

ORIGINAL

Evaluación de la capacidad de toma de decisiones sobre su salud en pacientes ancianos

F.J. Atienza-Martín^{a,*}, M. Garrido-Lozano^a, C. Losada-Ruiz^a,
L.M. Rodríguez-Fernández^b, F. Revuelta-Pérez^b y G. Marín-Andrés^a

^a Unidad de Gestión Clínica Adoratrices, Distrito Sanitario Huelva-Costa, Servicio Andaluz de Salud, Huelva, España

^b Departamento de Psicología Clínica y Experimental, Universidad de Huelva, Huelva, España

Recibido el 23 de octubre de 2012; aceptado el 30 de noviembre de 2012

Disponible en Internet el 13 de febrero de 2013

PALABRAS CLAVE

Competencia mental;
Toma de decisiones;
Servicios de atención
de salud a domicilio;
Atención primaria
de salud

Resumen

Objetivo: Evaluar la prevalencia de capacidad para la toma de decisiones y las variables relacionadas con ella, en pacientes ancianos de un programa de atención domiciliaria.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo transversal en 130 pacientes adscritos al programa de atención domiciliaria o residentes en instituciones sociosanitarias de un centro de salud urbano. Se recogen las variables demográficas, las comorbilidades, el apoyo social, la institucionalización, el número de fármacos utilizados, el grado de dependencia (índice de Barthel), la función cognitiva (test de Pfeiffer) y la variable principal que es la capacidad para la toma de decisiones sobre su salud evaluada mediante el instrumento *Aid to Capacity Evaluation* (ACE).

Resultados: Prevalencia de capacidad de 58,5%. Se encontró una asociación entre capacidad e independencia para las actividades de la vida diaria (odds ratio [OR]: 12.214; intervalo de confianza al 95% (IC 95%): 3,90-32,29; $p < 0,0001$) y función intelectual intacta (OR: 282.750; IC 95%: 34,0-2351,2; $p < 0,0001$). Las variables numéricas asociadas a la capacidad para la toma de decisiones que presentaron una magnitud de efecto más importante fueron el índice de Barthel ($d: -1.398$) y el índice de Pfeiffer ($d: 3.084$).

Conclusiones: La prevalencia de incapacidad para la toma de decisiones sobre su salud en pacientes ancianos que son atendidos domiciliarmente es elevada. El grado de dependencia para las actividades de la vida diaria y del deterioro de la función intelectual son factores asociados a la presencia de esta capacidad.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fatienzam@hotmail.com (F.J. Atienza-Martín).

KEYWORDS

Mental competency;
Decision making;
Home care services;
Primary health care

Evaluation of the capacity of elderly patients to make decisions about their health**Abstract**

Objective: To assess the decision-making capacity and variables related to this, in elderly patients in a home care program.

Material and methods: A cross-sectional study was conducted on 130 patients assigned to home care program or in social welfare residences of an urban health centre. Demographic variables, as well as comorbidities, social support, institutionalisation, number of drugs used, degree of dependence (Barthel Index), cognitive function (Pfeiffer) were collected. The primary endpoint was the capacity for decision-making about their health assessed using the Aid to Capacity Evaluation (ACE) tool.

Results: There was a prevalence of 58.5% capacity. There was an association between ability and independence for activities of daily living (odds ratio (OR): 12.214; Confidence interval 95% (95% CI): 3.90 to 32.29, $P < .0001$) and function intellectual intact (OR: 282.750, 95% CI 34.0 to 2351.2, $P < .0001$). Numeric variables associated with the capacity for decision-making that had a more important effect size were the Barthel index ($d = -1.398$) and Pfeiffer index ($d = 3.084$). **Conclusions:** The prevalence of incapacity to make decisions about their health in elderly patients who are cared for in their homes is high. The level of dependence in activities of daily living and the deterioration of intellectual function are factors associated with the presence of this capacity.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La relación médico-paciente (RMP) podría definirse como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de la salud del paciente¹.

