

Aspectos bioéticos de la evaluación de la capacidad mental en psiquiatría

Edwin Herazo¹

Resumen

Introducción: La capacidad mental se entiende como un *constructo* multidimensional que alude a la capacidad de los individuos para tomar decisiones autónomas. La competencia mental es la habilidad para realizar una tarea y la capacidad de una persona para actuar o comportarse adecuadamente en ciertas situaciones, con clara referencia a los aspectos legales. Sin embargo, la tendencia es asimilar ambos conceptos. *Objetivo:* Mostrar cómo evaluar la capacidad mental de forma estructurada, a fin de evitar su inadecuada evaluación, vulnerar los derechos humanos de los pacientes y generar un dilema bioético, al darle más relevancia al principio de la beneficencia que al de la autonomía. *Método:* Se reseñan varios instrumentos que permiten realizar una evaluación válida y confiable de la capacidad mental, por lo que resulta conveniente que los médicos se entrenen en la aplicación e interpretación de los resultados. *Conclusión:* En América Latina se requieren más estudios sobre el tema.

Palabras clave: Competencia mental, toma de decisiones, bioética, derechos humanos, revisión.

Title: Bioethical Aspects in the Evaluation of Mental Capacity in Psychiatry

Abstract

Introduction: Mental capacity is understood as a multidimensional construct that alludes to the capacity of individuals of making autonomous decisions. Mental competency is the ability to perform a task and the ability of a person to act or behave appropriately in certain circumstances, with a clear reference to legal aspects. However, there is a tendency to assimilate both concepts. *Objective:* To show how mental capacity can be evaluated in a structured way avoiding inadequate assessments, violations of patients' human rights, and the generation of a bioethical dilemma when the principle of beneficence is given more relevance than the principle of autonomy. *Method:* Various instruments that allow a valid and trustworthy evaluation of mental capacity are reviewed. It is convenient that physicians train in their application and interpretation of results. *Conclusion:* More studies on the subject are required in Latin America.

Key words: Mental competency, mental capacity, decision making, bioethics, human rights, review.

¹ Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano. Bogotá, Colombia.

Introducción

La bioética se interesa en el análisis, la discusión, y la elaboración de consensos acerca de los dilemas que rodean a los seres humanos y a la práctica médica en particular. En la práctica psiquiátrica muy a menudo el médico asume que las personas que reciben atención tienen comprometidas las capacidades de análisis, de discernimiento y de toma de decisiones (1,2).

La atención psiquiátrica recibe influencias del desarrollo de la neurociencia y de la tecnología; además, se retroalimenta y modifica de manera dinámica por los cambios que se dan en las sociedades (3). El ejercicio de la medicina no es el mismo hoy que años atrás. Las personas se empoderaron de sus derechos y los exigen en la medida en que el orden jurídico se los facilita. Este fenómeno se aceleró con los avances en las comunicaciones y el acceso a la información. El mayor conocimiento sobre los procesos de la salud y la enfermedad por parte de las personas equilibró más la balanza en la relación médico-paciente (4). A su vez, el ejercicio de la medicina y el mantenimiento y el restablecimiento de la salud de las personas son más pluridisciplinarios e interdisciplinarios, y demandan la aceptación de las particularidades de los seres humanos y el reconocimiento de que en la diversidad reside el mayor valor de la especie humana.

En mi concepto, la relación médico-paciente recrea las dinámicas

de interrelación que se dan en las sociedades. Por ello, para la bioética es importante profundizar en los diferentes aspectos que afloran en la interacción del médico con el paciente, y la forma como los médicos psiquiatras identifican a los pacientes como interlocutores válidos. Esto, que parece ser una vulneración del derecho que tiene el otro a ser reconocido es un aspecto que en la psiquiatría, carece del estudio suficiente para profundizar en el conocimiento y la discusión de este dilema en el que la autonomía de los pacientes puede lesionarse (5).

En el presente artículo se utilizan los conceptos de capacidad y competencia como sinónimos, a pesar de algunas diferencias conceptuales: la *capacidad mental* se entiende como un constructo multidimensional que considera la capacidad de los individuos para tomar decisiones autónomas, y como *competencia* se entiende la habilidad para realizar una tarea y la capacidad de una persona para actuar o comportarse adecuadamente en ciertas situaciones, con clara referencia a los aspectos legales (6).

