

Adaptación del MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T): Un instrumento para evaluar la toma de decisiones en adolescentes.

Adaptation of the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T): An instrument for evaluating decision-making in adolescents.

Andrea Rodríguez Quiroga de Pereira¹, Laura Bongiardino², Alan Crawley³, Camila Botero⁴, Natalia Vázquez⁵,
Laura Borensztein⁶ y Saskia Ivana Aufenacker⁷

Resumen

Evaluar la capacidad de toma de decisiones en salud es un proceso complejo en adolescentes. El MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) permite estimar habilidades vinculadas a dicha capacidad. Esta herramienta fue adaptada para niños y adolescentes, pero no se dispone de versión en español. Objetivo: adaptar el MacCAT-T al español en su versión para adolescentes utilizando una situación estímulo. Muestra: los participantes fueron adolescentes entre 13 y 16 años (n=77) de edad sin diagnóstico clínico evidente. Materiales: se utilizó el MacCAT-T y el test de Raven. Resultados: el instrumento mostró propiedades psicométricas adecuadas. Se obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en los adolescentes de 15 y 16 años en comparación con los de 13 y 14 años y no se evidenciaron diferencias de género. Discusión: esta entrevista semiestructurada es útil para complementar el juicio clínico al valorar la capacidad (cognitiva) para tomar decisiones en el ámbito de la salud.

Palabras clave

Toma de decisión; adolescentes; consentimiento; MacCAT-T; capacidad de decisión; bioética.

Abstract

1 Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP). Instituto de Salud Mental, APdeBA (IUSAM). Universidad del Salvador (USAL). Universidad Católica Argentina (UCA). Contacto: andrearodriguezquiroga@gmail.com

2 Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP). Instituto de Salud Mental, APdeBA (IUSAM). Universidad del Salvador (USAL). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales (UCES). Contacto: laurabongiardino@gmail.com

3 Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP). Instituto de Salud Mental, APdeBA (IUSAM). Universidad del Salvador (USAL). Contacto: alan_crawley9@hotmail.com

4 Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP). Universidad Católica Argentina (UCA). CONICET. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Contacto: mariacamilabotero@hotmail.com

5 Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP). Universidad Católica Argentina (UCA). Contacto: nataliavazquezinv@gmail.com

6 Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP). Instituto de Salud Mental, APdeBA (IUSAM). Contacto: laurabweinstein@gmail.com

7 Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP). Instituto de Salud Mental, APdeBA (IUSAM). Universidad del Salvador (USAL). Contacto: Aufenackeri@hotmail.com

Assessing decision-making capacity in health is a complex process in adolescents. The MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) makes it possible to estimate skills related to this ability. This tool was adapted for children and adolescents, but a Spanish version was not available. Objective: adapt the MacCAT-T to Spanish in its version for adolescents using a stimulus situation. Sample: the participants were adolescents between 13 and 16 years ($n = 77$) of age with no obvious clinical diagnosis. Materials: the MacCAT-T and the Raven test were used. Results: the instrument showed adequate psychometric properties. Notably higher scores were obtained in 15- and 16-year-olds compared to 13 and 14-year-olds and no gender differences were found. Discussion: this semi-structured interview is useful to complement clinical judgment when assessing the (cognitive) decision making capacity in the health field.

Key words

Decision-making; adolescents; consent; MacCAT-T; decision-making capacity; bioethics.

Introducción

La práctica clínica, cómo cualquier otra práctica profesional es epocal e inherente al tiempo en que se realiza. En ese sentido, anteriormente el modelo de abordaje clínico se basaba en una comunicación paternalista (Gracia et al., 2000). Ese modelo planteaba que el profesional de la salud era un padre cuidador respecto a los pacientes, que eran considerados como hijos a cuidar (Chin, 2002).

Con el paso del tiempo y la inclusión de otros modelos, el rol del clínico se ha modificado gradualmente. A partir de la década del 70, autores como Ong et al. (1995) observan que los cambios se inician ante la evidencia de que la comunicación durante el tratamiento tiene un impacto significativo en el bienestar, satisfacción y adherencia al tratamiento del paciente. Por lo tanto, poco a poco la comunicación fue centrándose más en el paciente, brindándole más autonomía respecto a la toma de decisiones con relación a su salud (Chin, 2002). Este proceso, se conoce como el pasaje del paternalismo a la autonomía: paradigma que contempla la comunicación centrada en el paciente y la toma de decisiones compartida (Ha & Longnecker, 2010).

En línea con lo anterior, otro cambio significativo que evidencia la transformación de un modelo paternalista a un modelo de mayor autonomía del paciente es la inclusión del consentimiento informado (CI) en la práctica clínica. Su administración también incrementa el compromiso del paciente respecto a decidir sobre su salud. Además la actualización de las leyes y regulaciones de la práctica profesional, le fueron otorgando gradualmente una mayor responsabilidad en las decisiones.

De lo dicho se desprende la necesidad de contar con herramientas basadas en criterios confiables, que permitan al clínico eludir el modelo paternalista y que brinden, además, la posibilidad de evaluar la comprensión del paciente (Banner, 2012).

Una cuestión particularmente problemática, se refiere a la responsabilidad con relación a los pacientes adolescentes. La razón fundamental es que a nivel internacional parece no haber consenso respecto al momento madurativo en el que los jóvenes adquieren la capacidad suficiente para aceptar o rechazar un tratamiento para su salud. Holanda es el país que otorga la mayor libertad a los adolescentes para decidir sobre su propia vida. Ejemplo de ello, es que pueden decidir a la edad de 12 años sobre su propia eutanasia (Samanta, 2015). Las legislaciones de algunos países como, por ejemplo, Colombia, Chile y Perú establecen un corte cronológico general, según el cual los individuos de sus naciones adquieren el derecho a tomar decisiones sobre sus tratamientos a los 14, 16 o 18 años (Organización Panamericana de Salud, 2010).

Se observa, por lo tanto, que no existe un acuerdo universal respecto a que edad se considera que los menores son competentes para tomar decisiones (Grootens-Wiegers et al., 2017).

Según un informe de UNICEF (2016), la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no consideran en sus legislaciones que los adolescentes puedan consentir un tratamiento médico sin la aprobación de sus padres, y si lo contemplan, el rango de edad es entre los 16 y 18 años. El mismo informe sugiere que al establecer una edad mínima legal para tomar decisiones se garantiza la protección de los derechos de los adolescentes y se evita el riesgo de los juicios discrecionales de los jueces - y posiblemente también el de los profesionales de la salud- que al evaluar las capacidades del adolescente pueden ser influenciados involuntariamente por su procedencia y el aspecto del desarrollo físico.

