada pueden tener incapacidad, y esta es universal entre los pacientes con demencia grave<sup>7</sup>. La esquizofrenia tiene una fuerte asociación con el deterioro de la capacidad, de tal manera que el 50% de los pacientes hospitalizados con esquizofrenia presentan deterioro en la capacidad frente al 20-25% de los pacientes ingresados con depresión<sup>8</sup>. Entre los pacientes psiquiátricos, la falta de conciencia de enfermedad es el más fuerte predictor de incapacidad<sup>9</sup>. En pacientes ingresados en medicina interna, al menos un 40% tienen incapacidad, los médicos tienden a no reconocerla y se relaciona con la edad y el deterioro cognitivo<sup>10</sup>.

A pesar de la significativa prevalencia de incapacidad en la práctica clínica, los datos sugieren que los médicos con frecuencia desconocen la incapacidad de un paciente para aceptar tratamiento<sup>11</sup>, por lo que 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<sup>12</sup>, resultando una necesidad urgente en nuestro medio contar con instrumentos fiables y válidos para la evaluación de la capacidad mental<sup>3</sup>.

Entre las diversas herramientas existentes, la entrevista semi-estructurada MacCAT-T (*MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment*) es la más utilizada a nivel internacional y con mayor apoyo empírico<sup>12</sup>. Esta entrevista ha sido empleada para estudios de prevalencia de incapacidad en entornos de medicina general<sup>10</sup> y psiquiatría<sup>8</sup>, y proporciona un elevado grado de fiabilidad entre evaluadores<sup>13,14</sup>. Esto pone de relieve las evidentes ventajas de la entrevista: criterios fiables, procedimiento transparente, reduce el riesgo de abuso o paternalismo fuera de lugar, y permite la estandarización de las evaluaciones de capacidad mental<sup>15</sup>.

Presentamos la validación española de la entrevista MacCAT-T realizada por un equipo multicéntrico en una muestra de pacientes médicos y psiquiátricos hospitalizados, en los que se estima que la prevalencia de incapacidad es más alta, y que ha sido publicado originalmente en *Medicina Clínica*<sup>16</sup>. En el diseño del estudio de validación hemos contado con la colaboración del Dr. Appelbaum, quien además realizó la revisión y corrección de la retro-traducción, incluyéndose las modificaciones propuestas en las instrucciones de aplicación de la entrevista MacCAT-T que publicamos en este Manual.

Como dicen los autores de la MacCAT-T, en su libro *Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals*. (Grisso & Appelbaum, 1998), la evaluación de la capacidad no debe hacerse como quien sigue una receta de cocina, sino que el empleo de esta herramienta debe de incluirse en la valoración clínica de las circunstancias del caso concreto, con su historia médica anterior, la evaluación psicopatológica actual, el apoyo familiar y social, y las consecuencias previsibles de la decisión a tomar<sup>4</sup>. Para todo esto, el empleo del método de deliberación resulta de gran ayuda y contribuirá a una mejor calidad asistencial y al cumplimiento de la ley y la ética en la obtención del consentimiento informado válido<sup>1</sup>.

La evaluación de la capacidad de los pacientes para aceptar un tratamiento es fundamental para lograr un equilibrio adecuado entre el respeto de la libertad de los pacientes que son capaces de tomar decisiones informadas y la protección de las personas con deterioro en la capacidad mental.

# BIBLIOGRAFÍA DE LA VALIDACIÓN ESPAÑOLA

## BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA CON LA VERSIÓN ESPAÑOLA MACCAT-T

1. Gracia D, Broggi MA, Salvà P, Costa J. Ética médica. En: Rozman C., editor. Medicina Interna Farreras/Rozman. 15 ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 62-73.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, 15 de Noviembre de 2002; 40126-32.
3. Simón P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2008; 28(102):325-48.
4. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
5. Nicholson TR, Cutter W, Hotopf M. Assessing mental capacity: the Mental Capacity Act. BMJ. 2008; 336(7639):322-5.
6. Ventura T, Baón B, Villora L, Fernandez S, Navío M. Bioética en Psiquiatría. En: Navío M, editor. Docencia en Psiquiatría y Salud Mental. Anatomía de una especialidad. Granada: Grupo Editorial Universitario; 2010. p. 175-186.
7. Kim SY, Karlawish JHT, Caine ED. Current state of research on decision-making competence of cognitively impaired elderly persons. Am J Geriatr Psychiatry. 2002; 10(2):151-65.
8. Vollmann J, Bauer A, Danker-Hopfe H, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. Psychol Med. 2003; 33(8):1463-71.
9. Cairns R, Maddock C, Buchanan A, David AS, Hayward P, Richardson G *et al.*

- Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 2005; 187:379-85.
10. Raymont V, Bingley W, Buchanan A, David AS, Hayward P, Wessely S *et al*. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. *Lancet*. 2004; 364(9443):1421-7.
  11. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*. 2007; 357(18):1834-40.
  12. Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(8):1323-34.
  13. Raymont V, Buchanan A, David AS, Hayward P, Wessely S, Hotopf M. The inter-rater reliability of mental capacity assessments. *Int J Law Psychiatry*. 2007; 30(2):112-7.
  14. Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2007; 191:291-7.
  15. Banner NF. Unreasonable reasons: normative judgements in the assessment of mental capacity. *J Eval Clin Pract*. 2012; 18(5):1038-44.
  16. I. Alvarez Marrodán *et al*./*Med Clin (Barc)*. 2013. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029>>.

## TABLAS DE LA VALIDACIÓN ESPAÑOLA

- Tabla 1:** Descripción de la muestra del estudio de validación de la MacCAT-T
- Tabla 2:** Frecuencias y porcentajes para las puntuaciones en Comprensión, Apreciación, Razonamiento y Expresión de una elección
- Tabla 3:** Frecuencias y porcentajes para las puntuaciones en Comprensión, Apreciación, Razonamiento y Expresión de una elección (Tabla creada por los autores de la adaptación española en base a los datos de la validación americana para facilitar la comparación entre ambas)
- Tabla 4:** Fiabilidad entre observadores (coeficiente de correlación intraclase:CCI) para las secciones de la MacCAT-T
- Tabla 5:** Fiabilidad entre observadores (coeficiente de correlación intraclase:CCI) para las secciones de la MacCAT-T en los pacientes de psiquiatría
- Tabla 6:** Fiabilidad entre observadores (coeficiente de correlación intraclase:CCI) para las secciones de la MacCAT-T en los pacientes de medicina interna

