



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



REVISIÓN

Valoración de la competencia de los pacientes para tomar decisiones

G.J. Palacios^{a,d,*}, P. Pinto^{b,d}, O. Marquez^c y B. Herreros^{a,d}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital U. Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Departamento de Medicina Legal, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^c Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Estado de México, México

^d Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

Recibido el 8 de febrero de 2019; aceptado el 9 de abril de 2019

PALABRAS CLAVE

Capacidad;
Competencia;
Autonomía;
Toma de decisiones;
Relación clínica

KEYWORDS

Capacity;
Competence;
Autonomy;
Decision making;
Clinical relationship

Resumen Para que los enfermos puedan tomar decisiones autónomamente (y que se produzca el consentimiento informado) tiene que haber información, comprensión, libertad y voluntariedad, siendo la competencia un prerequisite para la autonomía. Los clínicos se enfrentan con frecuencia a pacientes incompetentes para tomar decisiones, pero detectan menos de la mitad de los casos y, además, con frecuencia la evaluación de la competencia no es adecuada. Este artículo ofrece unas pautas para la valoración de la competencia en aquellos pacientes en los que existen dudas sobre si están en condiciones para tomar decisiones sobre su salud. El procedimiento se basa en 5 pasos: 1) reconocer las situaciones que requieren una valoración de la competencia; 2) evaluación completa de la competencia; 3) correlacionar el grado de competencia con la complejidad de la decisión a tomar; 4) intentar mejorar la competencia del paciente cuando sea posible, y finalmente 5) establecer quién toma la decisión.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Assessment of patient competence for making decisions

Abstract For patients to be able to make decisions autonomously (and to grant informed consent), they must have information, understanding, freedom and willingness, with competence a prerequisite for autonomy. Clinicians are often faced with patients lacking competence to make decisions but detect less than half of such cases and often inadequately assess the patients' competence. This article offers guidelines for assessing the competence of patients for whom there are doubts about their ability to make decisions concerning their health. The procedure

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: goyo.palacios1975@gmail.com (G.J. Palacios).

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.04.009>

0014-2565/© 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

is based on 5 steps: 1) recognising the conditions that require a competence assessment; 2) fully evaluating the competence; 3) correlating the degree of competence with the complexity of the decision; 4) improving the patient's competence when possible; and 5) establishing who will make the decision.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

Caso

Andrea es una mujer de 79 años con insuficiencia cardiaca aguda y anemia ferropénica (previamente desconocida), con hemoglobina de 6,2 g/dl. La paciente rechaza la transfusión de concentrados de hemáties. No está incapacitada judicialmente. Tiene 6 hijos, 3 testigos de Jehová. Según uno de ellos, desde que murió su marido hace un año, Andrea se ha hecho testigo de Jehová. La hija que ejerce como cuidadora principal (no es testigo de Jehová), tiene dudas acerca de si la madre entiende la trascendencia de la decisión. Argumenta con ejemplos domésticos cómo en los últimos 9 meses ha podido aparecer cierto deterioro cognitivo: olvidos frecuentes, dificultad para organizar el día a día, etc. En la entrevista la paciente se muestra orientada en persona y en espacio, pero desorientada en tiempo. Tras plantearle las posibles consecuencias de la decisión (empeoramiento clínico, que podría llegar a producirle el fallecimiento), se le pregunta de nuevo por su decisión, respondiendo que «no quiere trasfusión» y que «le da igual morir». No es capaz de ofrecer razones (tampoco religiosas) para sustentar dicha decisión. Los médicos no saben si deben respetar la decisión de la paciente.

Introducción

Los conceptos de libertad y autonomía se sustentan en el respeto a la intimidad de las personas. Se establecen como derechos básicos (llamados *individuales* o *subjetivos*) desde el siglo XVIII¹, aunque han permeado al ámbito clínico en el siglo XX. El respeto a la autonomía es uno de los fundamentos de la relación clínica y se pone en práctica a través del consentimiento informado, regulado en España en la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente². Antes de aceptar la decisión de un enfermo, se debe valorar si es competente para tomar decisiones. Si es así, podrá decidir con autonomía.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto cómo los equipos médicos solo detectan un tercio de los casos de incompetencia³ y cómo la valoración de la competencia, cuando se realiza, no suele ser adecuada⁴. Este artículo tiene como objetivo proporcionar unas pautas para la valorar la competencia de aquellos pacientes en los que existen dudas sobre si están en condiciones para tomar decisiones sobre su salud.

