

Los editores de la *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* les queremos proponer a nuestros lectores la oportunidad de reflexionar sobre temas que se encuentran en debate en la comunidad científica. Para ello hemos invitado a exponer sus posiciones sobre situaciones de capacidad decisional fluctuante en una revista académica a dos prestigiosos referentes del tema con miradas contrapuestas a partir de una situación clínica. A continuación, les compartimos las reflexiones del Dr. Oscar Mazza* y de la Dra. Fabiana Giber sobre la base del siguiente escenario hipotético:

Un hombre de 78 años, con diagnóstico reciente de deterioro cognitivo leve, vive con su hija en Buenos Aires. Tras varios episodios de dolor abdominal, se le indica una colecistectomía laparoscópica electiva. Aunque comprende la explicación médica, repite las mismas preguntas, por momentos se muestra confundido y expresa temor a la cirugía. Su hija considera que ya no puede decidir por sí mismo y solicita avanzar con la operación. El equipo tratante se enfrenta así a un problema complejo vinculado con los límites de la autonomía del paciente, la posición de los familiares y la recomendación médica.

Autonomía y capacidad de decisión en pacientes mayores con deterioro cognitivo leve

Fabiana Giber

Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

En geriatría es fundamental distinguir entre competencia (un concepto clínico y dinámico) y capacidad de decisión (un término legal). El diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) no anula la capacidad del paciente para consentir. El hecho de que el paciente repita preguntas o presente confusión sugiere vulnerabilidad en la memoria de trabajo, pero no necesariamente una incapacidad para comprender los riesgos y el beneficio. La capacidad debe evaluarse para esta decisión específica.

Desde la bioética, el principio de autonomía debe prevalecer mientras existan muestras de lucidez. Éticamente, la mejor intención de un familiar no puede anular el derecho del paciente a decir “no” o “todavía no”, especialmente en una cirugía electiva (no urgente).

Para priorizar la voz del paciente, el equipo tratante debería aplicar los cuatro criterios funcionales de la capacidad:

Comprensión: ¿Entiende que tiene piedras en la vesícula y que la cirugía es para quitarlas?

Apreciación: ¿Reconoce que, si no se opera, podría tener una complicación en el futuro?

Razonamiento: ¿Puede comparar los riesgos de la cirugía frente a los riesgos de la espera?

Expresión de una elección: ¿Mantiene una postura consistente (aunque sea el rechazo por miedo)?

El miedo a la cirugía es una respuesta humana racional, no un síntoma de demencia. Si el paciente expresa temor, la respuesta ética no es quitarle el poder de decisión, sino gestionar el miedo mediante la información y el acompañamiento.

Dado que, en la Argentina, el Código Civil y Comercial protege la autonomía y la capacidad de las personas mayores, el equipo médico debe, en el caso que se presenta:

Implementar ajustes de comunicación: realizar entrevistas breves, en momentos del día durante los cuales el paciente esté más lúcido (evitando el síndrome de puesta de sol), y quizá con el apoyo de herramientas visuales.

Explicar a la hija que el DCL no otorga automáticamente la representación legal. La función de la familia es acompañar la voluntad del padre, no reemplazarla, a menos que exista un riesgo inminente de vida que aquí no se presenta.

*Comentario del Dr. Oscar M. Mazza. “Cuando la autonomía entra en tensión con la prevención del daño” [\[link\]](#).

Autor para correspondencia: fabiana.giber@hospitalitaliano.org.ar, Giber FN.

Recibido: 02/03/2026 | Aceptado: 25/03/2026 | Publicado: 23/06/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1353>

Cómo citar: Giber FN. Autonomía y capacidad de decisión en pacientes mayores con deterioro cognitivo leve. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2026;46(2):e0001353

Consentimiento por etapas: si el paciente no puede decidir hoy, y la cirugía no es urgente, se puede posponer la decisión una semana para reevaluar la consistencia de su discurso.

Con el fin de discernir o colaborar con la toma de una decisión se puede derivar al paciente a una Valoración Geriátrica Integral (VGI) que permitiría desglosar si la confusión del paciente es un rasgo estable del DCL o si existen factores reversibles que puedan estar influyendo en ella. En la VGI se evalúan 4 esferas:

1. Esfera clínica y cognitiva

Detección de *delirium* superpuesto: es vital descartar que el dolor abdominal crónico o una infección urinaria silente estén causando fluctuaciones en su estado mental. Un paciente con un cuadro confusional agudo no tiene capacidad decisional transitoria, mientras que un paciente con DCL, sí puede tenerla.

2. Esfera funcional

Determinar si el paciente mantiene sus Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Si el hombre aún maneja su propio dinero o medicación en Buenos Aires, invalidar su decisión quirúrgica basándose solo en que repite preguntas sería una inconsistencia clínica y una vulneración de sus derechos.

3. Esfera afectiva y social

Screening de depresión: el temor a la cirugía podría ser una manifestación de un cuadro depresivo reactivo al diagnóstico de DCL. La depresión altera la apreciación del beneficio, lo cual afecta directamente la calidad de su consentimiento.

4. Dinámica familiar: la VGI permite evaluar la sobrecarga de la hija. Muchas veces, el deseo de avanzar con

la operación responde más a la ansiedad del cuidador por evitar una emergencia futura que a una necesidad clínica inmediata.

Impacto en el límite de la autonomía

Una vez realizada la VGI, el equipo médico tendrá un panorama claro:

- Si la VGI muestra fragilidad leve y funciones ejecutivas conservadas: se debe respetar la voluntad del paciente (incluso su rechazo), trabajando en sesiones de información repetidas.

- Si la VGI revela un deterioro moderado con pérdida de juicio crítico: la autonomía se ve limitada y la figura de la hija cobra relevancia, pero siempre bajo el criterio del "mayor beneficio para el paciente" y no por mera conveniencia.

Conclusión del abordaje: la VGI transforma una discusión de opiniones entre la hija y el médico en una estrategia basada en la evidencia. Le devuelve al paciente su derecho a ser evaluado como un sujeto complejo y no solo como un anciano confundido. La autonomía del paciente con un DCL es una autonomía vulnerable, pero real. Priorizar su voz implica aceptar que tiene derecho a dudar y a sentir temor. Mientras el paciente pueda comunicar una preferencia que no sea manifiestamente irracional o suicida, su negativa o su pedido de tiempo debe ser respetado por sobre el deseo de eficacia de la familia o del sistema médico.

Conflictos de intereses: la autora declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.