

Algunas notas sobre la toma de decisión de los adolescentes drogodependientes

Some notes about the decision making of addicted teenagers

María Clara Blasco Igual

Universitat de València

Recibido: 08/04/2016· Aceptado: 03/06/2016

Resumen

El consumo de sustancias adictivas en la población adolescente además de ser un problema de salud pública constituye un problema de salud individual que conlleva a plantearse las siguientes cuestiones desde la perspectiva legal; Los adolescentes ¿Pueden tomar decisiones autónomas sobre el tratamiento de una adicción? O por el contrario, ¿Es necesario que intervengan los representantes legales? Para dar respuesta a estas preguntas, se aporta un análisis de la normativa actualmente vigente en España sobre de la toma de decisión en materia sanitaria teniendo en cuenta la reforma de 2015.

Palabras Clave

Adolescente, drogodependencia, consentimiento informado, madurez.

Abstract

The consumption of addictive substances in teenagers is an individual problem as well as being a public health problem and this leads us to consider the following issues from a legal perspective: Can adolescent drug abusers make autonomous decisions about how to treat their addiction? Or rather, is it necessary for legal representatives to intervene? To answer these questions, an analysis of currently effective legislation in Spain on decision-making in the healthcare area is provided, taking into account the legal reform that was carried out in August 2015.

Key Words

Teenagers, drugs, informed consent, maturity.

— Correspondencia a: _____

María Clara Blasco

e-mail: m.clara.blasco@uv.es



I. INTRODUCCIÓN

Los organismos, instituciones y grupos especializados sobre adicciones de la Unión Europea y de España apuntan que los consumidores de sustancias adictivas son cada vez más jóvenes¹. Esto significa que los datos incluyen a la población adolescente. A tales efectos, el objeto de las siguientes líneas consiste en determinar la persona a quien corresponde la toma de decisión sobre el tratamiento de una adicción en el período de la adolescencia a través del análisis de la normativa actualmente vigente en nuestro país. Teniendo en cuenta, pues, la reforma introducida en esta materia por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia y la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Antes de continuar es importante delimitar el sujeto al que se hace referencia con el término adolescente. A primera vista, el ordenamiento jurídico divide la vida de la persona en dos etapas: la minoría y la mayoría de edad. Con ello puede entenderse que la adolescencia está comprendida en la minoría de edad, sin embargo, pese a que en la legislación española son reiteradas las referencias tanto al adolescente, como al niño y la juventud, el legislador no aporta un concepto claro de los términos mencionados y en este sentido, su definición resulta una tarea complicada por la dificultad de establecer límites cronológicos en este período. Pues bien, para superar la falta de delimitación conceptual resulta clarificador apoyarse en el apuntado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), que identifica al adolescente con la persona que tie-

ne una edad entre los diez y los diecinueve años. Así, siguiendo a la OMS, cuando en adelante se emplea el término adolescente se hace en referencia a quien tiene una edad comprendida en el margen anotado.

II. LA TOMA DE DECISIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE UNA ADICCIÓN

La norma que regula la toma de decisión en el ámbito de la salud es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante, LAP).

El artículo 2.2 de la LAP establece como regla general que, “toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes usuarios”. Y en lo que se refiere al consentimiento informado, el artículo 3 de la LAP lo define como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

Esto significa que toda actuación en el ámbito de la salud requiere el consentimiento previo del paciente. Ahora bien, en este punto es importante tener en cuenta que el ejercicio del consentimiento informado requiere a su vez que la persona tenga capacidad para emitir el mismo, puesto que sólo de este modo el consentimiento informado es válido. Por consiguiente, el paciente capaz emite el consentimiento por sí mismo. En cambio, a falta de capacidad suficiente, el consentimiento se emite a través de representación. De manera que la situación referida plantea los siguientes interrogantes. Si el ordenamiento jurídico, como regla general, presume que la plena capacidad se adquiere con el cum-

¹ Véase, entre otros, el informe del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías del año 2015, así como el informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías del año 2015.



plimiento de la mayoría de edad, ¿Existe la posibilidad de que un adolescente pueda emitir el consentimiento informado por sí mismo? O por el contrario, cuando el paciente es adolescente, ¿Consiente en todo caso un tercero en representación? En definitiva, los adolescentes, ¿Pueden tomar decisiones en torno al tratamiento de una adicción? Para dar respuesta a estas preguntas, como punto de partida, hay que atender al presupuesto de la edad, puesto que en el ámbito de la salud, al igual que en otros ámbitos, la toma de decisión autónoma está condicionada por el factor cronológico.