Concepto de capacidad y de competencia

Los términos capacidad y competencia se enmarcan dentro de un concepto más amplio: la autonomía del paciente para tomar decisiones. Antes de analizar cómo se evalúa la competencia, conviene aclarar el concepto de autonomía, de capacidad y competencia.

- Etimológicamente, la *autonomía* es la capacidad de darse a uno mismo las leyes, es decir, de autogestionarse. En medicina se considera a una persona autónoma cuando es capaz de tomar las decisiones que conciernen a su salud. La autonomía se pone en práctica a través del consentimiento informado: el paciente recibe información y decide libremente. Para que una decisión sea autónoma son precisos unos *requisitos*⁵: 1) recibir información adecuada sobre el procedimiento y comprender la información^{2,4-9}; 2) libertad para elegir, para lo que es preciso un prerrequisito: ausencia de imposición o coacción externa, y 3) voluntariedad^{2,10}, cuyo prerrequisito es poseer capacidad natural para decidir o competencia, es decir, la habilidad intelectual que permite tomar decisiones¹¹. Para que una decisión sea autónoma (y que se produzca el consentimiento informado) tiene que haber: información, comprensión, libertad y voluntariedad, siendo la competencia un prerrequisito necesario.
- La *capacidad jurídica*¹² es la condición legal que permite ser titular de derechos y obligaciones. Es una capacidad innata: se atribuye sin restricción a todas las personas desde su nacimiento, siendo igual para todos, ya que contiene en potencia todos los derechos de los que se puede ser sujeto.
- La *capacidad de obrar de derecho o legal*^{9,12-14} es un concepto jurídico. Es la aptitud para realizar derechos y asumir obligaciones sin autorización de otro. En general, en España se adquiere a los 18 años, aunque en el ámbito sanitario se logra a los 16. Para adquirir capacidad de obrar se combinan 2 aspectos: edad y madurez (las habilidades cognoscitivas y volitivas que permiten el autogobierno). La capacidad legal admite grados (carece de ella el recién nacido, la tiene limitada el menor de edad y la disfruta plenamente el mayor de edad) y modificaciones, ya que alcanzada la mayoría de edad, se puede privar de ella por resolución judicial (*incapacitación judicial*), por ejemplo, ante una demencia evolucionada. La *incapacitación* puede ser total o parcial para determinadas áreas (gestiones jurídico-administrativas, aspectos

médicos, derecho al voto, etc.), siendo el juez quien decide, con base en los informes clínicos y forenses, que incapacidad se aplica y el régimen de tutela. El tutor legal será el responsable de tomar las decisiones que atañen al ámbito de incapacidad.

- La *capacidad de obrar de hecho, capacidad natural o competencia* es un concepto clínico. Hace referencia a las aptitudes de un paciente para ejercer su autonomía y poder tomar decisiones¹⁵. No es un concepto genérico: la competencia va ligada a la decisión concreta que se tiene que tomar, y atañe al proceso de comprensión de la información, apreciación de las consecuencias de las opciones y asunción de la decisión. Si el paciente es competente podrá tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su escala de valores¹⁶. En la práctica clínica, es habitual utilizar el término «capacidad» para referirse a la competencia (a la capacidad de obrar de hecho) o «incapacidad» para referirse a la incompetencia. Una persona puede tener capacidad legal, por ejemplo, un varón alcohólico de 50 años que no ha sido incapacitado, pero puede ser incompetente para tomar una decisión concreta. Siguiendo el ejemplo, si el alcohólico tiene una neumonía y quiere marcharse de alta en pleno delirium. Legalmente no está incapacitado, pero en *ese momento* no puede tomar *esa decisión*.

En la bibliografía anglosajona se han utilizado distintas fórmulas y términos para describir estos conceptos: en el Reino Unido la competencia recibe el nombre de «*competency*» y en Estados Unidos se denomina «*capacity*». Sin embargo, en la práctica clínica también se ha observado un uso indistinto de ambos términos^{4,17}.