En algunos estudios (Weithorn & Campbell, 1982; Steinberg, 2013) se ha encontrado que los adolescentes entre 14 y 15 años cuentan con una competencia suficiente para la toma de decisiones equivalente a la de un adulto. De hecho, en el estudio de Hein et al. (2014) se halló que los niños a partir de los 11 años ya cuentan con capacidad para consentir en investigación clínica. No obstante, es necesario señalar que estos estudios evaluaron la capacidad cognitiva, que es solo un aspecto inherente a la toma de decisiones. Otros factores que intervienen en este proceso son el funcionamiento de la personalidad, la cohesión de la identidad, los aspectos afectivos, los valores y las creencias.

Lo dicho, conlleva a interrogar si los adolescentes de Argentina son capaces de construir opiniones formadas para consentir o denegar tratamientos para su salud. El presente estudio describe la adaptación del instrumento MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT-T) en el contexto del Área Metropolitana de Bs As - Argentina, en una población cuyo rango de edad es entre 13 y 16 años, para evaluar la capacidad de decisión del adolescente.

Este estudio ha sido motivado no solo por el evidente disenso internacional sobre el momento en que los adolescentes cuentan con la suficiente madurez para decidir, sino también por la reforma del Código Civil y Comercial de la Argentina (2015) con relación a los derechos de los adolescentes para consentir tratamiento a partir de los 13 años. En el Art. 26 de la Ley 26994, se detalla que los adolescentes entre 13 y 16 años tienen aptitud para decidir por sí mismos respecto de aquellos tratamientos que no resulten invasivos, ni comprometan su estado de salud o provoquen un riesgo grave a su vida o integridad física (Reforma del Código Civil y Comercial, 2015. Ley 26994, Art. 26). No obstante, la anterior modificación genera un claroscuro que dificulta el trabajo de los profesionales de la salud en situaciones en que es importante tomar decisiones de tratamiento.

En términos de derechos individuales, Mann (1994) plantea que los adolescentes no sólo deben leer el CI sino además tienen que comprenderlo. A su vez, es importante considerar que este es un proceso no habitual para los adolescentes y que éstos no suelen estar acostumbrados a realizar, posiblemente por desconocimiento propio e incluso de los profesionales de la salud (Rodríguez Quiroga et al., 2018).

Según la American Medical Association (AMA, 2017), el CI es un proceso guiado por un profesional para que el paciente pueda comprender la información requerida antes de tomar una decisión independiente y voluntaria. Todo CI debe incluir información clara y precisa sobre el diagnóstico, las recomendaciones de tratamiento, los posibles riesgos y beneficios de hacerlo, así como también la aclaración de qué podría suceder en caso de suspensión o abandono del tratamiento. Este proceso que incluye necesariamente la decisión del paciente de aprobar o no el procedimiento, debe documentarse en la historia clínica (AMA, 2017).

Las reglamentaciones nacionales argentinas en relación con el CI han ampliado el pleno goce de los derechos humanos. Es por esto por lo que se exige el uso del CI para llevar a cabo las actividades inherentes a la atención e investigación en salud (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, Nuevo Código Civil y Comercial, 2015 y Ley de Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones de Salud, 2009). Los tratamientos con adolescentes no son la excepción.

Aspectos legales

De acuerdo con los diferentes criterios establecidos por cada país de otorgarle el derecho al adolescente de decidir respecto a su tratamiento, resulta de importancia, analizar cómo se produce la toma de decisiones de los adolescentes en Argentina, en un intento por correlacionar su competencia mental y comprensión según la edad cronológica de cada sujeto.

Según el inciso E del Art. 2 de la Ley 26529 de los derechos de los pacientes: "Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir (...) a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud", mientras que un adulto "tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad". En otras palabras, los adultos pueden aceptar o rechazar tratamientos, en cambio, los adolescentes sólo tienen derecho a intervenir, dado que su decisión es condicional a la del profesional de la salud, padres y/o tutores.

La ley anterior ha sido actualizada con la Reforma del Código Civil y Comercial (2015), Ley 26994, en el Art. 26.- y se refiere al ejercicio de los derechos del menor. A partir de ella, se presume que el adolescente entre los 13 y los 16 años tiene la capacidad de decidir por sí mismo con relación a los tratamientos no invasivos que no comprometan potencialmente su estado de salud o que posiblemente causen riesgo grave a su vida o integridad física. Se afirma también que "a partir de los 16 años, el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su cuerpo" (Nuevo Código Civil y Comercial, 2015, Art. 26). Por lo tanto, los adolescentes entre 13 y 16 años obtienen autonomía en relación a decidir sobre tratamientos no invasivos en salud y a partir de los 16 años pueden decidir sobre tratamientos tanto no invasivos como invasivos (Ley 26529 modificada por la Ley 26742, 2012, Art. 26).

Una variable que complejiza más la situación es que las legislaciones nacionales e internacionales han explicitado que sus opiniones deben ser oídas en correspondencia a toda decisión que los involucre y deben ser tenidas en cuenta según su *grado de madurez y desarrollo* (Ley 60061, 2005; Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños, 1989). Sin embargo, esta afirmación permite múltiples inferencias, en tanto grado de madurez está sujeto a interpretación según cada situación, sujeto y cultura.

Aún hay aspectos que no permiten entender la ley rigurosamente, como es el decreto 1089/12 que explica que es posible reemplazar la decisión del paciente (adulto o adolescente) en dos oportunidades: cuando se trate de un paciente que no sea capaz de tomar decisiones de acuerdo con el criterio del profesional tratante, o cuando sus condiciones físicas y/o psicológicas no les permitan hacerse cargo de su situación. La cuestión es entonces, ¿cómo hacer para tener evidencia de esto? ¿con qué instrumentos se cuenta para evaluar sus condiciones y madurez psicológicas para decidir? ¿con el propio criterio clínico? y de ser así, ¿es suficiente?

Indagando a expertos en el tema con relación a la toma de decisiones de adolescentes en salud, se evidencia la dificultad que se les presenta al carecer de un instrumento que evalúe las capacidades del paciente. En los casos en los cuales la decisión del adolescente no se corresponda con la sugerencia del clínico o la de los padres, podrían surgir las siguientes preguntas: ¿es capaz el adolescente de evaluar los riesgos que conlleva su decisión? ¿es capaz de evaluar las implicancias a largo plazo? y ¿es posible que los profesionales y los padres acepten la decisión de negarse a un tratamiento? Estas preguntas son de difícil respuesta y su complejidad se ejemplificará con dos casos infantojuveniles: un caso clínico médico hipotético oncológico (tratamiento invasivo) y con un caso de anorexia en salud mental (tratamiento no invasivo).

Capacidad de decisión de un adolescente sobre tratamiento invasivo.

