



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Estudio sobre el Régimen de la Modificación
de la Capacidad de Obrar en el Partido
Judicial de Murcia
(2012-2015)

D^a.Filomena García Sánchez

2017



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Estudio sobre el Régimen de la Modificación
de la Capacidad de Obrar en el Partido
Judicial de Murcia
(2012-2015)

Dirigida por:

**Prof. Dr. Dña. M^a JOSÉ GARCÍA SÁNCHEZ Y
Prof. Dr. D. RAFAEL BAÑÓN GONZALEZ**

D^a.Filomena García Sánchez

2017



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a María José García Sánchez, Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Estudio sobre el Régimen de la modificación de la capacidad de obrar en el partido Judicial de Murcia (2012-2015)", realizada por D^a Filomena García Sánchez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 24 de Abril de 2017



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Rafael Bañon González, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Estudio sobre el Régimen de la modificación de la capacidad de obrar en el partido Judicial de Murcia (2012-2015)", realizada por D^a Filomena García Sánchez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 24 de Abril de 2017

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'R' followed by a more complex, scribbled signature.

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida, que conlleva un envejecimiento poblacional con mayor incidencia de enfermedades crónicas con discapacidad, junto a la mayor supervivencia de las personas con discapacidad debido al avance de los tratamientos médicos de las enfermedades congénitas y hereditarias, generan problemas jurídicos, sanitarios, asistenciales y especialmente de valores personales. Recientemente se ha producido un cambio en el paradigma de la discapacidad. El Convenio de Nueva York de 2006 demanda una modificación en aras de una mayor igualdad y la necesidad de políticas públicas dirigidas a promover la autonomía e independencia.

En este trabajo nos planteamos el estudio de las características demográficas, diagnósticos médicos y propuestas de modificación de la capacidad de obrar en el Partido Judicial de Murcia en el periodo 2012-2015, así como la idoneidad del método de valoración de la capacidad en los informes periciales y su adaptación a las normas supranacionales.

Para ello, hemos estudiado los informes emitidos por el Instituto de Ciencias Forenses de la Región de Murcia entre los años 2012 y 2015, relacionados con los procedimientos de modificación de la capacidad de obrar tramitados en el Partido Judicial de Murcia. Hemos extraído los datos demográficos, sociales, causales y de propuesta. Hemos llevado a cabo este estudio en tres fases, ejecutadas de manera secuencial: una revisión bibliográfica; el diseño del proceso y las variables a analizar en función de los objetivos marcados; tratamiento estadístico de dichas variables, contrastando los resultados obtenidos con los resultados de otros autores. Se han excluido del estudio los expedientes de internamiento civil urgente, de imputabilidad y de autorización judicial para la esterilización de una persona.

En los resultados destacaba que no existían diferencias en cuanto al sexo de los sujetos sometidos a procedimiento, salvo en los mayores de 70 años entre los que el femenino casi duplicaba al masculino. El grupo de edad de mayor de 70 años representa el 45% del total de la muestra. Las enfermedades mentales y las enfermedades del sistema nervioso suponen el 98% de los diagnósticos. En más del 92,5% de los expedientes se propuso una incapacitación y en el 83,5% la incapacitación es total. Solo el 9% propone una incapacidad parcial.

Por lo que podemos concluir que la incidencia de solicitudes no ha variado significativamente a lo largo de los años estudiados. El porcentaje mayor de solicitudes de modificación de la capacidad de obrar se realiza en mayores de 70 años, mujeres, viudas y con deterioro cognitivo como diagnóstico. Los

principales trastornos causantes de la modificación de la capacidad de obrar son los trastornos neurocognitivos (Alzheimer, demencia senil y demencia vascular), las discapacidades intelectuales (encefalopatía anóxica, Síndrome de Down y trastornos de la conducta) y las psicosis (esquizofrenia, frecuentemente asociada al consumo del alcohol y sustancias psicoactivas). A pesar del tiempo transcurrido no se ha realizado la adaptación legislativa del sistema español a los imperativos de la Convención, salvo algunas modificaciones terminológicas (más teóricas que prácticas), manteniéndose la distinción clásica entre la capacidad jurídica y la capacidad de obrar. El procedimiento es anacrónico y dirigido a la privación total o parcial de esta última, así como la sustitución de la voluntad del incapacitado por el tutor o curador, sin tener en cuenta otras cuestiones más que la concurrencia de una enfermedad. De modo que en más del 90% de los casos se valoró una incapacitación total. Esto, junto al alto índice de proposiciones de incapacitación total en los diagnósticos leves y moderados, y unido a la falta de procedimientos de revisión, indica el largo camino que queda por recorrer para alcanzar el equilibrio entre autonomía y protección.

Palabras clave: Discapacidad, Incapacitación, figuras de protección, Modificación de la capacidad de obrar, Convenio New York discapacidad, autogobierno, valoración forense de la Capacidad.

ABSTRACT

The increase in life expectancy leads to an aging population with a higher incidence of chronic diseases and therefore disabilities. Also, the greater survival of people with disabilities due to advances in medical treatment of congenital and hereditary diseases produces people who used to die young to prolong their life expectancy. All this is generating legal, health and assistant problems, and even it can lead to values crisis. Recently there has been a change in the paradigm of disability. The 2006 New York Convention calls for a change to get a greater equality and the need for public policies aimed at promoting autonomy and independence.

In this work, we propose the study of the demographic characteristics, medical diagnoses and proposals of modification of the capacity to act in the Judicial Court of Murcia in the period 2012-2015, as well as the appropriateness of the method of assessing of the capacity in the reports the adaptation of them to supranational standards.

For this reason, we have studied the reports issued by the Institute of Forensic Sciences of the Region of Murcia between 2012 and 2015, related to the procedures that have been requested to rate the capacity legal to act, processed in the Judicial Party of Murcia. We have extracted demographic, social and medicals causes and proposal data. We carried out this study in three phases, executed sequentially: a bibliographic review; The design of the process and the variables to analyse according to the objectives set; Statistical treatment of these variables, contrasting the results obtained with the results of other authors. It has been excluded from the study the files of urgent civilian detention, imputability and judicial authorization for the sterilization of a person.

Therefore, we can conclude that the incidence of applications has not changed significantly over the years studied. The highest percentage of requests for modification of the capacity to act is performed on over 70 years, women, widows and cognitive impairment as a diagnosis. The main disorders that cause impairment of functioning are neurocognitive disorders (Alzheimer's, senile dementia and vascular dementia), intellectual disabilities (anoxic encephalopathy, Down's Syndrome and behavioral disorders). And psychosis (schizophrenia, often associated with alcohol consumption and psychoactive substances). Despite the time elapsed, legislative adaptation of the Spanish system to the requirements of the Convention has not taken place, except for some terminological changes (more theoretical than practical), maintaining the classic distinction between legal capacity and capacity to act.

The procedure is anachronistic and directed to the total or partial deprivation of

the capacity to decide, as well as the substitution of the will of the incapacitated by the guardian or curator, without taking into account other issues more than the concurrence of a disease. Thus, in more than 90% of the cases a total incapacitation was assessed. This, together with the high index of proposals for total incapacitation in slight and moderate diagnoses, coupled with the lack of revision procedures. It indicates the long remaining road to reach a balance between autonomy and protection.

Key words: disability, Incapacitation, substitution decision making system, legal capacity Spanish regulation, The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, self-governance, forensic assessment.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCION	1
I.1.	ANTECEDENTES	5
I.2.	REGULACIÓN ACTUAL.	10
I.3.	ESPECIAL REFERENCIA AL CONVENIO DE NUEVA YORK 2006	19
I.4.	INCAPACITACIÓN CIVIL	30
I.5.	PROCEDIMIENTO	38
I.6.	EFFECTOS Y CONSECUENCIA	49
I.7.	FIGURAS DE PROTECCIÓN	62
I.8.	CONTEXTO Y PERFIL DE LA PERSONA INCAPACITADA	94
I.9.	CAUSAS DE INCAPACITACIÓN	99
I.10.	VALORACION DE LA CAPACIDAD	138
I.10..1.	VALORACION EN LAS DIVERSAS AREAS DE LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS	142
I.10..2.	INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD	143
I.10..3.	EL MÉDICO FORENSE	151
I.10..4.	EL INFORME DEL MÉDICO FORENSE	153
II.	JUSTIFICACIÓN	157
III.	OBJETIVOS	161
IV.	MATERIAL Y MÉTODO	165
V.	RESULTADOS	187
VI.	DISCUSIÓN	245
VII.	CONCLUSIONES	267
VIII.	BIBLIOGRAFIA	271
IX.	ANEXOS	315

LISTA DE TABLAS

- **Resultados de Incidencia y demografía**
- Tabla 1. Evolución por año de estudio.
- Tabla 2. Sexo
- Tabla 3. Edad – estadísticos
- Tabla 4. Edad agrupada (3 grupos)
- Tabla 5. Edad agrupada (por décadas)
- Tabla 6. Sexo de las personas evaluadas y edad en 3 grupos.
- **Contexto de las personas evaluadas.**
- Tabla 7. Estado civil de las personas evaluadas
- Tabla 8. Lugar de residencia de las personas evaluadas
- Tabla 9. Lugar de reconocimiento de las personas evaluadas
- Tabla 10. Presenta problema físico las personas evaluadas.
- Tabla 11. Persona que inicia el proceso de las personas evaluadas
- Tabla 12. Tienen apoyo familiar las personas evaluadas
- Tabla 13. Precisa ayuda para ABVD las personas evaluadas
- Tabla 14. Toma tratamiento habitual
- Tabla 15. Consume sustancias psicoactivas
- Tabla 16. Sexo y estado civil.
- Tabla 17. Sexo y lugar de residencia.

