

Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad

Montserrat Esquerda^{a,b}, Josep Pifarre^{a,c} y Sabel Gabaldón^d

^aFacultad de Medicina. Universidad de Lleida.

^bCentre de Salut Mental Infanto-Juvenil. Lleida-Sant Joan de Déu SSM. Lleida.

^cServicio de Psiquiatría. GSS Hospital Santa Maria. Lleida.

^dServicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues. Barcelona. España.

Puntos clave

- La adquisición de la competencia necesaria para tomar decisiones sanitarias es un proceso progresivo, individual y valorable.
- Es necesaria una sistemática de valoración de la capacidad del menor para la toma de decisiones, así como favorecer su progresiva incorporación en el proceso.
- En la competencia para tomar decisiones intervienen diversos factores, como la madurez del menor, la gravedad de la decisión y la existencia de factores contextuales.
- Los estudios de psicología evolutiva sobre la madurez del menor han influido en el desarrollo legislativo vigente sobre el menor.
- La aproximación a la madurez del menor puede realizarse desde dos líneas claramente diferenciadas: el desarrollo del concepto de madurez moral o el concepto aplicado de las capacidades.
- El concepto de madurez moral proviene del campo de la psicología evolutiva y ha sido ampliamente validado en el campo educativo.
- El concepto de madurez desarrollado según la valoración de las capacidades aplicadas proviene de la valoración de la competencia en el adulto.
- La gravedad de la decisión debe tenerse en cuenta, realizando una cuidadosa ponderación de los riesgos/beneficios.
- Hay diversos factores situacionales, ya sean personales, familiares o culturales, que pueden facilitar o dificultar la toma de decisiones y deben tenerse en cuenta.
- La capacitación para la toma de decisiones, así como la investigación y la validación de instrumentos que ayuden a la valoración, son algunos de los temas pendientes en la valoración de la competencia en el menor.

Palabras clave: Competencia mental • Toma decisiones • Niños • Adolescentes • Bioética.

El marco de desarrollo de la medicina actual, y en concreto el de la relación médico-paciente, ha experimentado una evolución espectacular, no sólo por el desarrollo científico-técnico, sino también por la progresiva incorporación del paciente en la toma de decisiones, dentro del marco del respeto a la autonomía de la persona^{1,2}.

Para considerar a una persona plenamente autónoma, según la definición clásica de Beauchamp y Childress³, es necesario que esté libre de coacción y que sea competente. En

el ejercicio diario de nuestra profesión debe incluirse de forma sistemática el planteamiento de la competencia o no de cada paciente, especialmente en los pacientes con posibilidad o indicios de que no sean competentes.

Los pacientes menores de edad constituyen uno de los grupos que más dificultades presentan. La valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias sigue siendo un tema complejo y controvertido, por diversas razones: falta de claridad del fundamento le-

gal, dificultad de la misma valoración y falta de estudios de investigación sobre el tema.

Respecto al fundamento legal⁴⁻⁶, hay una tendencia claramente consolidada y relativamente reciente para la progresiva incorporación de derechos a los menores de edad, y entre ellos se establece el derecho del menor a ser tenido en cuenta en la toma de decisiones, incluso otorgándole la posibilidad de ser el decisor principal, antes de la mayoría de edad. Sin embargo, aunque la legislación establece este derecho, le compete al facultativo la valoración de la capacidad del menor para ejercerlo o la valoración de la gravedad de la situación.

Respecto a la dificultad de la valoración de la competencia del menor, hay diferentes aspectos que la dificultan. Por una parte, sabemos que el desarrollo del menor es un proceso progresivo y dinámico en el que intervienen múltiples y diversos factores, cognitivos, afectivos, psicobiográficos, motivacionales, situacionales⁷⁻⁹. Entre ellos el factor que parece más relacionado con el desarrollo de la madurez moral es el factor cognitivo, el desarrollo del juicio moral¹⁰.

A la dificultad de la complejidad de los factores se suma la falta de algún protocolo o sistematología de valoración que podamos plantear ante una situación concreta. Ello conlleva el riesgo de realizar valoraciones más polares, apriorísticas y reduccionistas, considerando a todo menor capaz para decidir o, al revés, considerando que, en cualquier caso, son los padres quienes deben conocer y tomar la decisión, sin tener en cuenta en ninguno de los dos casos un algoritmo de decisión. Una sistematología de valoración favorecería el ajuste de la decisión al caso concreto¹¹.