Capacidad mental y psiquiatría

La atención en psiquiatría propicia el paternalismo. Las consideraciones acerca de la capacidad de las personas para tomar decisiones son un ejemplo de ello. Por tanto, es necesario profundizar en los conceptos, el análisis y la discusión del estado actual del conocimiento sobre

la capacidad mental y las formas de evaluación (6).

La capacidad mental es un término que es necesario construir con el aporte de las diferentes aproximaciones conceptuales y culturales de las cuales se dispone, por cuanto dicha capacidad hace parte de la vida de las personas. Todos los días los seres humanos toman decisiones de importancia variable. Para tomar estas decisiones de forma ajustada a la realidad es indispensable disfrutar de una adecuada capacidad mental, que permita la interacción con otras personas, las situaciones, el contexto y las consecuencias de la decisión que se va a tomar.

Puede asumirse que el inicio de la evaluación de la capacidad mental de las personas se remonta en el tiempo tanto como la historia misma de la humanidad. La historia política de las sociedades muestra que los estamentos detentores del poder en ocasiones condicionan el ejercicio de la libertad y la autonomía de las personas, con el argumento de que estas no poseen las capacidades adecuadas para comprender la realidad de las cosas, y para decidir en concordancia con sus propios intereses, deseos y conveniencias (7). Esas posiciones permitieron las acciones más atroces y vergonzosas de la historia contra la humanidad: muchos científicos fueron quemados en hogueras, se condenó a muerte a disidentes políticos, e incluso, a personas que, simplemente, pensaban distinto.

En la sociedad hay grupos de personas tradicionalmente más vulnerables y vulneradas que otras (8); entre estos grupos se encuentra a las mujeres, los niños, las personas con discapacidad, los pobres y las minorías en todas sus variantes.

El Estado, la justicia y la práctica médica desarrollan sus actividades con base en el ejercicio de la capacidad de las personas para tomar decisiones y considerar o afrontar las consecuencias de tomar o no tomar tales decisiones. Esta característica humana de la capacidad mental para tomar decisiones se consideró durante mucho tiempo como inherente a las personas, así en ciertos momentos de la historia de la humanidad algunas decisiones se delegaron en los señores feudales, la realeza, los gobernantes, los sabios, los jueces o los médicos.

Incluso, hubo diferencias de género al momento de reconocer la capacidad mental para la toma de decisiones. Así, por ejemplo, hasta el siglo XX en la mayoría de los países se consideraba que las mujeres eran capaces de tomar algunas decisiones relacionadas con la vida en familia, pero no para tomar otras que se creían de mayor trascendencia, como escoger gobernantes o a su cónyuge. Dentro del género masculino en la incipiente vida republicana de Colombia se privó a muchos hombres de la capacidad de voto; o sea, de la capacidad para tomar decisiones acerca de sus gobernantes (9).

Hasta hace unas pocas décadas cuando las personas se convertían

en enfermos o en pacientes tampoco se les consideraba aptas para tomar decisiones que tenían que ver con sus condiciones de salud y su eventual recuperación. Siempre fue en el médico en quien se delegaron esas decisiones, por sus conocimientos y porque se asumía que siempre propendía por el bienestar y el mejor interés del enfermo. Sin embargo, desde la segunda mitad del siglo XX se fortaleció el papel de las personas en todo cuanto tiene que ver con su salud y las condiciones relacionadas con ella (10-12).

Recientemente, el papel de los pacientes ha sido más activo, con la pretensión de que fueran propositivos, reflexivos, cuestionadores y mucho más participativos dentro del proceso del cuidado de su salud (13). La mayor disponibilidad y acceso a la información son significativos en el nuevo rol que asumen los pacientes en la mayoría de los países, así, en ocasiones, ni la calidad ni la pertinencia de esta información sean las deseables (14).

La evaluación de la capacidad mental está presente en los vínculos históricos y actuales de la psiquiatría con la bioética (15), los cuales, a su vez, tienen sus orígenes en varios hechos, como el hecho de que la atención psiquiátrica se involucra en los problemas clínicos constitutivos de la mayoría de las consultas a los comités de ética de las diferentes instituciones; también, que los aspectos psiquiátricos o emocionales se ligan a los dilemas bioéticos, sin

importar el área de la medicina en la cual se trabajen dichos aspectos; y, por otra parte, que las habilidades requeridas por un bioeticista son, en muchos aspectos, similares a las que requiere un psiquiatra. A su vez, los miembros de los comités de ética consideran relevante la participación de psiquiatras en ellos (16,17).