- Tabla 18 Sexo y tiene apoyo familiar.
- Tabla 19. Sexo y precisa ayuda actividades vida diaria.
- Tabla 20. Sexo y toma tratamiento habitual.
- Tabla 21. Sexo y consumo sustancias psicoactivas.
- Tabla 22. Edad 3 grupos y estado civil.
- Tabla 23. Edad 3 grupos y lugar de residencia.
- Tabla 24. Edad 3 grupos y tiene apoyo familiar.
- Tabla 25. Edad 3 grupos y precisa ayuda para actividades vida diaria.
- Tabla 26. Edad 3 grupos y lleva tratamiento habitual.
- Tabla 27. Edad 3 grupos y presenta problema físico
- Tabla 28. Edad 3 grupos y consumo sustancias psicoactivas.
- Tabla 29. Edad 3 grupos y quien solicita la incapacitación.
- Tabla 30. Estado civil y lugar de residencia.
- Tabla 31. Estado civil y apoyo familiar.
- Tabla 32. Lugar de residencia y quien realiza la solicitud.
- Tabla 33. Lugar de residencia y apoyo familiar.
- Tabla 34.- lugar de residencia y precisa ayuda actividades vida diaria.

- Tabla 35. Tiene apoyo familiar y precisa ayuda para actividades vida diaria.
- Tabla 36. Tiene apoyo familiar y precisa tratamiento habitual.
- Tabla 37. Tiene apoyo familiar y consumo sustancias psicactivas.
- **Resultados: Valoración por otras Instituciones**
- Tabla 38. Valoración previa IMAS de las personas evaluadas
- Tabla 39. Puntuación % IMAS de las personas evaluadas
- Tabla 40. Edad 3 grupos y valoración previa IMAS.
- Tabla 41. Edad 3 grupos y baremo% IMAS.
- Tabla 42. Lugar de residencia y baremo de calificación del IMAS.
- **Resultados: Causas Médicas en la valoración**
- Tabla 43. Diagnostico 1 (Manifestación Sindrómica). Cie 10 es. Lista tabular de enfermedades y lesiones.
- Tabla 44. Principales Diagnósticos
- Tabla 45. Lista de diagnóstico 1º (Manifestación Sindrómica).
- Tabla 46. Diagnostico 2º. Diagnostico principal. Cie 10 ES lista tabular de enfermedades y lesiones.
- Tabla 47. Diagnostico 2º. Causas.
- Tabla 48. Diagnostico 1. Manifestaciones Sindrómicas y Diagnostico Principal 2º.

- Tabla 49. Sexo y 1º diagnóstico
- Tabla 50. Edad 3 grupos y 1º diagnóstico.
- **Valoración del médico forense**
- Tabla 51. Aporta informe de especialista
- Tabla 52. Conoce el motivo reconocimiento las personas evaluadas
- Tabla 53. Edad 3 grupos y conoce objeto reconocimiento.
- Tabla 54. Se aporta o realiza Índice de Barthel.
- Tabla 55. Edad 3 grupos y Índice de Barthel.
- Tabla 56. Sexo e Índice de Barthel.
- Tabla 57. Se aporta o realiza Test Minimental.
- Tabla 58. Sexo y prueba de Minimental.
- Tabla 59. Se aporta o realiza Índice Reisberg.
- Tabla 60. Sexo e Índice de Reisberg.
- **Resultados: Propuesta Valoración**
- Tabla 61. Propuesta del informe.
- Tabla 62. Año de estudio y propuesta de resolución de la incapacitación en el informe forense.
- Tabla 63. Sexo y propuesta de informe.

- Tabla 64. Lugar de residencia y propuesta del informe.
- Tabla 65. Baremo del IMAS propuesta del informe.
- Tabla 66. Conoce el lugar de reconocimiento y propuesta del informe.
- Tabla 67. Tiene apoyo familiar y propuesta del informe.
- Tabla 68. Toma tratamiento habitual y propuesta del informe.
- Tabla 69. Estado civil y propuesta del informe.
- Tabla 70. Edad 3 grupos y propuesta del informe.
- Tabla 71. Consume sustancias psicoactivas y propuesta del informe.
- Tabla 72. Diagnóstico 1 y propuesta del informe.
- Tabla 73.- Diagnóstico 2 y propuesta del informe.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Edad agrupada
- Gráfico 2. Edad agrupada por décadas
- Gráfico 3. Pirámide poblacional

LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ACE	Aid to Capacity Evaluation
AED	Análisis Exploratorio de Datos
APA	American Psychiatric Association
Art	Artículo
AVD	Actividades de la Vida Diaria
BI	Índice Barthel
BOE	Boletín Oficial del Estado
CC	Código Civil
CCAA	Comunidades Autónomas
CDR	Clinical Scale for the Staging for Dementia
CE	Constitución Española
CGPJ	Consejo General del Poder Judicial
CI	Coeficiente Intelectual
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CIQ	Community Integration Questionnaire
CP	Código Penal
CSM	Consejería de Sanidad de Madrid
CTPS	Consejería de Trabajo y Política Social
DI	Discapacidad Intelectual
DRS	Disability Rating Scale
DS	Desviación Standard
EDAD	Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia.
EDDES	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud
EDDM	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías
ERLA	Escala de funcionamiento cognitivo Rancho Los Amigos
FAST	Funtional assessment staging

FIM	Functional Independence Measur
GDS	Global Deterioration Scale
GOS	Glasgow Outcome Scale
IML	Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
INE	Instituto Nacional de Estadística
LEC	Ley de Enjuiciamiento Civil
LECr	Ley de Enjuiciamiento Criminal
LO	Ley Orgánica
LSs	Legal Standard Incapacity
MMSE	Mini-mental State Examination
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad
OBSCAC	Observatorio sobre Salud, Autonomía, Competencia y Derechos Humanos.
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas.
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto Legislativo
SAPBCN	Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona
SAPCR	Sentencia de la Audiencia Provincial de Ciudad Real
SNC	Sistema Nervioso Central
SPA	Sentencia de la Audiencia Provincial
SSTS	Sentencias del Tribunal Supremo
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
STSJCL	Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León
TC	Tribunal Constitucional
TCE	Traumatismo Cráneo Encefálico
TDI	Trastorno del Desarrollo Intelectual
TGD	Trastorno General del Desarrollo
TS	Tribunal Supremo
TSJ	Tribunal Superior de Justicia
TSJRM	Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia

I. INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo XX se produjo, a nivel mundial, un incremento de la esperanza de vida que llevó a la población a multiplicarse por cuatro en 125 años y a un consecuente envejecimiento. Al mismo tiempo, se viene produciendo un aumento de la esperanza de vida de las personas con discapacidad por los avances médicos en el tratamiento de enfermedades congénitas y hereditarias. Estas circunstancias requieren un cambio en las políticas sociales, sanitarias y económicas que deberán adaptarse a la nueva estructura de la población, pues supondrá una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas. Este tipo de enfermedades discapacitantes acarrearán una serie de problemas políticos, jurídicos, sanitarios, asistenciales y especialmente de valores personales, de los que depende en muchos casos el bienestar de las personas con discapacidad.

Dichos problemas pueden acarrear efectos negativos en la sociedad, sobre todo por la dependencia que conlleva la mayor edad y la discapacidad. Se estima que la “tasa de dependencia de la ancianidad” (población \geq 60 años dividido entre la población de 15-59 años) pasará en la Unión Europea de 0,36 en 2002 a 0,56 en 2025 (Freedman et al, 2002).

Se calcula que en el año 2010 en Europa había más de 160 millones de personas mayores de 60 años, de los cuales 10 millones padecían algún tipo de demencia. Estas enfermedades crecerán de forma exponencial y serán consideradas de categoría endémica (Memoria OBSCAC, 2013). Los avances médicos podrían llevar al hombre a vivir ciento cincuenta años, pero se pasaría los últimos cincuenta en un estado de dependencia a cargo de personas que los cuidasen (Fukuyama, 2002). Agrava esta situación los escasos recursos económicos de que disponen y el cambio de rol de la mujer en la sociedad

dedicada, hasta hace poco tiempo, al cuidado de la familia en el sentido amplio de la palabra (Esping, 1999).