Además, es preciso reconocer que gran parte de la dificultad sigue estando relacionada con una serie de áreas concretas, más vinculada con los conflictos de valores que con la gravedad de la decisión. El debate sobre la competencia del menor no trasciende la globalidad de la atención al menor y sigue asociado a áreas concretas; la duda sobre la competencia se plantea más a menudo en temas como la salud sexual o reproductiva, pero aparece relativamente poco en la valoración de decisiones sanitarias más graves, como en las enfermedades crónicas y oncológicas. De hecho, sería más lógico que nos planteásemos más dudas respecto a qué papel tiene el menor en la toma de decisiones en la enfermedad grave. Como bien resume Gracia¹⁰, “la madurez de una persona, ya sea ésta mayor o menor de edad, debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones, no por el contenido de los valores que asuma o maneje. El error clásico ha sido considerar inmaduro o incapaz a todo el que tenía un sistema de valores distinto del nuestro”. Es necesario un ejercicio por parte del profesional para intentar mantener un mínimo de objetividad en las decisiones que más nos confronten con nuestro propio sistema de valores.

Por otra parte, hay muy poca literatura sobre el tema concreto de la valoración del menor en las decisiones sanitarias.

Sin embargo, sí se dispone de referencias bibliográficas respecto a la medida del razonamiento moral del menor, así como de algunas de las capacidades aplicadas, necesarias para la toma de decisiones. A falta de nuevos estudios en este campo en concreto, estas aproximaciones nos permitirán establecer actualmente una referencia, pero sería muy importante disponer de estudios de validación desde una perspectiva clínica, así como el desarrollo de algún instrumento de medida válido y fiable.

Una aproximación a la valoración de la competencia

La decisión de si un menor es competente es dicotómica (sí o no) respecto a un constructo que es progresivo, la autonomía. Entenderíamos la competencia como la capacidad de tomar decisiones, en este caso sanitarias, basadas en juicios morales internos y de actuar de acuerdo con estos juicios.

Como bien comenta Ruther¹², “a menudo tenemos el deseo, por parte de tribunales o investigadores, de que aparezca una medida simple o un criterio sencillo para medir la competencia de un menor. Desgraciadamente, no disponemos de ningún test y no parece que pueda crearse. La cuestión es si un chico en particular es competente, en un contexto concreto, en un determinado tipo de decisión dada en unas circunstancias particulares”. Debido a la complejidad de factores, debemos tener muy en cuenta la importancia de la sistemática que hay que seguir para tomar una decisión determinada.

Para establecer una valoración sistemática de la competencia de un menor en concreto, es necesario tener en cuenta tres puntos fundamentales:

1. Grado de madurez del menor en concreto.
2. Grado de dificultad de la decisión.
3. Circunstancias y contexto en el que se toma la decisión.

Valoración de la madurez del menor

Hay dos líneas claramente diferenciadas respecto a la valoración de la competencia del menor propiamente dicha: la valoración de la fase del razonamiento moral del menor y la valoración de capacidades aplicadas respecto a la toma de decisiones. El primer tipo proviene del campo de la filosofía y de la psicología evolutiva, y se basa en el supuesto de que existe una progresión desde la niñez hasta el adulto en el grado de madurez moral hasta llegar a una estabilidad. La segunda proviene del ámbito legal y se basa en una valoración similar a la que realizaríamos en un paciente adulto sobre sus capacidades concretas en la toma de decisiones. Vamos a desarrollar ambas aproximaciones.

Valoración del grado de desarrollo moral

El concepto filosófico de competencia moral ha preocupado a lo largo de la historia a numerosos filósofos en diferentes épocas, desde Aristóteles hasta Kant o Hegel. Sin embargo, el estudio del desarrollo del razonamiento ético o moral es relativamente reciente. El estudio teórico y la investigación de las fases de este desarrollo se deben a Piaget, Kohlberg y sus seguidores¹³.

