

“VI JORNADA AUTONÓMICA DE BIOÉTICA DE LA COMUNITAT VALENCIANA”

*Conflictos éticos en la relación asistencial en el ámbito de la
salud mental: profesionales, pacientes y familiares*

Jueves, 27 de noviembre de 2014

Salón de Actos del Hospital la Malva-Rosa (Salón Circular)

Dirección c/ Isabel de Villena nº 2

46011 Valencia.

9:30-10:00 RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN

10:00-10:15 PRESENTACIÓN Y APERTURA

D. Luis Fernando Martí Moreno. Gerente del departamento de salud Valencia-Clinico-Malvarrosa.

D. Carlos Pérez de Cervellera. Director Médico del Hospital Malva-Rrosa.

D. Luis Llorens Bañón. Presidente del Comité de Bioética Asistencial del departamento de salud Valencia-Clinico-Malvarrosa.



10:15-11:00 ASPECTOS LEGALES, ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS DE LA PSIQUIATRÍA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL



Moderadora: Dña. Julia Navarro Clérigues.
*Médico de Familia. Centro de Salud Serrería II.
Secretaria del CBA del departamento de Salud
Valencia-Clínico-Malvarrosa. y Master en Bioética.*



Dña. Amparo Malea Fernández. *Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Malvarrosa.
Psicóloga clínica . Unidad de Salud Mental Malvarrosa.
Profesora asociada asistencial de la facultad de psicología .Departamento de
Personalidad , Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Vocal de Psicología Clínica de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de psicólogos de
la Comunidad Valenciana .
Profesora del Master Universitario de investigación, tratamiento y patologías asociadas en
drogodependencias. Facultad de Psicología . Universidad de Valencia
Miembro de la Comisión de Formación Continuada de las profesiones Sanitarias de la
Comunidad Valenciana .*

La intervención del psicólogo clínico en salud mental tiene como marco de referencia una serie de principios éticos y deontológicos : El respeto a la dignidad de las personas, privacidad, confidencialidad, consentimiento informado y libertad de consentimiento, autodeterminación de los pacientes , competencia profesional, responsabilidad , integridad y reconocimiento de los límites profesionales.

Estos principios éticos , recogidos en la Legislación actual en materia de salud mental , en el Metacódigo de la EPFA y en nuestro Código Deontológico garantizan el respeto de los derechos del paciente y las obligaciones que tienen los profesionales en toda intervención clínica en el ámbito de la salud mental.

La relación terapéutica en nuestro caso con un colectivo tan vulnerable como son los enfermos mentales, supone tomar decisiones que plantean dilemas éticos.

La elaboración de informes clínicos es una práctica habitual que obliga a los profesionales a conocer una serie de aspectos legales y técnicos de obligado cumplimiento.



D. Miguel Hernández Viadel. *Psiquiatra. Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Universitario de Valencia.*

Resumen: Se revisan los aspectos psiquiátrico-legales más relevantes en la práctica clínica de la asistencia en el ámbito de la salud mental.

En primer lugar se hace una breve reseña histórica sobre la evolución de la asistencia psiquiátrica, desde una asistencia manicomial y custodial a un modelo comunitario, dirigido a conseguir que las personas con un trastorno mental puedan vivir con autonomía en la sociedad.

En segundo lugar se hace un repaso de la legislación sanitaria más relevante en la práctica clínica en salud mental.

Finalmente se hace referencia a problemas clínicos que afectan a la capacidad y autonomía de los pacientes y que pueden ser objeto de dilemas éticos.

11:00-11:30 COLOQUIO

11:30-11.45 INAUGURACIÓN

Hble. Sr. D. Manuel Llombart Fuentes. Conseller de Sanitat.



11:45-12:15 DESCANSO

12:15- 13:30 **PATERNALISMO Y SALUD MENTAL: IMPLICACIONES ÉTICAS**



Moderador. D. Agustín Domingo Moratalla. Profesor de Filosofía del Derecho, Moral y Política. Universitat de València. Vicepresidente del CBA del departamento de Salud Valencia-Clinico-Malvarrosa.