Valoración de la competencia: principios generales

En medicina es esencial saber valorar la competencia, porque si el paciente es competente y se dan el resto de los requisitos para la autonomía, el médico deberá respetar su decisión (salvo que se dé una excepción legal: daño a terceras partes, salud pública, pacientes en régimen penitenciario con una urgencia vital, etc.)¹⁸, mientras que si no es competente, el consentimiento no es posible. En esta valoración debemos considerar los siguientes principios generales¹⁹:

1. *¿Quién evalúa la competencia?*: aunque todo médico clínico debe ser capaz de valorarla, el que tiene la obligación de hacerlo es el médico responsable del paciente^{2,9}, ya que es quien mejor lo conoce. La presencia de un médico especialista, habitualmente un psiquiatra (aunque también puede ser forense o neurólogo), solo es necesaria en casos de especial complejidad, por ejemplo, ante determinadas enfermedades mentales o enfermedades neurológicas⁴.
2. La competencia se evalúa considerando las *capacidades cognitivas del paciente en ese momento*. Los aspectos a evaluar son: grado de atención, memoria, lenguaje (argumentación) y capacidad de introspección o juicio²⁰, ya que son la base de la comprensión de la información, del razonamiento y la expresión de la decisión.

3. La persona no es competente en general, sino para una *tarea o decisión sanitaria concreta*²¹, por lo que la competencia va unida al tipo de decisión a tomar (gravedad, tipo de procedimiento, riesgos y consecuencias de la decisión, etc.)¹⁰. Tal y como propuso Drane²² con su *escala móvil*, no se requiere el mismo grado de competencia para todas las decisiones y cuanto mayor sea el riesgo, se exigirá mayor grado de competencia^{8,14,17}. Buchanan sugiere que la competencia necesaria para aceptar (consentir) un procedimiento no tiene por qué ser la misma que para rechazarlo, ya que los riesgos de una u otra opción pueden ser diferentes⁶. Pensemos en la hemodiálisis ante un fracaso renal terminal.
4. La competencia *no es estable a lo largo del tiempo* y puede variar según el estado clínico del paciente⁵. Debe ser un proceso de valoración continua, sobre todo ante trastornos fluctuantes y transitorios. La competencia debe reevaluarse en cada decisión concreta puesto que, en algunos casos, puede recuperarse.
5. Debe existir «*presunción de capacidad*»: solo debe ser considerado incompetente un paciente cuando se ha evaluado su competencia¹⁴ y, aunque en determinados trastornos (enfermos neurológicos o psiquiátricos) sea más frecuente la alteración de la competencia, no se debe tener prejuicios sobre la competencia en este tipo de pacientes.

Procedimiento para la valoración de la competencia

En los casos en los que se sospeche una disminución de la competencia, se debe realizar una evaluación estructurada de la competencia. Al aplicar este procedimiento, se tiene que poder responder a 2 preguntas: ¿es competente el paciente para tomar la decisión en juego? Y, si la competencia está disminuida, ¿qué grado de competencia conserva y, por tanto, qué tipo de decisiones puede tomar?

Primer paso: reconocer las situaciones que requieren una valoración de la competencia

En 1998 Grisso y Appelbaum describieron en qué tipo de pacientes debe sospecharse que la competencia está disminuida y, por tanto, en quienes debemos evaluarla (tabla 1)^{9,23}. Exponen 2 tipos de pacientes: los que toman decisiones poco racionales y los que presentan datos clínicos hacen sospechar una alteración cognitiva.

Segundo paso: evaluación completa de la competencia

Identificado el paciente que requiere una valoración de la competencia, se debe informar al paciente de que dicha evaluación se va a realizar. Siempre que sea posible, se debe contar con su consentimiento⁴. La evaluación se puede realizar de 2 formas²⁴: valoración clínica sistemática o entrevista clínica estructurada (a través de una herramienta formal, normalmente un test)²⁵. Cualquiera de ellas tiene fiabilidad, siendo comparables al juicio de un experto²⁶, ya que permiten evaluar los criterios esenciales

Tabla 1 Situaciones que requieren una evaluación de la competencia

1. Rechazo de un procedimiento indicado sin que se expliquen los motivos con claridad, cuando no están dispuestos a discutir ni argumentar las razones o si estas son excesivamente irracionales
2. Aceptación de procedimientos invasivos de forma llamativamente rápida y sin una aparente valoración de los riesgos y beneficios
3. Cambios bruscos en el estado mental por trastornos físicos agudos (hipoxia, infección, trastornos metabólicos, vasculares, medicación, etc.), psiquiátricos o neurológicos
4. Algún factor de riesgo para producir incapacidad transitoria: enfermedad neurológica o psiquiátrica, barreras culturales o idiomáticas, edades límite (debajo de 18 años o mayores de 85 años)