Piaget fue pionero en el estudio de la evolución cognitiva y moral del niño. En el campo del desarrollo moral, Piaget distingue entre dos fases, la de la moral heterónoma y la moral autónoma¹³⁻¹⁵. La primera está basada en la obediencia y la segunda en la igualdad. Ya en sus primeros estudios, Piaget describe el inicio del desarrollo de la moral autónoma entre los 11 y los 12 años.

Pero las aportaciones más importantes en el campo del desarrollo del pensamiento ético han sido realizadas por uno de los discípulos de Piaget, Kohlberg^{13,16}. Éste construye una clasificación de niveles de desarrollo del pensamiento moral, que son definidos y universales, y representan filosofías morales separadas, como diferentes visiones del mundo sociomoral. Estas visiones representan tres tipos diferentes de relación entre el yo y las reglas o expectativas de la sociedad, que es lo que denomina niveles. Dentro de estos niveles hay diferentes estadios (tabla 1).

Hay múltiples y diversos instrumentos de medida del desarrollo moral que se basan en los estudios de Kohlberg y miden las variables cognitivas del razonamiento moral. Se han aplicado en amplias muestras de sujetos y en diversos entornos culturales. Entre todos los instrumentos de medida, los más utilizados son la Entrevista sobre el Juicio Moral (MJI) de Kohlberg y el Cuestionario de Problemas Sociomorales (DIT) de Rest^{17,18}. Ambos disponen de traducción y validación al español y cuentan con numerosos estudios que avalan su fiabilidad y validez¹⁹.

La MJI es un instrumento creado por el mismo Kohlberg, basado en los estudios que realizó. Consta de una entrevista semiestructurada que se administra a cada sujeto sobre una serie de dilemas morales. El entrevistador transcribe la respuesta al dilema, y lo codifica según los procedimientos descritos por Kohlberg. El proceso es lento y exige un alto grado de entrenamiento en el entrevistador, por lo que no es muy aconsejable en la práctica clínica habitual.

El DIT es una alternativa valiosa, traducida y validada al español. La puntuación obtenida permite situar a los sujetos en un continuo de seis estadios jerarquizados y ofrecen también una valoración de la madurez global. Sin embargo, es un test relativamente largo (requiere una hora de ejecución y media hora de corrección) y exige cierto entrenamiento en la persona que lo corrige, principalmente para interpretarlo.

Ambos instrumentos han sido ampliamente utilizados y validados en el ámbito de la psicología evolutiva y en el contexto educativo, y podrían utilizarse como referente de medi-

TABLA 1. Niveles y estadios de desarrollo moral de Kohlberg

Nivel 1 (preconvencional) (hasta aproximadamente los 9 años): las reglas y normas se viven como externas al yo, como impuestas:
Estadio 1: egoísmo ciego o moralidad heterónoma
Estadio 2: egoísmo instrumental individualista
Nivel 2 (convencional) (en el que se encuentran la mayoría de adolescentes y adultos): el "yo" se identifica con las reglas y normas sociales:
Estadio 3: perspectiva de las relaciones sociales grupales
Estadio 4: perspectiva de los sistemas sociales
Nivel 3 (posconvencional) (sólo una minoría de adultos y mayores de 25 años): el "yo" distingue entre las normas sociales y los propios valores, interiorizando el concepto de justicia universal, más allá de los sistemas sociales. Se distinguen también dos estadios:
Estadio 5: perspectiva moral de los derechos humanos
Estadio 6: moralidad de los principios éticos superiores

da del constructo "madurez del menor". Sin embargo, en la práctica clínica habitual no son muy aplicables por el tiempo que precisa su administración y corrección, así como por el alto grado de entrenamiento requerido por la persona que lo realiza. En cambio, pueden ser un buen referente en casos complejos, de enfermedad crónica y decisiones graves.

Sería necesario el desarrollo de algún instrumento de apreciación o cribado de la madurez del menor aplicable en el tiempo que se dispone habitualmente en una consulta clínica y fácilmente corregible.

Valoración de la capacidad aplicada de toma de decisiones

Independientemente de la fundamentación psicofilosófica, a finales del siglo pasado aparece en Estados Unidos un intenso debate sobre los criterios necesarios para considerar a un paciente, ya sea mayor o menor de edad, como competente. Este debate parte del ámbito legal y trasciende al ámbito bioético y clínico.