***“Controversias en salud mental: paternalismo,**
Dña. Vicenta Almonacid Guinot. Psicóloga (departamento de salud Valencia. Clínico – Malvarrosa.*

Desde tiempos hipocráticos, el paternalismo médico en el cual el médico es la autoridad y da instrucciones de lo que se debe hacer, ha sido y es el tipo de relación médico-paciente que ha predominado en el tratamiento de la enfermedad máxime cuando se trata de una enfermedad mental. Este modo tradicional de intervención ha considerado que la enfermedad mental incapacita al sujeto para tomar decisiones sobre su tratamiento, internamiento u otra medida que evite un daño mayor.

El Principio de Beneficencia, obliga a hacer el bien a otras personas, procurándoles el mayor beneficio según sus propios deseos. Según este principio, en los adultos, no se permite ejercer un beneficio sin tener en cuenta el consentimiento y los deseos de la persona.

Las intervenciones paternalistas se basan en muchas ocasiones en el principio de beneficencia, ya que intenta buscar el bien para el paciente desde una relación asimétrica en la que el médico sabe lo que le interesa al paciente; podemos concluir que el paternalismo es la aplicación del principio de beneficencia restringiendo la autonomía de la persona enferma.

Dado que en la enfermedad mental se pueden dar situaciones en las que el paciente tiene su conciencia o capacidad de decisión disminuida o alterada, las decisiones y actuaciones médicas quedan en manos de terceros que serán los que decidan por el paciente. De este modo, en el tratamiento de la enfermedad mental, podemos pensar que la intervención paternalista no es inadecuada en todo momento y en todos los casos, el problema radica en que el paternalismo ha sido un modo autoritario de trato que ha llegado a lesionar la dignidad de los pacientes y se ejerce de manera continuada independientemente del estado de capacidad, competencia y autonomía del sujeto.

En bioética, la defensa de los derechos del paciente como son la autonomía y la beneficencia, se contraponen al ejercicio del paternalismo como modelo de relación. En este sentido, determinar la competencia mental de los pacientes para decidir y auto determinarse constituye un problema clínico habitual en las consultas de psiquiatría del que se derivan dilemas éticos importantes. Destacar, que en ocasiones la capacidad de decidir respecto a una actuación o situación médica, está estrechamente relacionada con el grado de comprensión que se tenga de ella y puede verse afectada por la calidad de la información ofrecida por parte del médico, así como por la situación psicológica, psiquiátrica y médica del paciente. En cuanto a la autodeterminación señalar que no se limita a los pacientes que rechazan un tratamiento, dado que aquellos que consienten pueden ser igualmente incompetentes; en estos casos el modelo interpretativo puede favorecer la toma de decisión.

Podemos concluir que la relación médico-paciente no debe ser una relación única y estática en la que el principio de beneficencia se entiende en términos paternalistas y no desde el "principio bioético" de beneficencia. Esta relación, no permite la autonomía del paciente en ninguna de sus formas o grados, lesionando derechos fundamentales.



"Superando el paternalismo también con las personas que padecen enfermedad mental"

D. Víctor Suberviola Collados. Médico de Familia. Centro de Salud de Nazaret. CBA del departamento de Salud Valencia -Clínico -Malvarrosa.

RESUMEN: EL RESPETO A LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS ES UN IMPERATIVO ÉTICO QUE POCO A POCO SE VA INSTAURANDO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL. ESTA PRÁCTICA ES RELATIVAMENTE NOVEDOSA YA QUE HASTA NO HACE MUCHO SE CONSIDERABA QUE LOS PACIENTES NO DEBÍAN PARTICIPAR EN LAS TOMAS DE DECISIONES, SINO QUE ERAN LOS MÉDICOS LOS QUE CON SUS CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS ERAN LOS QUE TENÍAN QUE DECIR LO QUE CONVENÍA A LOS PACIENTES. ES CIERTO QUE PARA QUE UN PACIENTE PUEDA PARTICIPAR EN LA TOMA DE DECISIONES DEBE ESTAR CAPACITADO, TENER UNA ADECUADA INFORMACIÓN EN RELACIÓN A SU PROCESO ASISTENCIAL Y NO ESTAR COACCIONADO. POR ESTA RAZÓN, CUANDO ALGUNO DE ESTOS REQUISITOS NO SE CUMPLE, LO QUE PUEDE OCURRIR EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL, SE TIENDE A ACTUAR CON PATERNALISMO, NEGANDO TODA CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES. PARA RESPETAR AL MÁXIMO LA AUTONOMÍA DE ESTOS PACIENTES DEBEMOS ATENDER UNOS ASPECTOS QUE PARECEN SECUNDARIOS, PERO QUE PUEDE RESULTAR DE GRAN AYUDA. LA COLABORACIÓN CON LA FAMILIA, LA ESTRECHA COORDINACIÓN