**TABLA 1**  
**Descripción de la muestra del estudio de validación de la entrevista MacCAT-T**

<i>Variables</i>	<i>Pacientes hospitalizados con psicosis n = 40</i>	<i>Pacientes ingresados en medicina interna n = 80</i>	<i>Controles n = 40</i>
Edad (media) (desviación estándar)	48,2 1 1,8	71,1 16,9	60,0 19,3
Hombres (%)	50	45	47,5
Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno delirante (criterios DSM-IV) (%)	100	0	0
Días desde el ingreso hasta administrar la entrevista	7-10	Al alta	Sin ingreso
MMSE (media) (desviación estándar)	28,3 (2,3)	25,8 (4)	29,1 (1,1)
Puntuación total en la escala BPRS (media) (desviación estándar)	39,95 (18,89)	Sin evaluación	Sin evaluación

**TABLA 2**  
**Frecuencias y porcentajes para las puntuaciones en Comprensión, Apreciación, Razonamiento y Expresión de una elección**

	<i>Psiquiatría</i>		<i>Medicina interna</i>		<i>Controles</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Comprensión</b>						
6,0-5,1	32	80,0	47	58,8	32	80,0
5,0-4,1	4	10,0	14	17,5	8	20,0
4,0-3,1	3	7,5	11	13,7	0	0,0
3,0-2,1	0	0,0	2	2,5	0	0,0
<2,1	1	2,5	6	7,5	0	0,0
Media	5,38		4,76		5,52	
Desviación estándar	1,00		1,45		0,54	
<b>Apreciación</b>						
4	23	57,5	73	91,3	39	97,5
3	7	17,5	2	2,5	1	2,5
2	3	7,5	4	5,0	0	0,0
1	4	10,0	1	1,2	0	0,0
0	3	7,5	0	0,0	0	0,0
Media	3,08		3,84		3,98	
Desviación estándar	1,32		0,56		0,15	
<b>Razonamiento</b>						
8,0	16	40,0	48	60,0	32	80,0
7,0-6,0	12	30,0	12	15,0	8	20,0
5,0-4,0	5	12,5	9	11,3	0	0,0
3,0-2,0	5	12,5	7	8,7	0	0,0
1,0-0,0	2	5,0	4	5,0	0	0,0
Media	6,23		6,58		7,75	
Desviación estándar	2,29		2,20		0,54	
<b>Expresión de una elección</b>						
2	33	82,5	72	90,0	38	95,0
1	6	15,0	5	6,3	2	5,0
0	1	2,5	3	3,7	0	0,0
Media	1,85		1,88		1,98	
Desviación estándar	0,42		0,40		0,15	

<b>TABLA 3</b>				
<b>Frecuencias y porcentajes para las puntuaciones en Comprensión, Apreciación, Razonamiento y Expresión de una elección</b>				
	<i>Hospital</i>		<i>Comunidad</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Comprensión</b>				
6.0-5,1	13	32,5	36	90,0
5.0-4,1	14	35,0	2	5,0
4.0-3,1	6	15,0	2	5,0
3.0-2,1	5	12,5	0	0,0
<2,1	2	5,0	0	0,0
Media	4,33		5,60	
Desviación estándar	1,35		0,66	
<b>Apreciación</b>				
4	31	77,5	Sin evaluación	
3	2	5,0		
2	3	7,5		
1	3	7,5		
0	1	2,5		
<b>Razonamiento</b>				
8.0	8	20,0	12	30,0
7.0-6.0	13	32,5	16	40,0
5.0-4.0	11	27,5	10	25,0
3.0-2.0	2	5,0	1	2,5
1.0-0.0	6	15,0	1	2,5
Media	5,20		6,15	
Desviación estándar	2,42		1,69	
<b>Expresión de una elección</b>				
2	38	95,0	40	100,0
1	1	2,5	0	0
0	1	2,5	0	0

**TABLA 4**  
**Fiabilidad entre observadores (coeficiente de correlación intraclass: CCI)**  
**para las secciones de la MacCAT-T**

	<i>Evaluador 1</i>	<i>Evaluador 2</i>	<i>Coefficiente de correlación intraclass (CCI)</i>
<b>Comprensión global</b>	5,11	5,11	0,98
<b>Apreciación global</b>	3,68	3,67	0,97
<b>Razonamiento global</b>	6,78	6,70	0,98
<b>Expresión de una elección</b>	1,89	1,87	0,91

**TABLA 5**  
**Fiabilidad entre observadores (coeficiente de correlación intraclass: CCI)**  
**para las secciones de la MacCAT-T en los pacientes de psiquiatría**

	<i>Evaluador 1</i>	<i>Evaluador 2</i>	<i>Coefficiente de correlación intraclass (CCI)</i>
<b>Comprensión global</b>	5,38	5,28	0,98
<b>Apreciación global</b>	3,08	3,03	0,97
<b>Razonamiento global</b>	6,23	6,15	0,98
<b>Expresión de una elección</b>	1,85	1,80	0,87

**TABLA 6**  
**Fiabilidad entre observadores (coeficiente de correlación intraclase: CCI)**  
**para las secciones de la MacCAT-T en los pacientes de medicina interna**

	<i>Evaluador 1</i>	<i>Evaluador 2</i>	<i>Coficiente de correlación intraclase (CCI)</i>
<b>Comprensión global</b>	4,76	4,75	0,99
<b>Apreciación global</b>	3,84	3,83	0,99
<b>Razonamiento global</b>	6,58	6,53	0,99
<b>Expresión de una elección</b>	1,88	1,86	0,96

# PUBLICACIÓN EN MEDICINA CLÍNICA DE LA VALIDACIÓN ESPAÑOLA DE LA MacCAT-T

Original breve

## Validación española de la entrevista *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento

Ignacio Alvarez Marrodán<sup>a</sup>, Beatriz Baón Pérez<sup>b</sup>, Mercedes Navío Acosta<sup>c,d</sup>, Raul López-Antón<sup>c,e</sup>, Elena Lobo Escolar<sup>c,f</sup> y Tirso Ventura Faci<sup>c,g,h,\*</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Psiquiatría, Hospital de Día Iruvide, Servicio Navarro de Salud, Pamplona, Navarra, España

<sup>b</sup>Subdirección de Calidad, Dirección General de Atención al Paciente, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

<sup>c</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Ministerio de Economía y Competitividad, Madrid, España

<sup>d</sup>Oficina Regional de Salud Mental, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, Madrid, España

<sup>e</sup>Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

<sup>f</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

<sup>g</sup>Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>h</sup>Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de abril de 2013

Aceptado el 25 de julio de 2013

On-line el xxx

Palabras clave:

Capacidad de decisión

Consentimiento informado

Estudio de validación

Bioética

MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment

### RESUMEN

**Fundamento y objetivo:** Validar al español la entrevista *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T), que valora la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento examinando 4 áreas (comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección).

