



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias

P. Hernando Robles^{a,*}, X. Lechuga Pérez^b, P. Solé Llop^c, G. Diestre^d,
A. Mariné Torrent^e, Á. Rodríguez Jornet^f, D. Marquina Parra^g y O. Colomer Mirabell^h

^a Comité de Ética Asistencial, Servicio de Atención al Cliente, Psicólogo, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Calle Parc Taulí, Sabadell, 08208 España

^b Comité de Ética de Investigación, Servicio de Atención al Cliente, Psicólogo, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Calle Parc Taulí, Sabadell, 08208 España

^c Comité de Ética Asistencial, Centro de Salud Mental, Psicóloga, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Calle Parc Taulí, Sabadell, 08208 España

^d Comité de Ética Asistencial, Centro Socio-Sanitario Albada, Médico Internista, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Calle Parc Taulí, Sabadell, 08208 España

^e Comité de Ética Asistencial, Unidad de Salud Laboral, Médico Psiquiatra, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Calle Parc Taulí, Sabadell, 08208 España

^f Servicio de Nefrología, Médico Nefrólogo, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Calle Parc Taulí, Sabadell, 08208 España

^g Servicio de Nefrología, Médico Nefrólogo, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Calle Parc Taulí, Sabadell, 08208 España

^h Comité de Ética Asistencial, Servicio de Cirugía, Cirujano, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Calle Parc Taulí, Sabadell, 08208 España

Recibido el 6 de junio de 2011; aceptado el 8 de agosto de 2011

Disponible en Internet el 23 de noviembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Capacidad;
Bioética;
Consentimiento
informado

Resumen

Introducción: La valoración de la capacidad es elemento esencial del proceso de consentimiento informado y un deber del médico. Una herramienta ampliamente desarrollada es el MacCAT-T que explora cuatro habilidades para consentir un tratamiento. No se dispone versión en español y el objetivo principal de este trabajo es validar, adaptar y traducir el MacCAT-T al castellano. **Material y métodos:** Se tradujo al español e inversamente al inglés. Se validó en su apariencia y contenido (a través de 15 expertos), en constructo (confiabilidad interevaluador y consistencia interna) y en criterio (la validez de un instrumento comparándola con algún criterio externo, en este caso el rendimiento cognoscitivo evaluado por el mini examen cognoscitivo de Lobo). Se incluyeron noventa pacientes ambulatorios médico-quirúrgicos, mayores de 18 años sin déficits de expresión y/o con graves alteraciones de conciencia que no permitieran la realización de la entrevista.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: phernando@tauli.cat (P. Hernando Robles).

KEYWORDS

Capacity;
Bioethics;
Informed consent

Resultados: Los resultados han permitido valorar los diferentes tipos de validez. Su media de aplicación ha sido entre 9 y 13 minutos.

Discusión: Los datos son coherentes con los obtenidos en otras aplicaciones del MacCAT-T en lengua inglesa y facilitan la disposición de una herramienta en castellano para valorar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias.

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Validation, adaptation and translation of the MacCAT-T into Spanish: a tool to assess the ability to make health decisions

Abstract

Introduction: Capacity assessment is an essential element of the informed consent process and is the duty of the physician. The MacCAT-T instrument explores four skills needed to consent a treatment. There is no Spanish version, and the main objective of this work is to validate, adapt and translate the MacCAT-T into Spanish.

Material and methods: The MacCAT-T was translated into Spanish and then back-translated into English. It was validated as regards its appearance and content (by 15 experts), construct (inter-rater reliability and internal consistency) and criteria (the validity of an instrument by comparing it to some external criterion, in this case the Mini Examen Cognoscitivo de Lobo). Ninety medical and surgical outpatients over 18 years were included with no deficits of expression and/or severe disorders of consciousness that did not allow them to be interviewed.

Results: They have been optimal considering different types of validity. The average application time was between 9 and 13 minutes.

Discussion: Data are consistent with those obtained in other applications of MacCAT-T in the English language and facilitate the provision of a Spanish tool for assessing capacity.