Paciente femenina, de 16 años con un osteosarcoma de fémur con metástasis pulmonar, que tras someterse a múltiples cirugías y al consumo de diversas drogas incluidas benzodiazepinas y opiáceos (morfina) para lidiar con el dolor, no se ha logrado hacerlo desaparecer por completo. Presenta también dificultad para conciliar el sueño y refiere pesadillas en reiteradas oportunidades. Además, cursó numerosas internaciones, con ingresos a terapia intensiva, por cuadros infecciosos, debido a su inmunosupresión por la enfermedad oncológica.

Desde hace un año aproximadamente, luego de 6 años de tratamiento, comienza a referir que no quiere ingresar más a la terapia, ya que es una experiencia que asocia con dolor y sufrimiento. Desde entonces, reingresó nuevamente 2 veces por interurrencias infectológicas (en una de ellas tuvo una insuficiencia respiratoria que requirió ventilación invasiva, y en otra una cistitis hemorrágica para cumplir una terapia antibiótica endovenosa).

En ambas circunstancias, fue convencida por el equipo médico en conjunto con los padres, para que accediera a continuar con su tratamiento (Pereira, 2020).

Capacidad de decisión de un adolescente sobre tratamiento no invasivo.

“Los padres de una niña de 15 años consultan a un psiquiatra porque sus maestros notaron en ella un inicio progresivo de frecuentes estallidos de ira y llanto. Este comportamiento comenzó en casa y luego se extendió a la escuela unas semanas más tarde. Su única queja era de trastornos del sueño; sus padres describieron una tendencia reciente al aislamiento y la desconfianza. Su hija también había abandonado las lecciones de canto y estaba convencida de que nunca podría tener éxito en su preparación para el concierto del coro de fin de año. Ella le dijo al médico que estaba perdiendo el tiempo hablando con ella porque nadie podría ayudarla. El psiquiatra notó su tono triste y sintió la angustia de su paciente y sus padres. Rápidamente diagnosticó una depresión introyectiva y aconsejó un tratamiento con psicoterapia” (Lingiardi & McWilliams, 2017, p. 398).

Imaginemos ahora que la paciente no acepta comenzar una psicoterapia. La situación amerita una evaluación de las capacidades de comprensión del adolescente dado que no hacer el tratamiento podría prolongar el malestar y empeorar su cuadro clínico.

Antecedentes y relevancia del estudio

En relación al modo de evaluar la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones, diferentes instrumentos han sido considerados: 1) el CQ-Child Psychiatry (Casimir & Billick, 1994), un cuestionario de 17 preguntas para evaluar la competencia en niños para dar consentimiento a la atención y tratamiento en un hospital psiquiátrico, 2) el CQ-Peds (Billick et al., 2001), un cuestionario de 19 ítems para uso en pediatría y pacientes ambulatorios entre 5 y 18 años de edad, 3) el CQ-Med (Billick, DellaBella & Burgert, 1997), para que los médicos generales evalúen la capacidad de los pacientes para consentir su hospitalización y 4) el MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT-T) (Grisso & Appelbaum, 1997) instrumento que evalúa la capacidad para consentir tratamiento.

Este último, el MacCAT-T, ha sido diseñado por Thomas Grisso y Paul S. Appelbaum, en un intento por evaluar y comprender los modos en que se expresa una elección, comprensión o razonamiento. Esta herramienta permite evaluar el proceso mediante el cual se arriban a juicios en base al grado de comprensión. Es el instrumento más utilizado a nivel internacional para evaluar la capacidad de un paciente para comprender un diagnóstico y consentir un tratamiento (Saber et al., 2016). Además, el MacCAT-T puede ser considerado como uno de los instrumentos más sofisticados debido a sus altos estándares de objetividad, validez y fiabilidad y por su excelente aplicabilidad empírica ya demostrada (Breden & Vollman, 2004). Sin embargo, los mismos autores indican que al evaluar la toma de decisiones también debería considerarse la historia, los valores, los significados y emociones del individuo, además de los aspectos cognitivos que sí son abarcados por el MacCAT-T.

Breve historia del MacCAT-T

El MacCAT-T fue desarrollado para brindar información tanto a los legisladores como a los clínicos sobre la capacidad de toma de decisiones de los individuos. Recibe su nombre por el apoyo que brindaron los investigadores de la Fundación John and Catherine MacArthur. Los estudios iniciales fueron realizados con pacientes con enfermedades mentales, pacientes con enfermedades físicas y personas de la comunidad (Appelbaum & Grisso, 1988; 1997; Berg, Appelbaum & Grisso, 1996; Grisso & Applebaum, 1991; 1994; 1997). Desde la creación del MacCAT-T, que evalúa la toma de decisiones en tratamientos, se crearon otras versiones para diversos ámbitos como el MacCAT-CR (Appelbaum & Grisso, 2001), para la investigación clínica y el MacCAT-CA (Poythress, 1991), para evaluar la imputabilidad criminal.

El MacCAT-T ha sido adaptado para su uso en niños y adolescentes por Hein (2015) en su tesis doctoral, versión aprobada por los autores originales del MacCAT-T. Esta adaptación para niños y adolescentes evalúa tanto la comprensión de la información como la capacidad de consentir o denegar un tratamiento.

El interés de Hein en investigar la capacidad de consentir en niños, está relacionado con la ausencia de evidencia empírica vinculada a la competencia para consentir un tratamiento o investigación clínica por parte de menores. La evidencia acumulada indica que la evaluación de esta capacidad ha sido inconsistente debido a que muchos médicos clínicos no han contado con herramientas estandarizadas (Hein, 2015).

El presente estudio intenta poner a disposición de los equipos de salud una herramienta en español válida y útil, para evaluar la capacidad de los adolescentes para decidir su participación en tratamientos, herramienta que en la actualidad no está disponible en nuestro país.

Según lo antedicho, el objetivo general propuesto consistió en evaluar la capacidad de decisión del adolescente con relación al consentimiento o negación de los tratamientos no invasivos en salud mental, según su etapa evolutiva mediante la adaptación del instrumento *MacArthur Competence Assessment Tool* (MacCAT-T) al contexto del área Metropolitana de Buenos Aires - Argentina, en una población cuya franja de edad es de 13 a 16 años.

Metodología

Diseño

Se realizó un estudio de diseño no experimental, transversal, descriptivo de comparación de grupos.

Muestra

Se obtuvo una muestra de 77 casos de adolescentes con edades entre 13 y 16 años ($M = 14,60$; $DE = 1.07$) de la zona metropolitana de Buenos Aires, de los cuales 54,5% fueron varones y 45,5% mujeres.

Materiales

El protocolo administrado incluyó la administración de un CI, una situación estímulo, la entrevista MacCAT-T (Hein, 2015) y el Test de Matrices Progresivas de Raven (Cayssials et al., 1993; Rossi-Casé et al., 2014).

