



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Revisión de la capacidad mental para el
consentimiento informado de tratamiento en la
población geriátrica.

Review on mental capacity to consent
treatment in elderly population

Autor/es

Iris Livia Mar Hernández

Director/es

Tirso Ventura Faci

Facultad de Medicina

2016

Índice

1. Abstract y palabras clave	2 pág.
2. Introducción	3 pág.
3. Ética Médica	4 pág.
4. Capacidad mental y edad geriátrica	8 pág.
5. Conclusión de la introducción	9 pág.
6. Metodología del trabajo	9 pág.
7. Estudio	10 pág.
a. ¿Cuándo es incapaz un paciente para decidir sobre consentimiento informado ?	10 pág.
b. ¿Quién evalúa la capacidad mental?	12 pág.
c. ¿Cuándo se evalúa la capacidad?	13 pág.
d. ¿Cómo se evalúa la capacidad mental?	15 pág.
e. ¿Qué otros test complementarios se pueden realizar?	22 pág.
i. Evaluación cognitiva y capacidad mental	22 pág.
ii. Entorno emocional	23 pág.
8. Propuesta de guía de evaluación de la capacidad mental	24 pág.
9. Discusión	27 pág.
10. Conclusiones	28 pág.
11. Bibliografía	29 pág.

1. Abstract

La evaluación de la capacidad mental en la población geriátrica es un tema bajo el foco de múltiples investigaciones. Nace del cambio de paradigma de la autonomía del paciente frente al paternalismo médico así como la protección de pacientes más vulnerables y el envejecimiento de la población, lo que lleva consigo un aumento en el número de decisiones médicas que han de tomar los pacientes. En este trabajo nos hemos centrado en la toma de decisiones respecto al tratamiento. Se ha realizado una revisión sistemática en las principales bases de datos. Tras una revisión del tema se propone una guía de evaluación del paciente geriátrico en todas sus esferas usando los instrumentos de mayor validez. Así mismo se abre la puerta a distintas líneas de investigación y mejora del campo.

The assesment on mental capacity in elderly population is under several investigations. It emerges from the change in the paradigm of doctor patient relationship from paternalism to autonomy, as well protecting the most vulneable patients y the aging of the population, both factos promote an increase in the number of medical decisions that patients need to make. For this project a sistematic review in the main data bases has been done. After an intense review a guide to asses mental capacity in elderly population is proposed, taking into consideration all the patient esferes and the most valid assesment instruments. It is proposed different lines of investigation

Palabras clave: Mental capacity , mental capacity and ealderly, mental capacity assessment, capacidad mental y población geriátrica, incapacidad mental, autonomía.

2. Introducción

La relación médico paciente podría definirse como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base para la gestión de la salud del paciente¹. En ella el paciente pone en común con el médico sus valores, sus preocupaciones, su perspectiva sobre la vida y la enfermedad, depositando en él confianza y respeto. Por lo tanto la relación médico paciente tiene un enfoque terapéutico, al mejorar ésta, mejora la calidad tanto del diagnóstico como de la adherencia al tratamiento, la percepción de la propia enfermedad, la evolución y la satisfacción por parte del paciente.

Sin embargo, hoy en día nos encontramos ante un cambio de paradigma en ésta relación. Antaño, el médico era el poseedor de todos los conocimientos sobre el cuerpo humano, dotándole de una actitud casi divina frente a la enfermedad. Esto se traducía en una relación paternalista, de desigualdad entre el médico y el paciente. La relación se guiaba por las normas de autoridad o protección, reduciéndose la libertad y autonomía de la persona/grupo. Dichas actuaciones se justificaban por la protección de la persona/grupo, frente al posible daño que pudiera causarse a si mismo en caso de disponer de mayor autonomía y libertad². Hoy en día nos encontramos ante un cambio conceptual, que se hace especialmente patente con la democratización del acceso a la información. El médico pierde ese monopolio sobre el conocimiento. Al paciente se le otorga como uno de los principios básicos de la ética médica la autonomía, intentando crear una relación donde el médico aporta los conocimientos técnicos sobre salud en beneficio del paciente, pero respetando la autonomía y libertad del éste en la toma de decisiones sobre su cuerpo y su vida. Con este nuevo paradigma se protege a aquellos pacientes más vulnerables que no poseen autonomía, es decir, que no tiene información, libertad o capacidad mental. En la siguiente tabla (tabla 1) se expone como ha ido evolucionando y emergiendo el concepto de capacidad mental en las últimas décadas.

Década	1960	1970	1980	1990	2000
Políticas y movimientos públicos	Derechos de los pacientes	Derechos de los pacientes de salud mental	Derechos de los discapacitados		
Demografía	Aumento de la esperanza de vida		Envejecimiento de la sociedad		Demencia
Capacidad mental TEORÍA	Competencia como concepto global		Modelo de Grisso y Appelbaum	Capacidades específicas	Contexto de valores y riesgo
Capacidad mental JURISPRUDENCIA	Coexistencia de capacidad y enfermedad mental		Concepto de autonomía del paciente	Convenio Europeo sobre los derechos del paciente	Ley de autonomía del paciente
Capacidad mental CIENCIA		Artículos académicos	Instrumentos forenses	Gran investigación en capacidad mental	
Capacidad mental PRÁCTICA	Experiencia del clínico	Evaluaciones del estado mental	Evaluación cognitiva	Instrumentos forenses	Guías de manejo

Tabla 1: Evolución del estudio de la capacidad mental

3. Ética Médica

La ética médica nace con los orígenes de la medicina. Sin embargo, tiene uno de sus mayores desarrollos tras la Segunda Guerra Mundial y los Juicios de Nuremberg. Se comienza a desarrollar más en profundidad y se elaboran conceptos que definen la deontología y ética médica moderna.

Un punto clave fue en 1979, en el que el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos publicó el Informe Belmont, también llamado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”. Dicho informe nace de un ensayo clínico llevado a cabo entre 1932 y 1972 en Tuskegee, Alabama. Como sujetos de estudio se utilizaron a 399 afroamericanos, en su mayoría analfabetos. Se observó la progresión natural de la sífilis no tratada. 28 sujetos murieron de sífilis y 100 de otras complicaciones médicas relacionadas. Además, 40 mujeres dentro del estudio resultaron infectadas y 19 niños contrajeron la enfermedad al nacer.

Tras el conocimiento de este estudio, se relata en el informe una serie de principios éticos médicos, que han de regir tanto la práctica clínica como experimental:

AUTONOMÍA: La capacidad que tiene el paciente de decidir con toda libertad si desean o no participar en una investigación, procedimiento o tratamiento una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones, con todo el derecho a retirarse cuando el sujeto lo desee. Implica también la protección de sujetos con mayores riesgos como mujeres embarazadas o grupos susceptibles; con autonomía limitada como presos, menores de edad, enfermos mentales o personas con cualquier tipo de discapacidad. Éste principio trae consigo el concepto de consentimiento informado.

En el Informe Belmont, dónde aparece por primera vez (1978) lo expone así:

“Respeto por las personas. Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas;

1ª: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos.

2ª: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.

El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida”.

BENEFICENCIA: Debe buscarse siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos. Ha de promocionarse el bienestar de las personas, procurando que realicen su propio proyecto de vida y felicidad en la medida de lo posible.

JUSTICIA: Debe procurarse un reparto equitativo de los beneficios y las cargas, facilitando un acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente de las personas a los recursos disponibles, y un uso eficiente de los mismos. Bajo toda circunstancia debe evitarse el estudio de procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, estado de salud mental, etc. Los riesgos y beneficios deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio.

Posteriormente al informe Belmont se añade el principio de no maleficencia.

NO-MALEFICENCIA: Debe evitarse realizar daño físico, psíquico o moral a las personas. Para ello debe evitarse realizar intervenciones inseguras o sin evidencia suficiente, y proteger su integridad física y su intimidad.