En 1977, Roth et al²⁰ revisan los criterios más utilizados en sentencias judiciales para considerar una persona competente y los agrupan en cinco: capacidad de expresar una elección, de tomar una decisión "razonable" comparada con el criterio de la persona "razonable", de realizar una elección basada en motivos racionales, de comprender el proceso de toma de decisiones, con sus riesgos y beneficios, y de comprender de forma real y completa del proceso de decisión.

Posteriormente, Appelbaum y Grisso, investigadores procedentes del ámbito clínico, publicaron sus criterios^{21,22} de competencia:

1. Capacidad de comunicar una elección, que exige una capacidad para mantener y comunicar elecciones estables durante un tiempo lo suficientemente dilatado como para poder llevarlas a cabo.

2. Comprensión de la información relevante para tomar la decisión. Requiere una memoria suficiente para almacenar palabras, frases y secuencias de información, para retener los datos fundamentales sobre la situación, así como un nivel adecuado de atención y participación de los procesos intelectuales.

3. Apreciación de la situación (enfermedad, elección) y sus consecuencias. Este criterio se refiere al significado que tienen los datos y las situaciones (estar enfermo, tener que tomar una decisión, consecuencias) para el paciente. No se relaciona con lo razonable o no razonable de la opción del paciente, sino con la necesaria aprehensión de la situación para poder tomar una decisión.

4. Manipulación racional de la información. Supone la capacidad de utilizar procesos lógicos para comparar beneficios o riesgos, sopesándolos y considerándolos para llegar a una decisión. Implica una capacidad para alcanzar conclusiones lógicamente consistentes con las premisas, de modo que se refleje el valor o el peso que previamente se les asignó.

Estos cuatro criterios son los más reflejados en la bibliografía sobre adultos y, aunque se basan en los criterios de Roth, introducen algunos cambios. Grisso y Appelbaum han diseñado un instrumento, el McArthur Competent Assessment Test²², que permite valorar la competencia en función de los criterios definidos.

Hay muy poca literatura médica sobre la aplicación de los criterios de Appelbaum en menores. En un interesante trabajo, Weithorn²³ elaboró un cuestionario con 4 hipotéticos casos y los puntuaba según los criterios. Este test se administró a 98 sujetos, entre 9 y 21 años de edad. Según los resultados, los sujetos de 14 años decidían igual que los de 18 y 21.

Aunque el estudio inicial fue muy prometedor, hay que tener en cuenta que el cuestionario administrado es también de difícil aplicación en el ámbito clínico y el tiempo de duración es de 2 h. No hay estudios posteriores con muestras más amplias que puedan validar la entrevista o utilizarse como un instrumento estandarizado.

Otros autores han profundizado también en las características de aplicación necesarias para que un menor sea considerado competente. Por ejemplo, Pearce²⁴ sugiere que la madurez suficiente para tomar decisiones está indicada por varios aspectos: tener un claro concepto de uno mismo respecto a los otros, incluida la habilidad de reconocer las necesidades propias y las necesidades de los otros; la habilidad para entender la naturaleza del trastorno, y cómo y por qué es necesario el tratamiento; la habilidad para entender el significado del riesgo/beneficio del tratamiento y del no tratamiento, y la habilidad para entender estas nociones en relación con el tiempo (pasado, presente y futuro). Pearce recomienda también tener en cuenta si hay una buena relación padres-hijos, si la relación médico-paciente es sólida y si

hay otras influencias externas en las opiniones del adolescente. En muchos aspectos, la aportación de Pearce es mucho más concreta que la de Appelbaum y da más elementos para la valoración.

En la misma línea, y de forma complementaria a la anterior aportación, Reder y Fitzpatrick²⁵ se centran en el desarrollo de la noción de “comprensión suficiente”, un término que aparece con frecuencia en el tema de la competencia del menor. La comprensión suficiente dependería de varios aspectos: la claridad de la comunicación, la complejidad de la decisión, el desarrollo cognitivo, el estado emocional y el impacto del conflicto interpersonal.