A. La edad como presupuesto objetivo para consentir un tratamiento

Antes de examinar la edad como presupuesto objetivo para consentir un tratamiento es conveniente una mención a la edad como causa modificativa de la capacidad de obrar. El ordenamiento jurídico español reconoce la plena capacidad de obrar de forma automática con el cumplimiento de los dieciocho años². Esto significa que una vez cumplida dicha edad la persona tiene aptitud para ejercitar derechos y obligaciones. A ello hay que añadir que el legislador, en lo que respecta al menor de edad, reconoce diversos supuestos en los que un niño puede actuar de forma autónoma. Así sucede, por ejemplo, cuando una persona menor de edad tiene suficiente madurez para ejercer un determinado acto³. De ahí se desprende, pues, que el

menor tiene una capacidad de obrar limitada (Jordano, 1984) y por consiguiente, hay actos en los que puede actuar de forma autónoma y otros, en los que intervienen los representantes a favor de su interés superior. Además, como la capacidad de obrar es variable, el legislador reconoce el supuesto de incapacitación como mecanismo de protección del individuo. Así, por sentencia judicial firme se puede privar de tal capacidad de forma parcial o total si acaecen determinadas causas⁴ y este medio de protección, incluye también a la persona menor de edad.

Pues bien, volviendo al ámbito sanitario, el ejercicio del consentimiento informado es uno de los actos en los que se reconoce la posibilidad de actuación autónoma del menor de edad. Esto, está regulado en el artículo 9 de la LAP. Ahora bien, la aprobación de la ya mencionada *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia* ha introducido cambios sustanciales en la redacción del citado artículo y tras su entrada en vigor, se han modificado las cuestiones relativas a la toma de decisión del niño en lo referente a su salud. Esto implica, pues, que los supuestos de hecho reconocidos antes y después de la reforma de 2015 son distintos.

Antes de la reforma, el art. 9.3 c) de la LAP reconocía que el consentimiento informado por representación tenía lugar en los siguientes supuestos, "cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis

2 Así está reconocido en el artículo 12 de la Constitución Española y de forma coincidente, en el artículo 315 del Código Civil.

3 Así lo reconocen los artículos 154 y 162 del Código Civil. Concretamente, el artículo 154 dice que la patria potestad "se ejercerá siempre en interés de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a sus derechos, su integridad física y mental" y el artículo 162 reconoce que quedan exceptuados de representación legal "los actos relativos a los derechos de la personalidad que el hijo, de

acuerdo con su madurez, pueda ejercitar por sí mismo".

4 Artículos 199 y 200 del Código Civil.



años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, sus padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisión correspondiente”. De acuerdo con ello, el marco de regulación era el que sigue.

Primero, el menor emancipado y el que había cumplido los dieciséis años, tenían reconocida capacidad legal para decidir de forma autónoma. Es decir, podían decidir ellos mismos. No obstante, si el facultativo consideraba que la actuación era de grave riesgo, tenía el deber de informar a los padres y su opinión era tenida en cuenta.

Segundo, entre los doce y los dieciséis años, si el profesional de la salud consideraba que el menor de edad tenía suficiente capacidad emocional e intelectual, le correspondía a éste prestar el consentimiento informado de forma autónoma, sin representación. En cambio, si el profesional consideraba que no tenía capacidad intelectual ni emocional, no decidía éste, sino que la toma de decisión correspondía a los representantes legales. Es decir, el consentimiento informado era emitido en representación.

Tercero, la norma proclamaba de forma implícita que cuando el menor tuviese una edad inferior a los doce años, el consentimiento informado era emitido en representación.