**Pacientes y método:** La muestra se componía de 160 sujetos (80 ingresados en Medicina Interna, 40 ingresados en Psiquiatría y 40 controles sanos). Se utilizaron los instrumentos MacCAT-T y *Mini-Mental State Examination* (MMSE). Se llevó a cabo un estudio de factibilidad, cálculo de fiabilidad y validez (contra *gold standard* del experto clínico).

**Resultados:** La duración media de la entrevista MacCAT-T fue de 18 min. Respecto a la fiabilidad interobservador, el coeficiente de correlación intraclase fue para Comprensión = 0,98, Apreciación = 0,97, Razonamiento = 0,98 y Expresión de una elección = 0,91. La consistencia interna (alfa de Cronbach) fue: Comprensión = 0,87, Apreciación = 0,76 y Razonamiento = 0,86. Los pacientes considerados incapaces (*gold standard*) obtienen puntuaciones menores en todas las áreas de la MacCAT-T. Un rendimiento bajo en la MacCAT-T se relaciona con el deterioro cognitivo evaluado por MMSE.

**Conclusiones:** La versión española de la MacCAT-T es fiable, factible y válida para la evaluación de la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Spanish validation of the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment interview to assess patients competence to consent treatment

#### ABSTRACT

**Background and objective:** To validate the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) Spanish version, which assesses the mental capacity of patients to consent treatment, by examining 4 areas (Understanding, Appreciation, Reasoning and Expressing a choice).

**Patients and method:** Sample: 160 subjects (80 Internal Medicine inpatients, 40 Psychiatric inpatients and 40 healthy controls). Instruments: MacCAT-T, Mini-Mental Status Examination (MMSE). Procedure: Feasibility study, reliability and validity calculations (against to gold standard of clinical expert).

Keywords:

Decisional capacity

Informed consent

Validation study

Bioethics

MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [tirsoven@unizar.es](mailto:tirsoven@unizar.es) (T. Ventura Faci).

0025-7753/\$ – see front matter © 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029>

Cómo citar este artículo: Alvarez Marrodán I, et al. Validación española de la entrevista *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. Med Clin (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029>

**Results:** Mean duration of the MacCAT-T interview was 18 min. Inter-rater reliability: Intraclass correlation coefficient for Understanding = 0.98, Appreciation = 0.97, Reasoning = 0.98, Expressing a choice = 0.91. Internal consistency (Cronbach's alpha): Understanding = 0.87, for Appreciation = 0.76, for Reasoning = 0.86. Patients considered to be incapable (gold standard) scored lower in all the MacCAT-T areas. Poor performance on the MacCAT-T was related to cognitive impairment assessed by MMSE.

**Conclusions:** Spanish version of the MacCAT-T is feasible, reliable, and valid for assessing the capacity of patients to consent treatment.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La evaluación de la capacidad de los pacientes para decidir sobre su tratamiento se enmarca en la teoría del consentimiento informado y es un tema aún no resuelto con garantías<sup>1</sup>. El consentimiento informado se define como: «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud»<sup>2</sup>. Entendemos por capacidad mental la habilidad de comprender la información relevante a una decisión sobre su salud y de apreciar las consecuencias razonablemente previsibles que se derivan de expresar esa decisión<sup>3</sup>. Debido a la significativa prevalencia de incapacidad en la práctica clínica, y a que actualmente estamos obligados, tanto ética como legalmente, a obtener el consentimiento informado del paciente, resulta de gran utilidad contar en nuestro medio con instrumentos para la evaluación de la capacidad mental<sup>1,4</sup>.

Entre las diversas herramientas existentes, la entrevista *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T)<sup>3</sup> es la más utilizada a nivel internacional y la que tiene mayor apoyo empírico<sup>4,5</sup>. Hasta la fecha, no se ha llevado a cabo la validación al español de la entrevista MacCAT-T en pacientes hospitalizados, donde se estima que la prevalencia de incapacidad es más alta. Además, su empleo en casos clínicos complejos contribuirá a una mejor calidad asistencial y al cumplimiento de la ética médica y la ley.

El objetivo de este estudio es validar al español la entrevista MacCAT-T de evaluación de la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento.

## Pacientes y método

Se diseñó un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, de factibilidad, fiabilidad y validez de criterio en relación con el *gold standard* de expertos clínicos.

### Ámbito del estudio y muestra

La muestra está compuesta por 120 pacientes, escogidos de forma consecutiva, ingresados en Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza y en las Unidades de Psiquiatría del mismo centro y del Hospital 12 de Octubre de Madrid, además de 40 controles sanos seleccionados de manera proporcional por sexo y edad.

Para entrar en el estudio, el paciente debía cumplir los siguientes criterios: a) tener más de 18 años; b) en el grupo de Psiquiatría, tener un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante según criterios DSM-IV-TR; c) en el grupo de pacientes, puntuación en el *Mini-Mental Status Examination* (MMSE) de 16 o superior; d) en el grupo de controles sanos, ausencia de enfermedad psíquica y orgánica que requiera ingreso, y puntuación en MMSE de 24 o superior, y e) otorgar por escrito el consentimiento informado para participar en la investigación.

## Instrumentos

MacCAT-T<sup>3</sup> (*anexo*). Entrevista semiestructurada heteroaplicada para evaluar las habilidades para tomar decisiones sobre tratamiento: 1) comprensión de la información relacionada con el trastorno; 2) apreciación del significado de la información en la situación concreta del paciente; 3) razonamiento del proceso de decisión del tratamiento, y 4) expresión de una elección sobre el tratamiento.

MMSE<sup>6</sup>. Escala de 30 puntos para evaluar deterioro cognitivo, validada al español por nuestro grupo<sup>6</sup>.

### Procedimiento de traducción

Se siguió el procedimiento estándar<sup>7</sup> de traducción y retrotraducción, incluyendo las recomendaciones del autor original (Dr. Appelbaum) tras revisar la retrotraducción.

### Protocolo del estudio

El trabajo de campo se realizó entre abril de 2009 y abril de 2011, siguiendo estos pasos:

- Una vez seleccionado el paciente, se recogían: consentimiento informado, datos sociodemográficos y puntuación en el MMSE.
- Administración de la MacCAT-T, puntuada de manera independiente por 2 investigadores.
- Criterio *gold standard* del experto: 2 psiquiatras, sin presenciar la entrevista MacCAT-T, y considerando los distintos aspectos clínicos, juzgaron la capacidad o incapacidad del paciente para tomar decisiones sobre su tratamiento.