MacCAT-T

El MacCAT-T consiste en una entrevista semiestructurada que evalúa 4 aspectos: 1) *comprensión* de la comunicación, es decir, la capacidad para poder reproducir la información ya sea parafraseando o verbalizando elementos mencionados por el profesional. Esta comprensión se refiere a los siguientes aspectos: comprensión de la enfermedad (a través de 5 preguntas), comprensión del tratamiento (mediante 4 preguntas) y evaluación de ventajas y desventajas del tratamiento propuesto (mediante 4 preguntas); 2) *apreciación* que refiere al reconocimiento del significado de la enfermedad y del valor potencial del tratamiento, con el objetivo de determinar si el paciente comprende su diagnóstico. Se evalúa mediante sendas preguntas la apreciación de la enfermedad y el tratamiento; 3) *razonamiento* durante el proceso de decisión sobre el tratamiento, evaluando la capacidad de comparar alternativas a la luz de sus consecuencias, incluida la capacidad de estimar las posibles interferencias en la vida diaria que podrían resultar de hacer o no el tratamiento (mediante 4 preguntas); 4) *elección* respecto al tratamiento y la capacidad de fundamentarla (mediante 2 preguntas).

Todas las dimensiones se evalúan en un continuo de respuesta que va de 0 a 2 (siendo 0 - No responde o da una respuesta diferente; 1 - Parcialmente correcto; 2 - Completamente correcto). Los puntajes totales obtenidos son orientativos y son asignados por el entrevistador.

Escala de Matrices progresivas de Raven (escala blanco y negro)

Se utilizó la versión validada en Argentina (Cayssials et al., 1993; Rossi-Casé et al., 2014) del Test de matrices progresivas de Raven, el cual tiene como objetivo medir el razonamiento abstracto, no verbal, y la inteligencia fluida.

En la evaluación original realizada por Hein (2015), la autora utilizó el Test de Inteligencia de Weschler, sin embargo, se optó por utilizar el Test de Raven ya que requería menos tiempo de administración y evaluación, además, también cumplía con el objetivo de medir la inteligencia de los adolescentes de manera no verbal.

Procedimientos

Procedimiento de Consentimiento informado

Se diseñó el CI considerando los lineamientos bioéticos que aseguraran la inclusión de la información precisa y completa acerca del propósito de la investigación, riesgos, beneficios, aclaración respecto a la participación voluntaria y anónima y por último, la posibilidad de retirarse si los participantes desearan no seguir

respondiendo. De este modo, se cumplió con los lineamientos para el comportamiento ético de las Ciencias Sociales y Humanas establecidos por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de Argentina (Res. D 2857/06); informando los propósitos y naturaleza de la investigación y respetando las directrices éticas de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (AMM, 2000) en todos sus términos.

Procedimiento para la adaptación lingüística del MacCAT

Se realizó una adaptación lingüística al español de la versión de MacCAT-T para niños y adolescentes (Hein, 2015). Se revisaron los aspectos de equivalencia semántica como los de validez de contenido.

La estrategia de traducción seguida ha sido la metodología de traducción y back-translation. Este proceso, requirió en primer lugar que el instrumento fuera traducido del inglés al español por dos traductores que se consultaron y trabajaron de manera colaborativa. Luego, se arribó a una versión consensuada que posteriormente fue enviada a un traductor certificado para su traducción al idioma original (buscando conservar la integridad del instrumento original). Cuatro profesionales de la salud fueron consultados para evaluar expresiones del lenguaje que pudieran ser imprecisas o ambiguas. Esta versión fue enviada tanto a los autores originales de la escala, Appelbaum y Grisso, como a la autora de la adaptación de la escala para niños, Hein.

Procedimiento para la situación estímulo del MacCAT-T

Se adaptó el caso de un adolescente con diagnóstico de depresión, que fue extraído del Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2, Lingiardi & McWilliams, 2017) y que luego fue modificado para ser utilizado como situación estímulo. Se eligió la depresión como patología debido a que su prevalencia en la población general se ha incrementado durante el último siglo (Hidaka, 2012) afectando a más de 120 millones de personas a nivel mundial (Briley & Lépine, 2011) y porque, además, las generaciones más jóvenes exhiben síntomas de inicio más tempranamente (Hidaka, 2012). También, porque la presencia según el género es aproximadamente de un hombre cada dos mujeres consistentemente en Europa y América del norte (Maier, 1999). A su vez, se tomaron los criterios diagnósticos de los manuales: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013) y Operationalized Psychodynamic Diagnosis for Adults (OPD-2, Force OPD Task, 2008). La situación estímulo fue grabada previamente y se reprodujo al comienzo de cada entrevista. Esta idea fue tomada a partir de la adaptación que hicieron Montgomery y Brooks (2005) para evaluar la comprensión en población carcelaria.

Además de la presentación de la situación estímulo anterior, se grabaron para la administración de la entrevista MacCAT-T propiamente dicha, una serie de 3 audios que brindaban información diagnóstica sobre la patología (depresión) y el posible tratamiento. A continuación del audio de la situación estímulo se reproducían por orden los audios de la entrevista, de acuerdo con la entrevista original del MacCAT-T y con información diagnóstica. Este procedimiento se realizó para asegurar que cada participante recibiera exactamente la misma información. Todos los audios fueron grabados con formato auditivo tanto de voz masculina y femenina, para ser reproducidos según el sexo del participante. Se consideró que de este modo se facilitaría el proceso de identificación de los entrevistados con la situación estímulo.

Procedimiento prueba piloto

Se realizó un estudio piloto con 11 casos a fin de poner a prueba y ajustar la redacción de los ítems, lo cual permitió efectuar ligeras modificaciones lingüísticas y corroborar que los mismos fueran comprendidos por la población de adolescentes argentinos.

Procedimiento de la recolección de datos

Se procedió con el método bola de nieve. Una vez confirmado que el participante cumplía con los requisitos necesarios, se procedió al proceso de evaluación: firma de consentimiento informado, administración de la entrevista semiestructurada del MacCAT-T y por último el Test de Raven.

Análisis de datos

Se utilizó la prueba no paramétrica de Rho de Spearman para evaluar la validez de criterio entre las puntuaciones del MacCAT-T y el Test de RAVEN. Para el análisis de confiabilidad del instrumento se analizó la consistencia interna mediante el cálculo de los coeficientes Alpha de Cronbach, considerando índices excelentes a los coeficientes superiores a .90; buenos a los superiores a .80, y aceptables a los superiores a .70 (George & Mallery, 2001). Los datos fueron procesados mediante el SPSS Statistics-25 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Resultados

Validez del instrumento MacCat-T

Respecto de la validez de criterio se analizó la asociación entre las puntuaciones del MacCAT-T y el Test de RAVEN. Siendo que las puntuaciones no tienen una distribución normal se usó la prueba no paramétrica Rho de Spearman. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la dimensión comprensión del MacCAT-T y el RAVEN (Rho=.415; p=.000) y la dimensión razonamiento del MacCAT-T y el RAVEN (Rho=.284; p=.012).