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción y objetivos

Los resultados facilitan la disposición de una herramienta en castellano para evaluar la capacidad de hecho. Es importante diferenciar entre capacidad legal –competency en inglés– y capacidad de hecho –capacity en inglés–, pues esta última es la propia a utilizar por los profesionales sanitarios. La determinación de la capacidad legal corresponde a los jueces y tiene un alcance mucho mayor que una decisión sanitaria concreta¹. En nuestro entorno estamos huérfanos de instrumentos como el MacCAT-T², los cuales son necesarios pues la valoración clínica general ha evidenciado una baja fiabilidad³ existiendo además una insuficiente detección de la incapacidad.

Después de poco más de 25 años de reconocimiento legal en nuestro país (Ley General de Sanidad, 1984), el consentimiento informado es hoy una exigencia ética y legal plenamente consolidada. Un punto de inflexión importante fue el «*Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*», ratificado el 29 de octubre de 1999⁴, el cual dedica todo un capítulo al consentimiento. La asunción de este convenio ha significado un desarrollo legislativo en el cual destaca la 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 clínica⁵. Uno de los elementos esenciales del consentimiento informado es la capacidad del sujeto⁶. La capacidad supone tener aptitudes psicológicas, cognitivas, volitivas y afectivas que permitan conocer, valorar y gestionar la información para la toma de decisión. Así el Art. 5 apartado 3 de la Ley 41/2002 obliga al médico

responsable a una evaluación de la capacidad de los pacientes. Pese a todo ello, Simón⁷ señala que «*Puede decirse que la evaluación de la capacidad es una de las cuestiones clave todavía no resueltas por la teoría general del consentimiento informado. ...*». La determinación de la incapacidad (se ha de presumir la capacidad y demostrar la incapacidad) siempre tendrá carácter probabilístico y prudencial, pues el campo donde se aplica, la relación clínica, no permite una certeza total. Aún teniendo en cuenta esta limitación, se ha de procurar que el juicio clínico esté lo más fundamentado posible, lo que explica la aparición de diversas herramientas para la evaluación de la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. El inicio del desarrollo de estas herramientas se sitúa en EE. UU. en el año 1977 con el trabajo de Roth et al.⁸. La eclosión definitiva de este tipo de test se produjo en los años noventa, pero fuera de nuestro país en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia⁹, demencia y depresión¹⁰. Se han publicado cuatro trabajos que revisan el estado actual del tema^{7,11-13} y en donde sobresale un instrumento sobre los demás: el MacCAT-T. Destaca en su frecuencia de uso, al existir más estudios de validación y haber sido testado en más situaciones y categorías (esto incluye también su versión para la utilización para la investigación, el MacCAT-R). Todo lo mencionado justifica este estudio con los siguientes objetivos:

- Principal: validar, adaptar y traducir el MacCAT-T al castellano.
- Secundarios:
 - Observar la correlación del MacCAT-T con el mini-examen cognoscitivo (MEC)¹⁴.

- Analizar los resultados del MacCAT-T en tres grupos de pacientes: pacientes afectos de insuficiencia renal crónica terminal candidatos a iniciar tratamiento en diálisis; pacientes candidatos para intervención quirúrgica electiva de herniorrafia y pacientes candidatos a una prueba exploratoria complementaria (colonoscopia). La elección de estos grupos responde al deseo de incluir una variabilidad de condiciones, ya sea de enfermedades agudas (hernia inguinal), crónicas (insuficiencia renal crónica) o exploraciones (colonoscopia).
- Valorar el tiempo de aplicación, facilidad y utilidad según la valoración subjetiva del profesional

