

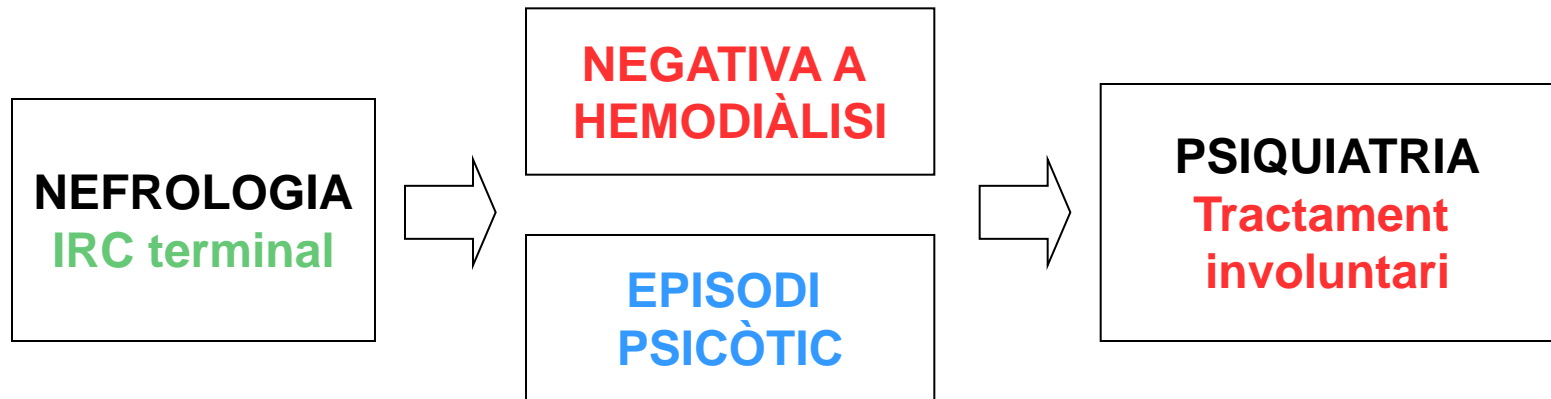


# Dilemes ètics en psiquiatria

Corporació Sanitària Parc Taulí  
Carmina Massons  
Laia Caparrós  
MEF 2

# Cas clínic

Ingressa a UHPA pacient de 32 anys...



# Psicobiografia

**Natural de Mali**, on viuen pares i germans. Desenvolupament psicomotriu sense alteracions significatives. A **Espanya des del 2001**.

Des de la infantesa tendència a l'aïllament, dificultats de comunicació i relació amb iguals i marcada desconfiança.

Funcionament regular fins l'any 2004. Posteriorment **va emigrar a França** (viu amb uns tiets, treballa de manera irregular). Problemes de relació amb companys i familiars, emigra de nou a Catalunya l'any 2006.

En els darrers anys la família havia intentat que tornés a Mali.

Un cop al Vallès, problemes de relació amb companys de pis.

**Important deteriorament sociolaboral**: no ha treballat, no té reconeguda cap patologia i no cobra cap pensió. Durant alguns períodes viu al carrer.

L'any 2010, poc temps després d'alta hospitalària, marxa a viure a Huelva (condicions precàries).

Al moment de l'ingrés fa un mes que **viu amb el seu cosí (cuidador principal)**, que manifesta **voluntat que retorni al país d'origen**.

# Antecedents

## Somàtics

- No al·lèrgies medicamentoses conegudes.
- No hàbits tòxics.
- **HTA severa complicada** que havia requerit 2 ingressos hospitalaris (2010 a Parc Taulí, 2011 a Hospital de Huelva).
  - Anèmia ferropènica
  - Miocardiopatia hipertròfica
  - Retinopatia hipertensiva grau IV
  - **IRC diagnosticada l'any 2010.**
  - Hidropneumotòrax d'origen no filiat
  - Colèstasi dissociada

# Antecedents

## Psiquiàtrics

- Familiars: Familiar de primer grau amb trastorn psiquiàtric no filiat.
- Personals:

### *Ingrés febrer 2010 Parc Taulí (Sabadell)*

Primer episodi psicòtic. Ingrés a psiquiatria i posteriorment a MI per HTA severa.