Este punto de inflexión para la ética médica supuso un cambio de paradigma, haciendo que múltiples organizaciones internacionales con competencias en materia de salud, se interesaran en este derecho fundamental de los pacientes, la autonomía. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948, que es el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Además hay múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia. Cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual entró en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000. Este Convenio es una iniciativa capital, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales previas, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben, estableciendo un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina.

En España, la aplicación de estos principios éticos, y en especial el de la autonomía, se recogen en la Constitución de 1978³, en el artículo 43 que regula el derecho de la protección de la salud. Desarrollado posteriormente en la Ley 14/1986, del 25 de abril, la Ley General de Sanidad⁴, en la que más allá de las regulaciones organizativas y estructurales del Sistema Nacional de Salud, fija su atención en los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, entre los que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. De ésta manera, mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado y del otro. Declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

De la misma forma estos derechos se recogen en el Código Civil⁵, en el artículo 14 “La persona puede rehusar someterse a un examen o tratamiento médico quirúrgico, a menos que se halle obligada por disposición de la ley o reglamento administrativo.”

En la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁶ (de ahora en adelante LAP) la autonomía supone que el paciente participa en la toma de decisiones sobre su salud previa información facilitada por el médico y que el facultativo debe respetar la opción elegida, incluso aunque no le parezca la más adecuada.

De toda esta legislación emanan conceptos fundamentales, que son desarrollados, en especial en la LAP, como son el consentimiento informado para tratamientos, diagnósticos y ensayos clínicos. El consentimiento informado se define en la LAP como “La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

Además en la LAP se reflejan las situaciones en las cuales la autonomía del paciente se ve limitada, transpasandose la capacidad de decisión a un representante legal. Esto ocurre en los siguientes supuestos⁶:

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

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

b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

Se encuentra también recogido en el código Civil Español⁵, en el artículo 200, que son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

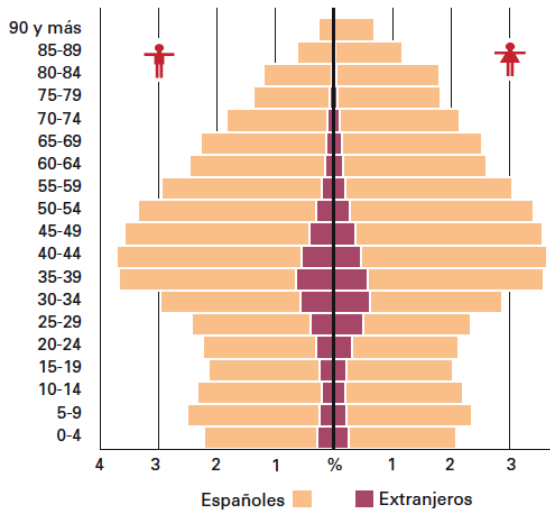
En aquellos casos en los que el paciente es considerado incapaz, el médico aun así tiene el deber de informar al paciente, adecuando a sus posibilidades de comprensión, así como informar además a su representante legal o a familiares

Así pues, el argumento ético más importante en cuanto a la obligación de valorar la competencia o capacidad de un paciente es el de autonomía. Este principio se divide en dos deberes éticos separados: el de reconocer la libertad en tomar decisiones de las personas autónomas, mientras no se perjudique a otras, y el de proteger a quienes tienen disminuida su autonomía. Existe además la obligación de beneficencia, intentando optimar la participación del paciente incompetente en la toma de decisiones por todos los medios posibles. Con el objeto de revertir, si es posible, su incapacidad natural, o de proporcionarle la información que pueda asumir, aun teniendo dicha incapacidad natural, a fin de que participe en la decisión en la medida de lo posible.

En este trabajo nos centraremos en especial en la incapacidad del paciente anciano, su evaluación, problemas y que factores pueden afectar al respecto.

4. Capacidad mental y edad geriátrica

Pirámide de población de España. A 1 de enero 20



Gráfica 1: Pirámide poblacional española ⁷

La población residente en España se sitúa en 46,4 millones de habitantes a 1 de enero de 2015. El número de personas de 65 y más años alcanza la cifra de 8,6 millones y representan el 18,5% de la población total (gráfica 1). De estos, 15.479 personas tienen 100 años o más. Según las predicciones del Instituto Nacional de Estadística, este porcentaje va a aumentar en los próximos años. Éste aumento de la población geriátrica se debe en gran medida a los avances médicos⁷.

El aumento de la longevidad está comúnmente asociado con un aumento en el número de deterioros cognitivos⁸, que potencialmente pueden influenciar en la disfunción de habilidades. Sin embargo, nos encontramos ante una gran variabilidad interindividual en la naturaleza y ratio de deterioros cognitivos asociados a la edad, así como su relación con la afectación de los dominios cognitivos. Por un lado, cada persona tiene una combinación única de fortalezas y déficits cognitivos, que contribuyen colectivamente a la funcionalidad de sus habilidades. Se ha de tener en cuenta que el envejecimiento cognitivo, a diferencia de otras patologías como la demencia, no es por sí mismo causa de incapacidad. Por otro lado, el envejecimiento cognitivo, junto a muchos otros factores como la incapacidad sensorial, el aislamiento, las afectaciones del ánimo, la dependencia emocional, etc, hacen a la población geriátrica más vulnerable, aumentando también su riesgo de incapacitación mental.

Además, el envejecimiento está asociado más frecuentemente con decisiones en el ámbito sanitario, debido a la gran prevalencia en este grupo poblacional de enfermedades crónicas. En particular, mientras que la mayoría de la población adulta no padece demencia, el riesgo de discapacidad mental y demencia aumenta con la edad. Esta patología aunque por sí misma no es sinónimo de incapacidad mental, pero sí que aumenta la probabilidad de la misma, debido a la disfunción de las habilidades cognitivas necesarias para la toma de decisiones.

5. Conclusión final de la introducción

La evaluación de la capacidad de los pacientes para aceptar un tratamiento o no es fundamental para lograr un equilibrio adecuado entre el respeto de la autonomía de los pacientes que son capaces de tomar decisiones informadas, y la protección de las personas con deterioro en la capacidad para evitar consecuencias negativas de una mala decisión.

El envejecimiento de la población en riesgo de tener deterioro cognitivo, y por tanto alteración de la capacidad de toma de decisiones, es un factor que hace necesaria la aplicación de métodos de evaluación de la capacidad fiables y válidos⁹.

6. Metodología

Este es un estudio de revisión sistemática. El objetivo que se ha buscado ha sido profundizar en el proceso de la evaluación de la capacidad mental en la población geriátrica, valorando todas las esferas que interfieren en el mismo. Para ello se ha buscado en las principales bases de datos como son Pubmed, Cocrahe, google Academics, con las palabras clave de “mental capacity” “mental capacity AND elderly”. Se ha encontrado un total de 57 artículos. Además se realizó una búsqueda con los mismos ítems sólo sobre metaánalisis el cual mostró 5 artículos relacionados. Los artículos referenciados se encuentran escritos entre 1982 y 2014.

Además se ha consultado legislación española que hace referencia al tema en cuestión.

7. Estudio de la capacidad mental

a)¿Cuándo es incapaz un paciente para decidir sobre consentimiento informado?

Entendemos el consentimiento informado 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. El médico ha de ofrecer información comprensible y necesaria en un contexto que el paciente pueda elegir libremente y éste ha de poseer suficiente capacidad mental. Por lo que la evaluación de las facultades del paciente toma gran relevancia a la hora de un consentimiento informado válido.

Entendemos capacidad mental como la habilidad de un paciente determinado con sus circunstancias concretas para comprender la información relevante a una decisión específica sobre su salud y para apreciar las consecuencias razonablemente previsibles que se derivan de expresar esa decisión¹⁰. El concepto de capacidad mental no está del todo resuelto en nuestro medio, estando sujeto aun a subjetividades por parte de los jueces y médicos¹¹. La determinación de si un paciente es o no capaz es crítica, ya que de existir un balance entre respetar la autonomía de los pacientes en la toma informada de sus propias decisiones y la protección de aquellos que son incapaces. El consentimiento por parte de un paciente incapaz es inválido, el médico que no obtenga un consentimiento por parte de la persona que tenga la delegación de poderes puede ser objeto de sanciones por tratar a una persona sin tener un consentimiento informado válido.