Desde la bioética es importante que las personas tiendan a buscar explicaciones por fuera de la ciencia a los padecimientos mentales, cosa que no sucede con aquellas enfermedades originadas por otras causas, las cuales son vistas como resultado de un enemigo identificable, al cual se le pueden aplicar la lógica militar y el lenguaje propio de los enfrentamientos militares, en términos tales como “lucha”, “enemigo”, etc. El empleo de metáforas parece ser aliviador (18).

Estar ante una enfermedad puede opacar la capacidad de las personas para tomar decisiones, o, por el contrario, puede impulsarlas a aceptar una propuesta terapéutica o a rechazarla. Por eso en las naciones democráticas, con un Estado Social de Derecho imperante, cuando se considera que las personas tienen dificultad para tomar decisiones de manera libre y con ajuste a sus deseos e intereses, hay instancias que velarán por la protección de esos deseos e intereses (19); sobre todo, si se acepta que, tradicionalmente, los trastornos mentales ocasionan maltrato y estigma entre la población (20,21). Lo mismo ha sucedido a

la hora de evaluar la capacidad de tomar decisiones por parte de las personas a quienes se trata.

La realidad muestra que en muchas ocasiones cuando una persona rechaza una intervención terapéutica el médico duda acerca de la capacidad del paciente para la toma adecuada de decisiones, tan sólo por no compartir la misma posición que él; es decir, hay una tendencia a cuestionar la c

apacidad del paciente para ejercer el derecho al rechazo terapéutico, en franca oposición al respeto de la autonomía y la autodeterminación de las personas, así en ocasiones este rechazo parezca irracional (22). Cuando ello sucede es usual que se solicite una valoración psiquiátrica, con el fin de evaluar la competencia del paciente. Estas dificultades hacen que con frecuencia se eleve una consulta a los bioeticistas, para que medien en situaciones que representan un dilema (23).

Perspectiva desde la bioética *principialista*

Con la perspectiva principialista, la evaluación de la capacidad mental presenta tensiones entre la autonomía y la beneficencia. La práctica médica, habitualmente, delegó en el médico la prescripción de tratamientos. Los debates en torno a qué es lo más conveniente para las personas siempre están a la orden del día (24). El médico, como conocedor de su oficio, orienta e in-

forma, y es el paciente quien tomará las decisiones (25,26).

Es conveniente recordar que el médico podría ejercer una posición dominante, y que, históricamente, las clases dominantes abusaron de la suposición de que las personas no disponían de las condiciones para tomar decisiones acertadas (27). Este mismo paradigma se utiliza para el caso de las personas en lo referente a las decisiones en torno a su propia salud. No siempre quienes están habilitados para decidir lo hacen en forma adecuada. Así, aunque los pacientes podrían equivocarse, los médicos también cometen errores. En nombre de la beneficencia se vulnera la autonomía de las personas al inducir tratamientos sin la suficiente información, y, peor aún, sin la posibilidad discrecional de rechazarlos u objetarlos.

Los dilemas bioéticos que involucran los principios de autonomía y beneficencia están presentes en varias esferas de la vida social, la política y la educación de las personas. Encontrar un punto de equilibrio es tarea cotidiana de los médicos, los educadores, los políticos y los demás miembros de la sociedad. Ese lugar de la balanza debe garantizar el libre desarrollo de las personas y la sujeción al bienestar de los colectivos.

No porque algunas personas tomen decisiones que resulten inconvenientes puede generalizarse el intervencionismo del médico o de las instituciones sociales. Tampoco es siempre cierto que las personas que,

aparentemente, tienen indemne su capacidad mental tomen decisiones acertadas, tal como se observa en los casos de inversiones financieras desacertadas: por ejemplo, las hechas en las llamadas empresas tipo “pirámide” que se dieron en Colombia y Estados Unidos en 2008. Igualmente, permanece la controversia sobre el ejercicio de los derechos políticos de las personas con algún trastorno mental o cognoscitivo (28).

Perspectiva desde los derechos humanos

Con la perspectiva de los derechos humanos (29), la evaluación de la capacidad mental puede llegar a vulnerar la dignidad humana. Tal como se planteó en la perspectiva bioética principialista de la autonomía, la imposición de criterios para conceptualizar acerca de la capacidad mental es algo que puede resultar atrevido y violatorio de los derechos fundamentales de las personas. Es necesario tener en cuenta que la humanidad ha sido y es egocéntrica. Tal egocentrismo se manifiesta de varias formas: desde el geocentrismo hasta el individualismo extremo, que pasa por el antropocentrismo (30).