Tabla 2 Entrevista clínica para valoración clínica sistemática de la competencia

1. Comprensión de la información médica relevante

Paciente: debe ser capaz de captar el significado fundamental de la información prestada por el médico

Médico: debe indicar al paciente que parafrasee la información que le ha dado en lo referente a su situación médica y al tratamiento

Preguntas para la valoración clínica (indicar al paciente que exprese con sus propias palabras la información que le ha revelado su médico)

¿Qué sabe acerca de la enfermedad que padece en este momento?

¿Cuáles son las opciones que existen para manejar su situación?

¿Qué sabe sobre los beneficios que el tratamiento propuesto puede producirle y la probabilidad de que sea eficaz?

¿Cuáles son los riesgos del tratamiento y la probabilidad de que produzca efectos adversos o de que se obtengan malos resultados?

¿Qué pasaría con tu enfermedad si no se hace nada?

¿Cuáles son las alternativas al mejor tratamiento propuesto, sus riesgos y beneficios?

2. Entender la situación y sus consecuencias

Paciente: debe ser capaz de valorar su condición médica así como las consecuencias de las opciones de tratamiento propuestas

Médico: deberá alentar al paciente para que describa su estado de salud, lo que piensa de los tratamientos propuestos y de los resultados de las posibles opciones de tratamiento

Preguntas para la valoración clínica

¿Qué es lo que crees que está fallando en tu salud ahora?

¿Crees que necesitas algún tipo de tratamiento?

¿Cuál sería el mejor tratamiento para usted?

¿Piensa que el tratamiento o la intervención concreta propuesta es el mejor tratamiento para ti? ¿Puedes explicar el por qué sí o por qué no?

¿Qué piensas realmente sobre lo que te sucederá si aceptas el tratamiento? ¿Y si no lo aceptas?

¿Por qué piensa que su médico le ha recomendado ese tratamiento?

3. Razonar sobre las opciones de tratamiento

Paciente: debe entrar en un proceso racional de manipulación de la información relevante

Médico: debe invitar al paciente a comparar las opciones de tratamiento y sus consecuencias, a la vez que le ofrece razones para la selección de la mejor opción

Preguntas para la valoración clínica

¿En qué se basa para decidir aceptar o rechazar la recomendación del tratamiento?

¿Qué le hace pensar que la información elegida por usted en contra de la recomendación médica es mejor que dicha recomendación?

4. Comunicar y expresar una elección de forma clara

Paciente: debe elegir de forma clara una opción de tratamiento

Médico: debe preguntar al paciente cuál es su decisión de tratamiento elegida

Preguntas para la valoración clínica

¿Ha decidido usted cuál es la opción médica mejor para usted en estos momentos?

¿Podría indicar cuál es esa decisión?

de la competencia: comprensión de la información, apreciación de las consecuencias, capacidad de razonamiento, capacidad para elegir una opción y habilidad para la comunicar la elección^{23,27,28}. La *valoración clínica sistemática*

evalúa estos criterios o habilidades intelectuales mediante una serie de preguntas (tabla 2)²⁹.

La *entrevista clínica estructurada* analiza los criterios de la competencia a través de un score, proporcionando una

Tabla 3 Test MacCAT-T de la competencia sobre la realización de un procedimiento médico

Áreas	Subcriterios	Puntuación parcial	Puntuación total
Comprensión	Comprensión de la enfermedad	0-2	0-6
	Comprensión del tratamiento	0-2	
	Comprensión de riesgos y beneficios	0-2	
Apreciación	Apreciación del trastorno	0-2	0-4
Razonamiento	Apreciación del objetivo general del tratamiento	0-2	0-8
	Consecuencial	0-2	
	Comparativo	0-2	
	Consecuencias generadas	0-2	
	Consistencia lógica	0-2	
Expresión de una elección	Expresión de una elección	0-2	0-2