### *Ingrés març 2011 (Huelva)*

Nou ingrés hospitalari a MI per IR avançada. Valoració per psiquiatria per descartar episodi psicòtic.

Mai seguiment ni manteniment dels tractaments pautats.

## **Ingrés febrer 2010 Parc Taulí**

**16/02/10**

Alteracions de conducta a via pública, aïllament a domicili de mesos d'evolució. Canvi de conducta en els darrers 2 anys, sol·liloquis i verbalització d'idees de perjudici poc estructurades.

Destaca contacte distònic, barrera idiomàtica important, discurs desorganitzat, perseverant i monosil·làbic, en ocasions gairebé mutista. Bloqueix del pensament. Empobriment ideoafectiu. No verbalitza ideació delirant de perjudici.

Ingrés a UHPA. S'orienta el quadre com a Depressió Major amb símptomes psicòtics. S'inicia tractament amb Venlafaxina fins a 150 mg/d i Risperidona 6 mg/d i Olanzapina 15 mg/d amb resposta escassa al tractament.

**03/03/10**

Trasllat a MI (HTA severa i hidropneumotòrax). IRC lleu (Cr 1.8 mg/dL).

Tot i la manca de resposta inicial al tractament antipsicòtic es decideix disminuir dosi de risperidona fins a 2 mg/d i olanzapina 2,5 mg/d a l'espera d'estabilització mèdica.

TC cranial normal.

**10/03/10**

A l'exploració més comunicatiu tot i que manté escàs contacte visual. Latència de resposta. Discurs pobre, induït i amb respostes simples. No alteracions de conducta ni conducta al·lucinatòria. Col·laborador durant l'ingrés. Requereix drenatge toràcic, que accepta sense reticència. Mèdicament bona evolució clínica.

Última visita per part de psiquiatria el 12/3, s'aconsella mantenir tractament pautat i seguiment ambulatori.

**19/03/10**

Alta hospitalària. Es deriva a CSM però no s'arriba a vincular.

## ***Ingrés març 2011 Hospital de Huelva***

**10/03/11**

Conductes extravagants a la via pública. Sol·liloquis i somriures immotivats. Sembla que el pacient portava 3 dies dormint al carrer.

A l'anàlisi IR avançada. Es decideix ingrés a MI per a estudi i tractament.

Durant l'ingrés valorat per psiquiatria. No s'objectiva clínica psicòtica i s'aconsella observació sense pautar medicació i pauta i.m. d'haloperidol si agitació (el pacient no precisa).

S'orienta el cas com a IRC en fase terminal (Cr 6 mg/dL) i es comunica al pacient la necessitat de realitzar hemodiàlisi (procediment al que accedeix inicialment però al que es nega al saber que s'ha de colocar un cateterisme a nivell de la JD, tot i que accedeix a FD).

**29/03/11**

Primera sessió sense incidències. Posteriorment a les 3 sessions inicials el pacient es nega a mantenir el tractament. S'informa al pacient sobre els riscos que això comporta (**risc vital**), així com a la família. **El pacient signa la revocació del consentiment informat.**

**04/04/11**

Es retira el cateterisme i s'informa de la possibilitat de realitzar HD a través d'una fístula A-V, procediment al que el pacient també es nega.

Finalment s'administra **alta voluntària per negativa del pacient a mantenir tractament amb HD** (no clínica psicòtica). No vinculació posterior a CSM ni manteniment del tractament pautat.

A través de serveis socials finalment s'aconsegueix retorn a Catalunya amb els seus familiars, on viu des de fa aproximadament un mes.

# Malaltia actual

## *Ingrés Parc Taulí maig 2011*

### *20/5/11 Urgències*

Cefalea, nàusees i vòmits de 3-4 setmanes d'evolució.

S'objectiva IR amb **funció renal molt deteriorada** (Cr de 8 mg/dL).

### *22/5/11 Ingrés a nefrologia*

- **IRC greu (estadi V)**, que precisa **tractament urgent amb HD** (no s'arriba a realitzar per negativa del pacient). HTA maligna, hiperparatiroidisme i anèmia ferropènica.