ENTRE MÉDICOS DE FAMILIA Y PSIQUIATRAS O CON LOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADITIVAS, EN EL CASO DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL, PUEDE RESULTAR CLAVE.



“Capacidad y justicia social”

Dña. Cristina García Pascual. Profesora titular de Filosofía del Derecho. Universitat de València. Directora del Master y del Doctorado en Derechos Humanos, Democracia y Justicia Internacional. Miembro del Institut Universitari de Drets Humans de esa misma Universidad.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Teoría y Filosofía del Derecho Internacional Derecho transicional Teoría feminista del derecho. Biopolítica y bioderecho. Multiculturalismo, globalización y ciudadanía. Derecho y literatu

13:30-14:45 EL ESTIGMA: UN PROBLEMA ÉTICO Y SOCIAL (LA IDENTIDAD DETERIORADA)



Moderadora: *Dña. Carmen Tomás-Valiente Lanuza.*

Profesora de Derecho Penal de la Universitat de València. CBA del departamento de salud València -Clínico – Malvarrosa.



“Viejas y nuevas formas de estigmatización en la enfermedad mental de la infancia”

D. Fernando Calvo Rigual. Pediatra. H. Lluís Alcanyís, Xàtiva. CBA del departamento de Salud Xativa-Ontinyent. Es además licenciado en Filosofía.

La pluridiscapacidad grave en el niño entraña un riesgo de estigmatización, tanto para él como para su familia.

Si definimos "estigma" como "reacción adversa a la percepción de una diferencia" comprendemos rápidamente que un niño con graves discapacidades pueda sufrirla. Su aspecto físico, la ausencia de comunicación, las anomalías posturales, las reacciones extrañas, hacen que sea visto como "diferente". Ya no es la estigmatización a nivel social, sino que el riesgo empieza en sus entornos más familiares, el sanitario primero, y el escolar después.

Los sanitarios estamos acostumbrados a tratar pacientes de todo tipo, pero la falta de comunicación, la condición de "enfermo difícil", las exigencias de la madre, etc, pronostican la posibilidad de una relación conflictiva.

Por un lado las madres son demandadoras de servicios a un nivel mucho mayor del de la población sin estos problemas. Se nos tiende a olvidar que esos servicios son necesarios y los conlleva su enfermedad de base.

Por otro lado la relación que establecemos con ella se complica a veces porque nuestra percepción o pre-juicio del estado del niño no concuerda con el de la madre.

Ya no existe la relación antigua de casi-desprecio que se tenía con estos niños, tratándolos de vegetales y haciendo recomendaciones del tipo "tenga usted otro normal pronto". La sociedad avanza y nuestro trato es más humano, pero no exento de riesgos de estigma. Las

madres se quejan a veces de que no son comprendidas, que sus afirmaciones respecto a los progresos del niño son acogidas con escepticismo, que el sistema sanitario no las valora ni a ellas ni a sus hijos por lo que son y por lo que hacen. Estamos entonces hablando de una estigmatización, probablemente no grave, pero que puede pasar desapercibida a nuestros ojos.

¿Cómo reacciona la madre?

Algunas reaccionan con indignación. Madres exigentes, reivindicativas, reclamadoras, que parecen no tener nunca bastante de lo que consiguen para sus hijos.

Otras madres desarrollan estrategias más sutiles: aumentar el "capital" de su hijo, la forma de cómo lo presentan en sociedad. Buscan aliados entre el personal médico, traen al niño a la consulta bien guapo y arreglado, les compran carritos aerodinámicos, en fin, múltiples estrategias de presentación.