Puntuación: 2: recuerda y comprende correctamente el procedimiento; 1: recuerda o entiende parcialmente o las explicaciones son imprecisas o incompletas; 0: no alcanza a comprender la trascendencia del procedimiento, su alcance o si sus ideas están basadas en ideas delirantes o en una distorsión de la realidad.

evaluación más exhaustiva. Para su correcta realización, interpretación y extrapolación de resultados se requiere normalmente una formación específica. Estas herramientas, habitualmente test, no establecen de forma automática si un paciente es competente, ya que los resultados deben enmarcarse en la valoración global que el médico realiza. Aunque existe un gran número de test, el más utilizado y sobre el que hay más evidencia^{8,14} es el Mc-Arthur Competence Assessment Test (MacCAT-T)³⁰, validado para medicina asistencial (tabla 3) y en investigación. Existe una versión validada en castellano³¹ y es de gran utilidad para médicos no psiquiatras, ya que es sencillo de realizar e interpretar. A pesar de que el MacCAT-T aporta una guía sobre cómo debe implementarse, conviene realizar un entrenamiento previo^{4,5,8}, siendo el tiempo aproximado de evaluación de 15-20 min⁵.

No hay un rango exacto de puntos que indique si el paciente es competente: se debe valorar individualmente y teniendo en cuenta, de forma genérica, que una puntuación media en las 4 áreas indicaría que el paciente tiene las habilidades suficientes para tomar la decisión, mientras que si la puntuación en el test es baja, no estaría capacitado para consentir (tabla 4).

Tercer paso: correlacionar el grado de competencia con la complejidad de la decisión a tomar

Evaluada la competencia por uno de los métodos expuestos, el médico tiene que aplicar dicha evaluación a la decisión que se tiene que tomar, para estimar si el enfermo realmente puede tomar la decisión de forma autónoma. Para que el paciente pueda decidir, su grado de competencia debe ser acorde con la complejidad y los riesgos del procedimiento propuesto. Nos podríamos encontrar con las siguientes posibilidades:

1. Paciente con la *competencia intacta*: se lo debe considerar autónomo y puede aceptar decisiones con dudosa relación riesgo/beneficio o rechazar procedimientos con una relación beneficio/riesgo favorable.

2. Paciente con la *competencia seriamente afectada*: el paciente no es autónomo y se tiene que pasar a una decisión por sustitución.
3. Paciente con la competencia levemente afectada:
 - a. Se considerará su decisión cuando acepta una propuesta con balance riesgo-beneficio positivo o si rechaza una opción con riesgo-beneficio desfavorable.
 - b. Si el balance riesgo-beneficio es intermedio (o desfavorable) y existen dudas sobre la competencia, es recomendable solicitar una segunda opinión a un especialista en la valoración de la competencia (psiquiatra).

Cuarto paso: intentar mejorar la competencia del paciente

En determinados casos, los pacientes tienen una pérdida transitoria de la competencia, generalmente por problemas agudos (p. ej., un síndrome confusional agudo). Si el procedimiento permite retrasar la decisión (una colonoscopia para una anemia ferropénica), es aconsejable intentar mejorar, en la medida de lo posible, la competencia, para incorporar cuanto antes el paciente a la toma de decisiones. En estos casos, se debe evaluar la competencia periódicamente.

Quinto paso: establecer quién toma la decisión

Si el paciente es competente para tomar la decisión, se le dejará decidir. Si no es así, entran en juego las decisiones de sustitución. El consentimiento por representación será siempre en favor del paciente y respetando sus valores. Aunque el paciente no sea competente y se tenga que tomar una decisión por sustitución, deberá participar, en la medida de lo posible, en la toma de decisiones, por lo que debe ser informado sobre el procedimiento, se tienen que escuchar sus preferencias y ser respetadas todo lo posible^{2,17}. Las decisiones por sustitución se establecen en el siguiente orden:

- Lo que el paciente hubiera establecido a través de un testamento vital (instrucciones previas o voluntades anticipadas).