Confiabilidad del instrumento

Se analizó la consistencia interna del instrumento mediante el cálculo de los coeficientes Alpha de Cronbach. Sólo se realizó el cálculo cuando cada dimensión contaba al menos con 3 ítems, es decir para las dimensiones de comprensión y razonamiento. Se encontraron valores aceptables para la dimensión comprensión $\alpha=.698$ y para la dimensión razonamiento $\alpha=.689$.

Resultados descriptivos de las dimensiones del MacCAT-T

A nivel descriptivo pueden observarse los valores totales para las cuatro dimensiones del MacCAT-T: comprensión, apreciación, razonamiento y elección (Tabla 1).

Tabla 1
Descriptivos de dimensiones del MacCAT-T

| | <i>M</i> | <i>DE</i> |
|------------------------------|----------|-----------|
| <i>Comprensión</i> | | |
| Enfermedad | 1,44 | 0,326 |
| Tratamiento | 1,53 | 0,389 |
| Ventajas y Desventajas | 1,1 | 0,408 |
| Total comprensión (0-6) | 4,07 | 0,891 |
| <i>Apreciación</i> | | |
| Apreciación de la enfermedad | 1,66 | 0,598 |
| Apreciación del tratamiento | 1,95 | 0,223 |
| Total apreciación (0-4) | 3,61 | 0,671 |

Razonamiento

| | | |
|---------------------------------|------|-------|
| Consecuencial | 1,68 | 0,498 |
| Comparativo | 1,47 | 0,661 |
| Consecuencias generadas | 2,89 | 0,967 |
| Consistencia Lógica | 1,95 | 0,223 |
| Total razonamiento (0-8) | 7,98 | 1,86 |
| Elección | | |
| Expresión de una elección (0-2) | 1,96 | 1,95 |

Dentro de la dimensión de comprensión, los adolescentes tuvieron mayor puntuación en las subdimensiones de enfermedad y tratamiento. Respecto de la apreciación, puntuaron mejor en el tratamiento y en cuanto a razonamiento, puntuaron mejor en consistencia lógica.

Resultados de las dimensiones del MacCAT-T según sexo y grupos etarios

Se analizó si existían diferencias según sexo en las dimensiones de comprensión, apreciación, razonamiento y elección. Según la prueba U de Mann-Whitney no se encontraron diferencias entre los grupos (Tabla 2).

Tabla 2.
Diferencias según sexo

| Dimensión | Hombres | | Mujeres | | U de Mann-Whitney <i>P</i> |
|--------------|----------|-----------|----------|-----------|-------------------------------|
| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | |
| Comprensión | 3,93 | 0,993 | 4,25 | 0,726 | 0,110 |
| Apreciación | 3,59 | 0,766 | 3,62 | 0,546 | 0,660 |
| Razonamiento | 7,88 | 1,99 | 8,11 | 1,711 | 0,730 |
| Elección | 1,95 | 0,216 | 2 | 0,169 | 0,669 |

Por otra parte, al analizar las diferencias según grupos etarios se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la prueba U de Mann-Whitney ($p=0,029$) en la dimensión de comprensión

(Ver Tabla 3). Los adolescentes del grupo de mayor edad (15 y 16 años) mostraron mejores niveles de comprensión que los más jóvenes (13 y 14 años).

Tabla 3.
Diferencias según grupos etarios

| Dimensión | 13 y 14 años | | 15 y 16 años | | U de Mann-Whitney <i>P</i> |
|--------------|--------------|-----------|--------------|-----------|-------------------------------|
| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | |
| Comprensión | 3,82 | 0,91 | 4,26 | 0,839 | 0,029 |
| Apreciación | 3,62 | 0,609 | 3,6 | 0,719 | 0,908 |
| Razonamiento | 7,91 | 2 | 8,04 | 1,77 | 0,958 |
| Elección | 1,97 | 0,177 | 1,96 | 0,208 | 0,770 |

Discusión

Actualmente no hay acuerdo internacional sobre el momento ontogenético en el cual los adolescentes adquieren la capacidad suficiente para consentir tratamientos sobre su salud. Sumado a esto, las recientes reformas legales en Argentina establecen nuevas edades mínimas para negar o aceptar un tratamiento. En la actualidad entonces, los adolescentes entre 13 y 16 años pueden consentir tratamientos de salud no invasivos, cuando antes solamente podían asentir. De lo dicho, se desprende que la situación presente amerita la construcción y validación de instrumentos que evalúen la capacidad de los adolescentes al momento de tomar decisiones sobre su salud.

El MacCAT-T, de acuerdo con la adaptación realizada, resulta ser un instrumento apropiado para evaluar la toma de decisiones de los adolescentes en relación a tratamientos vinculados a su salud. Dicho instrumento tiene buena calidad con altos niveles de objetividad, validez y confiabilidad, y su aplicabilidad ha sido certificada en varios estudios empíricos (Grisso & Appelbaum, 1995; 1998; Vollmann et al., 2003; 2004). Esta entrevista semiestructurada promueve el proceso de toma de decisión informada sobre su tratamiento y evalúa su habilidad para comprender, apreciar, razonar y elegir un tratamiento. A partir de las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones se obtiene un puntaje total que sirve como guía del proceso cognitivo del adolescente, que contribuye a complementar el juicio clínico.

Los puntajes de este estudio son elevados y coinciden con los obtenidos en apreciación, razonamiento y elección en pacientes mayores de 18 años en consentimientos para tratamientos de colonoscopias, diálisis y

hernias (Robles et al., 2011). En cambio, la comprensión de los adolescentes de este estudio ha sido ligeramente menor a la de los adultos del estudio anterior.

Algunos aportes específicos de esta adaptación es que se ha observado que los adolescentes entre 15 y 16 años tienen mayor comprensión que aquellos con 13 y 14 años, y que en esta muestra no se observan diferencias entre sexos. Esta diferencia etaria parece ser un resultado novedoso en la literatura científica.

Se aportó evidencia preliminar de la validez del MacCAT-T a través del método de validez de criterio según las correlaciones obtenidas entre éste y el Test de Raven. El procedimiento elegido en el estudio es similar al que optaron otros investigadores en publicaciones previas donde analizaron la validez de criterio entre el MacCAT-T y el Mini-mental Status Examination (MMSE) (Álvarez et al., 2014) y su versión adaptada al español el Mini Examen Cognoscitivo (MEC, Robles et al., 2012).

Para evaluar la confiabilidad se utilizó uno de los métodos más usados, el alpha de Cronbach (Álvarez et al., 2014; Robles et al., 2012). Los resultados obtenidos son ligeramente inferiores pero muy similares a los de Álvarez et al. (2014), siendo considerados aceptables.