Para la evaluación de la capacidad mental nos hemos de basar en unos principios fundamentales en los que existe un gran consenso entre expertos en capacidad legal y práctica ética¹².

1. La presunción de capacidad

Toda persona adulta se presupone que tiene capacidad mental para tomar decisiones sobre su salud, a menos que se demuestre lo contrario.

2. Maximizar la capacidad de toma de decisiones

La capacidad mental ha de evaluarse para cada decisión específica, no de forma global. Hay que intentar hacer todo lo posible para apoyar a las personas en su toma de decisiones, antes de decidir la falta de capacidad.

3. La libertad de tomar decisiones insensatas

Una paciente es autónomo para tomar decisiones que el médico no considera las oportunas o de riesgo para su salud (precipitadas, imprudentes o irracionales). Estos hechos pueden plantear dudas, pero de ninguna manera son determinantes de la capacidad mental de los pacientes. La falta de capacidad no se puede concluir simplemente debido a la apariencia, condición, edad, creencias religiosas o culturales, y comportamiento excéntrico o idiosincrásico. Es necesario demostrar la incapacidad.

4. La incapacidad mental se relaciona con el deterioro del estado mental, pero no se identifica con él

El diagnóstico de enfermedad mental o cerebral puede aumentar el riesgo de que un paciente sea declarado incapaz de hecho o de derecho pero no implica su presunción. Esto es consecuente con el imperativo ético de que la autonomía no se debe negar al paciente por el mero hecho de estar enfermo.

5. La incapacidad mental se relaciona con el déficit funcional

Solo cuando podemos probar que la presencia de enfermedad afecta de manera significativa a las habilidades para tomar decisiones, se debe considerar a un paciente como incapaz. Las habilidades son la clave para determinar la capacidad o incapacidad de un paciente.

No todos los pacientes psiquiátricos son incapaces, no todos los pacientes médicos tienen capacidad. Esto se aplica particularmente a los pacientes médicos internados, en los que factores como el deterioro cognitivo y el delirium pueden afectar a su capacidad para tomar decisiones.

6. La incapacidad mental depende de las consecuencias

El umbral para determinar la capacidad de un paciente a la hora de tomar decisiones puede verse modificado en función de las consecuencias de las decisiones que tome si estas son menos o más graves.

7. La incapacidad mental puede cambiar

La capacidad o incapacidad mental se define para un momento determinado y una tarea específica. No implica necesariamente un estado permanente y puede cambiar con el tiempo. Por esto es imprescindible reevaluar el caso cuando sea necesario.

8. El mayor interés del paciente

Cuando se determina que una persona carece de capacidad, cualquier decisión o acción tomada en su nombre debe buscar su mayor interés. No debemos asumir automáticamente que "el mayor interés" para el paciente es lo que dicen los médicos o familiares,

9. La alternativa menos restrictiva

Cuando una persona está tomando una decisión en nombre de un adulto que no tiene capacidad para hacerlo, debe asegurarse de que la decisión es la menos restrictiva de los derechos fundamentales y libertades del individuo. La ley y la ética requieren que interfiramos lo mínimo posible en el derecho de las personas para tomar decisiones autónomas en cuanto a sus vidas. Sin embargo, algunos límites de este derecho están justificados legal y éticamente cuando los individuos con trastornos mentales puedan dañarse a sí mismos o a otros.

b) ¿Quién ha de realizarla?

En el ámbito sanitario la evaluación de la capacidad mental ha de ser llevada a cabo por el médico responsable del caso, quien ha de determinar la capacidad de un paciente. Es esencial que cuente con la participación de todos los profesionales incluidos en el cuidado del paciente, teniendo también en cuenta a sus cuidadores en el caso que los tenga y a los familiares, contrastando la información obtenida y dejándola reflejada en la historia clínica.

Puede que se estime oportuno la intervención e interconsulta a un especialista en psiquiatría quien llevaría a cabo una evaluación más minuciosa. Es de especial interés en aquellos pacientes con patología psiquiátrica.

En los casos en los que la incapacidad del paciente se precise que sea legal ha de ser llevada a cabo por un juez.

c) ¿Cuándo se evalúa la capacidad?

Todo paciente se considera capaz hasta que se demuestre lo contrario, esa capacidad es necesaria para la firma del consentimiento informado. La capacidad de una persona puede ser reducida por deterioro cognitivo, por algunos síntomas psiquiátricos y por factores situacionales como pueden ser la complejidad en la información recibida y la manera de ofrecerla^{13,14,15}.

Es frecuente que se asocien patologías con sospechas de incapacidad, entre las situaciones nos encontramos¹²:

- Pacientes geriátricos hospitalizados o en residencias de ancianos.
 - Los pacientes geriátricos tienen tasas entre el 44% y el 69% de discapacidad¹⁶.
- Historia de deterioro cognitivo.
 - Los pacientes con Alzheimer y otro tipo de demencias tienen una alta tasa de incompetencia, relacionada con la toma de decisiones.
 - Los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen dificultad para proyectarse a ellos mismos en la historia, respuestas no coherentes ni sensatas, pérdida de apego y errores cualitativos asociados con la incapacidad^{16,17}.
 - Más de la mitad de los pacientes con moderada demencia son considerados incapaces, así como la totalidad de aquellos con demencia severa. Éstos tienen afectada la capacidad de razonar y de entender, mientras que tienen conservada la habilidad de expresar sus decisiones. Tenerlo en cuenta es de vital importancia en estas patologías, pues los pacientes son capaces de expresar su decisión sin haber tenido el proceso de comprensión y razonamiento sobre los riesgos y beneficios previamente¹⁵.
 - Los accidentes cerebrovasculares también pueden afectar a la capacidad de toma de decisiones, dependiendo de la localización y tamaño del área afectada del cerebro¹⁸.
- Comportamiento anormal
- Rechazo de un tratamiento que está claramente indicado sin una argumentación coherente de porqué lo rechaza
- Aceptación de procedimientos muy invasivos, molestos o peligrosos con excesiva facilidad

- Desorientación o delirio. Cambios transitorios o permanentes en el estado mental como consecuencia de problemas psiquiátricos o alteraciones físicas. Dentro de los pacientes psiquiátricos la falta de consciencia sobre la enfermedad es uno de los mayores predictores de incapacidad.
 - El 50% de los pacientes con un brote agudo de esquizofrenia tienen alguna pérdida en al menos uno de los elementos que definen la competencia^{19,20}.
 - Entre el 20 y el 25% de los pacientes con depresión tienen al menos un elemento afectado^{19,20}.
 - Los pacientes con trastorno bipolar tienen unas tasas similares a los pacientes con esquizofrenia²¹.
- Preocupación planteada por familiares o personas cercanas

Los pacientes incompetentes se encuentran normalmente hospitalizados, es menos frecuente encontrarlos en el entorno extrahospitalario. La peligrosidad en los tratamientos o pruebas para los cuales se necesita el consentimiento informado y la posible valoración de la capacidad es mayor en el entorno hospitalario. Cualquier diagnóstico que pueda comprometer cualquiera de las cuatro esferas necesarias para la toma de decisiones se puede asociar con incompetencia. Entre el 3 y el 35% de las colaboraciones a psiquiatría en el hospital involucran cuestiones de la capacidad mental del paciente para la toma de decisiones^{22,23}. Sin embargo en muchos otros casos, la toma de decisiones por parte de pacientes incapaces puede pasar desapercibida, aun cuando estos pacientes rechazan un tratamiento recomendado²¹.

En pacientes ancianos la prevalencia de sospecha de incapacidad mental es mayor, pues la prevalencia de patologías que son motivo de incapacidad aumenta⁹.

d) ¿Cómo se evalúa la capacidad mental?