Tabla 4 Pasos a seguir en la valoración de la competencia

<p>1. Reconocer las situaciones que requieren una valoración de la competencia</p> <p>2. Evaluación completa de la competencia. Opciones: <i>Valoración clínica sistemática.</i> <i>Entrevista clínica estructurada (test sobre la competencia)</i></p> <p>3. Correlacionar el grado de competencia con la complejidad de la decisión a tomar <i>Competencia intacta (paciente autónomo): podría aceptar decisiones con dudosa relación riesgo/beneficio o rechazar procedimientos con una relación beneficio/riesgo favorable</i> Competencia seriamente afectada (paciente no autónomo): decisión por sustitución Competencia levemente afectada (autonomía reducida): Se considerará su decisión si esta le producirá el mayor beneficio Si su decisión no le producirá el mayor beneficio: plantear una segunda opinión de un especialista en la valoración de la competencia (psiquiatra)</p> <p>4. Intentar mejorar la competencia del paciente (previamente a la decisión por sustitución) <i>Pacientes con alteración transitoria/aguda de la competencia.</i></p> <p>5. Establecer quién toma la decisión <i>Paciente competente: el paciente decide</i> <i>Paciente incompetente: decisiones de sustitución (consentimiento por representación)</i> Instrucciones previas Decisión de los representantes según los deseos expresados por el paciente; si no los conocen, buscarán el mayor beneficio Decisión por sustitución contraria al mayor beneficio para el paciente: ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial; ante una urgencia salvaguardar la salud del paciente Si no hay representante: buscar el mayor beneficio para el paciente</p>
--

- Lo que decidan los representantes: tutor legal (si lo hay) y si no los allegados más cercanos, con base en los deseos expresados previamente por el paciente. Si no conocen los deseos del paciente, deberán tomar la decisión atendiendo al mayor beneficio para la vida o salud del paciente.
- Si los representantes toman una decisión contraria a su mayor beneficio, los facultativos deben proteger los intereses del paciente: ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso se adoptarán las medidas necesarias para salvaguardar la vida o salud del paciente.
- Si no hay representante, el médico responsable debe tomar la decisión buscando el mayor beneficio para el paciente.

En casos dudosos o especialmente conflictivos, es aconsejable consultar al Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria del centro, porque dicho organismo puede asesorar sobre cuál es la mejor manera de buscar el mayor beneficio para el paciente¹⁷.

Resolución del caso clínico

Se trata una decisión de rechazo a un tratamiento con un balance beneficio/riesgo claramente beneficioso, por lo que es exigible que la paciente demuestre un nivel alto de competencia. Varios factores cuestionan que sea completamente competente, como los datos indicativos de un deterioro cognitivo incipiente, por lo que el médico responsable debe evaluar su competencia para rechazar la transfusión de concentrados de hemáties. Mientras se inicia el tratamiento de la insuficiencia cardiaca, se procede a

una valoración formal de la competencia con el MacCAT-T, obteniendo una puntuación de 10 (baja). Dada las consecuencias del rechazo (gravedad clínica y elevado riesgo de mortalidad), se considera que se tiene que tomar una decisión por sustitución. La paciente no tiene realizadas voluntades anticipadas ni hay tutor legal. Se reúne a los hijos, representantes en ese momento de los intereses de Andrea, explicándoles con detalle la situación clínica actual y las posibles consecuencias del rechazo a la transfusión. Se insiste en que la decisión debe realizarse de acuerdo con lo que Andrea hubiera querido. Los hijos piden un tiempo para tomar una decisión y, tras 30 min, comunican la decisión: no están seguros de qué hubiera querido realmente Andrea estando en plenas facultades, por lo que piensan que lo más coherente es que los médicos actúen buscando lo mejor para ella, por lo que finalmente se realiza la transfusión de los concentrados de hemáties.

Bibliografía

1. Simón P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2008;28:325-48.
2. 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. Boletín Oficial del Estado número 274 de 15 de noviembre del 2002. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>.
3. Raymont V, Bingley W, Buchanan A. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: Cross-sectional study. *Lancet.* 2004;364:1421-7, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17224-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17224-3).
4. Appelbaum PS. Assessing patient capacity to consent to treatment of patients's competence to consent to treatment.