En cuanto a la aplicabilidad del instrumento debe considerarse que desde siempre los profesionales de la salud han evaluado la competencia de los pacientes para consentir tratamientos (Lorda et al., 2001). En este proceso la responsabilidad profesional se pone en juego en todos los casos, tanto para médicos como psicoterapeutas, tal como fue ejemplificado en el cuerpo de este artículo. La presente entrevista semiestructurada pretende contribuir con el juicio clínico al momento considerar la competencia de los adolescentes para decidir sobre sus tratamientos en salud, y no pretende reemplazarlo. En ese sentido, por ejemplo, ¿cómo considerar el deseo de una paciente oncológica de 16 años, a la que la ley le otorga los derechos para decidir como a un adulto, de no someterse a más tratamientos invasivos? Entendemos que la entrevista MacCAT-T aunque no resuelve la complejidad del problema presentado, es un instrumento que le permite al profesional obtener parámetros sobre los cuales sostener y considerar la decisión de un paciente, cuando ésta es diferente a la de sus padres.

En el ejemplo de la adolescente con diagnóstico de depresión introyectiva, este instrumento posibilita al psicoterapeuta evaluar la capacidad de la decisión del adolescente, permitiendo complementar su juicio clínico con una evidencia empírica acerca de la comprensión, razonamiento, apreciación y elección del adolescente en el caso de un tratamiento no invasivo.

Ambos ejemplos presentados, tanto el de la paciente oncológica como el de la adolescente con depresión, sirven para considerar las dificultades de llevar a la práctica las nuevas disposiciones legales de salud, ante los obstáculos en la cultura profesional, que aún no tiene incorporada dicha legislación.

Entre algunas de las limitaciones del estudio una importante es el tamaño muestral. En la misma línea, los participantes fueron todos estudiantes de secundaria sin diagnóstico clínico y sería propicio contrastar estos resultados con una población clínica.

En cuanto al instrumento, una limitación es que determinadas patologías, como la anorexia nerviosa, pueden comprometer la competencia del paciente de manera tal, que los actuales enfoques legales o instrumentos (ej. MacCAT-T) no logran contemplar (Tan et al, 2006). Esta patología puede provocar modificaciones complejas en aspectos tales como concentración, creencias, procesamiento del pensamiento, valores e integración de la enfermedad a su identidad (Tan et al, 2006). Enfocarse entonces, en evaluar únicamente los aspectos cognitivos implica necesariamente desconsiderar otros significativos (Pozón y Olmo, 2019) tales como emociones, valores y constructos biográficos y contextuales (Breder y Vollman, 2004). Esto es coincidente con la observación de Pozón y Olmo (2019) de que la entrevista MacCAT-T puntúa muy bien en algunas áreas de la cognición, sin embargo, no considera los factores de motivaciones, deseos, valores.

Algunas problemáticas no resueltas en relación al consentimiento en salud, son por ejemplo, ¿cómo los pueden profesionales de la salud mental, sin instrumentos válidos, evaluar la capacidad del adolescente de recibir, comprender y entender los riesgos implícitos de su condición? En el mismo sentido, ¿cómo se aseguran los clínicos que los pacientes comprenden los beneficios de un posible tratamiento y las alternativas para ser tratados?

Se puede considerar como un método a futuro para evaluar la confiabilidad del instrumento, la metodología test-retest para poner a prueba si los puntajes obtenidos pueden ser replicados con similitud. Otra opción posible, con el propósito de mejorar la validez de contenido, es la posibilidad de efectuar un juicio de expertos, tal como se hizo en el estudio de Robles et. al (2012).

También, se propone para futuros estudios la evaluación de las variables, creencias, motivaciones, valores, coherencia y cohesión de la personalidad, consideraciones que podrían complementarla evaluación cognitiva y colaborar con el juicio clínico. Estas escalas o instrumentos confeccionados para sopesar estas variables no tendrían el propósito de reemplazar al MacCAT-T sino complementarlo. Parece importante también que la evaluación de la capacidad de toma de decisión debería de ser un proceso con varias etapas (Breder y

Vollman, 2004) en vez de una única instancia. Se señala también la importancia de continuar explorando el proceso de pensamiento en otras patologías clínicas y comparar entre poblaciones control y pacientes.

A modos de conclusiones generales del presente estudio puede indicarse lo siguiente:

- Se propuso una versión adaptada del MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT-T) para evaluar la capacidad de decisión del adolescente en relación con el consentimiento o negación de los tratamientos no invasivos en salud mental.
- El instrumento mostró propiedades psicométricas adecuadas, para una población de entre 13 y 16 años, en el contexto del área Metropolitana de Buenos Aires - Argentina.
- Los valores de confiabilidad del MacCAT-T fueron adecuados según el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach.
- La validez del MacCAT-T fue adecuada, según el método de criterio externo.
- Los valores de comprensión que se encontraron en el grupo de adolescentes de mayor edad plantean la necesidad de seguir estudiando la capacidad de toma de decisiones para consentir un tratamiento en los más jóvenes.

Considerando lo expuesto en el presente artículo, se sugiere el uso y aplicación de esta versión adaptada de la escala MacCAT-T como una herramienta válida y confiable para que los clínicos puedan evaluar la competencia de los adolescentes al momento de tomar sus decisiones clínicas. En dicha entrevista, podrían encontrar un argumento adicional y en ocasiones de altísimo valor para justipreciar con evidencia las capacidades cognitivas de dichos pacientes.

Referencias Bibliográficas

- Albert, D., Chein, J., & Steinberg, L. (2013). The teenage brain: Peer influences on adolescent decision making. *Current directions in psychological science*, 22(2), 114-120. <https://doi.org/10.1177/0963721412471347>
- Alvarez, M. I., Baón, P. B., Navío, A. M., Lopez-Anton, R., Lobo, E. E., & Ventura, F. T. (2014). Spanish validation of the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment interview to assess patients competence to consent treatment. *Medicina clínica*, 143(5), 201. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029>
- American Medical Association (AMA). Informed consent: How do physicians frame the discussion? *American Medical Association*. Recuperado el 29 de junio 2020. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent-how-do-physicians-frame-discussion>.
<https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2014.16.2.hlaw1-1402>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. https://doi.org/10.1007/springerreference_179660
- American Psychoanalytic Association (APA) (1975-1983). Principles and standards of ethics for psychoanalysts. Available http://www.apsa.org/About_APsaA/Ethics_Code.aspx
- Appelbaum PS, Grisso T. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study III. *Law and Human Behavior*, 19(2), 149-173. <https://doi.org/10.1007/bf01499323>
- Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1995). The MacArthur treatment competence study. I. *Law and human behavior*, 19(2), 105-126. <https://doi.org/10.1007/bf01499321>
- Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (2001). MacCAT-CR: MacArthur competence assessment tool for clinical research. Sarasota, FL: Professional Resource Press. <https://doi.org/10.1017/s0033291702246097>
- Appelbaum, P. S., & Roth, L. H. (1982). Competency to consent to research: A psychiatric overview. *Archives of General Psychiatry*, 39(8), 951-958. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290080061009>
- Appelbaum, P.S., & Grisso, T. (1988). Assessing patients' capacities to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 319, 1635-1638. <https://doi.org/10.1056/nejm198812223192504>
- Appelbaum, P.S., & Grisso, T. (1997). Capacities of hospitalized medically ill patients to consent to treatment. *Psychosomatics*, 38, 119-125. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(97\)71480-4](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(97)71480-4)
- Balogh, K. N., Mayes, L. C. & Potenza, M. N. (2013). Risk-taking and decision-making in youth: Relationships to addiction vulnerability. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1556/JBA.2.2013.1.1>