No siempre percibimos estos intentos de aproximación. Más bien nos quedamos en ocasiones con el escepticismo de si la relación de la madre con el niño es consciente, de si esa madre "se entera" de lo que tiene su hijo, y así estigmatizamos a la madre mediante un juicio de alienación, de no vivir en la realidad de los problemas de sus hijos.

Pero si nos vamos a la literatura médica, a testimonios de los padres y a datos empíricos, las madres tienen razón. Los sanitarios tendemos al etiquetado (con lo que supone a su vez de estigmatización y cosificación), a pensar en todas las posibles complicaciones, a ver a los enfermos como casos, en fin, a cosificar a los pacientes. Desconfiamos de los testimonios maternos cuando no caben en nuestros esquemas, apreciamos poco el valor del amor de la madre por el niño, de su capacidad de captar sutiles señales de comunicación, en la mejoría con el contacto físico, etc.

¿Qué podemos hacer para evitar o eliminar la estigmatización, al menos en nuestro ámbito?

Mucho, y muy importante. A nivel personal, los sanitarios somos personas capaces de ver, de cambiar prejuicios, y de ser modelos de conducta para otros.

En primer lugar, escuchar a los padres. Su testimonio no es producto del delirio ni de alienación. En sus "estrategias de afrontamiento" ellos van a utilizar distintas vías. Respetémoslas. Las más socorridas son la religión y el apoyo familiar, pero también el apoyo sanitario. El médico es el profesional más importante en los primeros años de vida, el maestro después, y ya en la edad adulta, los servicios que promuevan una independencia.

Por ello aprovechemos esos años. En primer lugar, respeto. Esas madres merecen ser escuchadas y creídas. Sus exigencias serán mayores que las de otras madres, pero hemos de recordar continuamente que eso es lo esperable.

Sus comportamientos a veces agresivos deben ser puestos en contexto de la lucha por la defensa de sus hijos. Apoyémoslas, y no pensemos que esos comportamientos van contra nosotros.

Apreciar la presentación del niño en la consulta es muy importante. Llamar al niño por su nombre (el niño no es un caso sino una persona... "Luís tiene una parálisis cerebral infantil" y no "Luís es una parálisis cerebral infantil"), y que ese comportamiento hacia el niño sea un modelo para otros sanitarios.

En el fondo lo que la madre está buscando para su hijo es un reconocimiento de persona, persona importante para ella, y se lo debemos hacer respetar.

Pero esta ponencia quiere ir más allá y proponer formas modernas de estigmatización. Para ello pondremos el ejemplo de los Trastornos de Déficit d Atención e Hiperactividad (TDAH).

El TDAH es hoy en día un diagnóstico frecuente en los niños. Este diagnóstico se basa en los criterios de DSM -IV o de la CIE-10.

Se está observando en los últimos años un gran aumento de niños diagnosticados y tratados con psicofármacos.

En una primera reflexión podemos entender el uso (o el abuso) de psicoestimulantes en niños como un intento materno de prevenir o corregir estigmas en sus hijos.

El niño con hiperactividad marcada o con déficit de atención severo va a mejorar con psicoestimulantes, y de ese modo, mejorar su relación con el medio (familia, escuela), con lo que un posible estigma quedaría corregido. El niño ya se vería como "normal", no llamaría la atención.

Pero la progresiva medicalización de esta enfermedad, cambiando los criterios diagnósticos, y la presión de los padres (y a veces maestros): "¿mi hijo no será hiperactivo?" ha hecho que más niños reciban esta etiqueta y la medicación subsiguiente.

Estamos entonces en una situación de etiquetado, de "marca" que sirve para justificar un tratamiento, pero que "marcará", estigmatizará al niño en su ambiente. Lo que inicialmente dicen las madres como aclaración ("mi hijo es que toma Concerta porque es hiperactivo") deviene fácilmente en la etiqueta, condiciona la vida del niño (cambio de carácter entre horas con efecto de medicación y horas sin él) y puede condicionar una entrada en el mundo de la psicofarmacología). Una medicación que se prescribe con una predicción de años vista puede suponer una estigmatización. Ese niño ya es un enfermo crónico dependiente de una medicación.