Sin embargo, la aprobación de la *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*, supone una modificación sustancial de los supuestos indicados. En la actualidad, tales supuestos quedan regulados en los arts. 9.3c), 9.4 y 9.6, y están redactados de la siguiente manera.

El art. 9.3 c) LAP dice expresamente que “cuando el paciente menor de edad no

sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la *Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor*”. Asimismo, el art. 9.4 LAP afirma; “cuando se trate de menores emancipados o mayores de dieciséis años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o la salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo”. Por su parte, el art. 9.6 LAP reconoce; “En los casos en los que el consentimiento hay de otorgarlo en representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad”.

Pues bien, como se ha podido comprobar, la nueva redacción de los preceptos trascritos limitan el ejercicio de la autonomía de la voluntad del adolescente, puesto que desde la reforma, la capacidad legal recono-



cida al mayor de dieciséis ha sido sustituida por la posibilidad de actuación de los representantes legales. A tales efectos, el marco de regulación del ejercicio del consentimiento informado en el período de la minoría de edad queda establecido del siguiente modo.

Primero, el que haya cumplido dieciséis años, con carácter general, tienen reconocida capacidad de decisión. Ahora bien, ésta capacidad es relativa puesto que si el profesional de la salud valora que la persona no es madura en relación con el acto, deciden los representantes legales a favor de la vida y la salud y además, cuando la actuación sea de grave riesgo, la toma de decisión le corresponde directamente a los representantes legales una vez oída la opinión del niño.

Segundo, la disposición transcrita mantiene la situación del menor emancipado. El menor emancipado tiene autonomía para emitir el consentimiento informado salvo en las excepciones que establece el artículo 323 del Código Civil.

Tercero, la norma reconoce de forma implícita que cuando la persona tiene una edad inferior a los dieciséis años, se debe evaluar la madurez. De modo que en el caso de que tenga madurez en relación con el acto, decide de forma autónoma. En caso contrario, el consentimiento es emitido por los representantes legales a favor de la vida y la salud.

Por lo tanto, hasta aquí cabe anotar como conclusión parcial que si bien es cierto que la evaluación de la madurez ya tenía un peso específico en la redacción original, no es menos cierto que en la actualidad, la nueva redacción es más restrictiva y esto es así porque el legislador reconoce que la evaluación de la madurez del adolescente es el principio rector en todo caso, incluso cuando el adolescente es un menor mayor de dieciséis años de edad. Y de ahí surge la siguiente cuestión ¿Cómo se evalúa la madurez?

B. La madurez como presupuesto subjetivo para consentir un tratamiento

La teoría del menor maduro se ha desarrollado en el ámbito jurídico en referencia a la persona que sin haber cumplido la mayoría de edad, tiene la madurez suficiente para rechazar o consentir un acto de forma autónoma (Sánchez, 2005). La validez de la toma de decisión del menor maduro es equiparable, pues, a la que emite un adulto porque en este caso, el menor de edad presenta las cualidades idóneas y adecuadas que le permiten consentir por sí mismo el acto sanitario concreto (Sánchez, 2005). De manera que al abordar la emisión del consentimiento informado del adolescente hay que observar la combinación de dos criterios: uno, objetivo -la edad- y otro, subjetivo -la madurez-. Así, en lo que respecta al criterio objetivo, téngase en cuenta que ya ha sido analizado en las líneas que preceden. Por su parte, como el criterio subjetivo requiere la evaluación de la capacidad mental de la persona es conveniente esgrimir, pues, el modo en que se evalúa la madurez para posteriormente atender el objeto de estudio propuesto, esto es, si los adolescentes pueden tomar decisiones en torno al tratamiento de una adicción.