- Banner, N.F. (2012). Unreasonable reasons: normative judgements in the assessment of mental capacity. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, 18(5), 1038-44. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01914.x>
- Bennett M (2000). A history of informed consent. *Psychotherapy forum*. Available at: http://www.ventanacenter.com/articlesbackground_007.htm. <https://doi.org/10.1787/888934000039>
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1995). Constructing competence: formulating standards of legal competence to make medical decisions. *Rutgers Law Review*, 48, 345.
- Billick, S. B., Della Bella, P., & Burgert, W. (1997). Competency to consent to hospitalization in the medical patient. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 25(2), 191-196.
- Billick, S.B., Burgert, W., Friberg, G., Downer, A.V. & Bruni-Solhkhah, S.M. (2001) A clinical study of competency to consent to treatment in pediatrics. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 298–302.
- Blakemore, S.J., & Robbins, T. W. (2012). Decision-making in the adolescent brain. *Nature Neuroscience*, 15(9), 1184–1191. <https://doi.org/10.1038/nn.3177>
- Breden, T. M., & Vollmann, J. (2004). The Cognitive Based Approach of Capacity Assessment in Psychiatry: A Philosophical Critique of the MacCAT-T. *Health Care Analysis*, 12(4), 273–283. <https://doi.org/10.1007/s10728-004-6635-x>
- Casey, B.J., Jones, R.M. & Hare, T.A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Casimir, K.C. & Billick, S.B. (1994). Competency in adolescents inpatients. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 22: 19-29.
- Castiglione, S. (2010). Compilación de legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. *Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8182>
- Chin, J. J. (2002). Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore medical journal*, 43(3), 152-155.
- Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. In: Glantz M, Pickens R, editors. *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association, 15–52. <https://doi.org/10.1037/10107-001>

Denes-Raj, V. & Epstein, S. (1994). Conflict between intuitive and rational processing: When people behave against their better judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 819 – 829. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.5.819>

Ernst, M., & Paulus, M. P. (2005). Neurobiology of decision making: a selective review from a neurocognitive and clinical perspective. *Biological psychiatry*, 58(8), 597-604. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.06.004>

Force, O. T. (Ed.). (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe Publishing.

Foulkes, L., & Blakemore, S.J. (2018). Studying individual differences in human adolescent brain development. *Nature Neuroscience*, 21(3), 315–323. doi:10.1038/s41593-018-0078-4. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0078-4>

Giedd, J. N., Vaituzis, A. C., Hamburger, S. D., Lange, N., Rajapakse, J. C., Kaysen, D., Vauss, Y. C. & Rapoport, J. L. (1996). Quantitative MRI of the temporal lobe, amygdala, and hippocampus in normal human development: ages 4–18 years. *Journal of Comparative Neurology*, 366(2), 223-230. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1096-9861\(19960304\)366:2<223::aid-cne3>3.0.co;2-7](https://doi.org/10.1002/(sici)1096-9861(19960304)366:2<223::aid-cne3>3.0.co;2-7)

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1995). Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1033-1037. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1033>

Grisso, T., & Appelbaum, P.S. (1991). Mentally ill and non-mentally ill patients' abilities to understand informed consent disclosures for medication: Preliminary data. *Law and Human Behavior*, 15, 377-388. <https://doi.org/10.1007/bf02074077>

Grisso, T., & Appelbaum, P.S. (1997). The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric Services*, 48, 1415-1419. <https://doi.org/10.1176/ps.48.11.1415>

Grisso, T., Appelbaum, P. S., Mulvey, E. P., & Fletcher, K. (1995). The MacArthur treatment competence study. II. *Law and human behavior*, 19(2), 127-148. <https://doi.org/10.1007/bf01499322>

Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC pediatrics*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x>

Hein, I. M. (2015). *Children's Competence to Consent to Medical Treatment Or Research*. Amsterdam University Press.

- Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal of affective disorders*, 140(3), 205-214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.036>
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7(Suppl 1), 3.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications
- Lorda, P. S., Salvador, J. J. R., Marotoc, A. M., Pisa, R. M. L., & Gutiérrez, J. J. (2001). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Medicina clínica*, 117(11), 419-426. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(01\)72134-3](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(01)72134-3)
- Mann, T. (1994). Informed Consent for psychological research: Do subjects comprehend consent forms and understand their legal rights? *Psychological Science*, 5(3), 140-143. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1994.tb00650.x>
- Moberg, P. J., & Rick, J. H. (2008). Decision-making capacity and competency in the elderly: a clinical and neuropsychological perspective. *NeuroRehabilitation*, 23(5), 403-413. <https://doi.org/10.3233/nre-2008-23504>
- Montgomery, J., & Brooks, M. H. (2005). Use of a television crime-drama series to promote legal understanding in mentally ill, incompetent defendants: a pilot study. *Journal of Forensic Science*, 50(2), JFS2004050-5. <https://doi.org/10.1520/jfs2004050>
- Mundial, A. M. (2019). Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://doi.org/10.17126/joralres.2013.009>
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), 903-918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-m](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-m)
- Pereira, J. (2020, 9 de Julio) Comunicación personal [contacto telefónico].
- Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.). (2012, 6 julio). *Salud Pública Decreto 1089/2012. Ley No 26.529, modificada por la Ley No 26.742. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1089-2012-199296/texto>
- Poythress, N. G., Nicholson, R., Otto, R. K., Edens, J. F., Bonnie, R. J., Monahan, J., & Hoge, S. K. (1999). The MacArthur Competence Assessment Tool—Criminal Adjudication Professional manual (MacCAT-CA). *Lutz, FL: Psychological Assessment Resources*. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8493-7_5
- Pozón, S. R., & del Olmo, B. R. (2019). Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico. *Dilemata*, (30), 187-198.