- IC a psiquiatria, que objectiva clínica psicòtica i pauta tractament amb risperidona oral/haloperidol i.m (per manca de col·laboració finalment no s'administra).

### *25/5/11 Ingrés a UHPA*

Ingressa a psiquiatria després d'estabilització somàtica per negativa a realitzar HD en context de probable clínica psicòtica d'anys d'evolució, no diagnosticada ni tractada fins al 2010.

El pacient no reconeix patologia somàtica ni gravetat de la mateixa.



# Malaltia actual

Segons nota d'urgències un company explica...

... en els **darrers 3 anys**

- Molt poca relació amb companys
- Alteració en la conducta alimentària (menja només dos tipus aliments i sol, amb pèrdua de pes important)
- Irritabilitat

... des de retorn a domicili **fa un mes:**

- Sol·liloquis
- Verbalització de continguts de perjudici envers sistema sanitari ("volent treure-li la sang").

# Exploració psicopatològica

Vigil. Orientació no valorable (predomini de respostes 'no'). Poc col·laborador, poc abordable. **Contacte poc sintònic**, nul contacte ocular. Perplexitat.

Discurs poc fluid, no espontani, pobre en forma i contingut. Palilàlies. **Barrera idiomàtica important**. **Comprensió no valorable** (no es pot assegurar que compregui el que se li diu).

Ànim inadequat. **Somriures inmotivats**. No verbalitza espontàniament ideació delirant durant l'entrevista (en algun moment ha expressat ideació delirant de perjudici vers el personal sanitari; repeteix 'no comida'). Nega tenir cap malaltia renal, sense argumentar-ho (respostes 'no'). Impressiona d'**empobriment ideoafectiu**. No irritable durant l'entrevista.

**Nul·la consciència de trastorn ni de patologia mèdica, tampoc de necessitat de tractament**. Probable alteració del judici de realitat.

# Evolució

S'instaura tractament antipsicòtic amb risperidona 5 mg/d, amb bona tolerància però persistent la manca d'insight (impressiona de trastorn psicòtic crònic, amb poca possibilitat de milloria clínica a curt/mitjà termini).

A nivell somàtic es manté estable durant l'ingrés, amb normalització de les xifres tensionals amb el tractament antiHTA tot i IR greu que requereix HD urgent.

Donada la situació crítica del pacient i la negativa d'aquest al tractament mèdic necessari, es presenta el cas amb el comitè ètic.

# Presentació del cas al Comitè

Tot i els dubtes que el pacient compregui la seva patologia somàtica es creu convenient **desestimar el tractament renal substitutiu** pels següents motius:

1. **Inviabilitat** de sotmetre el pacient a hemodiàlisi en contra de la seva voluntat. *"La manca de col·laboració és una **contraindicació** per la citada tècnica."* *Institucionalització?*
2. Entenen la hemodiàlisi com a tractament per a proporcionar **qualitat de vida**, creuen que en no és possible en aquest cas.
3. Durant l'ingrés a Huelva va ser valorat per psiquiatria **en absència de simptomatologia psicòtica** i en aquell moment la voluntat del pacient era la mateixa que en el moment actual.



**El tractament continuat  
podria fer-lo canviar  
d'opinió?**

# Discussió Comitè ètic

- Es considera al pacient **incapaç** d'entendre la seva situació i decidir sobre la seva autocura a causa de la seva patologia psiquiàtrica.
- Es creu **improbable** que el tractament psiquiàtric canviï la situació actual de manera sostinguda.
- **Manca d'opció terapèutica viable** per la iatrogènia que comporta.
- **Consentiment per representació.**
- En cas de deteriorament **tractament paliatiu.**

# Decisió final

Contacte telefònic amb els pares, que entenen la situació crítica del pacient i tot i així manifesten la seva voluntat que el pacient torni al país d'origen.

**Finalment es decideix  
alta hospitalària i retorn a Mali.**



# Discussió



# Què és la capacitat?

## Capacitat de dret o legal:

- Terme jurídic.
- Reconeixement legal de les aptituds psicològiques per a prendre certes decisions.
- Valorat per jutges.