Para la protección de estas personas, deberían realizarse políticas públicas dirigidas a promover su autonomía e independencia. En este sentido, el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Nueva York 2002) planteaba soluciones dirigidas a capacitar a todas las personas de edad para que participen plenamente en todos los aspectos de la sociedad, garantizando, además, sus sistemas de protección social. En 2006 se aprobó La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Convenio de Nueva York) con el objeto de promover, proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales por las personas con discapacidad.

El convenio fue ratificado por España el 21 de abril del 2008 (Instrumento de Ratificación de 21 de abril de 2008) y pasó a formar parte de nuestro ordenamiento jurídico. Esto conlleva la necesidad de adaptar el derecho interno a los principios de la convención que aboga por un modelo social en la toma de decisiones que impida la anulación o la disminución de la capacidad jurídica. Se pretende el abandono de un concepto de incapacitación como *muerte civil* de la persona con discapacidad dirigido a proteger los bienes de la familia y no su propia persona, por otro que busca la integración, total y completa, de éste en la sociedad (Heredia Puente et al, 1997).

En este sentido se aprueba la Ley 26/2011, de 2 de agosto de adaptación normativa a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26/2011), que modifica algunas leyes que regulan este tema. Pero esta iniciativa no ha sido suficiente, ya que tanto en el Código Civil como en la Ley de Enjuiciamiento Civil aparecen las palabras "*incapacitación*", "*incapacitados*" o "*persona incapaz*", términos que entran en contradicción con el espíritu y la letra de la Convención, donde se proscribe la supresión o pérdida de la capacidad jurídica (incluida la de obrar) de las personas con discapacidad. Además, en España, se sigue acudiendo al procedimiento de

incapacitación como solución a la vejez y a la dependencia y en la práctica judicial más del 90% de las sentencia reconocen una incapacidad total y determina la tutela como la principal figura de guarda (Boada y Robles (ed), 2009), lo que es difícilmente asumible como mecanismo de protección por los imperativos del art. 12 de la Convención, pues constituye el paradigma de sustitución de la voluntad, en la que la voluntad del incapacitado queda sustituida por la del tutor (Cuenca, 2012), siendo base de los principios de la Convención el paso del sistema paternalista, de sustitución de la voluntad, a un sistema colaborativo de protección, en el que se promociona la autonomía personal con sistemas de protección de apoyo y no sustitución de la voluntad.

Todo esto nos hace preguntarnos sobre el tratamiento legal y judicial de la discapacidad en los procedimientos de modificación de la capacidad de obrar y el grado de adaptación a los mandatos internacionales.

I.1. ANTECEDENTES

La historia de la incapacitación empieza en la antigua Roma, como la de toda la tradición jurídica de Occidente. En Roma, el cuidado de la persona y los bienes de los discapacitados se encomendaba a un curador. La curaduría no era una potestad, sino una administración. Su origen se encuentra en las Doce Tablas, donde se establece el nombramiento de un curador para que vele por los intereses del discapacitado y de sus herederos. Cabe destacar que la constitución de la curaduría se efectuaba por mandato de la ley o por decisión del magistrado, pero nunca por voluntad privada y quedaba en suspenso en los momentos de lucidez del discapacitado. El curador no interponía nunca la *auctoritas* que ostentaban los padres o los tutores respecto a sus hijos menores de edad; lejos de eso, el curador se limitaba a gestionar los intereses del discapacitado con la finalidad de preservarlos para él y para sus herederos en la medida en la que el discapacitado no pudiese emitir declaraciones de

voluntad. Además, asumía responsabilidades por su gestión (López Burniol, 2010).

Este sistema flexible que regulaba el derecho romano no se recogió en el Código Civil español de 1889, que siguió el modelo rígido del Código Civil francés de 1804.

En nuestro ordenamiento jurídico, la protección de las personas discapacitadas afectadas por una deficiencia o enfermedad psíquica ha ido evolucionando desde el nombramiento de un tutor o curador como hecho natural de la incapacidad hasta requerir un reconocimiento explícito y judicial de la misma, a través de un procedimiento específico, lo que supone un avance legislativo del siglo pasado.

La primera referencia del derecho español al tratamiento legal de los enfermos mentales se produce en LAS PARTIDAS: *“Aquellos que no pudieran administrar sus bienes por ser locos o desmemoriados quedarían sometidos a curatela ejemplar”*. Bastaba en ese momento el hecho natural de la limitación física, constatada por un Juez, para que se le nombrara al enfermo mental un representante de su persona y bienes. Sin embargo, según Chimeno Cano (2004), este sistema presentaba deficiencias en la medida en que el control del cargo tutelar era nulo y la diferencia entre ambas instituciones, curatela y tutela, eran puramente formales.

No fue hasta 1881 cuando la Ley de Enjuiciamiento Civil (RD de 3 de febrero de 1881) establece la exigencia de una previa declaración de incapacidad del sujeto antes del nombramiento del curador. En su art. 1847 disponía: *“El juez competente, a cuyo conocimiento llegue que alguna persona ha sido declarada, por sentencia firme incapacitado para administrar sus bienes, le nombrará curador ejemplar, encabezando el expediente con testimonio de dicha sentencia”*. Exigencia que se mantuvo en el Código Civil promulgado en 1889, si bien en su art. 32.2 consignaba como causas de

restricción de la personalidad civil la minoría de edad, la locura, la demencia o imbecilidad, la sordomudez, la prodigalidad y la interdicción civil. Los motivos que llevaron al legislador a introducir la necesidad de declarar la incapacidad por sentencia judicial radicaban en la dificultad de determinar quién reúne las características suficientes para ser declarado incapaz y evitar el peligro de que se abuse de la situación de una persona atribuyéndole un mal que no tiene (Guilarte, 2016).

La Ley 13/1983 de Reforma del Código Civil en materia de tutela (Ley 13/1983) modificó las disposiciones del Código Civil en materia de incapacidad y tutela, disponiendo que la declaración de incapacidad debe tramitarse garantizándose el derecho de defensa de la persona discapacitada, al constituirse como parte necesaria en el procedimiento, y se salvaguarda el interés público, ya que al juez se le conceden amplios poderes que le hacen asumir el papel más de parte que de árbitro. Además, mediante esta reforma, se excluye como causas de incapacidad la prodigalidad y la interdicción civil y se incluyen las causas físicas. Queda así modificado el Código Civil, que en su art. 200 dispone: *“Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden a la persona gobernarse por sí misma”*.

En cuanto al procedimiento, se seguían las normas del juicio declarativo de menor cuantía, no admitiéndose el allanamiento a la demanda ni la transacción (Disposición Adicional).

Por fin, la Ley de Enjuiciamiento Civil de 2000 (Ley 1/2000) dispone una tramitación propia para el procedimiento de incapacitación dentro de los procesos especiales, Capítulo II Título I del Libro IV, sustanciándose la cuestión por los trámites del Juicio Verbal. Como toda norma, ésta ha de ser interpretada conforme a los principios de nuestra Constitución que, a su vez, en su art. 10.2, nos remite en la interpretación de las normas relativas a los derechos fundamentales y libertades públicas a la Declaración Universal de los

Derechos del Hombre y a los Tratados y Acuerdo internacionales suscritos por España, como la Declaración de Derechos del Retrasado Mental (1971) y la Declaración de Derechos de los Discapacitados (1977).

La Declaración Universal de los Derechos del Retrasado Mental 1971 establece que el enfermo mental goza de los mismos derechos que los demás, pero además se debe facilitar tratamiento para el desarrollo máximo de sus capacidades, así como garantizar su derecho a un nivel de vida decoroso y a una ocupación útil.

Debemos señalar, La Asamblea General de Naciones Unidas de 1971 sobre Los derechos de las personas con retraso mental, como el inicio de un planteamiento que posibilite una obtención de derechos ciudadanos que debe contar con el apoyo de las instituciones a fin de lograr una mejor calidad de vida en el futuro. Establece respecto a los retrasados mentales profundos, en los que puede llegarse a restringir sus derechos, que esta limitación ha de hacerse con todas las garantías, con una revisión periódica y derecho a impugnar las medidas ante autoridades superiores.

En la Declaración de Derechos de las Personas con Minusvalía (1975), aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 9 de diciembre de 1975, se insta a que se garantice el respeto a su dignidad, el desarrollo máximo de sus capacidades, el derecho a residir en familia y en caso de que sea necesario que viva en un establecimiento especializado éste debe proporcionarle unas condiciones de vida que deben asemejarse lo más posible a aquellas que disfrutaban personas de su edad.

Por último, la Ley 41/2003 de 18 de noviembre de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad (Ley 41/2003) ha modificado algunos aspectos del procedimiento como la legitimación activa (pudiéndose instar el procedimiento por la propia persona con discapacidad), el orden para designar el cargo tutelar y se establece la asunción automática de la tutela por Entidad Pública de quienes estén en situación de desamparo. La posibilidad de que la

persona con discapacidad pueda iniciar por sí mismo el procedimiento introduce en el sistema dos ventajas importantes. La primera, que el sujeto tiene capacidad de anticiparse a su propia situación, evitando las especulaciones que puedan producirse en su entorno familiar al respecto o por parte de las otras personas legitimadas para promover la incapacitación. La segunda que, dado que el sujeto debe contar con capacidad mental suficiente para decidir interponer la demanda, es previsible que la decisión judicial se alcance antes de que el estado mental de éste haya llegado a un estado de grave degeneración. Esto garantiza que la persona y su patrimonio se encuentren permanentemente protegidos, bien por aquel, bien por quien sea nombrado tutor, evitando el riesgo de las llamadas “etapas intermedias” (Illana-Conde, 2004).