La evaluación de la capacidad mental del paciente ha de tener en cuenta múltiples variables, no sólo el resultado de los test de capacidad mental que se exponen a continuación. Una buena evaluación de esta capacidad ha de sopesar como mínimo estos puntos¹².

1. Determinar la finalidad y las circunstancias de la valoración a fin de identificar y delimitar las decisiones específicas y concretas a tomar.
2. Preparar de manera concienzuda la información que se le va a ofrecer al paciente, de manera que sea relevante, adecuada y ajustada a las necesidades y el nivel de comprensión del paciente.
3. Diagnosticar si existe un deterioro cognitivo o alguna alteración en el funcionamiento de la mente o del cerebro.
4. Realizar una exploración psicopatológica que incluya como mínimo: Alteración del lenguaje, estado de ánimo y ansiedad, sueño, apetito, alteraciones de la sensopercepción, ideas delirantes, conciencia de enfermedad y capacidad de razonamiento. Es de vital importancia valorar como puede el nivel cognitivo y emocional afectar en la toma de decisiones del paciente.
5. Evaluar de manera sistemática, (tabla 2 y tabla 3).
6. Valorar el riesgo y beneficio de las consecuencias de la decisión, en las circunstancias propias de cada paciente.
7. Explorar los deseos, sentimientos, creencias y valores y su influencia en la toma de decisiones.

La capacidad de consentir un tratamiento es un aspecto fundamental de la autonomía personal y hace referencia a todas las esferas del paciente.

Contamos con varios instrumentos para evaluar la capacidad mental que se muestran en la tabla 2²⁴.

<i>Dominios consultados para consentir tratamiento</i>						
Instrumento	Compresión	Apreciación	Razonamiento	Expresión de elección	Tiempo	Formato
Entrevista de competencia programada²⁵	Sí	Sí	Sí	Sí		Entrevista estructuradas
Evaluación de la capacidad de consentir un tratamiento²⁶	Sí	Sí	Sí	Sí	45 min	Tres viñetas relacionadas con los tratamientos recomendados
Cuestionario sobre Competencia de Ontario	Sí	Sí	No	No		Entrevista semiestructurada
Entrevista sobre Capacidad de Hopemont³³	Sí	Sí		Sí	30 - 60 min	Viñetas hipotéticas en infección de ojo y CPR: entrevista semiestructurada
Evaluación de ayuda a la capacidad²⁷	Sí	Sí		No	10 - 20 min	Entrevista semiestructurada
Evaluación directa sobre la capacidad de tomar decisiones⁴³	Sí	No	Si	No		Viñetas hipotéticas; entrevista estructurada
Instrumento Mac Arthur original³⁵	Sí	Sí	Si	Sí	60 - 90 min	Viñetas de tratamiento: entrevista semiestructurada
Mac Arthur competence Assessment tool for treatment (MacCAT-T)^{28,29,41}	Sí	Sí	No	Sí	15 - 20 min	Entrevista semiestructurada
Test de evaluación de la competencia de Hopkins³⁰		No	No	No	10 min	Entrevista estructuradas
Entrevista estructurada para competencia y test de evaluación de incompetencia e inventario de ranking^{31,42}	Sí	Sí	Sí	Sí	20 min	Entrevista estructuradas
Instrumento de competencia de consentimiento de tratamiento³²	Sí	Sí	Sí	Sí	20 - 25 min	Viñetas hipotéticas; entrevista estructurada
Formulario de consentimiento en 2 partes³⁸	Sí	No	No	No		Entrevista semiestructurada y cuestionario autoadministrado
Entrevista de evaluación de la competencia	Sí	Sí	Sí	Sí		Viñetas y entrevista estructurada
Métodos de viñetas descritos por Schmand et al. y Sach et al³⁷	Sí	No	Sí	No		Entrevista semiestructurada
Entrevista de Consentimiento Informado⁴⁴	Sí	Sí	Sí	Sí		Viñeta o decisión actual y entrevista estructurada

Tabla 2: Comparación de métodos de evaluación de la capacidad mental

De los 15 instrumentos evaluados, nos hemos centrado en aquellos que evalúan la capacidad de dar consentimiento al tratamiento. Sin embargo, sólo nueve de ellos tratan las cuatro dimensiones de la capacidad (comprensión, razonamiento, apreciación y expresión de elección). Dos de los seis instrumentos restantes evalúan sólo la comprensión; dos evalúan la comprensión y apreciación; y dos evalúan la comprensión y el razonamiento.

Las viñetas o los contenidos predefinidos se utilizan como estímulos en ocho de los 15 instrumentos. La decisión actual del tratamiento del paciente se utiliza sólo como estímulo en siete de los 15 instrumentos, y puede ser usado de base en el instrumento de Vellinga et al⁴⁵.

Los 15 instrumentos emplean entrevistas estructuradas o semiestructuradas. El único que difiere es el Formulario de consentimiento en dos partes, en el cual se entrega un cuestionario autoadministrado y luego se llevan a cabo distintas preguntas.

El grado de entrenamiento necesario para la realización de estos test varía de mínimo, como en el Test de evaluación de la competencia de Hopkins³⁰, a uno más minucioso, como en alguno de los siguientes: Entrevista de competencia programada, Evaluación de la capacidad de consentir para un tratamiento, Cuestionario sobre competencia de Ontario, Entrevista sobre capacidad de Hopemont, Evaluación de ayuda a la capacidad, Evaluación directa sobre la capacidad de tomar decisiones, Mac Arthur competence Assessment tool for treatment (MacCAT-T), Entrevista estructurada para competencia y test de evaluación de incompetencia y inventario de ranking, Instrumento de competencia de consentimiento de tratamiento, Formulario de consentimiento en 2 partes, Entrevista de evaluación de la competencia y los dos métodos viñeta. Sin embargo, sólo están disponibles manuales detallados para la realización de estas pruebas y su interpretación para la Entrevista sobre Capacidad de Hopemont, y para el MacArthur CAT-T (comprensión sobre el tratamiento informado, percepción del trastorno y pensamiento racional sobre el tratamiento).

La variable del tiempo de administración no se ha informado ampliamente en todos los instrumentos de síntesis. En aquellos publicados, se encuentran variaciones con la amplitud de la evaluación (ver tabla 2)

La fiabilidad de estos instrumentos se ha encontrado sólo en 12 de ellos. Una adecuada consistencia inter evaluador y fiabilidad (≥ 0.80) ha sido vista en los siguientes instrumentos; La Entrevista de competencia programada²⁵, Evaluación de la capacidad de consentir para un tratamiento²⁶, Evaluación de ayuda a la capacidad²⁷, Entrevista sobre

Capacidad de Hopemont, Mac Arthur Competence Assessment Tool for Treatment^{28,29}, Test de evaluación de la competencia de Hopkins³⁰, Entrevista estructurada para competencia y test de evaluación de incompetencia y inventario de ranking³¹, Instrumento de competencia de consentimiento de tratamiento³² y el Formulario de consentimiento en 2 partes.

Los datos sobre la consistencia interna se han informados para; Entrevista de competencia programada²⁵, Entrevista sobre Capacidad de Hopemont³³, y el instrumentos MacArthur original^{34,35,36}. Para este último, la consistencia interna parecía variar con la población de estudio, con mayor consistencia para pacientes psiquiátricos hospitalizados que para los pacientes cardíacos o sanos. Los autores de la Entrevista de competencia programada²⁵, y Métodos de viñetas descritos por Schmand et al. y Sach et al³⁷, utilizaron correlaciones entre los ítems para evaluar la consistencia interna. La fiabilidad del test-retest ha sido publicada para sólo cuatro de los métodos de evaluación, la Entrevista de Competencia programada²⁵, la Entrevista sobre Capacidad de Hopemont, Instrumento Mac Arthur original³⁵ y el Formulario de consentimiento en 2 partes³⁸.

Para los siete instrumentos con contenido variable no hay datos publicados sobre la fiabilidad de la preparación de los ítems o sobre la asociación entre las versiones preparadas para los distintos usuarios.