## Capacitat de fet o natural:

- Terme psicològic i clínic.
- Aptituds psicològiques necessàries per a prendre, aquí i ara, una determinada decisió.
- També s'ha anomenat *competència*.
- Valorada per metges.



# Què és la capacitat?

## **Incapacitat:**

Aquell que no té de forma **permanent** capacitat de dret, perquè un jutge ha emès una sentència d'incapacitació que així ho estableix, de forma habitual i no merament circumstancial, per patir una alteració mental que disminueix el seu judici.

## **Incapaç:**

Aquell que no té ara i aquí capacitat de fet, i com a conseqüència d'això també perd **transitòriament** la seva capacitat de dret.

# Qui pot avaluar-la?

La *Llei 41/2002* només atorga aquesta funció als metges (no a infermeria o psicòlegs clínics).

El metge responsable pot demanar que sigui avaluat per un altre especialista, metge o no, però no pot delegar-la en el psiquiatre o el psicòleg, que només tenen funció interconsultora.

**La potestat i responsabilitat és del metge responsable.**

# Quan s'ha d'avaluar?

1. El pacient presenta un **canvi brusc** en el seu estat mental habitual (causa mèdica o psiquiàtrica).
1. El pacient **rebutja un tractament que està clarament indicat**, sense aconseguir argumentar-ne els motius amb claredat (o bé es basen en idees i pressupostos excessivament irracionals).
1. El pacient **accepta amb facilitat** que se li realitzin procediments molt invasius, molestos o perillosos, aparentment sense ponderar riscos ni beneficis.
1. El pacient pateix un **trastorn neurològic o psiquiàtric de base**, prèviament conegut, que pot produir estats transitoris d'incapacitat.

# Com s'avalua la capacitat?

Les disposicions legals i deontològiques actuals <sup>1</sup> estableixen el **deure del professional** de valorar la capacitat d'un pacient però **no donen orientació explícita** sobre la manera de fer-ho.

*1. Llei Catalana 21/2000 del 29 de desembre, sobre els drets d'informació relatius a la salut i l'autonomia del pacient, i a la documentació clínica.*

# Eines d'avaluació

| DENOMINACION                                | ACRONIMO                             | AUTOR   | PAIS   | AÑO  | TIPO   | PUNTUA |
|---|--------------------------------------|---|--------|------|--|--------|
| Aid to Capacity Evaluation                  | ACE                                  | Etchells et al <sup>55</sup>                      | Canada | 1999 | Entrevista semiestructurada                                | SI     |
| Capacity Assessment Tool                    | CAT                                  | Carney et al <sup>56</sup>                        | EE.UU. | 2001 | Entrevista estructurada                                    | SI     |
| Capacity to Consent to Treatment Instrument | CCTI                                 | Marson et al <sup>57</sup>                        | EE.UU. | 1995 | 2 escenarios y entrevista                                  | SI     |
| Decision Assessment Measure                 | DAM                                  | Wong et al <sup>58</sup>                          | UK     | 2000 | Entrevista semiestructurada                                | SI     |
| Hopemont Capacity Assessment Interview      | HCAI                                 | Edelstein <sup>59</sup>                           | EE.UU. | 1999 | 2 escenarios y entrevista                                  | SI     |
| MacArthur Competence Assessment Tool        | MacCAT-T *<br>MacCAT-CR<br>MacCAT-CA | Grisso & Appelbaum <sup>60</sup><br><sup>61</sup> | EE.UU. | 1998 | Entrevista semiestructurada (1 escenario en la version CR) | SI     |

Tabla 6. Los protocolos generales de evaluación de la capacidad más importantes.