El orden de prioridad para designar el cargo tutelar también se ve alterado, en el sentido de que resulta prioritaria la designación realizada con carácter previo por el interesado, que puede en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor, facultad que le otorga el modificado artículo 223 CC.

Se configura así la actual regulación sobre el proceso de modificación de la capacidad, regido por los principios de legalidad y oficialidad, que tiene por finalidad declarar si una persona carece de aptitud para autogobernarse debido a una enfermedad o deficiencia de carácter psíquico o físico, derivando de dicha declaración una limitación o reducción, no definitiva, de su capacidad de obrar.

Se abandona el modelo médico de la discapacidad que considera la misma exclusivamente como un problema de la persona, directamente ocasionado por una enfermedad, trauma o condición de la salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual encaminado a conseguir la cura, una mejor adaptación de la persona, o un cambio en su conducta, por un modelo social, en el que no son las limitaciones

individuales de la persona con discapacidad las causas del problema, sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Las políticas de discapacidad pasan a ser transversales entrando en un modelo que trata de garantizar la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal (Fábrega et al, 1997).

I.2. REGULACIÓN ACTUAL.

En el derecho objetivo español encontramos la regulación de la capacidad sobre todo en el Código Civil y en la Ley de Enjuiciamiento Civil, si bien hay que tener en cuenta otras muchas normas que, en un intento de adaptar la regulación de dicha cuestión a la realidad actual, se han ido integrando en nuestro ordenamiento jurídico.

Si hacemos un breve recorrido por nuestra legislación encontramos:

- CÓDIGO CIVIL (RD de 24 de julio de 1989). Título IX *“De la incapacidad”* (arts. 199 a 201)
Título X *“De la tutela, de la curatela y la guarda de los menores e incapacitados”* (arts. 215 a 304)
- LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL (Ley 1/2000). Libro IV *“De los procesos especiales”* Título I Capítulo II *“Procesos sobre la capacidad de las personas”* (arts. 756 a 763).
- CONSTITUCION ESPAÑOLA 1978 (CE de 6 de diciembre de 1978), (arts. 9.2, 10, 14, 49 y 53). La promulgación de la Constitución Española

de 1978 constituyó el hito detonante de un importante cambio de rumbo. La situación personal de los deficientes y de los enfermos mentales dejó de ser una cuestión meramente individual y familiar y se transformó en un asunto de importante calado social.

El art. 49 CE dispone que *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”*.

Este artículo motivó que nuestra legislación se fuera adaptando a las conveniencias y necesidades de protección de las personas más vulnerables, ya por edad o situación de discapacidad.

El primer reflejo de este desarrollo legislativo fue la Ley 13/1982 de Integración Social de Los Minusválidos (Ley 13/1982).

Posteriormente fueron aprobándose otras leyes:

- Ley 13/1983, de Reforma del Código Civil en materia de Tutela (Ley 13/1983) que afectó tanto a la regulación de la incapacidad del Código Civil (arts. 199 y ss) como a la de la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000) (arts. 756 y ss), y que abandonó el tradicional binomio capacidad-incapacidad e instauró un sistema proteccionista en el que se admiten diversas situaciones adaptables a las necesidades de protección del necesitado de la medida.
- 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 (Ley 41/2002). Esta Ley trata de forma especial distintos aspectos como son: la autonomía del paciente, los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta Ley se dirige a completar la legislación promulgada anteriormente en el ámbito sanitario en nuestro país, concretamente la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (Ley 14/1986), así como, y a cumplir con el compromiso asumido por parte del Estado español tras la suscripción del Convenio de Oviedo, que entró a formar parte de nuestro Ordenamiento Jurídico el día 1 de enero de 2000.

- Ley 41/2003 de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad (Ley 41/2003), establece un nuevo modelo de protección sin necesidad de que preceda una declaración de incapacidad, a todas aquellas personas afectadas por una minusvalía psíquica igual o superior al 33% (art. 2.2).

- Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (Ley 51/2003), instala dos pivotes fundamentales: la igualdad real y la inserción social de las personas con discapacidad. Establece que, con el fin de garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad, los poderes públicos establecerán medidas contra la discriminación y medidas de acción positiva, debiendo señalarse que, a estos efectos, y, expresamente, se entenderá que existe discriminación indirecta cuando una disposición legal o reglamentaria, una cláusula convencional o contractual, un pacto individual, una decisión unilateral o un criterio o práctica, o bien un entorno, producto o servicio, aparentemente neutros, puedan ocasionar una desventaja particular a una persona respecto de otras por razón de discapacidad, siempre que objetivamente no respondan a una finalidad

legítima y que los medios para la consecución de esta finalidad no sean adecuados y necesarios.

- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006), tienen por objetivo impulsar las garantías necesarias para que las personas con discapacidad puedan vivir en plenitud de derechos y participar en condiciones de igualdad que el resto de los ciudadanos en la vida económica, social y cultural de país. En este sentido el Tribunal Supremo ha concluido que la incapacitación únicamente supone un sistema de protección frente a las limitaciones existenciales del individuo, que en ningún caso puede afectar a sus derechos fundamentales.

Todas estas reformas legislativas tienen su culminación en La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 13 de diciembre de 2006 (Convenio de Nueva York, 2006), que define como tales en su art. 1 *“a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”* y que abandona el *modelo médico o rehabilitador* para adoptar un *modelo social de discapacidad*, mediante el cual las personas, cuya capacidad resulte modificada, han de disponer de los apoyos o de la asistencia necesaria para la toma de decisiones concretas, de tal forma que no se les prive de su capacidad de forma absoluta.

Y como un intento de adaptar nuestra legislación al mencionado convenio se promulgó la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación Normativa a la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26/2011), que pasa a considerar a las personas con discapacidad

plenamente como sujetos titulares de derechos y no como meros objetos de tratamiento y protección social.

Fuera ya de la legislación civil, encontramos una importante alusión a la incapacidad en El Código Penal (LO 10/1995). Título XXI. Capítulo IV (arts. 510-512) donde se regula el delito de discriminación.

Artículo 510

1. Serán castigados con una pena de prisión de uno a cuatro años y multa de seis a doce meses:

a) Quienes públicamente fomenten, promuevan o inciten directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad.

b) Quienes produzcan, elaboren, posean con la finalidad de distribuir, faciliten a terceras personas el acceso, distribuyan, difundan o vendan escritos o cualquier otra clase de material o soportes que por su contenido sean idóneos para fomentar, promover, o incitar directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad.

c) Públicamente nieguen, trivialicen gravemente o enaltezcan los delitos de genocidio, de lesa humanidad o contra las personas y bienes protegidos en caso de conflicto armado, o enaltezcan a sus autores, cuando se hubieran cometido contra un grupo o una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia al mismo, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, la situación familiar o la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, cuando de este modo se promueva o favorezca un clima de violencia, hostilidad, odio o discriminación contra los mismos.

2. Serán castigados con la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de seis a doce meses:

a) Quienes lesionen la dignidad de las personas mediante acciones que entrañen humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos a que se refiere el apartado anterior, o de una parte de los mismos, o de cualquier persona determinada por razón de su pertenencia a ellos por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, o produzcan, elaboren, posean con la finalidad de distribuir, faciliten a terceras personas el acceso, distribuyan, difundan o vendan escritos o cualquier otra clase de material o soportes que por su contenido sean idóneos para lesionar la dignidad de las personas por representar una grave humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos mencionados, de una parte de ellos, o de cualquier persona determinada por razón de su pertenencia a los mismos.

b) Quienes enaltezcan o justifiquen por cualquier medio de expresión pública o de difusión los delitos que hubieran sido cometidos contra un grupo, una parte

del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, o a quienes hayan participado en su ejecución.

Los hechos serán castigados con una pena de uno a cuatro años de prisión y multa de seis a doce meses cuando de ese modo se promueva o favorezca un clima de violencia, hostilidad, odio o discriminación contra los mencionados grupos.

3. Las penas previstas en los apartados anteriores se impondrán en su mitad superior cuando los hechos se hubieran llevado a cabo a través de un medio de comunicación social, por medio de internet o mediante el uso de tecnologías de la información, de modo que, aquel se hiciera accesible a un elevado número de personas.

4. Cuando los hechos, a la vista de sus circunstancias, resulten idóneos para alterar la paz pública o crear un grave sentimiento de inseguridad o temor entre los integrantes del grupo, se impondrá la pena en su mitad superior, que podrá elevarse hasta la superior en grado.