Los datos relacionados con los criterios o validez predictiva han sido publicados para todos los instrumentos que valoran el consentimiento en el tratamiento a excepción de el de Evaluación de la competencia. En la mayoría de los casos, el criterio externo, era el juicio sobre la capacidad o no del paciente, llevado a cabo por médicos. Los datos sobre la capacidad de los diversos instrumentos para discriminar entre los pacientes que fueron juzgados por los expertos como capaces o incapaces se han publicado para los siguientes instrumentos; Entrevista de competencia programada^{25,39}, Evaluación de ayuda a la capacidad²⁷, Test de evaluación de la competencia de Hopkins^{30,40}, Mac Arthur competence Assessment tool for treatment^{29,41}, Entrevista estructurada para competencia y test de evaluación de incompetencia e inventario de ranking⁴², Evaluación directa sobre la capacidad de tomar decisiones⁴³, y los dos métodos de viñetas^{37,44}. En los métodos de Mac Arthur competence Assessment tool for treatment, Evaluación directa sobre la capacidad de tomar decisiones y los de viñetas, no se ha encontrado una buena correspondencia entre el juicio llevado a cabo por médicos sobre la capacidad del paciente y el resultado del test en pacientes mayores. Esta falta de concordancia ha sido interpretada como un indicador de la

falta de sensibilidad relativa de los médicos para llevar a cabo un juicio sobre este grupo de pacientes.

Los resultados de las pruebas cognitivas (MMSE) se correlacionan con las puntuaciones de capacidad obtenidos en algunos test^{29,33,36,40,45}, pero no en otros^{30,34,40,46,47}. Estos hallazgos se relacionan con que la capacidad de decisión es un constructo diferenciado de las habilidades cognitivas, aunque son importantes en la medición de dichas habilidades. Para el método de viñetas de Vellinga se llevó a cabo un estudio con la opinión de los familiares sobre la capacidad del paciente, teniendo un resultado completamente distinto al del instrumento.

La selección del instrumento dependerá del contexto en el que se va a utilizar. El uso más corriente recae sobre la determinación definitiva de la capacidad del paciente, el screening de individuos que necesitan una evaluación posterior⁴⁸, y para labores de investigación^{34,39,50,51,52,53,54,55}. El mayor reto con el que nos encontramos en la selección del instrumento es la falta de consistencia entre los instrumentos sobre lo que se está midiendo, a pesar de tener una terminología común. La definición de razonamiento varían desde la capacidad de proporcionar "razones racionales" para una elección autónoma⁵⁰, a elegir la opción "razonable" en una situación dada⁵¹, pasando por los procesos cognitivos subyacentes utilizados para adoptar una decisión ("consecuente" y "comparativa") en el razonamiento Mac Arthur competence Assessment tool for treatment²⁸.

Ocurre lo mismo con las definiciones y mediciones de la apreciación, teniendo un abanico desde la apreciación de las consecuencias de una elección³², el reconocimiento de un trastorno y su potencial de tratamiento³⁵, o la ausencia de " creencias falsas " que rigen la apreciación⁵⁷. Hasta en la evaluación de la comprensión se encuentran variaciones según la expresión del evaluador; la simple repetición de las palabras del entrevistador o el texto en un formulario de consentimiento, así como la habilidad de adquisición de la información del paciente o el detalle del evaluador en la entrega del consentimiento varían la capacidad de comprensión.

Cualquier instrumento ha de tener en cuenta el contexto individual del paciente, por lo cual no habrá un método de evaluación perfecto.

Además se ha de tener en cuenta el riesgo beneficio del tratamiento o del ensayo para el cual se evalúa la capacidad de un paciente. La visión moderna de la capacidad es que es de un dominio específico y sensible al riesgo. La capacidad de una persona para llevar a cabo

una función no se puede equiparar a la capacidad de esta persona para llevar a cabo otras funciones. El límite de la capacidad mental se debería ajustar al perfil de riesgo beneficio de la decisión que se toma. De ésta manera a más alto riesgo debería de haber un mayor límite de la capacidad³⁵. En un estudio llevado a cabo con 188 pacientes con Demencia tipo Alzheimer se realizó una intervención de su capacidad para dar el consentimiento a un tratamiento experimental de dos posibles Ensayos clínicos, uno de bajo riesgo y randomizado usando un nuevo medicamento, el RCT y otro de alto riesgo randomizado probando la implantación neuroquirúrgica de células. Los métodos de evaluación fueron CAPA: Capacity to appoint a proxy assessment (10 ítems de comprensión y 4 ítems de apreciación, elección y razonamiento) MacCAT-CR y el juicio de 4 jueces entrenados. Se observó que la capacidad de entendimiento y apreciación del MacCAT-CR para el tratamiento neuroquirúrgico eran menores que para el RTC farmacológico³⁵.

Se valoró también que la capacidad para delegar se preserva mejor que la capacidad para autorizar un tratamiento farmacológico, y mejor preservada aun que la capacidad para permitir un tratamiento de alto riesgo. La relativa preservación de la capacidad para delegar puede deberse a que otorgando un válido consentimiento informado para el tratamiento requiere que los pacientes aprendan información nueva sobre el estudio, una tarea especialmente difícil para pacientes con Alzheimer, mientras que una delegación de las decisiones cuando se encuentra en situaciones de vulnerabilidad es más sencilla.

También se encontró que los pacientes tenían peores resultados (en entendimiento y apreciación) en el MacCAT-CR adaptado al tratamiento neuroquirúrgico que al adaptado al farmacológico. Probablemente es por estar menos familiarizados con este tipo de procesos y que requiere un aprendizaje previo. Aun así este empeoramiento de la prueba no modificó mucho el número de participantes que fueron considerados capaces para consentir el tratamiento neuroquirúrgico. Por lo que el riesgo asociado a la prueba modifica el límite de la capacidad. La observación llevada a cabo por parte de los jueces es que la capacidad de juicio se ve muy afectada por el riesgo relativo de la prueba.

La entrevista mas utilizada a nivel internacional y con mas estudios empíricos para medir la capacidad de un paciente para autorizar un tratamiento es Mac Arthur competence Assessment tool for treatment debido a su facilidad de comprensión y a los datos psicométricos que lo apoyan. Además este instrumento ha sido validado con distintas poblaciones y además posee materiales de formación en la utilización de dicho elemento. En nuestro medio la validación ha sido llevada a cabo por Álvarez y col.⁵⁹

El MacCAT-T valora 10 subcriterios extraídos de los 4 principios generales. Para poder valorar cada uno de los ítems se realiza una entrevista clínica. Respecto a la puntuación del protocolo, el entrevistador calificara con 0, si la persona no lo entiende, con 1, si lo hace de modo limitado, y con 2, si lo hace de forma adecuada.

Criterio	Subcriterio	Puntuación	Puntuación total
Comprensión	1. Comprensión de la enfermedad	1. 0-2	0-6
	2. Comprensión del tratamiento	2. 0-2	
	3. Comprensión de los riesgos y beneficios	3. 0-2	
Apreciación	4. Apreciación de la enfermedad	4. 0-2	0-4
	5. Apreciación del objetivo general del tratamiento	5. 0-2	
Razonamiento	6. Consecuencia	6. 0-2	0-8
	7. Comparativo	7. 0-2	
	8. Consecuencias Generadas	8. 0-2	
	9. Consistencia Lógica	9. 0-2	
Elección	10. Expresión de una decisión	10. 0-2	0-2

Tabla 3: Evaluación del MacCAT-T

e) ¿Qué otros test complementarios se pueden realizar?

Como se ha comentado previamente, es de vital importancia hacer una valoración integral del paciente y de su entorno.