La evaluación de la capacidad de la persona es una cuestión muy compleja (Simón, 2008) y en torno a ello, se han ido desarrollando diversas propuestas. Concretamente, desde el punto de vista clínico, los instrumentos empleados son el resultado de la búsqueda de unos criterios de evaluación de la capacidad en la década de los ochenta en Estados Unidos desde la perspectiva de distintas áreas de conocimiento. Entre ellos, es obligado mencionar desde el área de la filosofía, el estudio desarrollado por Roth, Meisel y Lidz (Roth, Meisel y Lidz, 1977). Y desde el área de la psiquiatría, el desarrollado por Appel-



baum y Roth (Appelbaum y Roth, 1979). Así las cosas, surge un cuestión fundamental. A partir de la década de los noventa, las propuestas de dichos autores comienzan a materializarse en instrumentos de evaluación de la capacidad, los cuales, ayudan a determinar si una persona tiene las cualidades necesarias para tomar una decisión autónoma sobre un determinado acto sanitario. A modo ilustrativo, se puede mencionar dos tipos de herramientas de evaluación: el denominado Mini Mental State Examination y Capacity to Consent to Treatment Instrument (Sturman, 2005). Ahora bien, de todos los procedimientos de evaluación que se han elaborado, el más usado en el ámbito internacional es la entrevista diseñada por Appelbaum y Grisso. La entrevista ha sido denominada como MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (en adelante, MacCat-T) y consiste en un cuestionario estructurado que ayuda a evaluar cuatro habilidades en la toma de decisión: apreciación, razonamiento, comprensión y expresión.

Siguiendo la entrevista MacCat-T, el profesional de la salud debe transmitir la información al paciente y con base en esa información, el paciente debe responder a una batería de cuestiones que sirven para evaluar el nivel de comprensión de la información. A partir de ahí, se le interroga sobre la apreciación de la información que ha sido recibida y se promueve una reflexión razonada sobre la decisión que finalmente adoptará (Grisso y Appelbaum, 2014). La entrevista MacCat-T es un instrumento fiable que ha sido validado, adaptado y traducido al castellano (Álvarez., Baón., Navío., López., Lobo y Ventura, 2013) y aunque es aplicable a la evaluación de la madurez moral del niño, se trata sin embargo de un cuestionario enfocado a evaluar la competencia del mayor de edad. Es decir, en situaciones en las que el profesional quiere evaluar la capacidad de decisión del paciente adulto.

En lo que respecta a la persona menor de edad, se han diseñado igualmente otras herramientas específicas de medición del desarrollo moral para la toma de decisión como el denominado Defining Issues Test (en adelante, DIT) que ha sido validado, adaptado y traducido al castellano como Cuestionario de Problemas Morales (Grisso y Appelbaum, 2014). Pero concretamente en España, el instrumento fiable, factible y válido aplicable a las decisiones sanitarias es el denominado escala de competencia de Lleida (Espejo., Miquel., Esquerda y Pifarré, 2011). Éste, al igual que el DIT, está inspirado en los estudios desarrollados por Kohlberg y asimismo, ha sido validado con pacientes menores con un rango de edad entre los doce y los dieciséis.

Así, tanto unos instrumentos como otros son útiles y adecuados para la evaluación de la madurez del paciente adolescente que presenta una adicción y requiere asistencia sanitaria. Los test son buenos predictores de la capacidad moral de la persona, incluida la del adolescente. Además, la importancia de estos instrumentos es doble porque de un lado, ayudan a los profesionales a determinar quién tiene madurez para consentir de forma autónoma y quién a través de representantes legales y de otro, sirven de orientación a los Comités de Ética en caso de consulta del facultativo. Ahora bien, en lo que respecta al adolescente que consume sustancias adictivas ¿cómo se evalúa la madurez? En este caso, hay que tener en cuenta la importancia de determinar la situación individual de la persona, es decir, el grado de consumo en el que se encuentra el adolescente puesto que un porcentaje importante de casos manifiestan un consumo experimental sin llegar a evolucionar a un consumo habitual, problemático y/o de riesgo (Herrero, 2003). Por eso, en la práctica es recomendable que el profesional de la salud, en el supuesto concreto, evalúe el grado de adicción en relación con la madurez del adolescente que toma la



decisión de recibir asistencia sanitaria para, efectivamente, determinar si puede decidir por sí mismo -ejerciendo su derecho-. Ahora bien, en caso contrario, es decir, sin madurez suficiente en cualquiera de los escenarios planteados, deciden los representantes legales. Y todo ello sin olvidar que existe igualmente la posibilidad de que el menor drogodependiente, por la situación en la que se encuentra, sea incapacitado a través de sentencia judicial firme, esto, si se considera que la adicción de la persona ha evolucionado en una enfermedad o deficiencia física o psíquica que le impide gobernarse a sí misma. En este supuesto deciden, pues, los representantes legales (Alventosa del Río, 2013).