### Análisis estadístico

En el análisis descriptivo de las variables, se utilizó el test de la ji al cuadrado de Pearson para probar las diferencias de frecuencia en variables categóricas y la t de Student y el análisis de la variancia (ANOVA) para probar las diferencias en las variables continuas, con  $p < 0,05$  como nivel de significación. En cuanto a las propiedades psicométricas de la MacCAT-T, se usó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) y el alfa de Cronbach. La factibilidad de la entrevista se evaluó por el tiempo de administración y el porcentaje de ítems no respondidos.

Se calcularon la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivo y negativo, en relación con el *gold standard*. También se calcularon las curvas ROC y su área bajo la curva, tomando como «punto de corte» 2 desviaciones estándar por debajo de la puntuación media de los controles.

## Resultados

La muestra total de 160 sujetos presentó una edad media (desviación típica) de 62,6 (18,9) años, siendo el 53,1% (n = 85) mujeres (*tabla 1*). Dentro del grupo de los pacientes psiquiátricos, el 50% tenía diagnóstico de esquizofrenia (n = 20), el 30% de

Cómo citar este artículo: Alvarez Marrodán I, et al. Validación española de la entrevista *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029>

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas

	Controles (n=40)	Psiquiatría (n=40)	Medicina Interna (n=80)	p
Edad, media $\pm$ DT	60,0 $\pm$ 19,3	48,2 $\pm$ 11,8	71,1 $\pm$ 16,9	< 0,005 <sup>a</sup>
Mujeres, n (%)	21 (52,5)	20 (50)	44 (55)	NS <sup>b</sup>
Puntuación MMSE, media $\pm$ DT	29,1 $\pm$ 1,1	28,3 $\pm$ 2,3	25,8 $\pm$ 4,0	< 0,001 <sup>a</sup>
MMSE capaces, media $\pm$ DT		29,1 $\pm$ 1,3	27,2 $\pm$ 2,3	
MMSE incapaces, media $\pm$ DT		26,4 $\pm$ 3,3 <sup>c</sup>	19,2 $\pm$ 3,9 <sup>c</sup>	

DT: desviación típica; MMSE: Mini-Mental Status Examination; n: número de pacientes; NS: no significativo.

<sup>a</sup> ANOVA, F de Snedecor, para los 3 grupos (controles, Psiquiatría y Medicina Interna).

<sup>b</sup> Ji al cuadrado de Pearson.

<sup>c</sup> Diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) en la comparación entre puntuaciones en el Mini-Mental Status Examination de capaces e incapaces mediante t de Student.

**Tabla 2**  
Sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo según las áreas de la entrevista del MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	AUC
Comprensión	76%	90,4%	59,38%	95,31%	0,85
Apreciación	68%	94,1%	68%	94,07%	0,82
Razonamiento	96%	88,1%	60%	99,17%	0,98
Expresión de una elección	48%	98,5%	85,71%	91,1%	0,73

AUC: area under the ROC curve («área bajo la curva ROC»); VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

trastorno bipolar (n = 12), el 15% de trastorno esquizoafectivo (n = 6) y el 5% de trastorno delirante (n = 2). Según el criterio *gold standard*, fueron considerados incapaces un 17,5% de los pacientes de Medicina Interna y un 27,5% de los pacientes psiquiátricos. Los pacientes de Medicina Interna juzgados incapaces obtuvieron puntuaciones medias inferiores en el MMSE (media = 19,2) que los juzgados como capaces (media = 27,2) (tabla 1).

Respecto a la factibilidad, el tiempo medio de administración fue de 18 min. No hubo ítems no respondidos en ninguna entrevista.

Fiabilidad interobservador: el CCI para las diferentes áreas fue: Comprensión = 0,98; Apreciación = 0,97; Razonamiento = 0,98 y Expresión de una elección = 0,91. Consistencia interna: en Comprensión se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,87, en Apreciación, de 0,76, y en Razonamiento, de 0,86.

Validez de criterio: tanto al considerar la muestra total del estudio, como al analizar por tipo de paciente se observó que los considerados incapaces según el criterio *gold standard* obtuvieron puntuaciones medias inferiores en todas las áreas de la entrevista MacCAT-T que los considerados como capaces ( $p < 0,001$ ). Se obtuvieron unos valores de especificidad y de valor predictivo negativo por encima del 85% (tabla 2).

## Discusión

Los resultados de este estudio apoyan la validez de la presente adaptación al español de la MacCAT-T<sup>3</sup>, ya que discrimina correctamente entre los pacientes capaces y los incapaces para decidir sobre su tratamiento, tanto en pacientes con enfermedad psiquiátrica como médica, con una elevada fiabilidad y consistencia interna en todas las áreas de la entrevista. Esta se considera factible en relación con los parámetros evaluados.

Nuestros datos confirmaron que el deterioro cognitivo, evaluado mediante el MMSE<sup>5</sup>, está asociado con la incapacidad mental y con una mayor edad<sup>8</sup>, pero que también se da la incapacidad mental en pacientes sin deterioro cognitivo, como así sucede en los pacientes psicóticos de nuestra muestra. Por lo tanto, los instrumentos de cribado de deterioro cognitivo<sup>6,9</sup> no deberían ser utilizados por sí solos como valoración diagnóstica de incapacidad.

Como fortalezas del estudio se puede considerar que para analizar la validez de criterio de la MacCAT-T se ha empleado como

*gold standard* la evaluación clínica por 2 psiquiatras expertos en Psiquiatría legal y bioética, y que la muestra está seleccionada entre pacientes con alta prevalencia de incapacidad para decidir sobre su tratamiento, semejante a la muestra utilizada por los autores de la MacCAT-T<sup>10</sup> y en otros estudios de evaluación de la capacidad mental<sup>8</sup>.

La MacCAT-T aporta información relevante de manera individualizada y sistematizada de las habilidades relacionadas con la toma de decisiones sobre tratamiento, lo que unido a las observaciones clínicas, permite realizar un juicio clínico prudente sobre la capacidad mental del paciente<sup>4</sup>. En conclusión, la presente versión española de la entrevista MacCAT-T ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas para la evaluación de la capacidad de los pacientes, con enfermedad psiquiátrica o médica, para decidir sobre su tratamiento.

## Financiación

Proyecto PI08/90408, Instituto de Salud Carlos III.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Al Dr. Appelbaum, por su contribución en distintas fases del estudio.