El área de la capacidad de toma de decisiones médicas, la habilidad de comprensión de la información sobre los tratamientos se asocia con deterioros en la memoria, así como en los deterioros en la comprensión y en la conceptualización. La habilidad de apreciación se asocia con las funciones ejecutoras y de conceptualización, así como la habilidad de razonamiento. Y la habilidad de expresar una elección se asocia con la comprensión auditiva y con la denominación.

i. Evaluación cognitiva y la capacidad mental

Como se ha comentado previamente, determinadas patologías como son la enfermedad de Alzheimer, las demencias o la enfermedad de Párkinson se relacionan con la pérdida de las habilidades necesarias para dar consentimiento; comprensión con la enfermedad de Alzheimer y las funciones ejecutoras, memoria y comprensión con el Párkinson⁶⁰. Por lo que para la correcta evaluación de la capacidad mental, es útil la evaluación del estado cognitivo del paciente. El deterioro cognitivo evaluado mediante el Mini mental State Examination (MMSE) está asociado con la incapacidad mental y con mayor edad^{33,36,40,41,46}, pero también se da la incapacidad mental en pacientes sin deterioro cognitivo, como con los pacientes psicóticos⁵⁹. No debe de ser utilizado pues como una prueba diagnóstica de capacidad mental por si misma, sino como un dato más a valorar

Otro posible test que se puede realizar como screening de demencia, es el test 2Q, basado en dos preguntas sencillas sobre la edad y el año de nacimiento y la edad. Se considera negativo el test cuando el paciente responde erróneamente ambas preguntas y dudoso si responde mal a una de ellas. Éste test tiene una sensibilidad del 61,2% y una especificidad de 97,8%, un valor predictivo positivo del 44,4% y negativo del 98%.⁶¹

En estudios recientes se ha visto que personas con un alto coeficiente intelectual (C.I) que tienen demencia son más capaces de tomar decisiones anticipadas que alguien con menor C.I. y en ocasiones con menor demencia. Algunos autores establecen que no hay ninguna razón para suponer que el C.I. es menos importante en la capacidad mental para consentir un tratamiento. De tal manera que los pacientes con un C.I. más alto que sufren de demencia o esquizofrenia mantienen una mayor capacidad, especialmente argumental, por lo que tienen menos probabilidad de recibir un tratamiento⁶².

ii. Entorno emocional

La evaluación de la esfera emocional es también de relevancia, pues influye en la toma de decisiones del paciente. Se recomienda hacer un screening de depresión, por ejemplo mediante la Escala de depresión geriátrica y la escala de depresión de Hamilton que son de fácil utilización y las más ampliamente aceptadas. Sin embargo, dos preguntas sencillas como “¿Durante el último mes, ha sentido usted sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza?” y “¿Ha perdido usted el placer o el interés en hacer cosas?”. Respondiendo afirmativamente a una o dos preguntas es un screening positivo de depresión.⁶⁵

Otro test que puede ser útil es el cuestionario insight que evalúa la conciencia de la enfermedad desde una perspectiva multidimensional. Es una evaluación que está muy ligada a la parte más emocional y apreciativa de la capacidad mental, que es la que más se puede ver afectada en aquellos trastornos que mantienen una buena capacidad cognitiva, pero cuyos pacientes pueden ser incapaces, como en algún trastorno psiquiátrico. Este test está formado por 8 ítems, agrupados en 3 dimensiones: el conocimiento de tener síntomas, el conocimiento de tener una enfermedad mental y la necesidad de recibir un tratamiento. Una puntuación igual o superior a 9 se relaciona con conciencia de la enfermedad.⁶⁶

8. Propuesta de guía de evaluación de la capacidad mental

Hasta que se demuestre lo contrario toda persona esta dotada de capacidad mental para la toma de sus propias decisiones. Es el clínico el que ha de demostrar la incapacidad del paciente para dicha toma de decisiones, demostrando la patología que padece el paciente y sus efectos sobre la capacidad mental. Tras la investigación realizada para este trabajo, se propone la siguiente guía de evaluación de la capacidad mental para la aceptación del tratamiento en población geriátrica.

1. Duda sobre la capacidad mental del paciente.

a. El paciente padece de patologías que afectan o modifican el funcionamiento del cerebro y la mente, que afecten la toma de decisiones y por ende capacidad mental, como son el deterioro cognitivo, especialmente las demencias, delirios, psicosis, trastornos bipolares y depresión.

i. Evaluación que objetive dicho trastorno

1. Deterioro cognitivo: MMSE o 2 preguntas

2. Trastornos del estado de ánimo: Test de insight o escala

de depresión geriátrica y la escala de depresión de Hamilton

ii. El paciente toma decisiones para procesos de alto riesgo con facilidad o rechaza procesos claramente indicados, la familia muestra preocupación o bien el paciente muestra un comportamiento anormal.

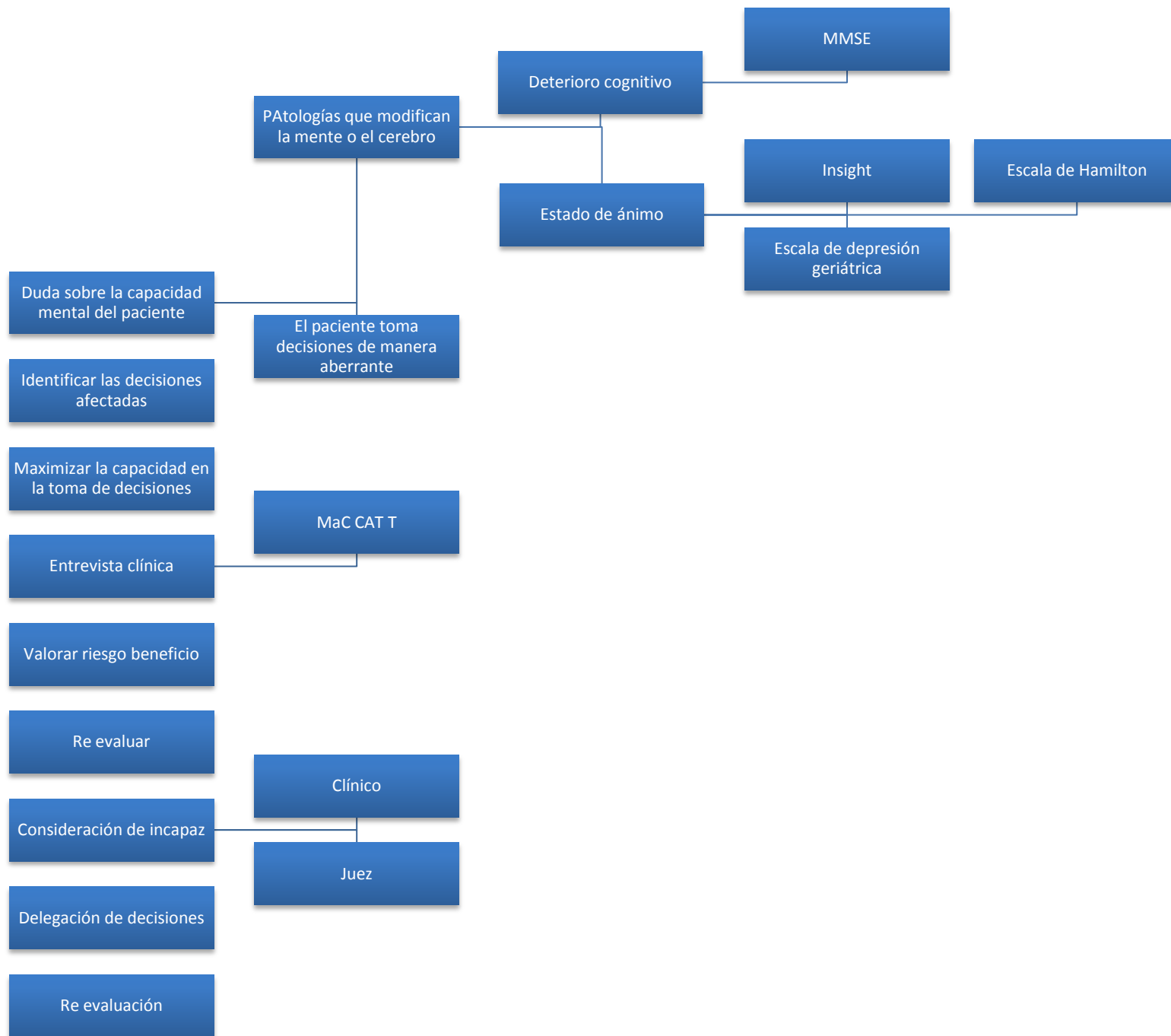
2. **Identificar y aclarar que decisiones se ven afectadas.** La capacidad mental de un paciente es relativa, no absoluta, por lo que hay que identificar que decisiones se ven afectadas.