Es, fundamentalmente, un proceso de comunicación que tiene, en el marco de la atención primaria de salud, unas connotaciones diferenciales como son la atención longitudinal, la atención global y coordinada y la atención al paciente en su contexto familiar y comunitario². La RMP tiene una finalidad terapéutica y, en este contexto, su calidad tiene indudables efectos sobre la efectividad de la propia asistencia médica en aspectos como el cumplimiento terapéutico, la satisfacción del paciente y, finalmente, la evolución de la propia enfermedad³.

La RMP está inmersa en el debate conceptual sobre el posible conflicto entre la autonomía del paciente y la salud, y el cambio de concepción desde una actitud más paternalista del médico hasta una mayor preponderancia de la autonomía del paciente⁴.

Sin embargo, uno de los elementos fundamentales para poder realizar una toma de decisiones compartida es que el paciente tenga capacidad para ello y sea, por tanto, capaz de consentir, tras la información profesional adecuada, la realización o rechazar una determinada intervención terapéutica.

La evaluación de la capacidad en la toma de decisiones forma parte del proceso de consentimiento informado que es reflejo del modelo de RMP que introduce la idea de la autonomía psicológica y moral de las personas y cuyo ejercicio requiere, al menos, 3 condiciones:

- Actuar voluntariamente, es decir, libre de coacciones externas.

- Tener información suficiente sobre la decisión que va a tomar, es decir, sobre el objetivo de la decisión, sus riesgos, beneficios y alternativas posibles.
- Tener capacidad, esto es, poseer una serie de aptitudes psicológicas cognitivas, volitivas y afectivas que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla⁵.

Esta evaluación de la capacidad, en sus 2 vertientes: *capacidad de obrar de hecho o natural*, también llamada competencia y que se refiere a las condiciones internas de la persona que le permiten gobernar su vida y su correlato jurídico o *capacidad de obrar de derecho o legal*, es especialmente importante en el caso de las personas mayores y está influida o determinada por diversos factores como las comorbilidades que presenta o su estado cognitivo y funcional. Entre estas comorbilidades destacan las que afectan a la habilidad para comprender las situaciones, para contextualizarlas y para realizar un razonamiento que lleve a la toma de decisiones como los déficit cognitivos y las demencias, el ictus y otras alteraciones neurológicas o alteraciones de la salud mental como las psicosis o la depresión.

Diversos trabajos abordan este problema desde la perspectiva del asesoramiento en la toma de decisiones y la búsqueda de instrumentos estandarizados para evaluar la capacidad de los pacientes, que permitan desarrollar el proceso de evaluación de las dimensiones básicas como la *comprensión* o capacidad del individuo de tener un nivel suficiente de entendimiento sobre los aspectos básicos de su problema de salud, del posible tratamiento y de los riesgos y beneficios derivados de él; la *apreciación* o habilidad del individuo para entender que la información se refiere a su problema personal y no a una situación hipotética o teórica o relacionada con otra persona; el *razonamiento* o la habilidad del individuo para construir, en un proceso de razonamiento, argumentos lógicos ponderando

su situación y la *elección* o toma final de una decisión por el individuo y que es expresada por el evaluador⁶.

En la literatura especializada existen diversos instrumentos para la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones como los recogidos en el trabajo de Simón⁵. Entre estos destacan el instrumento *Aid to Capacity Evaluation* (ACE) desarrollado por Etchells⁷ y el cuestionario de Mac Arthur⁸, recientemente validado en español⁹.

Sin embargo, existen pocos trabajos que analicen la utilización de instrumentos para evaluar la capacidad de toma de decisiones en pacientes ancianos que reciben atención domiciliaria y tampoco sobre los factores que pueden determinar esta capacidad.

El objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia de capacidad/incapacidad para la toma de decisiones en pacientes que reciben atención domiciliaria o están institucionalizados. Como objetivo secundario está el análisis de posibles variables relacionadas con la presencia de incapacidad.

Material y métodos

Se realiza un estudio descriptivo transversal, en pacientes adscritos al programa de atención domiciliaria o residentes en instituciones sociosanitarias de un centro de salud urbano, con una población de referencia de unas 25.000 personas. El trabajo de campo se realizó durante el año 2011.