## Anexo. Descripción de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment: criterios y subcriterios

Áreas	Subcriterios	Puntuación Parcial	Puntuación Total
Comprensión	Comprensión de la enfermedad	0-2	0-6
	Comprensión del tratamiento	0-2	
	Comprensión de riesgos y beneficios	0-2	
Apreciación	Apreciación del trastorno	0-2	0-4
	Apreciación del objetivo general del tratamiento	0-2	

Cómo citar este artículo: Alvarez Marrodán I, et al. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. Med Clin (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029>

**Anexo (Continuación)**

Áreas	Subcriterios	Puntuación	
		Parcial	Total
Razonamiento	Consecuencial	0-2	0-8
	Comparativo	0-2	
	Consecuencias generadas	0-2	
	Consistencia lógica	0-2	
Expresión de una elección	Expresión de una elección	0-2	0-2

Cada subcriterio tiene un rango de puntuación entre 0 (no cumple el subcriterio), 1 (lo cumple parcialmente) y 2 (lo cumple correctamente). No existe una puntuación total, ni puntos de corte, ya que se evalúa cada una de las habilidades por separado.

La aplicación de la entrevista implica tres pasos:

- 1. Preparación**, en la cual el facultativo obtiene y organiza la información (en la hoja de registro de la MacCAT-T) sobre el paciente y las opciones de tratamiento.
- 2. La entrevista**. Las preguntas que propone la MacCAT-T dan lugar a respuestas que revelan el grado de habilidad en las cuatro áreas referidas: Comprensión, Apreciación, Razonamiento y Expresión de una elección.
- 3. La puntuación** de las respuestas del paciente conducirá a valorar su capacidad en cada una de las cuatro áreas.

Los procedimientos de aplicación y de puntuación se describen en el Manual publicado por Grisso T, Appelbaum PS. «Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals.» Nueva York: Oxford University Press; 1998. Disponible en [www.prpress.com](http://www.prpress.com)

- La MacCAT-T no proporciona puntuaciones que se traduzcan directamente en determinaciones de capacidad o incapacidad legal.

- Es una entrevista semiestructurada que debe SER ADAPTADA a cada tratamiento y paciente concreto
- Cuando los facultativos usan la MacCAT-T en la evaluación de la capacidad para tomar decisiones sobre tratamiento, es esencial que el resultado se integre con otros datos y antecedentes clínicos, así como una consideración del contexto en el cual se emplea la entrevista.

**Bibliografía**

1. Simón P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2008;28:325-48.
2. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274, de 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32.
3. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
4. 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;163:1323-34.
5. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357:1834-40.
6. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Med Clin (Barc). 1999;112:767-74.
7. Sánchez R, Echeverri J. Validación de Escalas de Medición en Salud. Rev Salud Pública (Bogotá). 2004;6:302-18.
8. Raymont V, Bingley W, Buchanan A, David AS, Hayward P, Wessely S, et al. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: Cross-sectional study. Lancet. 2004;364:1421-7.
9. Ojeda B, Salazar A, Dueñas M, Failde I. Traducción y adaptación al castellano del Cuestionario de Detección de Trastorno Cognitivo Leve. Med Clin (Barc). 2012;138:429-34.
10. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. Psychiatr Serv. 1997;48:1415-9.

“Este artículo fue publicado originalmente en Medicina Clínica: Med Clin (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029>.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Se publica en esta edición con autorización del autor y del editor.”

Cómo citar este artículo: Alvarez Marrodán I, et al. Validación española de la entrevista *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. Med Clin (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029>

# INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA MACCAT-T

## I. PREPARACIÓN

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

1. **Diagnóstico del Trastorno:** Determine el diagnóstico del paciente, y escriba su nombre en el espacio #1 de la página 1 del Formulario de Registro.
2. **Características del Trastorno:** Seleccione tres características del trastorno que sean las más importantes para la comprensión del paciente, a fin de tomar una decisión informada acerca de sus tratamientos. Escriba las descripciones de estas características en los espacios #2-4 en la página 1 del Formulario de Registro. Las “características” de un trastorno pueden variar considerablemente en los diferentes trastornos y sus circunstancias, y dependerán en parte de si los síntomas del trastorno son fundamentalmente de naturaleza biológica o psico-social. Las posibles descripciones incluyen los mecanismos biológicos críticos, causas, signos y síntomas.
3. **Curso del Trastorno:** Determine el probable curso del trastorno si no fuese tratado. Escriba una descripción de las consecuencias de no tratar la enfermedad en el espacio #5 de la página 1 del Formulario de Registro.
4. **Tratamiento Recomendado:** Determine el tratamiento que, a juicio del médico tratante, es el mejor para el interés del paciente, y escríbalo en el espacio #1 de la página 2 del Formulario de Registro.

5. **Características del Tratamiento Recomendado:** Seleccione dos o tres características del tratamiento que son importantes que entienda el paciente con el fin de que tome una decisión informada, y escriba las descripciones en los espacios #2-4 en la página 2 del Formulario de Registro. Las características del tratamiento en este punto no deben incluir los beneficios o riesgos. El centro aquí es el proceso del tratamiento –por ejemplo, qué preparación se necesita, el procedimiento médico en sí mismo, procesos de seguimiento y duración del tratamiento.
6. **Riesgos y Beneficios del Tratamiento Recomendado:** Determine dos de los beneficios más importantes esperados del tratamiento, así como la mejor estimación posible de la probabilidad de que estos ocurran. Escriba las descripciones, incluyendo su probabilidad, en el espacio #1-2 de la página 3 del Formulario de Registro. Luego determine los riesgos, molestias y/o efectos adversos esperados más importantes, así como la mejor estimación posible de la probabilidad de que estos ocurran. Escriba las descripciones, incluyendo su probabilidad, en el espacio # 3-4 en la página 3 del Formulario de Registro.
7. **Tratamientos Alternativos (OPCIONAL):** Repita los pasos del 4 al 6 para cualquier tratamiento alternativo que quiera discutir con el paciente y registre la información en el Formulario de Tratamientos Alternativos (TA).

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

## II. ENTREVISTA

### PROCEDIMIENTO

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

### ESTILO

Durante la entrevista, es importante que los clínicos adapten su lenguaje (vocabulario, longitud de las frases, ritmo) a las habilidades verbales, nivel de inteligencia y necesidades emocionales del paciente.

### REGISTRO

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

## INTRODUCCIÓN

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

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

---

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

---

## APRECIACIÓN DEL TRASTORNO

El propósito de esta sección es el de determinar a) si el paciente reconoce que padece el trastorno y sus síntomas como fueron explicados previamente, y si no, b) el paciente da una explicación alternativa y sus razones por las cuales no cree que las descripciones previas se aplican a su situación. Para obtener esta información, el clínico puede utilizar el abordaje de interrogatorio que mejor le parezca. Las siguientes son directrices generales:

1. **Preguntar:** Por ejemplo: “Esto es lo que sus médicos (“nosotros” si es apropiado) piensan que es el problema en su caso. Si usted tiene alguna razón para dudar de esto, me gustaría que me lo dijera. ¿Qué piensa?” Escriba las respuestas en la página 2 del Formulario de Registro.
2. **Sondear:** Si el paciente está en desacuerdo con el diagnóstico o con las características del trastorno al ser aplicados a sí mismo, el clínico debe determinar a través de la discusión la base de este desacuerdo. El planteamiento del paciente puede ser cuestionado por el médico con el objetivo de determinar si es fácilmente modificable o se mantiene de manera rígida. Escriba las respuestas en el Formulario de Registro.