5. En todos los casos, se impondrá además la pena de inhabilitación especial para profesión u oficio educativos, en el ámbito docente, deportivo y de tiempo libre, por un tiempo superior entre tres y diez años al de la duración de la pena de privación de libertad impuesta en su caso en la sentencia, atendiendo proporcionalmente a la gravedad del delito, el número de los cometidos y a las circunstancias que concurran en el delincuente.

6. El juez o tribunal acordará la destrucción, borrado o inutilización de los libros, archivos, documentos, artículos y cualquier clase de soporte objeto del delito a

que se refieren los apartados anteriores o por medio de los cuales se hubiera cometido. Cuando el delito se hubiera cometido a través de tecnologías de la información y la comunicación, se acordará la retirada de los contenidos.

En los casos en los que, a través de un portal de acceso a internet o servicio de la sociedad de la información, se difundan exclusiva o preponderantemente los contenidos a que se refiere el apartado anterior, se ordenará el bloqueo del acceso o la interrupción de la prestación del mismo.

Artículo 510 redactado por el número doscientos treinta y cinco del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015

Artículo 510 bis introducido por el número doscientos treinta y seis del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015

Cuando de acuerdo con lo establecido en el artículo 31 bis una persona jurídica sea responsable de los delitos comprendidos en los dos artículos anteriores, se le impondrá la pena de multa de dos a cinco años. Atendidas las reglas establecidas en el artículo 66 bis, los jueces y tribunales podrán asimismo imponer las penas recogidas en las letras b) a g) del apartado 7 del artículo 33. En este caso será igualmente aplicable lo dispuesto en el número 3 del artículo 510 del Código Penal.

Artículo 511 redactado por el número doscientos treinta y siete del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia 1 julio 2015:

1. Incurrirá en la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años el particular encargado de un servicio público que deniegue a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, situación familiar, por razones de género, enfermedad o discapacidad.

2. Las mismas penas serán aplicables cuando los hechos se cometan contra una asociación, fundación, sociedad o corporación o contra sus miembros por razón de su ideología, religión o creencias, la pertenencia de sus miembros o de alguno de ellos a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, situación familiar, por razones de género, enfermedad o discapacidad.

3. Los funcionarios públicos que cometan alguno de los hechos previstos en este artículo, incurrirán en las mismas penas en su mitad superior y en la de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de dos a cuatro años.

4. En todos los casos se impondrá además la pena de inhabilitación especial para profesión u oficio educativos, en el ámbito docente, deportivo y de tiempo libre, por un tiempo superior entre uno y tres años al de la duración de la pena de privación de libertad impuesta en su caso en la sentencia, atendiendo proporcionalmente a la gravedad del delito y a las circunstancias que concurran en el delincuente.

Artículo 512 (redactado por el número doscientos treinta y ocho del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia 1 julio 2015:

Los que en el ejercicio de sus actividades profesionales o empresariales denegaren a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia, raza o nación, su sexo, orientación sexual, situación familiar, por razones de género, enfermedad o discapacidad, incurrirán en la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de profesión, oficio, industria o comercio e inhabilitación especial para profesión u oficio educativos, en el ámbito docente, deportivo y de tiempo libre por un periodo de uno a cuatro años.

I.3. ESPECIAL REFERENCIA AL CONVENIO DE NUEVA YORK 2006 (Convenio Nueva York, 2006)

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Convenio de Nueva York, 2006) y su Protocolo Facultativo fueron aprobados en el seno de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, tras cinco años de trabajo. Estos textos recogen los derechos de las personas con discapacidad y lo más importante, las obligaciones de los Estados partes de promover, proteger y asegurar tales derechos inherentes a la dignidad de las personas.

El objetivo principal de la Convención, que consta de cincuenta artículos, no es otro que el de promover, defender y garantizar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, así como promover el respeto de su dignidad (artículo 1 de la Convención). La Convención deja claro que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos: *se trata de la consideración de las personas con discapacidad plenamente como sujetos titulares de derechos y no como meros objetos de tratamiento y de protección social.*

España ratificó la Convención y su Protocolo Facultativo el 21 de abril de 2008 (BOE 21 de abril de 2008) y entró en vigor el 3 de mayo de ese mismo año, tras lo que ambos textos constituyen jurídicamente tratados internacionales, por ende, fuente del Derecho (artículo 96. 1º de la CE y artículo 1.5 Código Civil), debiendo incluso ser un amparo interpretativo de las normas internas atendiendo al art. 10.2 CE. Sus normas son, por tanto, directamente aplicables, vinculantes e invocables antes los Tribunales de justicia. El art. 10.2 CE dispone que: “*las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España*”. Es decir, los tratados sobre derechos ratificados por España tienen el rango de norma constitucional y, por tanto, influyen sobre el conjunto del Ordenamiento Jurídico convirtiéndose en límite y base de la interpretación de todas las normas integrantes del mismo, de tal modo que de encontrarse en nuestro ordenamiento jurídico una norma contradictoria a estos tratados internacionales sería una norma inconstitucional.

Sin embargo, los principios que imperan en la Convención, que parten del reconocimiento de la capacidad jurídica y de obrar a las personas con discapacidad, mal casan con nuestro ordenamiento jurídico interno que utiliza términos como *privación de la capacidad de obrar, incapacitación o incapacitado*. Por ello, se ha impuesto la necesidad de adaptar nuestro derecho a los predicamentos del texto internacional, a saber:

- I. El respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas. (art. 3)
- II. Conservación de la capacidad de obrar (art. 12)
- III. La no discriminación. (art. 4)
- IV. La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad. (art. 12)

- v. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y condición humanas.
- vi. La igualdad de oportunidades.
- vii. La accesibilidad a la justicia en igualdad de condiciones. (art. 13)
- viii. Derecho a elegir dónde y con quien vivir. (art. 19)
- ix. Igualdad de derecho a poseer y a controlar su economía. (art. 12)
- x. La igualdad entre el hombre y la mujer.
- xi. El respeto a la evolución.

Esta necesidad de adaptación, que viene impuesta además por la propia Convención, ha dado lugar a la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26/2011), por la que se intentan reformar diecinueve leyes relacionadas con la discapacidad, con el objetivo de ajustarlas al nuevo modelo social y a los principios generales impuestos por la Convención. Estas son:

- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (Ley 51/2003).
- Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas (Ley 27/2007).
- Ley 49/2007, de 26 de diciembre, de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (Ley 49/2007).
- Texto Refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social aprobado por el Real Decreto-Legislativo 5/2000, de 4 de agosto (RD 5/2000).

- Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos (Ley 30/1979).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (Ley 14/1986).
- 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 (Ley 41/2002).
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (Ley 14/2006).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (Ley 44/2003).
- Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (Ley 7/2007).
- Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre protección civil (Ley 2/1985).
- Ley 23/1998, de 7 de julio, de cooperación internacional para el desarrollo (Ley 23/1998).
- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro (Ley 50/1980).
- Ley 49/1960, de 21 de julio, de propiedad horizontal (Ley 49/1960).
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico (Ley 34/2002).
- Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la carrera militar (Ley 39/2007).

- Ley 30/2007, de 30 de octubre, de contratos del sector público (Ley 39/2007).
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (Ley 13/1982).

Pero esta ley no consiguió terminar con el problema, dejándose para un momento posterior, según se hizo constar en su propia Disposición Adicional 7ª: *“El Gobierno, en el plazo de un año a partir de la entrada en vigor de esta Ley, remitirá a las Cortes Generales un proyecto de ley de adaptación de la normativa del ordenamiento jurídico para dar cumplimiento al artículo 12 de la Convención Internacional sobre los Derecho de las Personas con Discapacidad, en lo relativo al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones que las demás en todos los aspectos de la vida. Dicho proyecto de ley establecerá las modificaciones necesarias en el proceso judicial de determinación de apoyos para la toma de decisiones de las personas con discapacidad que la precisen”.*

Pero este momento aún no ha llegado. Ha quedado pendiente, al menos, la modificación del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil, que viene impuesta especialmente por el artículo 12 de la Convención que, en coherencia con los principios generales de no discriminación y de igualdad de oportunidades, dispone:

1. *“Los Estados partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su capacidad jurídica.*
2. *Los Estados partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.*

3. *Los Estados partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.*
4. *Los Estados partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.*
5. *Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria”.*

Tanto en el Código Civil como en la Ley de Enjuiciamiento Civil aparecen las palabras “*incapacitación*”, “*incapacitados*” o “*persona incapaz*”, términos que entran en contradicción con el espíritu y la letra de la Convención donde se proscribe la supresión o pérdida de la capacidad jurídica (incluida la de obrar) de las personas con discapacidad. Se hace necesaria, por tanto, una modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil que elimine estos términos. La única modificación normativa en este sentido se produce en

la Ley 1/2009, de 25 de marzo, de reforma de la Ley de 8 de junio de 1957, sobre el Registro Civil, en materia de incapacitaciones, cargos tutelares y administradores de patrimonios protegidos, y de la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, sobre protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil de la normativa tributaria con esta finalidad.(Ley 1/2009) que en su disposición final establece que en un plazo de seis meses desde su entrada en vigor, el Gobierno remitirá a las Cortes Generales un Proyecto de Ley de reforma de la legislación reguladora de los procedimientos de incapacitación judicial, que pasarán a denominarse procedimientos de modificación de la capacidad de obrar, para su adaptación a las previsiones de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Aunque se elaboró el Proyecto, la reforma no se ha materializado, aunque tímidamente, en la Ley de 15/2015, de Jurisdicción Voluntaria, de 2 de julio (Ley 15/2015), que introduce el término *persona con capacidad modificada judicialmente*, en sustitución de incapacitado.