# McCAT *(MacArthur Competence Assessment Tool)*

Thomas Grisso i Paul S. Appelbaum, 1988

| CRITERIO     | SUBCRITERIO   | PP  | PT  |
|--------------|---|-----|-----|
| Comprensión  | Comprensión de la enfermedad                                    | 0-2 | 0-6 |
|              | Comprensión del tratamiento                                     | 0-2 |     |
|              | Comprensión de Riesgos y Beneficios                             | 0-2 |     |
| Apreciación  | De la situación de la enfermedad                                | 0-2 | 0-4 |
|              | Del objetivo general del tratamiento                            | 0-2 |     |
| Razonamiento | Lógico – secuencial   | 0-2 | 0-8 |
|              | Lógico –comparativo   | 0-2 |     |
|              | Predictivo (consecuencias derivadas de las posibles elecciones) | 0-2 |     |
|              | Consistencia interna del Procedimiento de elección              | 0-2 |     |
| Elección     | Expresa una decisión  | 0-2 | 0-2 |

PP: Puntuación Parcial de cada subcriterio

PT: Puntuación Total posible del criterio

# Escala Mòbil de la Capacitat

(James Drane, Allen Buchanan i Dan Brock)

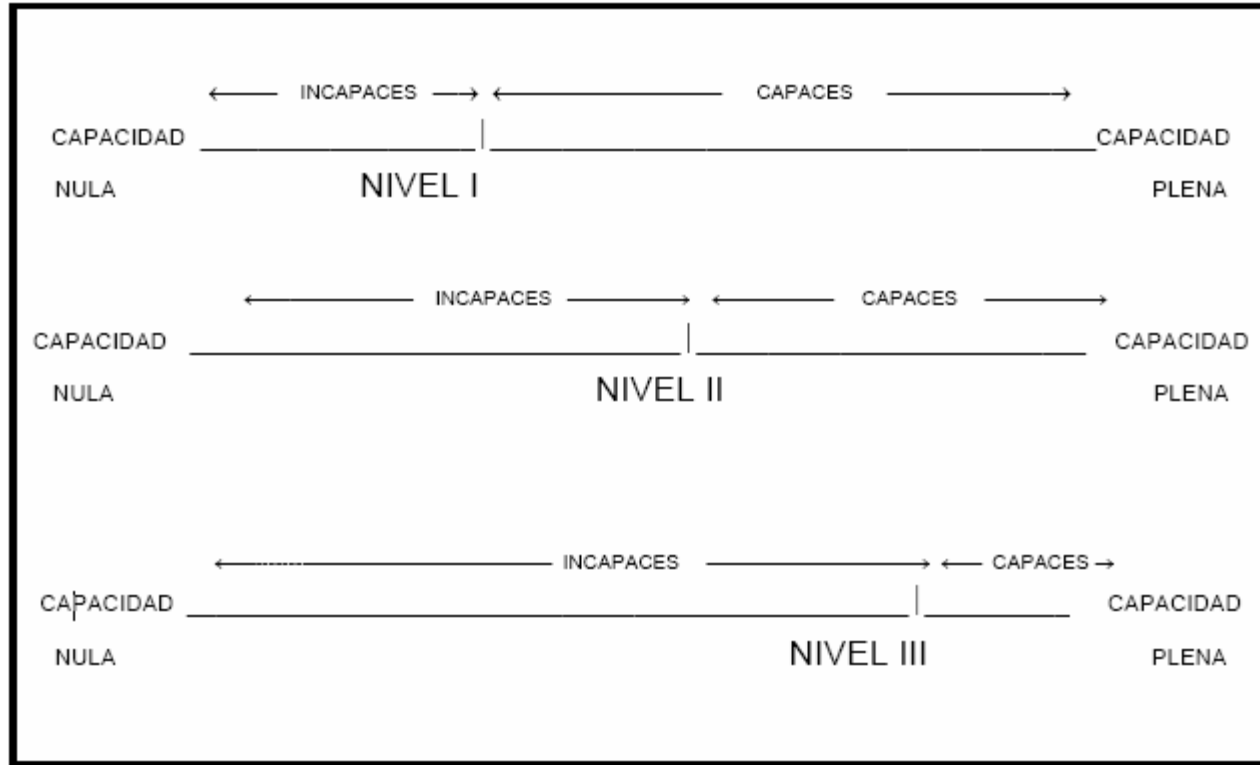


Figura 2: La Escala Móvil de evaluación de la capacidad y los tres niveles de James Drane.