Las variables estudiadas fueron:

- Variable dependiente: existencia o no de capacidad para la toma de decisiones sobre el tratamiento actual de cada paciente, medida por el instrumento ACE en su versión española traducido y adaptado por Simón^{7,10}. Este instrumento consta de 6 ítems que evalúan:
 - o 1: Capacidad de comprender el problema médico.
 - o 2: Capacidad de comprender el tratamiento que se le propone.
 - o 3: Capacidad de comprender las alternativas.
 - o 4: Capacidad de comprender la opción de rechazar el tratamiento propuesto.
 - o 5: Capacidad de apreciar razonablemente las consecuencias previsibles derivadas de la aceptación del tratamiento propuesto.
 - o 6: Capacidad de apreciar razonablemente las consecuencias previsibles derivadas del rechazo del tratamiento propuesto.
 - o Se valora también si la decisión del paciente está condicionada por: a) un *cuadro depresivo*, y b) un *cuadro psicótico*.

Esta variable se evaluó de manera dicotómica como capaz/no capaz aunque también se asignó una puntuación de 0 a 10 a cada ítem, obteniéndose una puntuación total.

- Variables independientes:
 - o Demográficas: edad y sexo.
 - o Comorbilidades.
 - Hipertensión arterial.
 - Diabetes.
 - Cardiopatía isquémica.
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Enfermedad cerebrovascular.

- Demencia.
- Cáncer.
- Depresión.

- o Índice de comorbilidad de Charlson.
- o Existencia o no de apoyo sociofamiliar.
- o Institucionalización en residencia sociosanitaria.
- o Número de fármacos (principios activos diferentes, utilizados en los últimos 12 meses).
- o Grado de dependencia: medida por el índice de Barthel¹¹ en el que se obtiene una puntuación de 0 a 100 y clasifica a los pacientes en independientes para las actividades de la vida diaria (100 puntos), dependientes leves (91 a 99 puntos), dependientes moderados (61 a 99 puntos), dependientes severos (21 a 60 puntos) y dependientes totales (0 a 20 puntos).
- o Grado de deterioro cognitivo: medido por el test de Pfeiffer¹², que puntúa los errores en el cuestionario entre 0 y 10 y clasifica a los pacientes con función intelectual intacta (0 a 2 errores), deterioro intelectual leve (3 a 4 errores), moderado (5 a 7 errores) y grave (8 a 10 errores).

La muestra de pacientes se seleccionó mediante tabla de número aleatorios generada por el paquete estadístico Open-EPI, de entre los incluidos en el programa de atención domiciliaria y atención a residentes en instituciones de un centro de salud urbano con una población de referencia de unos 25.000 habitantes. Se excluyeron los pacientes con síndrome confusional agudo. La muestra necesaria fue de 128 pacientes para una frecuencia esperada del 35% y una precisión del 92%, aunque finalmente se estudiaron 130 pacientes.

Los datos se recogieron mediante entrevista a los pacientes por su equipo asistencial habitual (médico y enfermera) en la que se utilizó el instrumento ACE y se realizaron los cuestionarios de Barthel y Pfeiffer (se admitieron también si estaban realizados en los últimos 2 meses). También se procedió a la revisión de la historia clínica para recoger las demás variables del estudio.

Los datos recogidos en un cuaderno de recogida de datos diseñado *ad hoc* fueron tabulados en el paquete estadístico SPSS para Windows v, 15.0 y se realizó el siguiente análisis estadístico:

- Descriptivo: las variables continuas se describen con medias y desviaciones estándar, las variables categóricas se describen con proporciones y sus intervalos de confianza al 95%.
- Inferencial: la asociación de variables categóricas se estudió mediante la prueba de ji al cuadrado de Pearson, previa comprobación de las condiciones de aplicación, y alternativamente se utilizó la prueba exacta de Fisher. Para la comparación de medias se utilizó la prueba t de Student, previa comprobación de la normalidad de la distribución mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. La magnitud del efecto se calculó mediante la odds ratio (OR) en las variables categóricas y mediante la prueba d de Cohen para las numéricas. Finalmente se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria en relación con la capacidad como variable dicotómica y