Material y métodos

- Traducción de la escala. Seguimos los pasos propuestos por Prieto¹⁵ y Sánchez y Echeverri¹⁶: traducción al castellano a cargo de dos profesionales independientes (traductor 1 y traductor 2) y posterior traducción inversa a las tres semanas.
 - Validación de la escala. De apariencia y contenido: se seleccionaron 15 expertos con el siguiente perfil: profesionales sanitarios con experiencia clínica y/o bioética. A cada uno se le preguntó sobre la relevancia de los diferentes apartados de la escala. De constructo: confiabilidad interevaluador: se realizó la valoración por tres entrevistadores de forma independiente, uno en la propia entrevista personal y los otros dos mediante la revisión del video de la entrevista. Consistencia interna: pretende medir si los diferentes apartados del instrumento tienen correlación entre ellos. De criterio: la utilización del mini mental pretende valorar la correlación existente entre esta escala y los diferentes apartados del MacCAT-T (especialmente los apartados de razonamiento y comprensión).
 - Adiestramiento de los evaluadores en la utilización de la herramienta. Revisaron los capítulos 6 y 7 de la obra de Appelbaum y Grisso¹⁷ y aplicaron la herramienta a un paciente «piloto» de cada uno de los grupos.
 - Pacientes. Criterios de inclusión: mayor de 18 años, consentimiento escrito. Criterios de exclusión: pacientes que no puedan expresarse y/o con graves alteraciones de conciencia documentadas en la historia clínica que no permitan la realización de la entrevista. Los pacientes fueron reclutados en los diferentes dispositivos asistenciales propios de un hospital general (Hospital de Sabadell).
 - Aplicación del MEC. Todos los pacientes en la entrevista personal realizada por el primer evaluador cumplieron el mini examen cognoscitivo (MEC).
 - Tamaño de la muestra: se recogieron 30 pacientes mayores de 18 años, consecutivos, que cumplieran los criterios de inclusión. El trabajo de campo se realizó entre julio de 2009 y septiembre de 2010. Cada entrevista fue valorada por tres evaluadores, una *in situ* y las otras mediante la revisión del video.
 - Otros datos: sexo, edad, nivel de estudios y nivel socioeconómico. Tiempo de aplicación e impresión global de la facilidad de aplicación.
- El proyecto de investigación fue previamente aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Corporación Sanitaria Parc Taulí.
- h Breve descripción del MacCAT-T:**
- El MacCAT-T explora cuatro habilidades para consentir un tratamiento: la comprensión de la información relevante; la apreciación de la significación de la información teniendo en cuenta la situación del paciente, centrándose en la naturaleza de la enfermedad y la posibilidad de que el tratamiento sea beneficioso; el razonamiento en el proceso de decidir sobre el tratamiento, la habilidad para comparar alternativas a la luz de sus consecuencias, incluyendo la habilidad para calcular las interferencias que podría suponer sobre la vida diaria del paciente, y finalmente, la expresión sobre la elección de tratamiento.
- Estos cuatro criterios se dividen en 10 subcriterios tal y como aparecen en la [tabla 1](#). Cada uno de los subcriterios tiene un rango de puntuación entre 0 (no cumple el subcriterio), 1 (lo cumple limitadamente) y 2 (lo cumple adecuadamente). No existe una puntuación total, como tal, y las puntuaciones solo tienen una función orientativa. Su resultado se integra en el juicio individualizado sobre la capacidad del sujeto para tomar una determinada decisión sobre su salud. El MacCAT-T exige una adecuación para la situación en particular ([tabla 2](#)).

Resultados

Hubo un total de 270 evaluaciones (90 pacientes, tres evaluaciones cada uno). Un resumen de los resultados aparece en las siguientes tablas:

- [tabla 1](#): características sociodemográficas de la muestra y población.
- [tabla 2](#): descripción del MacCAT-T: criterios y subcriterios. Ejemplo en el grupo de diálisis para el criterio de información.
- [tabla 3](#): la media y desviación estándar de las puntuaciones del MacCAT-T, en los tres grupos de pacientes, en cada una de las sub-escalas y total del MacCAT-T.
- [tabla 4](#): la distribución de las respuestas (en porcentaje) a la valoración cualitativa de la utilidad y facilidad de la escala. También se ha calculado la media y desviación estándar asignando a cada valor cualitativo un valor numérico. Media y desviación estándar del tiempo de aplicación de la escala en los tres grupos de pacientes.
- [tabla 5](#): coeficiente de correlación intraclass entre las diferentes mediciones del MacCAT.

Al respecto de las muestras de pacientes y su variable género cabe decir que las mujeres están infrarepresentadas en el grupo de colonoscopia respecto a la población total de pacientes y sobrerrepresentadas en los otros dos grupos. Los pacientes de los grupos de diálisis y hernias los pacientes eran más jóvenes respecto a la población total.