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

- Tanto el conocimiento o desconocimiento del trastorno puede ocurrir en el contexto de ideas ilógicas, bizarras o delirantes.
- La duda del paciente acerca de que la descripción del trastorno se aplica a sí mismo puede basarse en experiencias que lógicamente llevan a tal conclusión (ejemplo: pacientes que han recibido diferentes diagnósticos para los mismos síntomas en anteriores consultas médicas)
- El desconocimiento puede basarse en creencias que se mantienen en ciertos grupos religiosos o culturales con los cuales el paciente pudiera estar asociado, y en ese contexto, la creencia puede no ser ilógica, bizarra o delirante.

## COMPRENSIÓN DEL TRATAMIENTO

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

## COMPREENSIÓN DE BENEFICIOS/RIESGOS

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

## APRECIACIÓN DEL TRATAMIENTO

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

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

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

1. **Preguntar:** “A continuación le diré un poco más acerca de sus opciones de tratamiento, pero antes quisiera saber cómo se siente acerca de la que acabamos de comentar. Usted puede o no estar de acuerdo con este tratamiento –hablaremos más tarde respecto a esto–. ¿Pero, usted cree que es posible que este tratamiento podría serle de algún beneficio?”
2. **Sondear:** Ya sea que el paciente crea o no que el tratamiento podría ser de algún beneficio, determine a través de la discusión la base de esta creencia. Anote las respuestas del paciente en la página 4 del Formulario de Registro. La base de esta creencia puede ponerse en duda por parte del clínico, con la intención de determinar si es fácilmente modificable o se mantiene rígidamente. Por ejemplo: “Así que usted siente que es (o no es) posible que este tratamiento sea de alguna ayuda para su padecimiento. ¿Puede explicarme esto?. ¿Qué le hace pensar que el tratamiento puede (o no) ser beneficioso para usted?”

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

- Tanto el reconocimiento como el no-reconocimiento del valor potencial de un tratamiento puede ocurrir en el contexto de ideas ilógicas, bizarras o delirantes.

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

## TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

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

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

## PRIMERA ELECCIÓN Y RAZONAMIENTO

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

1. **Elección:** “Ahora revisemos las opciones que usted tiene. Primera...; segunda...; etc. (nombre cada opción de tratamiento revisada anteriormente en la explicación, incluyendo la opción de no-tratamiento). ¿Cuál de estas le parece mejor para usted? ¿Cuál piensa que es su preferida?. Registre la respuesta del paciente en el espacio marcado como “Elección” en la página 4 del Formulario de Registro. Si el paciente expresa más de una opción entre las cuales es renuente a escoger, escriba cada una de ellas.

2. **Preguntar:** “Usted piensa que (la opción elegida por el paciente) puede ser la mejor. Dígame qué es lo que hace que parezca mejor que las otras”. Escriba la respuesta del paciente en el espacio de “Razonamiento” al final de la página 4 del Formulario de Registro.
3. **Sondear:** Repita el razonamiento de nuevo al paciente en sus propias palabras. Después, inicie una breve discusión sobre la explicación del paciente, realizándole preguntas que le ayuden a comprender y describir su razonamiento. Escriba las respuestas de la manera apropiada en el Formulario de Registro.

## GENERACIÓN DE CONSECUENCIAS

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

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

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

## ELECCIÓN FINAL

1. **Preguntar:** “Cuando comenzamos esta conversación, usted prefirió (inserte la “–Primera Elección–” del interrogatorio previo o anote que el paciente parece tener dificultad en decidir). ¿Qué piensa ahora que hemos discutido todo? ¿Qué es lo que desea usted hacer?”. Escriba la respuesta en el espacio de “Elección” en la página 5 del Formulario de registro.
2. **Sondear:** Debe considerar si la elección final sigue una línea lógica del razonamiento previo y de las consecuencias generadas previas. Si es así, sondear no es necesario. Si no lo es, discuta las inconsistencias con el paciente y describa el proceso en el espacio de “Consistencia Lógica de la Elección” en la página 5 del Formulario de Registro.

## III. PUNTUACIÓN

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

### COMPRENSIÓN

#### Puntuación de los ítems

Las siguientes directrices se utilizan para puntuar cada ítem en las tres secciones de Comprensión del procedimiento de la MacCAT-T (secciones de Diagnóstico, Tratamiento y Beneficios/Riesgos).

#### Puntuación 2

El paciente recuerda el contenido del ítem y presenta una versión clara de este. No requiere una repetición literal de la descripción del clínico, de hecho, es preferible que el paciente utilice sus propias palabras.

Para el ítem Beneficio/Riesgo, el paciente debe dar una indicación bastante exacta de las probabilidades de que el beneficio/riesgo pueda ocurrir, si esto fuera descrito en la descripción.

### Puntuación 1

El paciente muestra algún recuerdo del contenido del ítem, pero lo describe de una manera que hace incierta la comprensión, incluso después de que el clínico se ha esforzado en obtener aclaraciones del paciente.

Por ejemplo, tiene respuestas que podrían indicar comprensión pero son demasiado amplias o vagas para estar seguro (por ejemplo: para dolor post-quirúrgico, “esto podría hacerme sentir incómodo”), o respuestas que contienen partes de información correcta y específica, pero carecen de otras partes de contenido esencial (por ejemplo: para alucinaciones, “podría escuchar cosas”).

### Puntuación 0

El paciente (a) no recuerda el contenido del ítem; (b) lo describe de una forma claramente inexacta, o (c) lo describe de manera que distorsiona gravemente su significado, incluso después de que el clínico ha hecho esfuerzos para obtener aclaraciones del paciente.

## **Puntuación total de Comprensión.**

Para cada una de las tres secciones de Comprensión (Diagnóstico, Tratamiento, Beneficio/Riesgo):

- Sumar los puntos para cada ítem de la sección.
- Dividir la suma por el número de ítems para hallar la Puntuación de la Subescala. Esto produce la puntuación de subescala entre 2,0 y 0,0 para Comprensión-Diagnóstico, Comprensión-Tratamiento y Comprensión Riesgo-Beneficio.