Tabla 1 Características de los pacientes estudiados

Número de pacientes	130
Hombres/mujeres	56 (43,1%)/74 (56,9%)
Edad (media/desviación estándar)	78,43/7,53
Institucionalizados en residencia socio sanitaria	40,8%
Con apoyo sociofamiliar	95,4%
Comorbilidades	
Hipertensión arterial	81,5%
Diabetes mellitus	35,4%
Cardiopatía isquémica	21,5%
Insuficiencia cardíaca	15,4%
Enfermedad cerebrovascular	15,4%
Demencia	25,4%
Depresión	16,0%
Cáncer	7,7%
Índice de comorbilidad de Charlson (media/desviación estándar)	5,02/1,86
Número de fármacos (media/desviación estándar)	6,85/4,02
Puntuación en el índice de Barthel (media/desviación estándar)	72,62/33,79
Puntuación en el índice de Pfeiffer (media/desviación estándar)	3,14/3,26

de regresión lineal múltiple para la puntuación del cuestionario ACE.

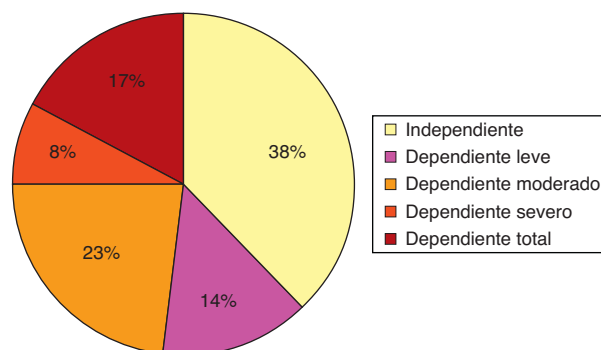
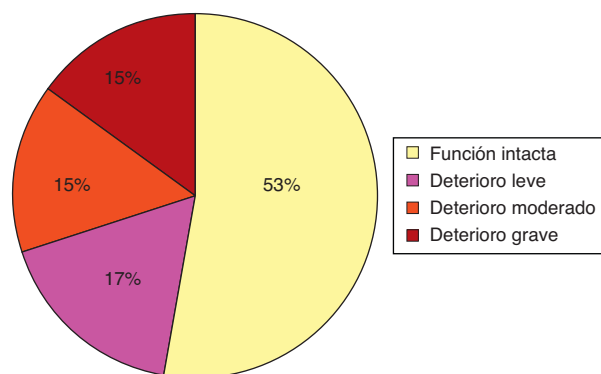
La base de datos del estudio tenía disociados los datos de identificación de los pacientes y solo los investigadores tenían acceso a ella. Todos los pacientes o sus cuidadores firmaron un consentimiento informado para la participación en el estudio y este fue aprobado por el comité local de ética de la investigación.

Resultados

Se estudian, finalmente, 130 pacientes cuyas características se resumen en la [tabla 1](#), destacando la prevalencia de institucionalización en residencia socio sanitaria (40,8%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (81,5%), diabetes mellitus (35,4%), demencia (25,4%) y cardiopatía isquémica (21,5%). El índice de comorbilidad de Charlson presentó un valor promedio de 5,02 (DE: 1,86). La puntuación media del índice de Barthel fue de 72,62 (DE: 33,79) y la del test de Pfeiffer de 3,14 (DE: 3,26).

La clasificación de los pacientes en función del grado de dependencia y de función cognitiva se muestra en las [figuras 1 y 2](#), en las que se observa un porcentaje de pacientes independientes para las actividades de la vida diaria del 38% y una dependencia total en el 17% de los mismos. La función intelectual estaba intacta en el 53% de los pacientes estudiados y un 15% presentaban un deterioro intelectual grave.