3. **Maximizar la capacidad en la toma de decisiones.** Se ha de intentar ayudar a la toma de decisiones, ofreciendo la información de manera comprensible por el paciente, resaltando los riesgos y beneficios (pues esto modifica la capacidad mental), creando un entorno comunicativo óptimo en el que el paciente se sienta cómodo y se establezca una buena relación médico paciente. Si ni aun así el paciente es capaz de llevar a cabo la toma de decisiones, se ha de evaluar la capacidad mental del paciente.

4. **Evaluación mediante una entrevista clínica usando el test de Mac Arthur para el consentimiento de tratamiento y valorar que áreas se encuentran afectadas.**

a. Además explorar las creencias y valores del paciente al respecto

5. **Valorar el riesgo beneficio de la incapacitación del paciente.** Toda decisión se ha de realizar en pro del bienestar del paciente.
6. **Re evaluar en caso que se considere necesario**
7. **Consideración del individuo como incapaz para esa decisión por parte del clínico.** Se considera que un individuo es incapaz cuando no sea capaz de tomar una determinada decisión, en un momento concreto, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.
8. **Consideración del paciente como incapaz por parte del juez.** Se considera que un paciente está incapacitado cuando un juez lo ha determinado así, tal y como se recoge en el artículo 199 del Código Civil
9. **Delegación de sus decisiones** Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
10. **Reevaluación en el caso de que se considere necesario, al haber un cambio en la patología.**



9. Discusión

La capacidad mental es un tema con mucho potencial de mejora y de investigación. Es complejo y requiere de la valoración de múltiples esferas como son la funcional, la diagnóstica, la cognitiva, la psiquiátrica, los valores, los riesgos y las posibles intervenciones a realizar. Se necesita por lo tanto de una gran formación por parte del clínico y la colaboración de profesionales de distintas especialidades.

Uno de los posibles campos de estudio y de mejora es el de la neurociencia y del entendimiento de cómo se relacionan determinadas habilidades cognitivas que influyen en la toma de decisiones con algunas patologías. La mejora en el entendimiento de estas relaciones puede dar información muy relevante a la hora de ser integrada con el diagnóstico, la evaluación cognitiva, los valores, creencias y riesgos. Si bien es cierto, que la incapacidad mental puede ser por muchas causas, la gran mayoría, y en especial en personas mayores, es por disfunciones cognitivas. Por lo que es muy importante la integración de la evaluación de la capacidad mental con otras ciencias como pueden ser la neurociencia y la psicología, en especial en el estudio de la capacidad de decisión.

Otro de los posibles campos de estudio es el de cómo afecta el entorno y las experiencias vitales del paciente a su capacidad de decisión. Pues, las experiencias de cada uno pueden afectar en la toma de decisiones, basando su decisión no sólo en los datos ofrecidos por el clínico sino también en vivencias pasadas.

La relación entre la esfera emocional en cuanto a la toma de decisiones y la aceptación o no de un riesgo, también es un tema de vital importancia, tanto para la evaluación de la capacidad mental como para sus posteriores implicaciones. Es una esfera que toma especial interés en la apreciación de la toma de la decisión.

El perfil de los pacientes objeto de estudio, también es un tema casi inexplorado, dentro de toda la bibliografía, la mayoría de los estudios se basan en pacientes adultos o geriátricos con trastornos psiquiátricos (en especial esquizofrenia) y demencias. Se debe de ampliar el campo de estudio, no sólo para tener un conocimiento más pleno, sino también para hacer conscientes a otras especialidades de la importancia de este tema, y que no pase infradiagnosticado.

En cuanto a las herramientas, se ha de continuar explorando el uso de las mismas en distintas poblaciones, de diferentes edades, creencias, entornos y patologías, de manera que se pueda discriminar que herramienta es la más óptima para cada patología en concreto. Así como aumentar la formación entre los profesionales tanto para la identificación de los posibles problemas de capacidad mental como para la evaluación de la misma, creando protocolos y guías de actuación que homogenicen el uso de las mismas.

Conclusión.

La sociedad está en un proceso de envejecimiento, en el que gran parte de la población geriátrica puede padecer o padece deficiencias cognitivas las cuales pueden afectar a su capacidad mental. El buen entendimiento de este proceso, y como afectan todos los factores en el mismo es de gran relevancia para una buena evaluación.

La capacidad mental, refuerza el ideal y el concepto sobre la autonomía del paciente y el del consentimiento informado respecto a sus propias decisiones médicas. Cualquier paciente se considera capaz de tomar sus propias decisiones si no se demuestra lo contrario, aunque estas no sean las de elección del médico, dotando al paciente de una gran autonomía y estableciendo una relación médico paciente que no es tan paternalista. Y bajo el mismo principio hay que proteger a los pacientes más vulnerables, que toman mucha importancia en la población geriátrica, debido a las patologías que estos padecen.

La evaluación capacidad mental es un proceso complejo pero de gran relevancia en nuestro ambiente, con grandes oportunidades de mejora y de investigación. En el que es sobre todo importante estandarizar un procedimiento o guía de evaluación que sea sensible y específico de incapacidad.

Bibliografía

1. González Menéndez R. La psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004.
2. Alemany García M. El concepto y la justificación del paternalismo. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes; 2005.
3. Boletín Oficial del Estado. Constitución Española. Madrid; 1978 p. 8.
4. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/19886, de 25 de abril, General de Sanidad. Madrid; 1986 p. 7, 23.
5. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto del 24 de Julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Madrid; 2016 p. 51.
6. 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. Madrid; 2002.
7. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras. Madrid: Gregorio Izquierdo Llanes; 2016 p. 8-9.
8. Salthouse T. Consequences of age-related cognitive declines. *Annual Review of Psychology*. 2012;63(1):201-226.
9. Moyer J, Marson D, Edelstein B. Assessment of capacity in an aging society. *American Psychologist*. 2013;68(3):158-171.
10. Ventura T, Baón B, Villaora L, Fernández S, Navío M. *Bioética y Salud Mental*. Granada: M Navío; 2010.
11. Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*. 2008;28(2).
12. Ventura Faci T. La evaluación de la capacidad y sus problemas. *EIDON*. 2014;.
13. Dunn L. Enhancing informed consent for research and treatment. *Neuropsychopharmacology*. 2001;24(6):595-607.
14. Wirshing D, Wirshing W, Marder S, Liberman R, Mintz J. Informed consent: assessment of comprehension. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(11):1508-1511.
15. Roberts L. Informed consent and the capacity for voluntarism. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(5):705-712.
16. Moyer J, Marson D. Assessment of decision-making capacity in older adults: an emerging area of practice and research. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2007;62(1):P3-P11.