Cuando la puntuación de la subescala para cada una de las tres secciones de “Comprensión” ha sido obtenida, es necesaria sumarlas para dar una *Puntuación Total de Comprensión* entre 6,0 y 0,0.

## **APRECIACIÓN**

### **Puntuación de los ítems**

Algunas directrices de puntuación diferentes son necesarias para los ítems de Apreciación del Diagnóstico y Apreciación del Tratamiento.

## Apreciación del Trastorno

### Puntuación 2

El paciente está de acuerdo con que presenta el diagnóstico descrito por el médico y todos o la mayoría de sus síntomas.

**O**

El paciente no está de acuerdo con esto, pero ofrece razones que no son delirantes y tiene alguna explicación razonable. Por ejemplo: “otro médico me dijo otra cosa”, “yo tuve estos síntomas el año pasado y entonces los doctores me dieron otro diagnóstico”, “en mi cultura (referir el contexto cultural del paciente) esto no es considerado inusual o una enfermedad”.

### Puntuación 1

El paciente reconoce que presenta el diagnóstico y alguno de los síntomas pero no reconoce otros síntomas que son esenciales para comprender el diagnóstico o el tratamiento.

**O**

El paciente está en desacuerdo o es ambivalente respecto a la existencia del diagnóstico o los síntomas, pero por razones vagas o no expresadas claramente.

### Puntuación 0

El paciente claramente no está de acuerdo con que padece el diagnóstico descrito, por razones basadas en una premisa delirante o alguna otra creencia que distorsiona su realidad y no tiene una base razonable del contexto religioso o cultural del paciente.

**O**

El paciente cree que los síntomas están relacionados con circunstancias distintas al diagnóstico médico/psiquiátrico (por ejemplo: síntomas psicóticos vistos como consecuencia de estrés relacionado con el trabajo, enfermedad viral vista como “fatiga o trabajar demasiado”).

**O**

El paciente claramente está en desacuerdo con los síntomas o el diagnóstico, pero no ofrece una explicación comprensible.

## Apreciación del Tratamiento

### Puntuación 2

El paciente reconoce que el tratamiento tiene algún beneficio potencial, y las razones que da no están basadas en una premisa delirante o en una seria distorsión de su realidad.

**O**

El paciente no cree que el tratamiento produzca ningún beneficio, pero da razones que no son delirantes y tienen alguna explicación razonable. Ejemplo de explicaciones razonables:

- Explicaciones que son consistentes con las creencias religiosas del paciente (o con su contexto cultural) de que el tratamiento médico generalmente no tiene un valor real.
- Explicaciones basadas en experiencias previas con el tratamiento en cuestión (por ejemplo: haber tomado medicamentos psicoactivos en el pasado con un pequeño beneficio o sin él, o conocer a otros que se han quejado de lo mismo).

### Puntuación 1

El paciente cree o no cree que el tratamiento produce algún beneficio potencial, pero sus razones son vagas o no permite al examinador determinar si la razón representa un pensamiento delirante o una seria distorsión de la realidad

**O**

El paciente es ambivalente respecto a si el tratamiento produce algún beneficio.

### Puntuación 0

El paciente reconoce que el tratamiento produce algún beneficio potencial, pero las razones que da están basadas en ideas delirantes o tiene una seria distorsión de la realidad.

**O**

El paciente no cree que el tratamiento tenga ningún beneficio, y sus razones son delirantes o tiene una seria distorsión de la realidad.

NOTA: Errores en el reconocimiento de beneficios potenciales del tratamiento pueden obtener una puntuación 0, no solo si están basadas en sistemas de creencias deli-

rantes, sino también si están fuertemente influenciadas por síntomas afectivos graves (por ejemplo: manía o depresión grave).

## Resumen de la puntuación de Apreciación

Sumar las puntuaciones de las dos secciones de "Apreciación" para obtener la *Puntuación Global de Apreciación*, la cual debe estar entre 4,0 y 0,0.

## RAZONAMIENTO

### Puntuación de los ítems

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

### Razonamiento de las Consecuencias

#### Puntuación 2

El paciente menciona al menos dos consecuencias específicas cuando explica su elección. Las consecuencias deben estar relacionadas con una o más de una de las opciones de tratamiento. Las consecuencias no necesitan ser para tratamientos o alternativas descritas en la descripción. Las consecuencias deben ser más específicas que "\_\_\_\_\_ me ayudará" o "\_\_\_\_\_ me hará sentir mejor". Ejemplo:

- "Con la medicación, las voces que oigo se irán".
- "Podría caminar con menos dolor".

#### Puntuación 1

El paciente menciona solo una consecuencia específica cuando explica su elección.

#### Puntuación 0

El paciente no menciona ninguna consecuencia específica cuando explica su elección, incluso después de que el médico le pregunte si tiene "razones más específicas de por qué su elección es la mejor".

## Razonamiento Comparativo

### Puntuación 2

El paciente ofrece al menos una forma de comparación de al menos dos opciones de tratamiento, y esta comparación incluye al menos una diferencia específica. Ejemplo: “con el tratamiento X, es más probable que pueda caminar más que con el tratamiento Y”, “con el tratamiento X trabajaré de manera más rápida”.

NOTA: Se supone que una comparación es cuando las razones para elegir del paciente son la ausencia de beneficio o alguna consecuencia negativa de otro tratamiento diferente al elegido. Por ejemplo: “la cirugía parece mejor, porque así no estaré tanto tiempo en el hospital”, “yo prefiero el medicamento X, porque no estaré tan somnoliento” (un efecto adverso de un medicamento alternativo).

### Puntuación 1

El paciente realiza alguna comparación, pero no incluye una consecuencia específica. Por ejemplo: “el tratamiento X es mejor que el tratamiento Y”, sin mencionar específicamente cómo X es mejor que Y.

### Puntuación 0

El paciente no refiere ninguna comparación.

## Consecuencias Generadas

### Puntuación 2

El paciente da al menos dos consecuencias cotidianas razonables, incluyendo al menos una para cada una de las preguntas realizadas. Por ejemplo:

- “Con el tratamiento X todavía podría caminar a los lugares que frecuento en mi barrio”.
- “Con el medicamento Y podría estar demasiado somnoliento lo que podría ser peligroso en mi trabajo”.

NOTA: Las consecuencias cotidianas van más allá de las consecuencias que fueron comentadas en la descripción, y deben referirse a actividades prácticas cotidianas o a relaciones sociales. Por ejemplo: si la somnolencia es un efecto adverso de la medicación, decir “podría estar somnoliento” no es suficiente, “yo podría tener dificultades para despertarme y llegar tarde a mi trabajo continuamente” es suficiente.