Robles, P. H., Pérez, X. L., Llop, P. S., Diestre, G., Torrent, A. M., Jornet, Á. R., ... & Mirabell, O. C. (2012). Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(2), 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.08.003>

Rodríguez Quiroga, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Marengo, J. C., Aufenacker, I., & Mango, C. (2018). Consentimiento informado: su uso y opinión entre psicoanalistas latinoamericanos. *Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 204-219.

Rozman, C., & Cardellach, F. (2012). Medicina Interna Farreras Rozman. *Medicina Interna*, 1, 12. <https://doi.org/10.1016/b978-84-9022-595-0.00029-6>

Saber, A., Tabatabaei, S. M., Akasheh, G., Sehat, M., Zanjani, Z., & Larijani, B. (2016). Cross-Cultural Adaptations of the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment in Iran. *Archives of trauma research*, 5(1). <https://doi.org/10.5812/at.33464>

Samanta, J. (2015). Children and euthanasia: Belgium's controversial new law. *Diversity and Equality in Health and Care*, 12(1), 4-5. <https://doi.org/10.21767/2049-5471.1000e7>

Steinberg, L. (2013). Does recent research on adolescent brain development inform the mature minor doctrine?. *Journal of Medicine and Philosophy*, 38(3), 256-267. <https://doi.org/10.1093/jmp/jht017>

Tan, J. O., Hope, T., Stewart, A., & Fitzpatrick, R. (2006). Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philosophy, psychiatry, & psychology: PPP*, 13(4), 267. <https://doi.org/10.1353/ppp.2007.0032>

Turrell, S. L., Peterson-Badali, M., & Katzman, D. K. (2011). Consent to treatment in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 703-707. <https://doi.org/10.1002/eat.20870>

Unicef. (2016). Las edades mínimas legales y la realización de los derechos de los y las adolescentes. Una revisión de la situación en América Latina y el Caribe.

Van Duijvenvoorde, A. C. K., & Crone, E. A. (2013). The Teenage Brain. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 108-113. Doi: 10.1177/0963721413475446

Anexo

Situación estímulo:

Imaginate...

Estás ahora, junto a tus papás, en una consulta con un psicólogo. Te han llevado a consultar porque, en el colegio, tus profesores vienen notando que tenés brotes/ raptos de enojo y llanto, cada vez más frecuentes.

Tus papás están preocupados, además, porque estos arranques ya los venías teniendo en tu casa, y ahora se extendieron al colegio. Cuando el psicólogo te pregunta cómo estás, le explicás que, la verdad, lo que a vos te molesta es que no dormís bien, que te cuesta conciliar el sueño.

Para tus papás, en cambio, además de dormir mal, están esas crisis de enojo y llanto, y también que, últimamente, te notan más aislada/o y desconfiada/o de los demás. Les parece importante decirle al psicólogo que dejaste de tomar clases de canto, porque era una actividad que hasta hace poco te gustaba mucho. Vos le explicás al psicólogo que dejaste canto porque, la verdad, estás convencida/o de que nunca vas a poder prepararte bien para el concierto del coro que tenés a fin de año. En definitiva, ya no crees que valga la pena. Tampoco crees que valga la pena esta consulta. Te parece una pérdida de tiempo porque, en realidad, no te van a ayudar con lo que te pasa.

Después de contarle todo esto, te das cuenta de que el psicólogo capta algo de tu tristeza y tu angustia, y de lo angustiados que están tus padres.

Te explica que lo que tenés es una problemática bastante común, que involucra una alteración del ánimo, frecuentemente acompañada de enojo, aislamiento, tristeza y desesperanza, además de una disminución de actividades hasta ese momento placenteras. Te habla de un diagnóstico de "depresión" y te sugiere que inicies un tratamiento de psicoterapia, dado que, de no tratarte, la depresión es un cuadro que puede empeorar e irte afectando cada vez más.

Audio 1 - Comprendiendo la enfermedad:

Por lo que me contaron, infiero que te sentías triste y abrumado, sin conocer el motivo de por qué te venís sintiendo así hace un tiempo.

Puede que también te suceda que te sientas excesivamente cansado o que no puedas dormir, que estés desalineado, que no cuides tu apariencia.

Muchos adolescentes se sienten de la misma manera. Los adolescentes que se encuentran en esta situación se sienten así todos los días y es importante que sepas que este malestar no va a durar para siempre.

A lo que vos tenés, los psicólogos y médicos le dan un nombre, depresión. Te puede pasar que pierdas motivación en actividades que antes te gustaban. Puede ser que te llegues a sentir de tal manera que te alejes de tus amigos, de la escuela y de tu familia.

Es probable que vos pienses, tratando de encontrar sentido a cómo te sentís, que esto te pasa por cuestiones ajenas a vos; tus amigos, el colegio, tus padres. Pero en realidad la depresión puede ser generada por varios motivos: algunas tienen que ver con vos mismo, otros tienen que ver con cómo te relacionás con los demás, y también pueden ser por cuestiones biológicas o una combinación de las tres. En cada adolescente esto puede ser diferente.

Es importante que sepas que es probable que estos sentimientos no se vayan solos. Por suerte hay varias cosas que podés hacer para reducir este malestar. Más adelante hablaremos de esto.

Audio 2 - Comprendiendo el tratamiento:

El psicólogo recomendó que inicies una psicoterapia.

Hay diferentes tipos de psicoterapias, sin embargo, en cualquier psicoterapia va a haber un profesional entrenado para ayudarte a que te sientas mejor. En este tratamiento se relacionarán mediante la palabra y el compromiso Y se buscará generar cambios positivos en vos. Puede ser que en algún momento también implique trabajar con tu familia u otras personas significativas para vos. Por lo general, en una psicoterapia, tendrás que concurrir entre una vez o dos veces por semana, para tener sesiones de 30 minutos a una hora. La psicoterapia funciona hablando con tu terapeuta en cada sesión.

Todo lo que se habla dentro del marco del espacio terapéutico es confidencial, es decir, que no se va a compartir con otros, salvo en algunas situaciones específicas. Estas son:

- que el terapeuta considere que estás pasando por una situación que implica un riesgo para vos o para otros

-o, con tu autorización para hacerlo, por ejemplo, si quisieras que lo que te pasa sea utilizado en un ámbito educativo para investigación

-y finalmente si un juez lo solicita.

Audio 3 - Entendiendo las ventajas y las desventajas:

El trabajo psicoterapéutico apunta a generar un cambio en cómo te pensás, sentís y actuás.

La psicoterapia tiene como ventaja que puede modificar o suprimir tus síntomas, que te conozcas mejor, mejorar tu autoestima y mejorar tu relación con los otros.

La psicoterapia tiene pocas desventajas. Puede suceder que tus síntomas empeoren antes de mejorar.

A algunos adolescentes les puede molestar que el proceso lleve tiempo y que tengan que asistir a psicoterapia 1 a 2 veces por semana.