Fueron clasificados como capaces para la toma de decisiones sobre su salud 76 pacientes (58,5%). La distribución

**Figura 1** Clasificación en función del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria.**Figura 2** Clasificación en función del grado de deterioro intelectual.

del resultado de los diferentes ítems del instrumento ACE se muestra en la [tabla 2](#), siendo los ítems referidos a la comprensión del problema que requiere tratamiento (56,2%) y la comprensión del tratamiento propuesto (54,6%), los que

Tabla 2 Distribución del resultado de los ítems del *Aid to Capacity Evaluation*

Ítem	Porcentaje de respuesta positiva
1: Comprensión del problema que requiere tratamiento o intervención	56,2
2: Comprensión del tratamiento o intervención propuestos	54,6
3: Comprensión de las alternativas al tratamiento o intervención (si las hay)	21,5
4: Comprensión de la acción de rechazo al tratamiento o la intervención propuestos	46,9
5: Comprensión de las consecuencias de aceptar el tratamiento o la intervención propuestos	40,8
6: Comprensión de las consecuencias de rehusar el tratamiento o la intervención propuestos	36,9

Tabla 3 Análisis bivariante en función de la capacidad de las variables categóricas

Variable	Frecuencia (capaces)	Frecuencia (capaces)	Odds ratio	IC 95%	p
Sexo	Hombres: 50%	Mujeres: 64,9%	0,395	0,18-0,89	0,019
Institucionalización	Institucionalizados 32,1%	No institucionalizados: 76,6%	0,158	0,07-0,38	< 0,0001
Apoyo sociofamiliar	Con apoyo: 61,3%	Sin apoyo: 0%	2.941	2,24-3,87	0,002
Hipertensión arterial	Hipertensos 58,5%	Normotensos: 58,3%	0,788	0,29-2,16	0,642
Diabetes	Diabéticos: 60,9%	No diabéticos: 57,1%	1.187	0,52-2,72	0,686
Cardiopatía isquémica	Con cardiopatía 46,4%	Sin cardiopatía: 61,8%	0,600	0,23-1,58	0,297
Insuficiencia cardíaca	Con insuficiencia cardíaca: 60%	Sin insuficiencia cardíaca: 58,2%	1.241	0,35-4,42	0,501
Enfermedad cerebrovascular	Con enfermedad cerebrovascular 25%	Sin enfermedad cerebrovascular: 64,5%	0,216	0,07-0,68	0,005
Demencia	Con demencia: 6,1%	Sin demencia: 76,3%	0,026	0,005-0,12	< 0,0001
Cáncer	Con cáncer: 90%	Sin cáncer: 55,8%	0,592	0,50-0,70	0,019
Depresión	Con depresión 76,5%	Sin depresión: 59,6%	2.208	0,67-7,31	0,187
Independencia para actividades de la vida diaria	Dependiente 38,3%	Independiente: 91,8%	12.214	3,90-32,29	< 0,0001
Función intelectual	Afectada: 16,4%	Intacta: 95,7%	282.750	34,0-2351,2	< 0,0001

En la columna 2 aparece el porcentaje de pacientes capaces y en la 3 el de no capaces según cada variable estudiada.

alcanzaron un mayor porcentaje de positividad. La puntuación total del cuestionario ACE obtuvo una media de 21,74 (DE: 6,94).

Los resultados del análisis bivariante de las diversas variables en función de la clasificación como capaz o no capaz para la toma de decisiones se muestra en las [tablas 3 y 4](#). Los resultados con significación estadística fueron:

- El sexo, presentando las mujeres una mayor frecuencia de capacidad (64,9 vs 50,0%; OR: 0,395; IC 95%: 0,18-0,89).
- La institucionalización en residencia sociosanitaria, siendo más frecuente la presencia de capacidad en los no institucionalizados (76,6 vs 32,1%; OR: 0,158; IC 95%: 0,07-0,38).
- El apoyo sociofamiliar, presentando una mayor frecuencia de capacidad los pacientes con apoyo sociofamiliar (61,3 vs 0,0%; OR: 2.941; IC 95%: 2,24-3,87).
- La existencia de enfermedad cerebrovascular que presentó una frecuencia de capacidad del 25,0 frente al 64,5% de los que no tenían esta comorbilidad (OR: 0,216; IC 95%: 0,07-0,68).
- La existencia de demencia con una frecuencia de capacidad mayor en los que no presentaban este trastorno (64,5 vs 25%; OR: 0,026; IC 95%: 0,005-0,12).