Validez de apariencia y contenido: de los 15 jueces seleccionados para valorar los contenidos del MacCAT-T en la versión traducida, 4 no respondieron a pesar de realizar dos recordatorios. Todos los jueces consideraron relevantes

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra y población

| Población | Número pacientes | Sexo masculino | % | Sexo femenino | % | Sexo masculino edad | Sexo femenino edad | Total edad |
|-----------------|---------------------|-------------------|----|------------------|----|---------------------------|--------------------------|---------------|
| Colonoscopia | 633 | 309 | 49 | 324 | 51 | 61,2 | 61,7 | 61,4 |
| Hernia inguinal | 139 | 117 | 84 | 22 | 16 | 63 | 65 | 64 |
| Hemodiálisis | 63 | 37 | 59 | 26 | 41 | 67,9 | 63 | 65,9 |
| Total | 835 | 463 | 55 | 372 | 45 | 64 | 63,2 | 63,8 |
| Muestra | Número pacientes | Hombres | % | Mujeres | % | Hombres edad | Mujeres edad | Total edad |
| Colonoscopia | 30 | 20 | 67 | 10 | 33 | 55,6 | 60,7 | 63,6 |
| Hernia inguinal | 30 | 18 | 60 | 12 | 40 | 54 | 55 | 54 |
| Hemodiálisis | 30 | 21 | 70 | 7 | 30 | 64,0 | 62 | 57,6 |
| Total | 90 | 59 | 66 | 29 | 33 | 58 | 59 | 59 |

las dimensiones (habilidades a valorar) de la herramienta y realizaron únicamente alguna modificación del redactado.

Validez de constructo:

- Confiabilidad interevaluador y consistencia interna (tabla 4): para el total de los grupos los resultados son óptimos (0,831 en ambos casos). En cuanto a las diferentes habilidades, los mejores resultados se obtienen en el «razonamiento» (0,809 en ambos índices) y los mínimos en «apreciación» (0,196 y 0,200).

- En el grupo de «hernias» es donde aparecen los valores más bajos (0,548 en ambos índices), en donde la variabilidad es mínima.
- En la valoración de la apreciación ha existido muy poca variabilidad y el resultado en este apartado es poco indicativo.

Validez de criterio: existe correlación entre la puntuación total del MEC y el total de la puntuación del MacCAT-T para

Tabla 2 Descripción del MacCAT-T: criterios y subcriterios. Ejemplo en el grupo de diálisis para el criterio de información

| MacCAT-T Criterio | Subcriterio | Puntuación parcial | Puntuación total |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Comprensión | Comprensión de la enfermedad | 0-2 | 0- |
| | Comprensión del tratamiento | 0-2 | 6 |
| | Comprensión de los riesgos y beneficios | 0-2 | |
| Apreciación | De la situación de la enfermedad | 0-2 | 0- |
| | Del objetivo general del tratamiento | 0-2 | 4 |
| Razonamiento | Lógico-secuencial | 0-2 | 0- |
| | Lógico-comparativo | 0-2 | 8 |
| | Predictivo (consecuencias derivadas de las posibles elecciones) | 0-2 | |
| | Consistencia interna del procedimiento de elección | 0-2 | |
| Elección | Expresa una decisión | 0-2 | 0-2 |
| Información | | Respuesta del paciente | |
| Diagnóstico «Dígame que enfermedad padece» | | Insuficiencia renal en grado avanzado o «No funcionan los riñones» (0___1___2) | |
| Características de la enfermedad «Dígame en qué consiste esta enfermedad. . . » | | Al no funcionar adecuadamente los riñones, «No se “limpia” la sangre (filtrar toxinas, . . .)» (0___1___2) | |
| Características de la enfermedad | | Falta de control de la cantidad de líquidos que el cuerpo necesita (0___1___2) | |
| Características de la enfermedad | | Falta de control de regulación de algunas hormonas. O control de la presión sanguínea (0___1___2) | |
| Curso de la enfermedad «¿Y cómo puede evolucionar. . . ?» | | Si no se realiza tratamiento conduce a la muerte (0___1___2) | |
| Puntuación 2: Dice textualmente o muy aproximado lo señalado en cada apartado. | | | |
| Puntuación 1: Lo expresado por el paciente intuye de forma aproximada lo señalado en cada apartado. | | | |
| Puntuación 0: No lo dice. | | | |