De una manera más coloquial, las decisiones de las demás personas son acertadas y adecuadas si son similares a las que el evaluador tomaría; si son diferentes, se activan los procesos de análisis, de crítica, de exclusión y de rechazo que han estado presentes a lo largo de la

historia de la humanidad, y que se manifiestan de diversas maneras, como la exclusión, por quienes detentan el poder, de las personas blancas hacia quienes no lo son, de los heterosexuales hacia quienes no lo son, de los hombres hacia las mujeres, de los más capaces hacia los aparentemente menos capaces, de los intelectuales hacia los no intelectuales, de los ricos a los pobres... la lista sería interminable.

La medicina avala la exclusión de quienes no tienen dominio del conocimiento médico, y es común la actitud de “¿Para qué le explico, si usted no va a entender?”. Son estos mensajes tácitos los que se han repetido históricamente en la relación médico-paciente. El hecho es que en la práctica médica, como en todas las actividades humanas, si no se incluye a los demás la sociedad presionará por cambios que los incluyan. De allí derivan polémicas muy críticas en Colombia acerca de la valoración y la ponderación de la profesión médica por parte del Estado y del aparato económico y productivo, y por parte de la sociedad en general.

Esta vulneración, casi sistemática, que se gestó en el ejercicio de la medicina se expresa acentuadamente en el ejercicio de la psiquiatría (31), en el cual siempre se asumió que los trastornos psiquiátricos mayores son sinónimos de incapacidad mental e incompetencia. Sin embargo, algunos estudios muestran que en medio de los trastornos psiquiátricos mayores

la alteración de la capacidad mental en muchos casos no es permanente ni global. Es bien conocido que el juicio y el raciocinio se debilitan ante la presencia de alteraciones tan cotidianas y leves como un cuadro gripal. Esto debe plantear la necesidad de evaluar mejor la capacidad mental, y hacerlo de manera sistemática, y no asumir en forma discriminatoria que quien acude a atención psiquiátrica tiene *per se* una alteración de la capacidad mental, y que quien acude a otro tipo de atención médica tiene indemne esta capacidad (32,33).

Métodos de evaluación

La cuantificación de la capacidad mental es una preocupación relevante en varios contextos, en la práctica clínica diaria y en el proceso de investigación. Por esto se diseñaron instrumentos, entrevistas y escalas, y la posterior validación de todos ellos (6). La validación de una entrevista o de una escala tiene como propósito explorar la capacidad de dar mediciones válidas y confiables en los entornos clínicos y de investigación (34). Al hacer uso de los instrumentos deben tenerse en cuenta los conceptos de validez, sensibilidad, especificidad y concordancia (35-39). Estas mediciones se pueden hacer recurriendo a entrevistas estructuradas o semiestructuradas, o a instrumentos autoadministrados o heteroadministrados (40,41).

Existen diversos instrumentos para explorar o cuantificar la capa-

cidad mental en la práctica clínica y en trabajos de investigación. Algunos exploran la capacidad para la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, y otros, la toma de decisiones para la participación en investigaciones clínicas. Estos instrumentos presentan una amplia variedad en sus contenidos. Pueden evaluar diferentes dimensiones, dominios o factores del constructo: la capacidad de entendimiento, la de apreciación, la de razonamiento y la de expresar una elección.

La validez y la confiabilidad de dichas entrevistas y escalas son heterogéneas (42). Los instrumentos disponibles en la actualidad para la evaluación de la capacidad mental se presentan en las tablas 1 y 2.

De este grupo de herramientas, las más estudiadas y utilizadas son el Instrumento de MacArthur para la Evaluación de Competencia para Decidir la Aceptación de Tratamiento (*MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment*, o *MacCAT-T*) (43) y la Escala de Hopkins para Evaluación de la Competencia (*Hopkins Competence Assessment Test*, o *HCAT*) (44). Los estudios disponibles sugieren que el *MacCAT-T* es uno de los que hacen una evaluación más amplia de la capacidad mental y exploran el mayor número de dimensiones con el mejor desempeño psicométrico (43).