# Validación McCAT

## Comprensión de la enfermedad

Información dada al paciente: "Ahora por favor explique con sus propias palabras lo que le he dicho sobre su enfermedad".

Compruebe, si es necesario : vuelva a informar y preguntar .

Ayuda:

Puntuación 2 : Dice textualmente o muy aproximado lo señalado en cada apartado

Puntuación 1 : Lo expresado por el paciente intuye de forma aproximada lo señalado en cada apartado.

Puntuación 0: No lo dice

Pueden existir otras características igual de relevantes, en ese caso anotarlas.

| Información  | Respuesta del paciente   |
|--|--|
| 1. Diagnóstico   | Insuficiencia renal en grado avanzado o "No funcionan los riñones" (0__1__2)                           |
| 2. Características de la enfermedad  | Al no funcionar adecuadamente los riñones, " No se "limpia" la sangre (filtrar toxinas,...)" (0__1__2) |
| 3. Características de la enfermedad  | Falta de control de la cantidad de líquidos que el cuerpo necesita. (0__1__2)                          |
| 4. Características de la enfermedad  | Falta de control de regulación de algunas hormonas. O control de la presión sanguínea (0__1__2)        |
| 5. Curso de la enfermedad  | Si no se realiza tratamiento conduce a la muerte (0__1__2)   |
| Suma Comprensión de la enfermedad(1+2+3+4+5) : ____ / 5 (nº ítems ) _____<br>(trasladar esta cifra al apartado A de la Hoja resumen de puntuación) |  |



# Validación McCAT

## Apreciación de la Enfermedad

Pregunta: “Su doctor (o “nosotros” si fuera apropiado) considera que éste es el problema en su caso. Si tiene alguna duda, me gustaría que me lo dijera. ¿Qué es lo que piensa?”.

Acuerdo \_\_ (punt. 2)      Desacuerdo \_\_ (punt. 0)      Ambivalente \_\_ (punt. 1)

Compruebe si el paciente está en desacuerdo o es ambivalente, describa el desacuerdo y de la explicación del paciente.

### Explicación del evaluador

Valoración apreciación enfermedad

(trasladar esta cifra al apartado E de la Hoja resumen de puntuación)

## Comprensión del tratamiento

Pregunte: Por favor, explíqueme lo que le hemos informado acerca del tratamiento"  
 Compruebe (si es necesario): Vuelva a explicar y preguntar si es necesario.

**Ayuda:**

Puntuación 2 : Dice textualmente o muy aproximado lo señalado en cada apartado

Puntuación 1 : Lo expresado por el paciente intuye de forma aproximada lo señalado en cada apartado.

Puntuación 0: No lo dice

Pueden existir otras características igual de relevantes, en ese caso anotarlas.

| Información   | Respuesta del paciente   |
|---|--|
| 1. Nombre del tratamiento   | Hemodiálisis o diálisis o diálisis peritoneal. (0__1__2)   |
| 2. Características del tratamiento  | - Es un tratamiento (enfermedad crónica) de por vida a no sea que se realice un trasplante. (0__1__2)  |
| 3. Características del tratamiento  | Diálisis: hacer pasar la sangre a través de un filtro que esta en una máquina que se llama riñón artificial.<br>Diálisis Peritoneal: a través del peritoneo (forro de la cavidad abdominal) se hace pasar un líquido que filtra la sangre), manualmente o mediante una máquina.<br>(0__1__2) |
| 4. Características del tratamiento  | Hemodiálisis (3/4 veces por semana con una duración de entre 3 o 4 horas).<br>Diálisis peritoneal : se es manual tres o cuatro veces al día y si es mediante una máquina sólo por al noche.<br>(0__1__2)   |
| 5. Características del tratamiento  | Hemodiálisis: es necesaria una pequeña IQ antes para unir vena y arteria<br>.<br>Diálisis peritoneal: Se realiza en el domicilio o residencia del paciente (necesaria autonomía)<br>(0__1__2)  |
| <b>Suma Comprensión del tratamiento (1+2+3+4+5) : ____ / 5 (nº ítems ) _____</b><br>(trasladar esta cifra al apartado B de la Hoja resumen de puntuación) |  |

### Comprensión de riesgos y beneficios

Pregunta: "Ahora, por favor, explique con sus propias palabras lo que le he dicho sobre los beneficios y riesgos del tratamiento"

Compruebe, si es necesario : vuelva a informar y preguntar .