Hasta aquí se ha indicado que no sólo la edad sino también la madurez es un criterio que determina si el menor puede prestar el consentimiento informado de forma autónoma o mediante representación y a su vez, el peso que tiene una adicción en la evaluación de la madurez del adolescente. Pues bien, siguiendo esta dirección, en lo que respecta a la toma de decisión sobre el tratamiento, surge la pregunta de si sólo debe tenerse en cuenta ambos factores para determinar la posibilidad de actuación autónoma. Es decir, ¿La edad y la madurez son los únicos criterios relevantes?

C. La relevancia del acto sanitario en la evaluación de la madurez

A lo anterior habría que agregar que en la toma de decisión no sólo es importante el aspecto cronológico y la madurez sino que además, también es relevante el tipo de tratamiento. En este sentido, a la hora de determinar la actuación autónoma del adolescente que consume sustancias adictivas, es necesario atender al tratamiento específico que la persona requiere en relación con dicha adicción.

En España, esta idea se ve confirmada en la sentencia 154/2002, de 18 de julio de 2002, en la que el TC, en un supuesto en el que un menor de edad rechaza un tratamiento vital, afirma que “el ordenamiento jurídico concede relevancia a determinados actos o situaciones jurídicas del menor de edad”⁵. Sin embargo, “esto, no es suficiente para, por vía de equiparación, reconocer la eficacia jurídica de un acto que, por afectar en sentido negativo a la vida, tiene, como notas esenciales, la de ser definitivo y en consecuencia, irreparable”⁶. Por ello, cuando se evalúa la madurez es conveniente tener en cuenta las circunstancias y las consecuencias que reviste el acto clínico. El criterio fijado por el TC es el de atender a la irreversibilidad del acto y de ello se desprende que la capacidad exigida al menor de edad va aumentar a medida que el riesgo de la decisión sobre el determinado acto es más elevado (De Montalvo, 2013). Básicamente, con respecto a la actuación, la gravedad e irreversibilidad de ésta implica la exigencia de un mayor grado de madurez. Entendiendo por madurez, como se ha indicado, capacidad de entendimiento y juicio necesario para comprender el alcance y consecuencias.

Para llegar a esta conclusión hay que atender a la denominada escala móvil de capacidad diseñada por Drane (Drane, 1984), quien propone un nuevo enfoque aplicable a la toma de decisiones clínicas. Según el autor, la capacidad exigida a la persona a la hora de consentir o rechazar un tratamiento depende de la peligrosidad del tratamiento.

En esencia, la escala móvil está diseñada en función de tres estándares de evaluación. El primer nivel, se aplica a los tratamientos considerados inofensivos, en los cuales, la capacidad requerida para decidir es baja. El segundo nivel, se aplica según la situación en la que se

5 STC, núm. 154/2002, de 18 de julio, FJ 3.

6 STC núm. 154/2002, de 18 de julio, FJ 5.



encuentre el paciente, por ejemplo, cuando el diagnóstico es dudoso, o bien cuando el diagnóstico es cierto pero el tratamiento es más peligroso. En este caso se requiere que el paciente tenga una capacidad más elevada que en el anterior nivel. Por último, el tercero, se aplica a los tratamientos que tienen un grado de peligrosidad alto por tratarse de una situación crítica, en los que exigencia de la capacidad es superior. Así, el desarrollo de esta propuesta refleja cómo el paso de un estándar a otro varía según la gravedad de la situación médica que se presente, de modo que, cuanto más compleja es la situación, el nivel de exigencia de capacidad aumenta.

A tales efectos, se puede afirmar que si bien es cierto que no existe una fórmula para medir de forma objetiva la madurez, no es menos cierto que para determinarla es necesario conjugarla con la edad y esto, a su vez, debe ponerse en relación y consonancia con el tratamiento sanitario específico que se trate en el supuesto concreto.