Por otro lado, la figura de la tutela, la más utilizada en nuestro sistema ya que el 95% de las sentencias reconocen una incapacidad total (según estadísticas del Consejo General del Poder Judicial, 2015), es difícilmente asumible como mecanismo de protección por lo imperativos del art. 12 de la Convención, pues constituye el paradigma de sustitución de la voluntad, en la que la voluntad de la persona con discapacidad queda sustituida por la voluntad del tutor.

Por tanto, queda un camino muy largo para adaptar nuestro sistema jurídico a las exigencias del Convenio de Nueva York que, contrario a la limitación de derechos, opta por un modelo social de asistencia en la toma de decisiones y apoyo al ejercicio de la autonomía, quedando la incapacidad total como una práctica excepcional para casos muy concretos y siempre revisable.

En la actualidad, seguimos enfrentándonos con un procedimiento anacrónico, no especializado y abocado a la estimación de una incapacidad total, sin tener en cuenta otras cuestiones más que la concurrencia de una enfermedad.

Coexisten, por tanto, en nuestro ordenamiento jurídico dos posturas enfrentadas a la hora de determinar la capacidad de obrar; la ligada a nuestras normas nacionales y la derivada al ratificar el tratado de Nueva York. Esta dicotomía da lugar a la existencia de sentencias muy variadas y contradictorias que pueden afectar a la seguridad jurídica.

El que los objetivos marcados por la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad sean una realidad, no sólo dependen de que se haya ratificado el Tratado, es una labor de todos los sectores intervinientes en la materia (sanidad, justicia, servicios sociales, educación...), pero lo es básicamente de la voluntad de toda la sociedad, representada por los gobiernos de los Estados. Estos deberán contribuir fehacientemente a su consecución, con las medidas precisas y sin demoras perjudiciales que vacíen de contenido los acuerdos suscritos (Memoria OBSCAC, 20013).

Esta situación no parece que vaya a cambiar en un corto plazo. En la actualidad, en nuestro ordenamiento jurídico, solo el Codi de Catalunya (Ley 25/2010) adopta los principios del Convenio de Nueva York, y en su Libro II, dedicado a la Persona y Familia, regula mecanismos de apoyo de las personas con discapacidad.

A nivel estatal, contamos con la circular 3/10 de la Fiscalía General del Estado (Instrucción 3/2010), que, mientras no se produce el cambio legislativo impuesto con el convenio, propone la figura de la curatela como el medio más idóneo para el apoyo de las personas incapacitadas e insta a los Médicos Forenses para que se pronuncien en sus informes preceptivos sobre las habilidades de las personas evaluadas en todas las facetas de su vida, para que posteriormente la sentencia se pronuncie y concrete aquellas facetas que

necesitan apoyo y cuales puede desarrollar el demandado con independencia, evitando así las sentencias tipo que declaran una incapacidad para todo y para siempre.

Como un intento de cambiar las cosas, hay que destacar el Documento Sitges de 2009, (Boada y Robles (ed), 2009), elaborado por la Sociedad Española de Neurología, en el que ha participado un grupo multidisciplinar de expertos (neurólogos, juristas, especialistas en bioética, etc...). En él se establecen los criterios para la incapacitación de personas con demencia con el fin preservar su dignidad. El objetivo de este trabajo es evitar la incapacitación total como solución única, fomentando la idea de la incapacitación parcial y progresiva, “un traje a medida”, para resolver situaciones concretas y abogando por decisiones que contemplen no sólo la faceta del proceso patológico de la persona con discapacidad, sino el entorno y circunstancias en las que éste se mueve, con el objetivo de preservar y mantener la autonomía de la persona el mayor tiempo posible. La filosofía que impregna este estudio es la defensa de la autonomía de las personas y el entendimiento de que la incapacitación de una persona va dirigida a protegerla y no a castigarla ni aislarla de la sociedad. En esta línea, propone el documento figuras jurídicas alternativas a la tutela, tales como la autotutela, voluntades anticipadas y la guarda de hecho; que las tramitaciones judiciales sean más rápidas, a veces los procedimientos se alargan años, y la creación de un cuerpo de médicos forenses especializados. A la hora de dictar la sentencia el Juez deberá de tener en cuenta tanto el informe forense como los informes del médico asistencial del enfermo.

Las modificaciones más recientes se introducen con la Ley 15/2015, de 2 de julio, de La Jurisdicción Voluntaria (Ley 15/2015). Concretamente, en el Capítulo IV del Título II, “De la tutela, la curatela y la guarda de hecho”, relativo a los expedientes de jurisdicción voluntaria en materia de personas (arts. del 43 al 52). La nueva ley, regula los trámites a seguir para la constitución de la tutela y de la curatela cuando no se lleve a cabo en el correspondiente proceso

judicial de incapacitación y aborda la tan esperada sustitución del contenido de los preceptos correspondientes de la LEC 1881 (arts. 1833 a 1879) siendo lo más destacado el uso de una terminología actualizada. Utiliza la nueva ley la denominación de *personas con la capacidad modificada judicialmente (antiguos incapaces)*, que es ya el término correcto y el de utilización obligada en los textos legales. Se intenta, por parte del legislador, la adaptación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el sentido de la aplicación de terminología correcta, dejando atrás las denominaciones peyorativas por razón de discapacidad que plagan nuestra legislación tales como incapaz, minusválido, minusvalía, incapacitación...

Otros temas que trata la nueva ley es la asunción de los principios de igualdad y de protección del interés superior de los menores o personas con la capacidad judicialmente modificada y el tratamiento sistemático del aspecto procedimental de las disposiciones del código civil sobre la materia (arts. 222 a 293).

Se introducen modificaciones en relación a la mayor protección de las personas con discapacidad en el ámbito penal en La Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo de reforma del Código Penal (LO 1/2015), que establece como uno de sus objetivos la adaptación a los principios que emanan de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Convenio de Nueva York 2006), reformando las siguientes cuestiones:

- Actualización de los términos empleados para referirse a las personas con discapacidad, sustituyendo los términos “minusvalía” e “incapaces” utilizados en el texto original del Código Penal, por términos como “discapacidad” o “persona con discapacidad necesitada de una especial protección”, más acorde con los principios del Convenio de Nueva York. Y en este sentido destaca especialmente la nueva redacción dada al art. 25 CP por según el cual: “A los efectos de este Código se entiende por

discapacidad aquella situación en que se encuentra una persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras, puedan limitar o impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Asimismo, a los efectos de este Código, se entenderá por persona con discapacidad necesitada de especial protección a aquella persona con discapacidad que, tenga o no judicialmente modificada su capacidad de obrar, requiera de asistencia o apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y para la toma de decisiones respecto de su persona, de sus derechos o intereses a causa de sus deficiencias intelectuales o mentales de carácter permanente”.

- Determinación de mayores penas o penas específicas en los casos en que la víctima de un delito es una persona con discapacidad, como ocurre con el delito de homicidio, que se convierte en asesinato (art. 139 CP), en el de detención ilegal (art. 166), violencia doméstica (arts. 153 y 173 CP), delitos relativos a la prostitución (arts. 188 y 189 CP), y delitos contra la intimidad (art. 197 CP).
- Se modifica la excusa absolutoria para los delitos patrimoniales entre parientes prevista en el art. 268 del Código Penal: no sólo se excluyen los supuestos en que concurra en la perpetración del delito violencia o intimidación, sino también “abuso de la vulnerabilidad de la víctima, ya sea por razón de edad, o por tratarse de una persona con discapacidad.”
- Se establece una más adecuada regulación de la solicitud de esterilización de personas discapacitadas, que se circunscribe a supuestos excepcionales en los que se produzca un grave conflicto de bienes jurídicos protegidos, y a la que se refiere el párrafo segundo del art. 156 del Código Penal que dispone que “*deberá ser autorizada por un juez en el procedimiento de modificación de la capacidad o en un*

procedimiento contradictorio posterior, a instancias del representante legal de la persona sobre cuya esterilización se resuelve, oído el dictamen de dos especialistas y el Ministerio Fiscal, y previo examen por el juez de la persona afectada que carezca de capacidad para prestar su consentimiento”.