Otros autores, como Mann y Harmony²⁶, han realizado una buena revisión de los criterios en la que, después de un análisis de la bibliografía, desarrollan una lista de 9 elementos necesarios para realizar un proceso de toma de decisión competente, a la que llaman la “lista de las nueve C”: capacidad de realizar una elección propia, comprensión, creatividad, transigencia (*compromise*), consecuencialidad, exactitud (*correctness*), credibilidad, consistencia y compromiso. El valor de este trabajo es que nos ofrece una lista de capacidades que proviene de una revisión bibliográfica, de la que hay evidencia de cada criterio, aunque no en el campo de la toma de decisiones sanitarias. Como comentan los mismos autores, el hecho de que haya evidencia experimental no quiere decir que la lista de criterios sea exhaustiva y que dicha evidencia no sea incompleta y escasa. Asimismo, los autores no ofrecen ninguna operativización práctica.

En general, la valoración aplicada de la competencia basada en criterios concretos precisaría la realización de estudios rigurosos, en los que se analizara el valor de cada uno de los criterios según la madurez del adolescente y pudiera aplicarse clínicamente.

Gravedad de la decisión

El segundo factor que cabe tener en cuenta para valorar la competencia del menor es establecer la gravedad del tipo de decisión según la valoración de riesgo/beneficio y la proporcionalidad de la decisión.

Respecto a la proporcionalidad de la decisión hay un referente claro y ampliamente conocido: la Escala Móvil de la Competencia de Drane^{27,28}. Esta escala fue diseñada por Drane en los años setenta, y no se refiere sólo a las decisiones relacionadas con el menor, sino que también hace referencia a la proporcionalidad de la decisión: cuanto más grave es la decisión, mayor es el nivel de competencia que debe exigirse a la persona que toma la decisión. En la tabla 2 podemos observar las categorías descritas por Drane.

En un primer nivel, para un tipo de decisiones fáciles, la competencia exigible sería baja y, según Drane, la decisión la podrían tomar los niños a partir de los 12 años de edad,

TABLA 2. Resumen de la Escala Móvil de la Competencia de Drane

Tipo de decisión	Fácil	Media	Difícil
Competencia necesaria	Baja	Media	Alta
Para consentir	Tratamiento eficaz, alto beneficio/ bajo riesgo	Beneficio/riesgo intermedio	Tratamientos de alto riesgo Tratamiento incierto, de eficacia desconocida
Para rechazar	Tratamiento incierto Tratamiento de bajo beneficio/alto riesgo	Beneficio/riesgo intermedio	Tratamiento efectivo de alto beneficio/ bajo riesgo

siempre que tengan una conciencia básica de su situación médica y sean capaces de asentir explícita o implícitamente a las opciones que se les proponen.

En una segunda categoría o un nivel medio de competencia, estarían los niños o adolescentes hasta los 16 años de edad, que son capaces de comprender su situación médica y el tratamiento propuesto, y de elegir según las expectativas médicas. En este caso podrían consentir o rechazar tratamientos de eficacia dudosa.

Finalmente, en una tercera categoría se encuentran los pacientes con un elevado nivel de competencia y que podrían ser capaces de consentir tratamientos ineficaces y rechazar tratamientos eficaces. En principio, según Drane, para este nivel de competencia se requeriría la mayoría de edad.

Factores contextuales y situacionales

Después de haber valorado la madurez del menor y el riesgo/beneficio de la decisión, otros factores pueden influir en la toma de decisiones, facilitándola o dificultándola, por lo que deben tenerse en cuenta (tabla 3). Entre ellos, algunos dependen del niño, otros de la familia y otro tipo de variables dependen de la situación^{24,25,29,30}.

Capacitación para la toma de decisiones: un reto pendiente

La adquisición de una capacidad, en este caso la competencia para tomar decisiones, es una habilidad que precisa un progresivo entrenamiento. No puede basarse el aprendizaje de habilidades humanas más complejas sólo en la observación, sino que es necesario un proceso de progresiva incorporación del menor a la toma de decisiones, incluso cuando éste no es competente, para que pueda adquirir la capacidad.