III.A MODO DE CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta lo indicado hasta el momento puede decirse, en definitiva, que la madurez es un criterio relevante. Así, cuando el paciente es adolescente, resulta fundamental su evaluación puesto que si es positiva, prestará el consentimiento de forma autónoma, sino en representación. Ahora bien, este criterio no constituye, por sí solo, una legitimación suficiente para que un adolescente decida por sí mismo el tratamiento de una adicción. En cualquier caso, resulta de igual importancia atender a la edad de la persona y al acto sanitario específico, es decir, al tratamiento, sin olvidar que en este caso, el grado de consumo en el que se encuentra el adolescente es relevante. Sentado lo cual, en lo que respecta a la toma de decisión en cuanto

al tratamiento de adicciones que incumben al paciente adolescente, se tienen en cuenta tres parámetros: la edad, la madurez y la actuación sanitaria concreta. Así pues, en observancia a la edad del paciente, al acto sanitario concreto y a la continua y progresiva adquisición de madurez personal, se posibilita la actuación individual. Y esto, se corresponde con la voluntad de conciliar, a través del derecho positivo, la protección y la autonomía.

En síntesis, el marco de ejercicio del consentimiento informado en la adolescencia en cuanto al tratamiento de adicciones presenta, pues, tres escenarios. Por un lado, la del mayor de dieciséis, que con carácter general, tiene reconocida capacidad de decisión. Ahora bien, ésta capacidad es relativa puesto que si el profesional evalúa que la persona no es madura en relación con el acto, deciden los representantes legales a favor de la vida y la salud y al mismo tiempo, cuando la actuación sea de grave riesgo, la toma de decisión le corresponde directamente a los representantes una vez oída la opinión. Por otro lado, la del menor emancipado, salvo en las excepciones que apunta la ley. Y por último, la norma reconoce de forma implícita que cuando el adolescente tiene una edad inferior a los dieciséis se evalúa la madurez. Así, cuando tenga madurez en relación con el acto, decide de forma autónoma. En caso contrario, deciden los representantes a favor de la vida y la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarez, I.; Baón, B.; Navío, M.; López, R.; Lobo, E. y Ventura, T. (2013). Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Medicina Clínica*, 143(5), pp. 201-2014.



Alventosa del Río, J. (2013). Incapacitación y drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 38 (1), pp. 67-81.

Appelbaum, P. y Bateman, A. (1979). Competency to consent to voluntary Psychiatric hospitalization: A theoretical approach. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 7(4), pp. 390-399.

Appelbaum, P. y Roth, L. (1989). El razonamiento moral y su medición a través del Defining Issue Test de Rest. *Revista de Psicología de la Educación*, p. 10 y ss.

De Montalvo, F. (2013). El menor: un paciente complicado (al menos, desde la perspectiva legal). *Revista Cesco de Derecho de Consumo*, núm. 8, pp. 289-305.

Drane, J. (1984). Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *Journal of the American Medical Association*, 252(7), pp. 925-927.

Espejo, M.; Miquel, E.; Esquerda, M. y Pifarré, J. (2011). Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de competencia de Lleida. *Medicina Clínica*, 136(1), pp. 26-30.

Esquerda, M.; Pifarré, J. y Miquel, E. (2013). La capacidad de decisión en el menor. Aspectos particulares de la información en el niño y en el joven. *Anales de pediatría continuada*, 11(4), pp. 204-211.

Grisso, T. y Appelbaum, P. (2014). *Herramienta de evaluación de la capacidad para tratamiento (MacCAT-T)*, trad. de VVAA., Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 10 y ss.

Jonsen, A. (2005). *Ética Clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Barcelona: Ariel, p. 105.

Jordano, J. (1984). La capacidad general del menor. *Revista de derecho privado*, pp. 881 y ss.

Roth, L.; Meisel, A. y Lidz, C. (1977). Test of competency to consent treatment. *American Journal Psychiatry*, pp. 279 y ss.

Sánchez, J. (2005). El menor maduro. *Revista Boliviana de Pediatría*, 44, p. 156.

Simón, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28 (102), pp. 325-348, p. 327.

Sturman, E., (2005). The capacity to consent to treatment and research: A review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review*, núm. 25, pp.954-974.