En este sentido, hay que tener en cuenta también la nueva tendencia jurisprudencial a la mayor protección de las personas con discapacidad, en un intento de que la superación de las desigualdades sea real y efectiva. Nos encontramos, en este sentido, sentencias como la STS, de 7 de julio (STS 372/2014), que prolonga la pensión por alimentos establecida en un procedimiento matrimonial a favor del hijo de 27 años con una discapacidad reconocida superior al 65%, entendiendo que *“Esta obligación se prolonga más allá de la mayoría de edad de los hijos en aquellos casos como el presente en que un hijo discapacitado sigue conviviendo en el domicilio familiar y carece de recursos propios, al margen de que no se haya producido la rehabilitación de la potestad. Será la sentencia de incapacitación la que en su caso acordará esta rehabilitación de la potestad de ambos progenitores o de uno de ellos, pero hasta que dicha resolución no se dicte, continúa existiendo la obligación de prestar alimentos por parte de sus progenitores, al continuar residiendo con la madre y carecer de ingresos suficientes para hacer una vida independiente”.*

Esta falta de efectividad y el incumplimiento por parte del gobierno de las directrices de la convención en relación a la capacidad ha provocado que la ONU nos amoneste ya en dos ocasiones.

I.4. INCAPACITACIÓN CIVIL.

La incapacitación es una institución de derecho civil, vinculada a la capacidad de obrar, que se regula en el Código Civil, arts. del 199 al 214. En el

ámbito jurídico, la capacidad es sinónimo de personalidad y se despliega en dos manifestaciones: capacidad jurídica, de derecho o de goce y capacidad de obrar o de ejercicio. La primera hace referencia a la capacidad que tiene toda persona para ser titulares de derechos y obligaciones, y ser sujetos de relaciones jurídicas. La capacidad jurídica no la concede el derecho, se tiene por el hecho de ser persona, desde su nacimiento, y sólo se pierde con la muerte. La tiene toda persona con independencia de su edad, estado civil y de su salud física y mental. Esto implica que las personas con falta de capacidad de obrar pueden ser propietarias de una vivienda, estar obligadas a pagar impuestos, a ser titulares de acciones o ser herederas.

La capacidad de obrar, es la que se exige para poder ejercitar los derechos y cumplir con las obligaciones que nos otorga la capacidad jurídica. Es, por tanto, un complemento de aquella. Tienen capacidad de obrar todas las personas mayores de edad mientras no sean privadas de ellas, total o parcialmente, mediante una sentencia de incapacitación (Simón et al, 2001). Por tanto, carecen de capacidad de obrar los menores de edad o las personas incapacitadas, que no pueden actuar sin la asistencia de otra persona. Los menores de edad actuarán representados por las personas que ostenten la patria potestad y las personas con capacidad de obrar modificada judicialmente actuarán representados por aquellas personas que determine la sentencia de modificación de la capacidad de obrar.

La capacidad de obrar presupone en la persona una serie de cualidades y condiciones:

- Conocimiento de los deberes sociales y de las reglas de vida en sociedad.
- Inteligencia y juicio para aplicarlos en un caso concreto.
- Firmeza de voluntad precisa para inspirar una libre decisión.

Es decir, de la persona con capacidad de obrar se presume inteligencia y voluntad para obrar con conocimiento (Bernad, 2008).

La falta de capacidad de obrar se produce cuando la persona se encuentra privada de todas o algunas de estas cualidades, lo que implica que las personas con falta de capacidad no pueden actuar en ámbito jurídico sin la asistencia de la persona que lo representa. Se puede distinguir por tanto, una capacidad de obrar plena y una capacidad de obrar limitada. La primera se encuentra en función de la natural capacidad de querer y entender, y las limitaciones de la capacidad de obrar se deben a una falta total o parcial de esa capacidad natural para entender y querer (Ramos Chaparro, 1995).

Ni el Código Civil ni la Ley de Enjuiciamiento Civil dan una definición de la incapacitación. Se puede definir como *“La privación de la capacidad de obrar de una persona física acordada por sentencia en virtud de las causas fijadas por la Ley”* (Cerrrada, 2010). Albaladejo (2002) dice que es, *“el acto judicial en cuya virtud se suprime o reduce la capacidad de obrar de una persona en la que concurren determinadas circunstancias anómalas, modificando su estado civil, de acuerdo con la situación en que se encuentre”*.

La incapacidad es una situación de hecho, que se refiere únicamente a la capacidad de obrar, provocada por el padecimiento de una enfermedad o deficiencia psíquica o física, de carácter permanente, que impide a la persona gobernarse por sí misma. El art. 199 CC dispone al respecto que *“Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas en la Ley”*. Pero el Código Civil no determina las enfermedades o deficiencias que dan lugar a la incapacitación, aunque exige como requisitos ineludibles que sean permanentes en el tiempo y que impidan a la persona gobernarse por sí misma en su art. 200: *“son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden a la persona gobernarse por sí misma”*.

Por tanto, la clave para determinar la capacidad de una persona es el autogobierno, entendiendo por tal la capacidad de resolver los asuntos propios, la capacidad de atender las necesidades, alcanzar los objetivos o cumplir los

deseos. El autogobierno requiere capacidad de decisión y voluntad, ya que para que una decisión sea efectiva tiene que llevarse a la práctica.

No se debe establecer una equivalencia genérica entre la patología y el autogobierno. Cada caso es distinto, por lo que hay que tener en cuenta todas las circunstancias que rodean al enfermo. La capacidad de autogobierno tiene un componente circunstancial externo al individuo: es la concurrencia de los medios materiales y la inexistencia de obstáculos externos que impidan a la persona actuar conforme a sus iniciativas. De ahí que cualquier decisión referente a la valoración de la capacidad de una persona determinada debe tener en cuenta tanto los elementos personales como los apoyos familiares y sociales de los que dispone. La valoración médica, por lo tanto, es insuficiente “*per se*” para llevar a cabo una decisión, que siempre precisará de un análisis personal e individualizado (Bañón, 2014). La doctrina Jurídica mantiene que no todas las enfermedades o deficiencias son causa de incapacitación, sino que sólo lo son aquellas que:

- Originan dificultad de comunicación del sujeto.
- Impiden valorar si la actuación es adecuada para alcanzar el objetivo perseguido.
- Supongan una merma de garantía para las personas.

Pero, además se exige que la enfermedad o deficiencia sea persistente, de forma que la transitoriedad de un estado de incapacidad es incompatible con la modificación de la capacidad. Este estado transitorio de falta de capacidad conllevará otras consecuencias jurídicas, como la anulación de los actos jurídicos realizados bajo dicho estado, pero no la modificación de la capacidad de obrar del sujeto. Hay que valorar el estado de la persona en el momento del reconocimiento judicial con una proyección hacia el futuro, no hacia el pasado. No obstante, jurisprudencialmente se ha mantenido que la persistencia de la enfermedad no es incompatible con el carácter cíclico de la misma, que sí se tendrá en cuenta para determinar la extensión y los límites de la modificación de la capacidad de obrar.

Es habitual, en la práctica diaria, la confusión entre internamiento, incapacidad laboral y administrativa, inimputabilidad e incapacidad civil. Sin embargo, algunas enfermedades o deficiencias psíquicas no tienen la misma valoración en las jurisdicciones penal y civil, como ocurre con las esquizofrenias, que en la primera y, por lo general, se consideran aptas para una declaración de inimputabilidad y exención de responsabilidad criminal, y en cambio, en la segunda solo en muy contadas ocasiones podrán servir de base para declarar una modificación de la capacidad.

Es necesario separar también la incapacidad civil del concepto de incapacidad establecido en la normativa laboral. La incapacidad civil y la incapacidad laboral parten de presupuestos distintos y poseen efectos distintos, siendo la jurisdicción civil ordinaria y preferente, frente a la especializada laboral.

Tampoco es equiparable internamiento e incapacitación, ya que la declaración de incapacidad no conlleva automáticamente el internamiento del afectado. Existen enfermedades que provocan internamientos frecuentemente, esquizofrenias y otras psicosis, y solo excepcionalmente dan lugar a la incapacitación.

También es importante las distintas valoraciones de la capacidad realizadas por diferentes organismos de la administración y que dan respuesta a distintas finalidades o necesidades.

Existen en España, al menos 4 situaciones en las que las personas que presentan alguna discapacidad o deficiencia son valoradas por diferentes servicios públicos para diferentes finalidades. Estas no son excluyentes, ya que una misma persona puede tener, producto de una misma enfermedad, diferentes necesidades que se deberán cubrir, bien por el Estado, o bien por la familia o allegados en su caso.

Aunque la finalidad es diferente, como decíamos, la causa patológica que produce todas estas situaciones, es la misma, y por tanto la equiparación

en los diagnósticos o sistemas de medida del grado de situación basal deberían ser equiparables.

De esta forma, los criterios diagnósticos y las calificaciones podrían ser la base de colaboración entre las diferentes Administraciones Públicas, como ayuda a buscar la mejor planificación de las situaciones del discapacitado y la conveniente eficiencia que debe alcanzarse siempre que hablamos de función pública.