Examen mental abreviado (EMA)

En 1975 se publicó el EMA (en inglés, *Mini-Mental State Examination*, o

Tabla 1. Instrumentos para evaluar la capacidad de toma de decisiones relacionadas con el tratamiento

Escala	Año	Forma de aplicación
Examen Mental Abreviado (Mini-Mental State Examination)	1975	Heteroaplicación
Entrevista para la Evaluación de Competencia (Competency Assessment Interview)	1988	Entrevista estructurada
Instrumento para Toma de Decisiones para el Tutor (Decision-Making Instrument for Guardianship)	1990	Entrevista estructurada
Cuestionario de Ontario para Competencia (Ontario Competency Questionnaire)	1990	Entrevista semiestructurada
Evaluación Directa de la Capacidad de Toma de Decisiones (Direct Assessment of Decision-Making Capacity)	1990	Entrevista estructurada
Escala de Hopkins para Evaluación de la Competencia (Hopkins Competence Assessment Test)	1992	Entrevista estructurada
Instrumento de Hopemont para Evaluación de la Capacidad (Hopemont Capacity Assessment Instrument)	1993	Entrevista estructurada
Examen de Evaluación de la Capacidad Mental (Cognitive Capacity Screening Exam)	1994	Entrevista estructurada
Escala de Evaluación de Incompetencia (Incompetency Assessment Scale)	1994	Entrevista estructurada
Esquema de Entrevista para Competencia (Competency Interview Schedule)	1994	Entrevista estructurada
Entrevista de Evaluación de la Competencia Clínica (Clinical Competency Test Interview)	1995	Entrevista estructurada
Instrumento de MacArthur para la Evaluación de Competencia para Decidir la Aceptación de Tratamiento (MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment)	1997	Entrevista semiestructurada
Entrevista Estructurada para Prueba de Evaluación de Competencia e Incompetencia e Inventario de Clasificación (Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory)	1997	Entrevista estructurada
Escala de Competencia en Comunidad (Community Competence Scale)	1998	Entrevista estructurada
Escala de Competencia de Habilidades para la Vida Independiente (Scale of Competence in Independent Living Skills)	1998	Diligenciada por un familiar
Ayuda para la Evaluación de la Capacidad (Aid to Capacity Evaluation)	1999	Entrevista estructurada
Escala de Calificación de la Competencia del Paciente (Patient Competency Rating Scale)	1998	Autodiligenciada, y por un informante
Escala para la Definición de Testamento (Testament Definition Scale)	1999	Entrevista estructurada

Adaptado de: Sullivan (50).

Tabla 2. Instrumentos para evaluar la capacidad de decidir la participación en investigaciones

Escala	Año	Forma de aplicación
Entrevista para la Evaluación de Competencia (Competency Assessment Interview)	1984	Entrevista estructurada
Instrumento de MacArthur para la Evaluación de Competencia para Investigación Clínica (MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research)	1995	Entrevista semiestructurada
(Deaconess Informed Consent Comprehension Test)	1996	Entrevista estructurada
Evaluación para Firmar Consentimiento (Evaluation to Sign Consent)	1998	Autodiligiado
Encuesta sobre Consentimiento Informado (Informed Consent Survey)	1998	Entrevista estructurada
Cuestionario de Calidad del Consentimiento Informado (Quality of Informed Consent Questionnaire)	2001	Autodiligiado
Escala de California para Apreciación (California Scale of Appreciation)	2002	Entrevista estructurada
Prueba Breve para Consentimiento Informado (Brief Informed Consent Test)	2003	Entrevista estructurada

Adaptado de: Sullivan (50).

MMSE), con la finalidad de identificar a personas con deterioro cognoscitivo debido a demencia o a delirium (45). El EMA presenta aceptables propiedades psicométricas, validez y confiabilidad en diferentes países (46,47). Aunque esta escala no se diseñó para evaluar la capacidad mental, puede ser útil para dicho propósito, de acuerdo con algunos estudios (48,49).

Escala de Hopkins para evaluación de la competencia (EHEC)

La EHEC es un instrumento que se diseñó para evaluar, con aceptable confiabilidad, la competencia de los pacientes, la capacidad de comprender completamente las sugerencias médi-

cas de tratamiento, y la de dar un consentimiento plenamente informado.

El cuestionario se compone de 6 preguntas y 10 respuestas posibles. La administración toma, en promedio, 10 minutos. Las puntuaciones se pueden encontrar entre 0 y 10. Las puntuaciones iguales o inferiores a 7 sugieren deterioro de la capacidad de consentir (44).