### Puntuación 1

El paciente da una o más consecuencias cotidianas razonables para una de las preguntas, pero ninguna para las otras.

### Puntuación 0

El paciente no menciona consecuencias cotidianas razonables, incluso con un estímulo adecuado.

## Consistencia Lógica

### Puntuación 2

La elección final del paciente es lógica en relación con su razonamiento previo.

### Puntuación 1

No queda claro si la elección final del paciente es lógica en relación con su razonamiento previo.

### Puntuación 0

La elección final del paciente claramente no es lógica en relación con su razonamiento previo.

## Puntuación Total de Razonamiento

Sumar las puntuaciones de las cuatro secciones de "Razonamiento" para obtener la *Puntuación Global de Razonamiento*, que estará entre 8,0 y 0,0.

## EXPRESANDO UNA ELECCION

### Puntuación del ítem

Las directrices siguientes son las usadas para calificar el ítem.

### Puntuación 2

El paciente elige una opción, o indica su deseo al profesional u otra persona responsable (por ejemplo: familiares) de hacer una elección.

**Puntuación 1**

El paciente elige dos o tres opciones, parece ambivalente

**Puntuación 0**

El paciente no establece una elección.

## IV. INTERPRETACIÓN

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

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

Por tanto, las puntuaciones de la MacCAT-T, resultan útiles cuando se combinan con el proceso clínico para conocer *por qué* el paciente presenta dificultades en las habi-

lidades para tomar decisiones evaluadas con la MacCAT-T: por ejemplo, en qué medida la respuesta obtenida es la mejor que el paciente puede dar en ese momento, hasta qué punto las dificultades que se dieron en las habilidades evaluadas por la MacCAT-T están relacionadas (o causadas) por el trastorno mental del paciente. Además, la interpretación clínica resulta necesaria para conocer en qué medida –y cómo– las dificultades en la respuesta y habilidades de la MacCAT-T pueden ser subsanadas.

Durante el año 1994 los autores llevaron a cabo un sencillo estudio sobre la respuesta a la MacCAT-T en un grupo de pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo del Worcester State Hospital, con respecto a un grupo de sujetos “sanos” de la misma comunidad de Worcester que no reunían criterios de esquizofrenia (Grisso y Appelbaum, 1997). Los datos sobre el estudio, así como los resultados de fiabilidad interobservadores, se muestran en las tablas 1-7. En algunos casos, estos resultados pueden ser de utilidad para los clínicos al permitir comparar las respuestas con las de sus propios pacientes.

**FORMULARIO DE REGISTRO MacCAT-T  
Y FORMULARIO DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO**





## MACCAT-T FORMULARIO DE REGISTRO

Paciente: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

### COMPRESIÓN DEL TRASTORNO

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

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

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

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

Puntuación total Comprensión del Trastorno: \_\_\_\_\_

Otro	
------	--

### APRECIACIÓN DEL TRASTORNO

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

\_\_\_ De acuerdo      \_\_\_ En desacuerdo      \_\_\_ Ambivalente

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

Explicación
Apreciación del trastorno:

### COMPRENSIÓN DEL TRATAMIENTO

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

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

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

# 1 Nombre del Tratamiento	Puntuación:
----------------------------	-------------

# 2 Característica del Tratamiento	Puntuación:
------------------------------------	-------------

# 3 Característica del Tratamiento	Puntuación:
------------------------------------	-------------

# 4 Característica del Tratamiento	Puntuación:
------------------------------------	-------------

Puntuación total Comprensión del Tratamiento: \_\_\_\_

Otro	
------	--

**COMPRESIÓN DEL BENEFICIO/RIESGO**

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

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

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

# 1 Beneficio	Puntuación:
# 2 Beneficio	Puntuación:
# 3 Riesgo	Puntuación:
# 4 Riesgo	Puntuación:

Puntuación total Comprensión del Beneficio/Riesgo: \_\_\_\_\_

Otro	
------	--

## APRECIACIÓN DEL TRATAMIENTO

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

De acuerdo       En desacuerdo       Ambivalente

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

Apreciación del Tratamiento:

## TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

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

## PRIMERA ELECCIÓN Y RAZONAMIENTO

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

Elección: \_\_\_\_\_

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

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

Explicación

Consecuencias:  
Comparaciones:

## CONSECUENCIAS GENERADAS

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

Consecuencias-1

Consecuencias 1:

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

Consecuencias-2

Consecuencias 2:

Total de Consecuencias Generadas: \_\_\_\_\_

## ELECCIÓN FINAL

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

Elección

Expresión de una elección:

## CONSISTENCIA LÓGICA DE LA ELECCIÓN

Explicación del examinador

Consistencia Lógica:

**PUNTUACIÓN TOTAL MACCAT-T**

Suma de puntuaciones / Número de ítems Puntuación subtotal

**COMPRENSIÓN**

Trastorno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

Beneficios/Riesgos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN TOTAL DE COMPRENSIÓN (0-6) \_\_\_\_\_

**APRECIACIÓN**

Trastorno \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN TOTAL DE APRECIACIÓN (0-4) \_\_\_\_\_

**RAZONAMIENTO**

Consecuencial \_\_\_\_\_

Comparativo \_\_\_\_\_

Consecuencias Generadas \_\_\_\_\_

Consistencia Lógica \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN TOTAL DE RAZONAMIENTO (0-8) \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN TOTAL DE EXPRESIÓN DE UNA ELECCIÓN (0-2) \_\_\_\_\_

OPCIONAL: Puntuación total para Comprensión de cada tratamiento alternativo

Alternativa 1:

Alternativa 2:

Alternativa 3:

Alternativa 4:

## FORMULARIO DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Para registro de la Comprensión de un tratamiento alternativo.

Paciente: \_\_\_\_\_

### COMPRENSIÓN DEL TRATAMIENTO

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

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

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

# 1 Nombre del Tratamiento	Puntuación:
----------------------------	-------------

# 2 Característica del Tratamiento	Puntuación:
------------------------------------	-------------

# 3 Característica del Tratamiento	Puntuación:
------------------------------------	-------------

# 4 Característica del Tratamiento	Puntuación:
------------------------------------	-------------

Puntuación Total Comprensión del Tratamiento: \_\_\_\_\_

Otro	
------	--

### COMPRESIÓN DEL BENEFICIO/RIESGO

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

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

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

# 1 Beneficio	Puntuación:
---------------	-------------

# 2 Beneficio	Puntuación:
---------------	-------------

# 3 Riesgo	Puntuación:
------------	-------------

# 4 Riesgo	Puntuación:
------------	-------------

Puntuación Total Comprensión del Beneficio/Riesgo: \_\_\_\_\_

Otro	
------	--