- La presencia de cáncer, existiendo capacidad en el 90% de los pacientes con cáncer frente al 55,8% de los que no lo presentaban (OR: 0,592; IC 95%: 0,50-0,70).
- La independencia para las actividades de la vida diaria, siendo mayor la frecuencia de capacidad en los independientes (91,8 vs 38,3%; OR: 12.214; IC 95%: 3,90-32,29).
- La función intelectual, siendo capaces el 95,7% de los que la tenían intacta frente al 16,4% de los que presentaban deterioro de la misma (OR: 282,75; IC 95%: 34,02-2351,21).
- El promedio del índice de Barthel, con una media en los capaces de 89,81 (DE: 8,44) frente a 60,83 (DE: 22,77) de los no capaces y una magnitud de efecto (d: -1.398).
- El promedio del índice de Pfeiffer, con una media en los capaces de 0,85 (DE: 1,30) frente a 6,23 (DE: 2,09) de los no capaces y una magnitud de efecto (d: 3.084).

Los resultados de los análisis multivariantes se muestran en la [tabla 5](#). En el análisis por regresión logística binaria en relación con la variable capacidad dicotomizada, solo alcanza significación estadística la puntuación en el test de Pfeiffer y en la regresión lineal múltiple sobre la puntuación del cuestionario ACE, las variables institucionalización y puntuación del test de Pfeiffer son las significativas.

Tabla 4 Análisis bivariante en función de la capacidad de las variables numéricas

Variable	No capaces (media; DE)	Capaces (media; DE)	p	d
Edad (años)	79,10; 8,17	78,1; 7,35	0,495	0,135
Número de fármacos	6,65; 4,40	6,61; 3,88	0,959	0,010
Índice de Barthel	60,83; 22,77	89,81; 8,440	< 0,0001	-1.398
Índice de Pfeiffer	6,23; 2,09	0,85; 1,30	< 0,0001	3.084
Índice de Charlson	5,33; 1,91	4,83; 1,81	0,188	0,269

Tabla 5 Análisis multivariante

Regresión logística binaria sobre capacidad dicotomizada								
	B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	IC 95% para EXP (B)	
Sexo (1)	−0,941	1.314	0,513	1	0,474	0,390	0,030	5.123
Charlson	−0,358	0,367	0,954	1	0,329	0,699	0,340	1.434
Resinstit	0,848	2.395	0,125	1	0,723	2.336	0,021	255.361
Depresión	−0,066	1.804	0,001	1	0,971	0,936	0,027	32.109
Barthel	−0,009	0,044	0,046	1	0,830	0,991	0,909	1.080
Pfeiffer	−2.184	1.012	4.657	1	0,031	0,113	0,015	0,818
Constante	10.308	6.904	2.229	1	0,135	29.972.418		

Regresión lineal múltiple sobre puntuación del cuestionario ACE							
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	IC 95% para B	
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	40.793	8.053		5.066	0,000	24.661	56.925
Sexo	0,774	1.163	0,061	0,665	0,509	−1.557	3.104
Charlson	−0,590	0,372	−0,178	−1.587	0,118	−1.334	0,155
Apoyo sociofamiliar	−6.036	4.471	−0,164	−1.350	0,182	−14.993	2.920
Institucionalizado	−6.035	1.956	−0,313	−3.086	0,003	−9.953	−2.117
ACV	0,487	2.067	0,022	0,236	0,815	−3.654	4.628
Demencia	−0,473	2.388	−0,023	−0,198	0,844	−5.257	4.310
Cáncer	0,063	1.835	0,003	0,034	0,973	−3.612	3.739
Depresión	0,142	1.523	0,009	0,094	0,926	−2.909	3.194
Barthel	−0,024	0,044	−0,091	−0,543	0,589	−0,113	0,065
Independiente	−0,485	1.735	−0,039	−0,280	0,781	−3.960	2.990
Test de Pfeiffer	−2.163	0,587	−0,783	−3,683	0,001	−3.339	−0,986
Función intacta	−1,331	2.464	−0,102	−0,540	,591	−6.266	3.604