Esta forma de estigmatización (podríamos denominarla forma "débil") ya no sería tanto una reacción adversa por la percepción de una diferencia, sino una reacción adversa por ser adscrito a una etiqueta de "diferente". En el primer caso la estigmatización se produce dentro y fuera del ámbito sanitario. En el segundo, es responsabilidad del ámbito sanitario.



"Estigma. Un problema político"

Dña. Gloria Bezares Forner. Trabajadora Social. Unidad de Salud Mental Malvarrosa.

Trabajadora social y licenciada en Sociología en la Universidad de Valencia. Fundadora de la Asociación NEXE que se dedica a potenciar la salud mental comunitaria entre las personas con trastorno mental grave. Trabaja desde hace 14 años como trabajadora social de la Unidad de Salud Mental Malvarrosa y la Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital

Resumen: *el estigma como un problema de desigualdad de poder en la sociedad, que solo puede superarse si éste se reduce o desaparece. El estigma estructural. La auto-exclusión. El empoderamiento como forma de luchar contra el estigma. Pondrá un vídeo muy breve, dura 3 minutos, sobre la utilización del concepto de recuperación/empoderamiento.*



"Estigma y auto estigma en primera persona"

D. Gonzalo Nielfa Murcia. Miembro de la asociación: "Por la Salud Integral del Enfermo Mental" (ASIEM)

Una explicación de mi vivencia del estigma y auto estigma que ha afectado a mi vida a todos los niveles y mi perspectiva al respecto tanto en relación con otros amigos pacientes y conmigo mismo, así como ratificar las conclusiones jurídicas que saldrán de la mesa entorno al estigma dentro de nuestro ordenamiento jurídico y la práctica sanitaria diaria tanto de la administración pública como de los centros privados incluyendo los concertados.



"Dilemas éticos en la toma de decisiones en pacientes discapacitados"

Dña. Ana M° Peiró Peiró. Médica. Farmacóloga Clínica. CBA del departamento de Salud Alicante- Hospital General.

Cada persona con discapacidad manifiesta alteraciones en distinto grado, variando en función de factores concretos: la presencia de retraso mental, la aparición o no de lenguaje y las características de éste, la edad, las experiencias de aprendizaje y el apoyo familiar. Dichas alteraciones pueden ser leves o llegar a tener una relevancia considerable de manera que provoquen serias dificultades para que la persona se desenvuelva en su entorno, con un patrón estable o regresivo. De este modo, la discapacidad, se concibe como un continuo conformado por diferentes dimensiones dinámicas, cuyo diagnóstico, no

conlleva necesariamente la incapacidad total del sujeto.ⁱⁱⁱ Esto es esencial para eliminar el "paternalismo" en la relación médico-paciente. Es decir, **se debe respetar su "autonomía" entendida como "la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria".**ⁱⁱⁱ El reconocimiento y valoración de dicha capacidad para tomar sus propias decisiones es fundamental para que pueda decidir sobre su vida, aceptar o rechazar intervenciones médicas, y participar en la sociedad con los demás.

La capacidad puede describirse como la facultad o la posibilidad de una persona de actuar en el marco del sistema jurídico. En otras palabras, hace que una persona sea un sujeto de derecho. Es un concepto jurídico, una noción, asignada a la mayoría de las personas mayores de edad (>18 años), que les permite tener derechos y obligaciones, tomar decisiones vinculantes y hacer que éstas se respeten. Como tal, facilita la libertad personal. También protege a las personas contra intervenciones no deseadas y los adultos con capacidad jurídica, pueden rechazar un tratamiento médico que no deseen recibir.^{iv,v} Este aspecto es tan relevante en el área de salud, que la edad para adquirir el derecho "a ser informado" y "a la toma de decisiones" se adelanta. Surge el término "menor maduro" para designar un sujeto que, siendo menor de edad, posee un grado de madurez psicológica y humana que le permite disfrutar de los derechos de personalidad en grado mayor o menor.^{vi,vii}