Tabla 3 La media y desviación estándar a de las puntuaciones del MacCAT-T, en los tres grupos de pacientes, en cada una de las sub-escalas y total del MacCAT-T

| | N | Media | Desviación estándar |
|--------------------------------------|----|-------|---------------------|
| <i>Todos los grupos</i> | | | |
| Subescala de comprensión (0-6) | 90 | 5,41 | 0,8 |
| Subescala apreciación (0-4) | 90 | 3,92 | 0,19 |
| Subescala de razonamiento (0-8) | 90 | 7,36 | 1,3 |
| Subescala elección (0-2) | 90 | 1,90 | 0,30 |
| Media total MacCat (0-20) | 90 | 18,61 | 2,23 |
| <i>Grupo colonoscopia/endoscopia</i> | | | |
| Subescala de comprensión (0-6) | 30 | 5,58 | 0,9 |
| Subescala apreciación (0-4) | 30 | 3,98 | 0,08 |
| Subescala de razonamiento (0-8) | 30 | 7,74 | 0,88 |
| Subescala elección (0-2) | 30 | 1,9 | 0,08 |
| Media total MacCat (0-20) | 30 | 19,32 | 1,67 |
| <i>Grupo diálisis</i> | | | |
| Subescala de comprensión (0-6) | 30 | 5,19 | 0,83 |
| Subescala apreciación (0-4) | 30 | 3,82 | 0,28 |
| Subescala de razonamiento (0-8) | 30 | 6,83 | 1,88 |
| Subescala elección (0-2) | 30 | 1,70 | 0,48 |
| Media total MacCat (0-20) | 30 | 17,6 | 3,02 |
| <i>Grupo hernia</i> | | | |
| Subescala de comprensión (0-6) | 30 | 5,46 | 0,61 |
| Subescala apreciación (0-4) | 30 | 3,98 | 0,06 |
| Subescala de razonamiento (0-8) | 30 | 7,51 | 0,99 |
| Subescala elección (0-2) | 30 | 1,90 | 0,08 |
| Media total MacCat (0-20) | 30 | 18,91 | 1,31 |

el total de pacientes ($p < 0,01$) y en el grupo de pacientes de colonoscopia ($p < 0,05$). También entre la habilidad de comprensión del MacCat-T y el puntaje total de MEC ($p < 0,01$), así como también en la habilidad de razonamiento ($p < 0,05$). La

correlación con la habilidad de comprensión se reproducía en los grupos de colonoscopia y diálisis.

Otros aspectos

Facilidad de aplicación y utilidad de la escala (tabla 3): hay concordancia entre los evaluadores (índice kappa 0,484–0,648 y 0,380–0,674, respectivamente)

Las puntuaciones totales del MacCAT-T son elevadas (media de 18,6 para el total de la escala, siendo la puntuación máxima 20). Lo mismo ocurre en cada una de las diferentes habilidades. En el grupo de diálisis la valoración es algo menor y con una mayor variabilidad.

Puntuaciones del MEC: se han obtenido altas puntuaciones (media de 31,1, siendo el máximo 35). No existen diferencias entre los grupos.

Discusión

Hay que destacar la limitación que supone la población utilizada en este estudio (pacientes médico-quirúrgicos ambulatorios) que en la práctica suponen una población control de la verdadera población *diana* del MacCAT-T: aquellos pacientes en donde existan circunstancias que nos hagan dudar de su capacidad. Así la capacidad de hecho se debe valorar específicamente cuando los pacientes:

- Muestren cambios abruptos en el estado mental del paciente y/o rechacen el tratamiento y/o