Instrumento de MacArthur para la evaluación de competencia para decidir la aceptación de tratamiento (IMAECDT)

El IMAECDT es un instrumento que consta de 4 subescalas: comprensión, razonamiento, apreciación

y expresión de la elección, con alta confiabilidad. La aplicación suele tomar entre 15 y 20 minutos. La escala da puntuaciones entre 0 y 6 para la subescala de comprensión; entre 0 y 4, para apreciación; entre 0 y 8, para razonamiento; y entre 2 y 2, para expresión de elección. Las puntuaciones son independientes, y no es necesario sumar las puntuaciones en todas las subescalas. No existen puntuaciones específicas en cada subescala que indiquen deterioro en la capacidad mental o incompetencia. La escala indica el grado de compromiso en las habilidades que se cuantifican, y deben mirarse a la luz de los hallazgos clínicos (43).

Conclusiones

El concepto de capacidad mental tiene diferentes interpretaciones, y no se debe evaluar como una función global del ser humano; es decir, puede alterarse de manera parcial.

La evaluación de la capacidad mental puede conllevar la vulneración de algunos derechos fundamentales de las personas, con claras implicaciones bioéticas.

Estudios recientes muestran que tanto las personas con trastornos psiquiátricos como quienes tienen alteraciones de otras esferas de la salud pueden tener alterada en algún grado la capacidad mental.

Existen varios instrumentos que ayudan a evaluar la capacidad mental de las personas. Los médicos psiquiatras y no psiquiatras deben

entrenarse de manera más técnica en la evaluación de la capacidad mental y en el afrontamiento de los dilemas bioéticos subsecuentes. Se requieren más investigaciones para profundizar en el conocimiento acerca de la evaluación de la capacidad mental.

Agradecimientos

Mis agradecimientos a Chantal Aristizábal, médica y profesora del Departamento de Bioética de la Universidad El Bosque, por la orientación y revisión crítica del manuscrito, el cual hizo parte del trabajo de grado para optar al título de Magíster en Bioética en la Universidad El Bosque de Bogotá, Colombia. Igualmente, a Adalberto Campo-Arias, médico psiquiatra y director de investigaciones y publicaciones del Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, por la asesoría en los aspectos psicométricos.

Referencias

1. Carmona Orozco J, Peñarete Ortiz D. Temas de bioética en Colombia. Bogotá: Universidad El Bosque; 1999.
2. Hottois G. Qué es la bioética? Bogotá: Universidad El Bosque; 2007.
3. Castro Fernández MF, Bernal González Y, Escobar Triana J, et al. Bioética y biotecnología en la perspectiva CTS. 2a ed. Bogotá: Universidad El Bosque; 2004.
4. Reyes H. Los derechos de la persona con trastorno mental en el ámbito clínico. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2003;32:S30-6.
5. Rodríguez CE, Galvis C, Núñez LS, et al. Ensayos en bioética: una experiencia colombiana. Bogotá: Universidad El Bosque; 2000.