Ayuda:

Puntuación 2 : Dice textualmente o muy aproximado lo señalado en cada apartado

Puntuación 1 : Lo expresado por el paciente intuye de forma aproximada lo señalado en cada apartado.

Puntuación 0: No lo dice

Pueden existir otras características igual de relevantes, en ese caso anotarlas

| Información  | Respuesta del paciente  |
|--|---|
| 1. Beneficio   | - Prolongación de la vida, realizar "vida normal", aumentar la calidad de vida. (0__1__2)   |
| 2. Beneficio   | - Evitar o disminuir los síntomas o signos de la enfermedad (control líquidos, limpiar sangre, etc.) (0__1__2)  |
| 3. Riesgo  | Hemodiálisis:<br>- Dolor en los puntos de punción.<br>- Mareos y/o náuseas y/o calambres<br>Diálisis Peritoneal:<br>- Dolor abdominal<br>- Distensión abdominal, digestiones pesadas. (0__1__2) |
| 4. Riesgo  | Hemodiálisis:<br>- Alteraciones del ritmo cardiaco<br>Diálisis Peritoneal:<br>- Infecciones líquido abdominal (peritonitis)<br>- (0__1__2)  |
| <b>Suma Riesgos y Beneficios (1+2+3+4+) : ___ / 4 (nº ítems ) _____</b><br>(trasladar esta cifra al apartado C de la Hoja resumen de puntuación) |   |

# Validación McCAT

## Apreciación del tratamiento

Pregunta: “Ahora, usted puede decidir si desea este tratamiento (hemodiálisis, diálisis peritoneal o no tratamiento), pero de ello hablaremos más tarde. ¿Cree que este tratamiento le puede beneficiar?”

Acuerdo \_\_ (punt 2)

Desacuerdo \_\_ (punt 0)

Ambivalente \_\_ (punt 1)

Compruebe: ¿Cree que este tratamiento le puede ayudar? Explíquemelo. ¿Qué le hace pensar que el tratamiento pueda ser o no beneficioso para usted?”

**Explicación del evaluador :**

## Elección y razonamiento

### Primera elección

Elección: “Ahora vamos a revisar las elecciones que usted ha hecho. La (hemodiálisis o diálisis peritoneal o no tratamiento) “¿Es la mejor para usted? ¿Es la que prefiere?”

Elección: \_\_\_\_\_

### Razonamiento

Pregunta: “Cree que (nombre la elección hecha por el paciente) debe de ser la mejor opción. Dígame que es lo que hace que la considere mejor que las demás.”

Compruebe: Discuta las explicaciones con tal de explorar el proceso de razonamiento..

#### Ayuda:

**Consecuencial:** Expresión de dos consecuencias para justificar su elección (puntuación 2) que en gran medida han de coincidir con los riesgos/beneficios. Una consecuencia (puntuación 1)

**Comparativo:** Expresión de una afirmación en base a una comparación entre dos opciones (puntuación 2) “ Ej: la hemodiálisis es mejor porque yo tengo miedo de hacerlo yo mismo” Si compara, pero sin consecuencias (puntuación 1) Ej: Prefiero la hemodiálisis.

#### Explicación del evaluador

**Valoración Razonamiento consecuencial**   
(trasladar esta cifra al apartado H de la Hoja resumen de puntuación)

**Valoración razonamiento comparativo**   
(trasladar esta cifra al apartado I de la Hoja resumen de puntuación)

# Validación McCAT

## Generación de consecuencias

Pregunta -1: “Le he informado sobre los posibles beneficios y riesgos o incomodidades del (nombre del tratamiento preferido por el paciente). ¿Cómo cree que puede afectar esto a sus actividades diarias en su casa, o en el trabajo o en sus valores personales o religiosos?”