Tabla 4 Distribución de las respuestas a la valoración cualitativa de facilidad y utilidad^a. Media y desviación estándar en el tiempo de aplicación de la escala

| | Facilidad | Utilidad | Tiempo de aplicación (en minutos) |
|--------------------------------------|-----------|----------|-----------------------------------|
| <i>Todos los grupos</i> | | | |
| Media | 1,90 | 2 | 9,87 |
| Desviación estándar | 0,56 | 0,41 | 4,69 |
| <i>Grupo colonoscopia/endoscopia</i> | | | |
| Media | 1,4 | 1,8 | 7,96 |
| Desviación estándar | 0,37 | 0,24 | 3,35 |
| <i>Grupo diálisis</i> | | | |
| Media | 2,19 | 2,17 | 13,17 |
| Desviación estándar | 0,56 | 0,56 | 5,74 |
| <i>Grupo hernia</i> | | | |
| Media | 2,1 | 2,03 | 8,7 |
| Desviación estándar | 0,38 | 0,29 | 2,92 |

Utilidad: Mucha = 1; Bastante = 2; Regular = 3; Poca = 4; Ninguna = 5.

^a Facilidad: Muy fácil = 1; Fácil = 2; Ni fácil/ni difícil = 3; Difícil = 4; Muy difícil = 5.

Tabla 5 Coeficiente de correlación intraclase entre las diferentes mediciones del MacCAT-T

| | Todos los grupos | | Colonoscopia/endoscopias | | Diálisis | | Hernias | |
|-------------------------|------------------|---------|--------------------------|---------|----------|---------|---------|---------|
| | Cci | Alfa C. | Cci | Alfa C. | Cci | Alfa C. | Cci | Alfa C. |
| Total comprensión | 0,754 | 0,761 | 0,857 | 0,856 | 0,747 | 0,778 | 0,538 | 0,557 |
| Total apreciación | 0,196 | 0,200 | −0,074 | −0,071 | 0,125 | 0,135 | — | — |
| Total razonamiento | 0,809 | 0,809 | 0,859 | 0,859 | 0,822 | 0,822 | 0,479 | 0,479 |
| Expresando una elección | 0,749 | 0,752 | −0,074 | 0,071 | 0,769 | 0,781 | — | — |
| Total MacCAT-T | 0,831 | 0,831 | 0,894 | 0,894 | 0,848 | 0,848 | 0,548 | 0,548 |

Alfa C.: alfa de Cronbach; Cci: coeficiente de confiabilidad interevaluador.

- Consientan un tratamiento especialmente invasivo o con riesgos considerables.

El tiempo de aplicación en muestras con pacientes psiquiátricos o enfermedad de Alzheimer es de unos 20 minutos y en nuestro caso se ha situado hacia la mitad (9 minutos) para el total de la población, pero algo más elevado en el caso de los pacientes de diálisis (13 minutos). El menor tiempo observado, en general, es congruente con el tipo de población (pacientes *controles* sin déficits a priori). También las puntuaciones obtenidas en cada una de las habilidades y en total son elevados, similares a los obtenidos por Moye et al.¹⁸ o Appelbaum y Grisso^{1,9,17}. La utilización del MacCAT-T supone el acuerdo previo en las habilidades necesarias para valorar la capacidad de hecho. El acuerdo de estas dimensiones como relevantes ha sido unánime entre los jueces. Seguramente sería necesario un estudio más amplio para valorar el acuerdo sobre estos criterios, pero estos resultados confirman el amplio consenso existente en la literatura sobre estos requisitos (comprensión, apreciación, razonamiento y elección). Cabe recordar que en otros entornos este acuerdo está recogido en estándares legales. Así sucede en EE. UU.¹ pero también en Inglaterra y Gales¹⁹. En nuestro país, es de destacar el hito que supone su reconocimiento en la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de la Comunidad Autónoma Andaluza²⁰.