Aunque la valoración de la competencia sea puntual y para un tipo de decisión concreta (algoritmo 1), un aspecto que debemos tener muy presente todos los profesionales que trabajamos con menores es la capacitación para tomar

TABLA 3. Factores contextuales en la toma de decisiones

Factores dependientes del menor:
Presencia de dolor, malestar, toma de drogas o medicación que altere el nivel de conciencia
Presión externa grupal o familiar
Estado emocional: estrés, miedo o pánico, depresión
Enfermedad crónica
Pensamiento mágico adolescente
Factores familiares o culturales
Relación familiar afectiva o no
Presencia de soporte familiar
Factores culturales que favorezcan el "rol adulto"
Factores situacionales
Decisión en un contexto de urgencias
Relación esporádica o de confianza
Presión asistencial

decisiones. Aunque consideremos al menor "no competente" para una decisión concreta, es necesario implicarlo en el proceso, informarlo y "que forme parte" de la decisión tomada. No podemos esperar que un niño al que no hayamos tenido en cuenta en la relación habitual pueda tomar decisiones por él mismo a una cierta edad. El proceso es progresivo y activo, y requiere una implicación de los profesionales en él.

Aparte de la importancia ética o de la obligación legal de informar al menor, el hecho de facilitar la comunicación niño-padres-profesional y de tenerlo en cuenta en el proceso de toma de decisiones va a favorecer una serie de aspectos:

- Mayor satisfacción con el cuidado médico, percibido tanto por parte de los padres como del niño³¹.
- Mayor cooperación por parte del niño en el tratamiento³².
- Promueve la sensación de control: se percibe la enfermedad como menos estresante, disminuye la sensación de malestar y facilita el ajuste positivo³³.
- Demuestra un respeto por las capacidades del niño y favorece el desarrollo de dichas capacidades³³.

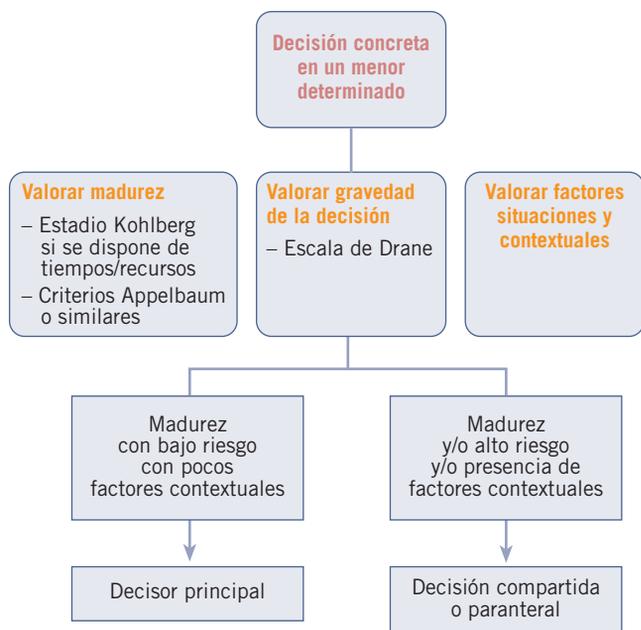


Figura 1. Algoritmo en la toma de decisiones en menores.

El Real Colegio de Pediatras de Inglaterra³⁴ establece un continuo con los siguientes niveles: *a*) informar al menor; *b*) escucharle; *c*) incluir sus opiniones en la toma de decisiones, y *d*) considerar al menor competente como decisor principal.

Otros autores definen diversos niveles en el grado de participación. McCabe y Weithorn³⁵ establece tres niveles de participación: *a*) información sobre la enfermedad, el tratamiento y los procedimientos médicos; *b*) decisión compartida con los padres/tutores, colaboración con los cuidadores, y *c*) decisión autónoma.

Estos continuos establecen distintos grados de participación y también la implicación del menor en la toma de decisiones: el niño debe ser informado a cualquier edad, con un lenguaje adecuado y adaptado a sus necesidades; cuando tenga edad suficiente, debe ser escuchado e invitado a que dé su opinión; esta opinión debe ser tenida en cuenta y respetada cuando se pueda. Sólo a partir de la participación progresiva los menores podrán ser después adultos competentes y principalmente responsables de sus propias decisiones en materia de salud.