En general, antes de los 12 años se da la presunción legal de "incapacidad" y se obtiene el consentimiento del "representante legalmente designado". Aunque la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor^{viii} y la Ley 41/2002 de autonomía del paciente^{ix}, contempla su derecho "a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo".^{x,xi} De acuerdo con el Convenio de Oviedo,^{xii} se aconseja la solicitud del consentimiento del menor para procedimientos y tratamientos específicos, independientemente de que ya exista el consentimiento de los padres o tutores. Entre los 12 y los 15 años habría que valorar la madurez para tener en cuenta la capacidad de decidir. A partir de los 16 años, se considera la mayoría de edad sanitaria salvo en ciertos presupuestos, como la investigación. Sin embargo, si la evaluación del proceso del consentimiento informado es una tarea difícil en menores por el factor de la edad, hacerlo con pacientes con algún grado de discapacidad es realmente complejo.

a) Los criterios para valorar la capacidad sanitaria hacen referencia fundamentalmente a las aptitudes de los pacientes para recibir, comprender y procesar racionalmente información, tomar una decisión y comunicarla adecuadamente. Puede entenderse como un continuum entre dos puntos extremos: la capacidad plena y la incapacidad total, existiendo un punto de corte por debajo del cual se califica de incapaces a los sujetos, y por sobre el cual se les considera capaces. Los estándares exigidos no son siempre los mismos, sino que ellos se deben definir en función del tipo de decisión a tomar. Así el umbral de capacidad no es fijo sino móvil y siempre será determinado por un juez que, habitualmente en temas relacionados con la salud, se asesora en el equipo clínico que atiende al paciente.^{xiii}

b) Los criterios de evaluación de la competencia es, en la mayoría de los casos subjetiva y por lo tanto prudencial, ya que aún no existen criterios (definición de habilidades y aptitudes a evaluar), estándares (grados de suficiencia a exigir) y protocolos (proceso para determinarla) consensuados para realizarla en forma objetiva y adecuada. Esta evaluación es llevada a cabo, en la práctica diaria, por el "médico responsable" del paciente.^{12,xiv}

c) El término discapacidad se relaciona con la Ley 39/2006^{xv} que regula la asignación de recursos en función del grado de dependencia. Se entiende como "un estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal". Las distintas Comunidades Autónomas (artículo 27.1) determinan los

órganos de valoración de la situación de dependencia, que emiten un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia.^{xvi}

En esta charla hablaremos de las consultas que con más frecuencia se han recibido en nuestro Comité de Bioética Asistencial y de cómo se han resuelto.

Richdale AL, Schreck KA. Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. Sleep Med Rev 2009; 13(6):403-411.

WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: 1992

¿Quién debe decidir? Derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial. CommDH/IssuePaper (2012)2. Estrasburgo, 2012. Disponible en [www.commissioner.coe.int] Consultado [10/05/2014]

Peiró AM. Bioethics and the legal acting basis upon a Jehova's witness patient's who refuse to receive a blood transfusion. Med Clin (Barc). 2008;130(14):558-9.

Peiró AM, Velez E, Calderon E, Martinez J. Bioethic and legal challenges in multicultural health attendance. Med Clin (Barc) 2007;128(11):439.

[García D. et al. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin \(Barc\) 2001; 117: 179-190.](#)

Peiró AM. The mature minor decisions' in health. Med Clin (Barc) 2011;137:140-1

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor

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

Simón P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones una tarea todavía pendiente. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq 2008; 28 (102): 325-48.

[García C. Orgando, B. Doctrina del menor maduro: aplicación práctica en la toma de decisiones sanitarias. Enfermería Científica 2005; Marzo-Abril: 276-7.](#)

Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.

Drane J. Competency to give an Informed Consent. A model for Making Clinical Assesments. JAMA 1984; 252: 925-7

Bórquez G, Raineri G, Bravo M. The evaluation of decision making capacity in health care and its relationship to informed consent. Rev Méd Chile 2004; 132: 1243-1248

Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia,

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE» núm. 299, de 15/12/2006.

14:45 CLAUSURA



Ilmo. Sr D. Luis Muñoz García. Secretario Administrativo

cbá

COMITÉ DE BIOÉTICA ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO DE SALUD
VALENCIA CLÍNICO MALVA-ROSA
XX AÑOS 1991-2011

i
ii
iii
iv
v
vi
vii
viii
ix
x
xi
xii
xiii
xiv
xv
xvi