La confiabilidad interevaluador (Cci) ha sido alta²¹ y similar a la referenciada por otros autores^{17,18}. En la valoración de estos índices se ha de tener en cuenta que el valor del Cci depende en gran medida de la variabilidad de los valores observados: cuanto más homogénea sea la muestra estudiada, más bajo tenderá a ser su valor. Lo mismo sucede con la consistencia interna²². Sin embargo, la utilización de los indicadores del paradigma psicométrico se ha de hacer con cautela dado que la valoración de la capacidad de hecho tendrá siempre una dimensión preferentemente clínica^{11,17}. El MacCAT-T se ha de complementar con otros datos y evitar utilizarlo como «capacímetros» (*capacimeters*)²³. Se confirma la correlación con el MEC, como así ya consta en la literatura¹⁸ en las habilidades de comprensión y razonamiento.

Por último, la utilización práctica del MacCAT-T exige:

- Una lectura atenta del manual. Y es conveniente estimular el desarrollo de guías, recomendaciones o procedimientos que faciliten su uso.

- Una adecuación a la toma de decisión en particular a realizar por los responsables sanitarios del paciente y no tanto profesionales ad hoc. Appelbaum¹ señala que entre un 3 y un 25% de las interconsultas en psiquiatría tienen que ver con la valoración de la capacidad. A buen seguro una adecuada formación en este sentido evitaría lo anterior.
- Evitar su utilización como *examen* de conocimientos sino como una oportunidad de reeditar el proceso de consentimiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Fundación Grífols por animar a la investigación en una disciplina huérfana de este tipo de estímulos y premiar este proyecto con una beca en su convocatoria del 2009.

A la Corporació Parc Taulí (CSPT) por permitir su desarrollo.

Bibliografía

1. Appelbaum PS. Assessment of Patient's Competence to consent treatment. *N Engl Med.* 2007;357:1834–40.
2. Irastorza LJ, Corujo P, Bañuelos P. Competencia para votar en pacientes con demencia. *Rev Neurol.* 2007;44:321–5.
3. Moye J, Marson DC. Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults. *An Emerging Area of Research.* *J Gerontol.* 2007;1–11.
4. Instrumento de Ratificación del Convenio para la para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano con respecto a la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina BOE, 20 de Octubre. 1999:36825–30.
5. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, 15 de Noviembre de 2002;40126–32.
6. Simón P. El Consentimiento informado, 27. Madrid: Triacastella; 2000. p. 7–344.
7. Simón P. La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Fundación Grífols. Barcelona 2006 [consultado 14 Nov 2010]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/evalcapaci2006.pdf>.
8. Roth L, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent treatment. *Am J Psychiatry.* 1977;134:279–84.

9. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: A clinical tool to assess patient's capacities to make treatment. *Psychiatr Serv.* 1997;48:1415-9.
10. Appelbaum PS, Grisso T, Frank E, O'Donnell S, Kupfer DJ. Competence of depressed patients for consent to research. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1380-4.
11. Sturman ED. The capacity to treatment and research: A review to standardized assessment tools. *Clin Psychol Rev.* 2005;25:954-74.
12. Moye J. Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment. Clinical implications and research needs. *Clin Psychol Rev.* 2006;26:1054-77.
13. Dunn LB. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1323-32.
14. Lobo A, Ezquerro J, Gómez Burgada F. El mini examen cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en paciente médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1979;7:189-202.
15. Prieto AJ. A method for translation of instruments in other languages. *AEQ.* 1992;43:1-14.
16. Sánchez R, Echeverri J. Validación de Escalas de medición de salud. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2004;6:302-18.
17. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
18. Moye J, Karel MJ, Azar AR, Gurrera RJ. Capacity to consent to treatment: empirical comparison of three instruments in older adults with and without dementia. *Gerontologist.* 2004;44:166-75.
19. Disponible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents> [consultado 14 Nov 2010].
20. Disponible en: <http://www.parlamentodeandalucia.es/web-dinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=coleccion&id=47573&cley=2> [consultado 14 Nov 2010].
21. Fleiss JL. The design and analysis of clinical experiments. New York: Wiley; 1986.
22. Fernández P, Pertegaz S. La fiabilidad de las mediciones clínicas: el análisis de concordancia para variables numéricas [consultado 14 Nov 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/conc_numerica/conc_numerica.asp.
23. Moye J, Karel M, Azar AR, Gurrera R. Hopes and cautions for Instrument-Based Evaluation of Consent Capacity. *J Ethics Law Aging.* 2004;39-61.