### **Ayuda:**

**Puntuación 2 :** Ha de señalar las 2 consecuencias identificadas más abajo (u otras de igual importancia)

**Puntuación 1 :** Ha de señalar las 1 de las consecuencias identificadas más abajo (u otras de igual importancia)

Consecuencias :

- Limitación funcional por tener que acudir a las sesiones (HD, 3 o 4 veces a la semana) o realizar el tratamiento (DP, 6 cambios en un día)
- Consecuencias 2: Incomodidades propias de la realización del tratamiento (dolor, punciones, infecciones, cansancio, etc.

### **Explicación del evaluador**

Valoración Generación de consecuencias

# Validación McCAT

## Expresando una Elección

Pregunta: “Cuando empezamos esta discusión, usted habló favorablemente sobre (inserte la ‘Primera Opción’ resultante de la Pregunta anterior, o anote que el paciente pareció tener dificultad escogiendo). ¿Qué es lo que piensa ahora que lo hemos discutido? Ahora, ¿qué tratamiento elegiría?”

Ayuda:

Puntuación 2 : nombra una elección o indica el deseo de disponer de un profesional o una persona responsable a la hora de hacer la elección

Puntuación 1: nombra dos o tres opciones, parece ambivalente

Puntuación 0. no menciona ninguna elección

**Explicación del evaluador**

Valoración Expresando una Elección final

# Validación McCAT

## Consistencia lógica de la elección

Ayuda:

Puntuación 2 : la elección final sigue un proceso lógico en función de lo mencionado en el razonamiento consecuencias, comparativo y generación de **consecuencias**.

Puntuación 1: No está claro

Puntuación 0 : No hay consistencia lógica

**Explicación del evaluador**

Valoración de la consistencia lógica de la elección



# Validación McCAT

| <b>Nivel de capacidad</b><br>Tipo de decisión | <b>Bajo</b>  | Medio   | <b>Alto</b>  |
|---|--|---|--|
| <b>Consentir</b>                              | Tratamiento eficaz para enfermedad aguda. Beneficio alto y riesgo bajo. Alternativas limitadas. Trastorno grave, padecimiento intenso. Amenaza vital inmediata.. | Enfermedad crónica /diagnóstico dudoso. Enfermedad aguda no con tratamiento de resultado incierto. Equilibrio entre riesgos y beneficios.     | Tratamiento incierto (que no existen evidencias de su eficacia)  |
| <b>Rechazo</b>                                | <b>Tratamiento incierto, que no existan evidencias de su eficacia.</b>   | <b>Enfermedad crónica /diagnóstico dudoso. Enfermedad aguda con tratamiento de resultado incierto. Equilibrio entre riesgos y beneficios.</b> | <b>Tratamiento eficaz para la enfermedad aguda. Diagnóstico cierto. Beneficio alto/ Riesgo bajo. Alternativas limitadas. Trastorno grave, padecimiento intenso, amenaza vital inmediata.</b> |

# Bibliografía

1. Drane JF. The many faces of competency. *Hastings Cent Rep* 1985; Abr: 17-21. (Traducido en Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. En: Couceiro A, editor. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela,1999: 163-176.)
2. Grisso T., Applebaum PS. *Assessing competence to consent to treatment*. New York: Oxford University Press, 1998.
3. Appelbaum PS, Grisso T. *MacCAT-CR. Mac Arthur Competence Assessment Tool for Clinical Research*. Sarasota (FL – USA):Professional Resource Press;2001.
4. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry* 1977;134:279-284.
5. Sturman ED. The capacity to consent to treatment and research: A review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review* 2005;25:954-74.
6. Moye J, Gurrera RJ, Karel MJ, Eldestein B, O'Connell C. Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment. *Clinical implications and research needs*. *Clinical Psychology Review* 2006 (in press).
7. Hernando Robles P, et al. Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. *Rev Calid Asist*. 2011. doi:10.1016/j.cali.2011.08.003
8. Simón P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez A. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones *Med Clí (Barc)* 2001;117:419-426
9. Simon L. La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Fundació Grífols*.
10. Hernando Robles P, et al. Orientaciones para evaluar la capacidad en los pacientes en la toma de decisiones sanitarias. *Hospital Parc Taulí*. (Revisión Marzo 2011)

*Gràcies*  
*per la vostra atenció!*