^a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: sexo, Charlson, Resinstit, Depresión, Barthel, Pfeiffer. Porcentaje de clasificación: 91,3%; R^2 de Cox: 0,571; R^2 de Nagelkerke: 0,837.

^b Variable dependiente: puntuación ACE total; R^2 corregida: 0,523.

Discusión

En el marco de la RMP, la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones compartida de los pacientes reviste una indudable importancia que tiene un reflejo en el marco legal, especialmente en la Ley 41/2002 sobre autonomía del paciente. El objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia de pacientes con esta capacidad entre los que son atendidos en los programas de atención domiciliaria y determinar si existen factores que puedan estar asociados a la presencia o ausencia de esta capacidad.

Es significativo que solo el 58,5% de los pacientes fueron clasificados como capaces, porcentaje inferior al encontrado por Etchells en pacientes ingresados en el área de medicina interna de un hospital general, que fue del 63%, y en los que la utilización del instrumento ACE obtuvo un cociente de probabilidad del 20% (IC 95%: 3,6-120), si bien la edad media de los pacientes fue de 73,5 años, inferior a la del presente trabajo, lo que puede explicar esta discrepancia⁷. En los resultados de este trabajo se observa cómo las decisiones de aceptación del tratamiento pueden ser realizados por un porcentaje superior de pacientes que aquellas que se refieren al rechazo o a las alternativas del mismo.

La edad fue una variable que no mostró diferencias, con significación estadística, entre capaces y no capaces, aunque este hecho puede deberse al tipo de pacientes estudiados, todos con una edad muy elevada. Tampoco el sexo mostró diferencias.

El hecho de estar institucionalizado en una residencia sociosanitaria significó un factor asociado a una menor probabilidad de ser clasificado como capaz. Es conocido cómo el ingreso en residencias, en nuestro medio, se produce cuando las comorbilidades del paciente, de manera especial los trastornos de la función cognitiva y el aumento de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, superan la capacidad de la familia para el cuidado del mismo¹³. Este hecho puede condicionar esta asociación, que no es independiente, como se observa en el análisis multivariante de este trabajo, sino asociada al grado de dependencia, la comorbilidad y el deterioro de las funciones intelectuales, aunque sí resulta asociada, de manera independiente, a la puntuación del cuestionario ACE utilizada como una medida continua de la capacidad.

En relación con las comorbilidades presentes, aquellas que afectan a la realización de actividades de la vida diaria y a la función intelectual como la enfermedad cerebrovascular y la demencia son las que se asocian a

la clasificación como no capaz de los pacientes que las presentan^{14,15}. La asociación entre presencia de cáncer y una mayor frecuencia de capacidad para la toma de decisiones, resulta paradójica, aunque puede explicarse por la mayor frecuencia de demencia en la muestra estudiada, entre los pacientes que no tenían comorbilidad oncológica. De igual manera, llama la atención en los resultados de este trabajo la falta de asociación entre trastornos del estado de ánimo, concretamente depresión, y clasificación como no capaz, aunque en la literatura médica esta asociación no es muy fuerte¹⁶.

Pero un hallazgo relevante del presente trabajo es la clara asociación, de manera independiente, de los niveles de función intelectual con la clasificación de los pacientes como capaces o no de la toma de decisiones sobre su salud. El deterioro de la función intelectual como elemento asociado a la no capacidad para la toma de decisiones ya ha sido señalado por diversos autores, especialmente en el ámbito de los pacientes con demencia^{17,18} e, incluso, se ha generado en nuestro país un documento de consenso para el manejo de la toma de decisiones en estos pacientes¹⁹.