- N Engl J Med. 2007;357:1834–40, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp074045>.
5. Lamont S, Jeon YH, Chiarella M. Assessing patient capacity to consent to treatment: An integrative review of instruments and tools. *J Clin Nurs*. 2013;22:2387–403, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12215>.
 6. Buchanan A. Mental capacity. legal competence and consent to treatment. *J R Soc Med*. 2004;97:415–20, <http://dx.doi.org/10.1258/jrsm.97.9.415>.
 7. Fassassi S, Bianchi Y, Stiefel F, Waeber G. Assessment of the capacity to consent to treatment in patients admitted to acute medical wards. *BMC Med Ethics*. 2009;10:15, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6939-10-15>.
 8. Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1323–1334. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1323>.
 9. Villagrán JM, Lara I, González-Saiz F. El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2014;34:491–506, <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-45735201400030000>.
 10. Simón P, Júdez J. El consentimiento informado. *Med Clin*. 2001;117:99–106, [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)9-57202](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(01)9-57202).
 11. Roberts LW. Informed consent and the capacity for voluntarism. *Am J Psychiatry*. 2002;159:705–12, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.705>.
 12. Carrasco JJ, Maza JM. *Tratado de psiquiatría legal y forense*. 4.ª ed. Madrid: La Ley; 2010.
 13. Atienza-Martina FJ, Garrido-Lozano M, Losada-Ruiz C, Rodríguez-Fernández LM, Revuelta-Pérez F, Marín-Andrés G. Evaluación de la capacidad de toma de decisiones sobre su salud en pacientes ancianos. *Semergen*. 2013;39:291–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.11.008>.
 14. Álvaro LC. Competencia: conceptos generales y aplicación en la demencia. *Neurología*. 2012;27:290–300, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2011.12.005>.
 15. Weinberger SE, Pereira AG, Lobst WF, Mechaber AJ, Bronze MS. Competency-based education and training in internal medicine. *Ann Intern Med*. 2010;153:75–6, [10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00009](https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00009).
 16. Simón P, Rodríguez JJ, Martínez A, López RM, Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Med Clin*. 2001;117:419–26, [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72134-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72134-3).
 17. Siurana JC. Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces. *Veritas*. 2006;1:223–44.
 18. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, de Reglamento Penitenciario. Artículo 210, sobre la atención sanitaria urgente. BOE de 15 de febrero de 1996. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307>.
 19. Morales MP. La valoración de la capacidad para consentir en la toma de decisiones clínicas. En: Delgado S, editor. *Tratado de psiquiatría legal y forense*. Tratado de medicina legal y ciencias forenses. *Psiquiatría legal y forense*. 1.a ed. Barcelona: Bosh; 2013. p. 1-17.
 20. Freedman M, Stuss DT, Gordon M. Assessment of competency: The role of neurobehavioral deficits. *Ann Intern Med*. 1991;115:203–8.
 21. Bórquez G, Raineri G, Bravo M. La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el context del consentimiento informado. *Rev Méd Chile*. 2004;132:1243–8, [10.4067/S0034-98872004001000013](https://doi.org/10.4067/S0034-98872004001000013).
 22. Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. En: Couceiro A, editor. *Ética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999. p. 163–76.
 23. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals*. 1 st ed. New York: Oxford University Press; 1998.
 24. Kim SY, Caine ED, Currier GW, Leibovici A, Ryan JM. Assessing the competence of persons with Alzheimer's disease in providing informed consent for participation in research. *Am J Psychiatry*. 2001;158:712–7, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.712>.
 25. Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1323–34, [10.1176/ajp.2006.163.8.1323](https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1323).
 26. Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, Singer PA, McKenny J, Naglie G, et al. Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med*. 1999;14:27–34, [10.1046%2Fj.1525-1497.1999.00277.x](https://doi.org/10.1046%2Fj.1525-1497.1999.00277.x).
 27. Berg JW, Appelbaum PS, Grisso T. Constructing competence: Formulating standards of legal competence to make medical decisions. *Rutgers Law Rev*. 1996;48:345–96.
 28. Jonsen AR, Veatch RM, Walters L. *Source book in bioethics: A documentary history*. 1 st ed. Washington: Georgetown University Press; 1999.
 29. Buchanan AE. *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making*. 1 st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.
 30. Ventura T, Navío M, Álvarez I, Baón B. Herramienta de evaluación de la capacidad para el tratamiento (MacCAT-T): adaptación española de la versión inglesa de Grisso T Appelbaum PS. 1 st ed. Madrid: Panamericana; 2014.
 31. Álvarez I, Baón B, Navío M, López-Antón R, Lobo E, Ventura T. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Med Clí (Barc.)*. 2014;143:201–4, [10.1016/j.medcli.2013.07.029](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.029).