6. Glass KC. Refining definitions and devising instruments: two decades of assessing mental competence. *Int J Law Psychiatry*. 1997;20:5-33.
7. Múnera A. *Fronteras imaginadas: la construcción de las razas y de la geografía en el siglo XIX colombiano*. Bogotá: Planeta; 2005.
8. Etxeberria X. *Ética de la diferencia*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2000.
9. Múnera A. *El fracaso de la nación: región, clase y raza en el Caribe colombiano (1717-1821)*. 2a ed. Bogotá: Planeta; 2008.
10. Cely Galindo G. *La bioética en la sociedad del conocimiento*. Bogotá: 3R Editores; 1999.
11. Barret-Ducrocq F. *A Intolerância*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
12. Collo P, Sessi F. *Diccionario de la tolerancia*. Bogotá: Norma; 2001.
13. Wong JG, Clare IC, Gunn MJ, et al. Capacity to make health care decisions: its importance in clinical practice. *Psychol Med*. 1999;29:437-46.
14. Carvajal Freese I, Meneses Carmona D. *Acercándonos a la bioética como una nueva inteligencia*. Bogotá: Kimpres; 2002.
15. Lederberg MS. Making a situational diagnosis. *Psychiatrists at the interface of psychiatry and ethics in the consultation-liaison setting*. *Psychosomatics*. 1997;38:327-38.
16. Steinberg MD. Psychiatry and bioethics: an exploration of the relationship. *Psychosomatics*. 1997;38:313-20.
17. Engel CC Jr. Psychiatrists and the General Hospital Ethics Committee. *Gen Hosp Psychiatry*. 1992;14:29-35.
18. Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: De Bolsillo; 2004.
19. República de Colombia, Defensoría del Pueblo. *El derecho a la igualdad*. Bogotá: Imprenta Nacional; 2001.
20. Foucault M. *El poder psiquiátrico*. México: Fondo de Cultura Económica; 2005.
21. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. 2a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
22. Bramstedt KA, Arroliga AC. On the dilemma of enigmatic refusal of life-saving therapy. *Chest*. 2004;126:630-3.
23. Schneider PL, Bramstedt KA. When psychiatry and bioethics disagree about patient decision making capacity (DMC). *J Med Ethics*. 2006;32:90-3.
24. Gracia Guillén D. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho; 2001.
25. Gracia Guillén D. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: El Búho; 2002.
26. Gracia Guillén D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. 2a ed. Bogotá: El Búho; 2004.
27. Bushnell D. *Colombia: una nación a pesar de sí misma*. 9a ed. Bogotá: Planeta; 2007.
28. Appelbaum PS, Bonnie RJ, Karlawish JH. The capacity to vote of persons with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 2005;162:2094-100.
29. Escobar J, Maldonado CE, Rodríguez P, et al. *Bioética y derechos humanos*. 2a ed. Bogotá: Universidad El Bosque; 2001.
30. Blackburn P. *La ética: fundamentos y problemáticas contemporáneas*. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
31. Brendel DH. *Healing psychiatry: bridging the science/humanism divide*. Cambridge: The MIT Press; 2006.
32. Raymont V, Bingley W, Buchanan A, et al. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. *Lancet*. 2004;364:1421-7.
33. Cairns R, Maddock C, Buchanan A, et al. Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 2005;187:379-85.
34. Alarcón AM, Muñoz S. Medición en salud: algunas consideraciones metodológicas. *Rev Med Chil*. 2008;136:125-30.
35. Rodríguez MA, Lopera J. Conceptos básicos en la validación de escalas en salud mental. *Rev CES Med*. 2002;16:31-9.
36. Blacker D, Endicott J. Psychometric properties: concepts of reliability and validity. En: *American Psychiatric Association (APA). Handbook of psychiatric measures*. Washington: APA; 2002.
37. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades psicométricas de una escala:

- la consistencia interna. *Rev Salud Publica*. 2008;10:831-9.
38. Yen M, Lo LH. Examining test-retest reliability: an intra-class correlation approach. *Nurs Res*. 2002;51:59-62.
 39. Streiner DL. Learning how to differ: agreement and reliability statistics in psychiatry. *Can J Psychiatry*. 1995;40:60-6.
 40. Pineda EB, De Alvarado EL, De Canales FH. Metodología de la investigación. 2a ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
 41. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Publica*. 2004;6:302-18.
 42. Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, et al. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1323-34.
 43. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv*. 1997;48:1415-9.
 44. Janofsky JS, McCarthy RJ, Folstein MF. The Hopkins Competency Assessment Test: a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43:132-6.
 45. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
 46. Rosselli D, Ardila A, Pradilla-Ardila G, et al. El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de tamizaje para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurol*. 2000;30:428-32.
 47. López MN, Charter RA, Mostafavi B, et al. Psychometric properties of the Folstein Mini-Mental State Examination. *Assessment*. 2005;12:137-44.
 48. Kim SY, Caine ED. Utility and limits of the mini mental state examination in evaluating consent capacity in Alzheimer's disease. *Psychiatr Serv*. 2002;53:1322-4.
 49. Muthuvehu P, Tahir T, Bisson J. Correlation between MMSE and a formal capacity assessment. Poster presentado en: American Psychiatric Association 161st Annual Meeting; 3-8 mayo 2008; Washington, DC.
 50. Sullivan K. Neuropsychological assessment of mental capacity. *Neuropsychol Rev*. 2004;14:131-42.

Conflictos de interés: El autor manifiesta que no tiene ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 3 de marzo del 2010

Aceptado para publicación: 20 de enero del 2011

Correspondencia

Edwin Herazo

Grupo de Investigación del Comportamiento Humano

Instituto de Investigación del Comportamiento Humano

Calle 58 No. 5-24, Oficina 202

Bogotá, Colombia

eh@comportamientohumano.org