Escasos son los trabajos que relacionan el grado de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria con la capacidad para la toma de decisiones²⁰, convirtiéndose este factor en un elemento importante para la evaluación de la capacidad, especialmente en el caso de ancianos frágiles. En este estudio se ha encontrado asociación, aunque no de manera independiente, entre deterioro de las capacidades para las actividades de la vida diaria y la capacidad para la toma de decisiones.

Sin embargo, este trabajo tiene algunas limitaciones que es preciso señalar. En primer lugar se ha utilizado una herramienta que, aunque se ha aplicado en diversos ámbitos en nuestro país²⁰, aún no está validada en su versión española y no tiene bien definidas sus propiedades psicométricas. En segundo lugar, se ha estudiado una población bien definida (pacientes institucionalizados y en atención domiciliaria) y en un ámbito urbano, lo que limita la generalización de sus resultados. Otra limitación del estudio es la utilización del test de Pfeiffer, que es una herramienta de cribado, aunque tiene la ventaja de poder realizarse en poco tiempo y no estar influida por elementos sociales y culturales^{21,22}.

Son necesarias futuras investigaciones en la línea de validar herramientas para la evaluación de la capacidad de toma de decisiones como la reciente validación en español del instrumento MacCAT-T⁹ y también en la aplicación de estos instrumentos de evaluación en diferentes poblaciones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- González Menéndez R. La psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004.
- Taylor RB. Principios de la medicina de familia: términos actuales. En: Medicina de Familia. Principios y práctica. 4.ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1995.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152:1423-33.
- Siegler M. The progression of medicine: from physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. *Arch Intern Med*. 1985;145:713-5.
- Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2008;102:325-48.
- Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*. 2007;357:1834-40.
- Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, Singer PA, McKenny S, Naglie G, et al. Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med*. 1999;14:27-34.
- Grisso T, Applebaum PS. Assessing competence to consent to treatment. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
- Hernando P, Lechuga X, Solé P, Diestre G, Mariné A, Rodríguez A, et al. Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. *Rev Calid Asist*. 2012;27:85-91.
- Simón-Lorda P, Barrio I. Como evaluar la capacidad de los pacientes para decidir: algunas claves prácticas. *JANO*. 2008;1711:104-7.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*. 1965;14:61-5.
- Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin*. 2001;117:129-34.
- Nieto E, Salvador-Morán MJ. La enfermera de soporte en las residencias de ancianos. Evaluación de una experiencia implantada en una zona básica de salud de Madrid. *Gerokomos*. 2008;19:21-7.
- Sessums LL, Zembruska H, Jackson JL. Does this patient have medical decision-making capacity? *JAMA*. 2011;306:420-7.
- Burton CZ, Twamley EW, Lee LC, Palmer BW, Jeste DV, Dunn LB, et al. Undetected cognitive impairment and decision-making capacity in patients receiving hospice care. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20:306-16.
- Maxmin K, Cooper C, Potter L, Livingston G. Mental capacity to consent to treatment and admission decisions in older adult psychiatric inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:1367-75.
- Álvaro LC. Competencia: conceptos generales y aplicación en la demencia. *Neurología*. 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2011.12.005>.
- Triebel KL, Martin R, Griffith HR, Marceaux J, Okonkwo OC, Harrell L, et al. Declining financial capacity in mild cognitive impairment. A 1-year longitudinal study. *Neurology*. 2009;73:928-34.
- Boada M, Robles A, editores. Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2009.
- Jeong BO, Kang HJ, Bae KY, Kim SW, Kim JM, Shin IS, et al. Determinants of quality of life in the acute stage following stroke. *Psychiatry Investig*. 2012;9:127-33.
- Comité de ética asistencial de la Corporació Parc Taulí. Orientaciones para evaluar la capacidad. Sabadell, 2003.
- Contador I, Fernández-Calvo B, Ramos F, Tapias-Merino E, Bermejo-Pareja F. El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Rev Neurol*. 2010;51:677-86.