William Osler, pionero en la educación médica moderna, definía nuestra profesión como “la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”. La valoración de la competencia del menor no deja de ser un ejercicio de ciencia y arte en el campo de las incertidumbres y la valoración adecuada de las probabilidades. Arte en cuanto a ejercicio personal e individualizado y ciencia en cuanto a que tenemos el deber de conocer y aplicar todos los instrumentos y conocimientos que nos ayuden no sólo a evaluar al paciente, sino a facilitar su progresiva incorporación en la toma de decisiones.

Bibliografía

- Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.
- Simon Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc). 2001; 117: 99-106.
- Beauchamp TL, Childress JF. El respeto de la autonomía. Principios de ética médica. 4.ª ed. Madrid: Masson; 1999.
- Ley de Protección Jurídica del Menor. Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero. BOE, 235-249.
- 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. BOE, 15 de noviembre de 2002.
- Terribas N. Aspectos legales de la atención a los menores de edad. FMC. 2008;15:367-73.
- McCabe MA. Involving children and adolescent in medical decision making: developmental and clinical considerations. J Pediatr Psicol. 1996;21:505-16.
- Gabaldon S. El menor maduro. El adolescente y la sanidad. Adolescencia: conflicto y decisión. Institut Borja de Bioética. Universitat Ramon Llull. Barcelona: Mapfre S.A.; 2008
- Mann L, Harmony RV, Power CN. Adolescent decision making: the development of competence. J Adolesc. 1989;12:265-78.
- Gracia D. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin (Barc). 2001;117:179-90.
- Esquerda M. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitaria. En: Adolescencia: conflicto y decisión. Barcelona: Fundacion Mapfre-Institut Borja de Bioética; 2008.
- Ruther M. Research and the family justice system: what has been the role of research and what should it be? Newslett Nat Coun Fam. 1999;15:2-6.
- Pérez-Delgado E, García Ros R. La psicología del desarrollo moral. Madrid: Siglo XXI; 1991
- Piaget J. El criterio moral en el niño. 2.ª ed. Barcelona: Fontanel·la;1974.
- Piaget J, Inhelder B. The psychology of the child. New York: Basic Books; 1969.
- Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Desclée de Brower; 1992.
- Rest J. Moral Development. Advances in research and theory. New York: Praeger; 1986.
- Rest J. Development in judging moral issues. University of Minnesota Press; 1979.
- Pérez-Delgado E, Gimeno A, Oliver JC. El razonamiento moral y su medición a través del Defining Issue Test de Rest. Rev Psicol Educ. 1989.
- Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry. 1977;134:279-84.
- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988;319:1635-8.
- Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press; 1998
- Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescent to make informed treatment decisions. Child Develop. 1982;53:1589-98.
- Pearce J. Consent to treatment during childhood. The assessment of competence and avoidance of conflict. Br J Psychiatry. 1994;165:713-6.
- Reder P, Fitzpatrick G. What is sufficient understanding? Clin Child Psychol Psychiatr. 1998;3:103-13.
- Mann L, Harmony RV, Power CN. Adolescent decision making: the development of competence. J Adolesc. 1989;12:265-78.
- Drane JF. Ethical work-up guides clinical decision making. Health Progress. 1988;69: 64-7.
- Drane JF. Métodos de ética clínica. En: Couceiro A, ed. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999.
- Shaw M. Competence and consent to treatment in children and adolescent. Adv Psychiatric Treat. 2001;7:150-9.

30. Martínez K. La capacidad del menor en el ámbito de la salud. Dimensión sociosanitaria. *Derecho y salud*. 2007;15:27-42.
31. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication (I). Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968;42:855-71.
32. La Greca AM. Adherence to prescribe medical regimens. En: Routh DK, ed. *Handbook of pediatric psychology*. New York: Guildford; 1988. p. 299-320.
33. Pultnam DE, Finney JW, Barkley PL. Enhancing commitment improves adherence to a medical regimen. *J Cons Clin Psychol*. 1994;62:191-4.
34. Royal College of Pediatrics and Child Health. *Withholding or withdrawing life saving treatment in children: a framework for practice*. London: Royal College of Paediatrician and Child Health; 1997.
35. McCabe MA, Weithorn LA. Involving children and adolescent in medical decision making: development and clinical consideration. *J Pediatr Psychol*. 1996;21:505-16.