17. Kim S, Appelbaum P, Kim H, Wall I, Bourgeois J, Frankel B et al. Variability of judgments of capacity: experience of capacity evaluators in a study of research consent capacity. *Psychosomatics*. 2011;52(4):346-353.
18. White-Bateman S, Schumacher H, Sacco R, Appelbaum P. Consent for intravenous thrombolysis in acute stroke. *Archives of Neurology*. 2007;64(6):785.
19. Grisso T, Appelbaum P. The MacArthur Treatment competence study. III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law and Human Behavior*. 1995;19(2):149-174.
20. Vollmann J, Bauer A, Danker-Hopfe H, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychological Medicine*. 2003;33(8):1463-1471.
21. Palmer B, Dunn L, Depp C, Eyler L, Jeste D. Decisional capacity to consent to research among patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(05):689-696.
22. Farnsworth M. Competency evaluations in a general hospital. *Psychosomatics*. 1990;31(1):60-66.
23. Jourdan J, Glickman L. Reasons for requests for evaluation of competency in a municipal general hospital. *Psychosomatics*. 1991;32(4):413-416.
24. Dunn L, Nowrangi M, Palmer B, Jeste D, Saks E. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(8):1323-1334.
25. Bean G, Nishisato S, Rector NA, Glancy G: The psychometric properties of the Competency Interview Schedule. *Can J Psychiatry* 1994; 39:368–376.
26. Cea C, Fisher C. Health care decision-making by adults with mental retardation. *Mental Retardation*. 2003;41(2):78-87.
27. Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, Singer P, McKenny J, Naglie G et al. Assessment of patient capacity to consent to treatment. *Journal General Internal Medicine*. 1999;14(1):27-34.
28. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C: The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatry Services* 1997; 48:1415–1419.
29. Raymont V, Bingley W, Buchanan A, David A, Hayward P, Wessely S et al. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. *The Lancet*. 2004;364(9443):1421-1427.
30. Janofsky J, McCarthy R, Foistein M. The Hopkins Competency Assessment Test: a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. *Hospital Community Psychiatry*. 1992;43(2):132-136.

31. Tomoda A, Yasumiya R, Sumiyama T, Tsukada K, Hayakawa T, Matsubara K et al. Validity and reliability of structured interview for competency incompetency assessment testing and ranking inventory. *Journal of Clinical Psychology*. 1997;53(5):443-450.
32. Marson DC, Ingram KK, Cody HA, Harrell LE: Assessing the competency of patients with Alzheimer's disease under different legal standards. *Archives Neurology* 1995; 52:949–954.
33. Pruchno R, Smyer M, Rose M, Hartman-Stein P, Henderson-Larabee D. Competence of long-term care residents to participate in decisions about their medical care: a brief, objective Assessment. *The Gerontologist*. 1995;35(5):622-629.
34. Fitten LJ, Waite MS: Impact of medical hospitalization on treatment decision-making capacity in the elderly. *Archives Internal Medicine* 1990; 150(8):1717–1721.
35. Grisso T, Appelbaum P, Mulvey E, Fletcher K. The MacArthur Treatment competence study. II: measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law and Human Behavior*. 1995;19(2):127-148.
36. Stanley B, Stanley M, Guido J, Garvin L. The functional competency of elderly at risk. *The Gerontologist*. 1988;28(Suppl):53-58.
37. Schmand B, Gouwenberg B, Smit J, Jonker C. Assessment of mental competency in community-dwelling elderly. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 1999;13(2):80-87.
38. Roth L, Lidz C, Meisel A, Soloff P, Kaufman K, Spiker D et al. Competency to decide about treatment or research. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1982;5(1):29-50.
39. Bean G, Nishisato S, Rector NA, Glancy G: The assessment of competence to make a treatment decision: an empirical approach. *Canadian Journal Psychiatry* 1996; 41:85–92.
40. Holzer JC, Gansler DA, Moczynski NP, Folstein MF: Cognitive functions in the informed consent evaluation process: a pilot study. *Journal American Academy Psychiatry Law* 1997; 25:531–540.
41. Palmer B, Dunn L, Appelbaum P, Jeste D. Correlates of treatment-related decision-making capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *Archives General Psychiatry*. 2004;61(3):230.
42. Tomoda A, Yasumiya R, Sumiyama T, Tsukada K, Hayakawa T, Matsubara K et al. Validity and reliability of structured interview for competency incompetency assessment testing and ranking inventory. *Journal of Clinical Psychology*. 1997;53(5):443-450.
43. Fitten LJ, Waite MS: Impact of medical hospitalization on treatment decision-making capacity in the elderly. *Archives Internal Medicine* 1990; 150(8):1717–1721.

44. Vellinga A, Smit J, van Leeuwen E, van Tilburg W, Jonker C. Competence to consent to treatment of geriatric patients: judgements of physicians, family members and the vignette method. *International Journal Geriatric Psychiatry*. 2004;19(7):645-654.
45. Grisso T, Appelbaum P. Mentally ill and non-mentally-ill patients' abilities to understand informed consent disclosures for medication: Preliminary data. *Law and Human Behavior*. 1991;15(4):377-388.
46. Fitten L, Lusky R, Hamann C. Assessing treatment decision-making capacity in elderly nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1990;38(10):1097-1104.
47. Barton CD, Mallik HS, Orr WB, Janofsky JS: Clinicians' judgment of capacity of nursing home patients to give informed consent. *Psychiatr Services* 1996; 47(9):956–960
48. DeRenzo EG, Conley RR, Love RC: Assessment of capacity to give consent to research participation: state-of-the-art and beyond. *Journal Health Care Law Policy* 1998; 1:66–87.
49. Carpenter WT, Gold JM, Lahti AC, Queern CA, Conley RR, Bartko JJ, Kovnick J, Appelbaum PS: Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives General Psychiatry* 2000; 57(6):533–538.
50. Kim S, Caine E, Currier G, Leibovici A, Ryan J. Assessing the competence of persons with Alzheimer's Disease in providing informed consent for participation in research. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(5):712-717.
51. Karlawish J, Casarett D, James B. Alzheimer's Disease patients' and caregivers' capacity, competency, and reasons to enroll in an early-phase Alzheimer's Disease clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(12):2019-2024.
52. Casarett D, Karlawish J, Hirschman K. Identifying ambulatory cancer patients at risk of impaired capacity to consent to research. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;26(1):615-624.
53. Kovnick J, Appelbaum P, Hoge S, Leadbetter R. Competence to consent to research among long-stay in patients with chronic Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2003;54(9):1247-1252.
54. Moser D, Schultz S, Arndt S, Benjamin M, Fleming F, Brems C et al. Capacity to provide informed consent for participation in Schizophrenia and HIV research. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(7):1201-1207.
55. Appelbaum P, Grisso T. The MacArthur Treatment competence study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law and Human Behavior*. 1995;19(2):105-126.

56. Appelbaum PS, Grisso T: MacCAT-CR: MacArthur Competence Assessment Tool for clinical research. Sarasota, Fla, Professional Resource Press, 2001.
57. Saks ER, Dunn LB, Marshall BJ, Nayak GV, Golshan S, Jeste DV: The California Scale of Appreciation: a new instrument to measure the appreciation component of capacity to consent to research. *American Journal Geriatric Psychiatry* 2002; 10(2):166–174.
58. Kim S, Karlawish J, Kim H, Wall I, Bozoki A, Appelbaum P. Preservation of the capacity to appoint a proxy decision maker. *Archives General Psychiatry*. 2011;68(2):214.
59. Alvarez Marrodán I, Baón Pérez B, Navío Acosta M, López-Antón R, Lobo Escolar E, Ventura Faci T. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Medicina Clínica*. 2014;143(5):201-204.
60. Dymek M, Atchison P, Harrell L, Marson D. Competency to consent to medical treatment in cognitively impaired patients with Parkinson's disease. *Neurology*. 2000;56(1):17-24.
61. Ventura T, De-la-Cámara C, Lopez-Anton R, Santabárbara J, Marcos G, Quintanilla M et al. Usefulness of 2 Questions about age and year of birth in the case-finding of Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(8):627.e7-627.e12.
62. JACOBY R. Old age psychiatry and the law. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;180(2):116-119.
63. Poon LW. The use of rating depression series in the elderly. *Handbook for clinical memory assessment of older adults*. Washington, DC: American Psychological Association; 1986
64. Arrol B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *British Medical Journal*. 2003;327 (7424):1144-1146.
65. Elsayw B1, Higgins KE. The geriatric assessment. *American Family Physician*. 2011; 83(1):48-56.
66. Kovnick J, Appelbaum P, Hoge S, Leadbetter R. Competence to consent to research among long-stay inpatients with chronic Schizophrenia. *PS*. 2003;54(9):1247-1252.