Para mejor discernir las situaciones de las que hablamos, daremos una definición de las mismas, así como las principales características que las definen:

Invalidez o Incapacidad Permanente es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral (RD 1/1994).

La Discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (RD 1971/1999; RD 1169/2003; RD 1856/2009; Orden CTPS de 17 de julio de 2002).

Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, 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 Ley 39/2006).

Incapacitación: es un concepto legal, que no viene definido en ninguna ley, pero si por autores como Albaladejo (2002) que entienden que es el acto judicial en cuya virtud se suprime o reduce la capacidad de obrar de una

persona en la que concurren determinadas circunstancias anómalas, modificando su estado civil de acuerdo con la situación en que se encuentre.

Tipos de valoración de las necesidades de la persona relacionadas con la enfermedad del sujeto en España, y de otros apoyos para su autonomía personal.

Concepto	Patología	Inicia expediente	Tipo de limitación	Finalidad	Resolución	Conclusión/ persona
Invalidez/ Incapacidad	Adquirida	- Interesado - De oficio	Para trabajar	Prestación económica	INSS M.TRABAJO	Invalidez/ invalido
Discapacidad	Congénita/ Adquirida	- Interesado - Representante legal	Cualquier deficiencia	- Ventajas sociales - Prestaciones económicas	I. A. SOCIAL CCAA	Discapacidad/ Discapacitado
Dependencia	Congénita/ Adquirida	- Interesado - Representante legal	Para las ABVD	- Prestaciones económicas - Servicios de apoyo	I. A. SOCIAL CCAA	Dependencia/ Dependiente
Incapacitación	Congénita/ Adquirida	-Interesado -Familiar -Ministerio Fiscal	Para el autogobierno	Protección	JURISDICCIÓN M. JUSTICIA	Incapacitación /Incapacitado

Fuente: *Elaboración propia*

Las consecuencias de la incapacitación son sumamente graves, ya que implica la pérdida de la capacidad de obrar, y por tanto de ejercitar nuestros derechos y obligaciones. El TC en su sentencia de 9 de octubre (STC 174/2002), ha declarado que *“el derecho a la personalidad jurídica del ser humano, consagrado en el art. 6 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, lleva implícito el reconocimiento del derecho a la capacidad jurídica de las personas, por lo que toda restricción de su capacidad de obrar afecta a la dignidad de la persona y a los derechos inviolables que le son inherentes así como al libre desarrollo de la personalidad reconocidos en el artículo 10 de la Constitución”*. Por ello el Código Civil impone que la incapacitación sólo puede declararla un Juez mediante

sentencia. Art. 199 *“Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley”*.

La capacidad de obrar se presume mientras no se destruya judicialmente por sentencia firme que prive al sujeto de tal capacidad. En este sentido el Tribunal Supremo en sentencia de 10 de noviembre 2005 (STS 836/2005), entre otras, dispone: *“la capacidad mental se presume siempre mientras no se destruya por una prueba concluyente en contrario, requiriéndose en consecuencia una cumplida demostración mediante una adecuada prueba directa”*

La incapacitación hay que entenderla en sentido positivo, pues su finalidad es posibilitar que personas sin capacidad, o con su capacidad disminuida, puedan actuar a través de sus representantes legales, o con la debida asistencia. El juicio de modificación de la capacidad de obrar no puede concebirse como un conflicto de intereses privados y contrapuestos entre dos partes litigantes, que es lo que, generalmente caracteriza a los procesos civiles, sino como el cauce adecuado para lograr la finalidad perseguida, que es la real y efectiva protección de la persona discapacitada mediante el apoyo que pueda necesitar para el ejercicio de su capacidad jurídica (Rodríguez Caro, 2015).

Pero, lamentablemente, en la práctica los procedimientos de incapacitación se inician por intereses y con fines bien distintos, tales como conseguir una pensión o una plaza en una residencia, y las sentencias, teniendo en cuenta exclusivamente el diagnóstico, responden en más de un 90% con una incapacitación total, muy lejos de la idea de protección de la persona incapacitada.

I.5. PROCEDIMIENTO.

Como ya hemos explicado, la declaración de modificación de la capacidad de obrar deriva de un procedimiento judicial. El procedimiento, regulado en los arts. 748 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000), debe iniciarse en el Juzgado de Primera Instancia del lugar en el que reside la persona con discapacidad (art. 756 LEC) y tiene como finalidad el declarar si una persona carece de aptitud para autogobernarse debido a una enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico o psíquico. Esta declaración no es definitiva, ya que es posible la reintegración de la incapacidad (art. 761 LEC).

Conviene distinguir dos supuestos:

- Solicitud de modificación de la capacidad de obrar de un menor. El art. 201 CC dispone que *“Los menores de edad podrán ser incapacitados cuando concurra en ellos causa de incapacitación y se prevea razonablemente que la misma persistirá después de la mayoría de edad”*.

El menor, carente de capacidad de obrar, viene amparado por la patria potestad, normalmente ejercida por ambos progenitores, que actúan en representación del menor. Cuando se prevé que el menor continuará careciendo de capacidad suficiente después de alcanzar la mayoría de edad, es aconsejable iniciar el procedimiento de modificación mientras sea menor. El procedimiento se iniciará por quienes ejerzan la patria potestad o, en su caso, la tutela (art. 757.4 LEC), con el efecto de quedar la patria potestad o, en su caso, la tutela automáticamente prorrogada en beneficio del menor, una vez alcanzada la mayoría de edad.

La solicitud de modificación de la capacidad de obrar de un menor de edad, alcanza su máxima motivación en que nuestro ordenamiento jurídico reconoce a los menores de edad mayores de 14 o 16 años la posibilidad de ejercer determinados derechos y de asumir concretas obligaciones (así, por ejemplo,

testar en el art. 663 CC, contraer matrimonio en el art. 48 CC, dar su consentimiento para emanciparse en los arts. 317 y 320 CC, entre otros), actos que se verían amparados por la figura de protección, en caso de falta de capacidad

- Solicitud de modificación de la capacidad de obrar de un mayor de edad.

Se trata de una falta de capacidad sobrevenida o no solicitada durante la minoría de edad, por lo que la patria potestad se ha extinguido. En este caso el proceso puede iniciarse por el cónyuge, o quien se encuentre en situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos del presunto incapaz (art. 757.1 LEC). También podrá promover el procedimiento el Ministerio Fiscal cuando los anteriores no existan o no hubieran iniciado el procedimiento (art. 757.2 LEC). Se entiende que la legitimación del Ministerio Fiscal es una legitimación subsidiaria, no hace falta que se pruebe la negativa de los parientes legitimados a presentarla, basta la pasividad de los mismos o la demora que pueda causar perjuicios a la persona afectada. Una vez presentada la demanda por el Ministerio Fiscal, si se presenta otra por algunos de los parientes legitimados, éste no pierde su legitimación, pudiendo acumularse ambos procedimientos.

En cualquier caso, el procedimiento podrá iniciarse por uno mismo, por el cónyuge o persona en situación de hecho análoga, ascendientes, descendientes o hermanos y por el Ministerio Fiscal, que sustituirá a las anteriores y canalizará la solicitud de demanda de otras personas distintas a las mencionadas. Cualquier persona puede poner en conocimiento del Ministerio Fiscal la existencia de una persona con falta de capacidad y los funcionarios que por razón de su cargo tengan conocimiento de una persona con discapacidad tienen la obligación de comunicarlo al Ministerio Fiscal (art. 757.3 LEC). Es el caso de parientes colaterales, vecinos, médicos, directores de centros geriátricos o servicios sociales del ayuntamiento o comunidad autónoma; así lo declaró expresamente la STS de 7 julio 2004 (STS 681/2004)

que desestimó la demanda de incapacitación por falta de legitimación activa de la demandante (sobrina del presunto incapaz), sin prejuzgar la existencia o inexistencia de causa legal de incapacidad.

La ley limita la legitimación activa a éstas personas por su especial relación afectiva o de parentesco con el afectado y por la función protectora que asumen, reservando la acción de un uso arbitrario y asegurando su ejercicio como medio de protección de la persona.

Sobre las personas con legitimación activa recae la obligación de promover el procedimiento de modificación de la capacidad de obrar, bajo sanción de responsabilizarse civilmente de los perjuicios causados por las personas con discapacidad a terceros, salvo que acrediten un total desconocimiento (art. 229 CC). Si bien, la obligación del cónyuge quedará extinguida cuando el matrimonio con la persona con discapacidad se disuelva o se separen por resolución judicial.

La forma de iniciar el procedimiento puede ser:

- Mediante solicitud dirigida a la Fiscalía del domicilio de la persona con discapacidad. Cualquier persona puede poner en conocimiento del Fiscal los hechos que determinan la modificación de la capacidad y éste será quien interponga la demanda si considera que hay indicios suficientes. Esta posibilidad únicamente se transforma en deber en aquellas autoridades y funcionarios públicos que por razón de su cargo tengan conocimiento directo de una posible causa de modificación de la capacidad de un sujeto, tales como jueces, asistentes sociales de ayuntamientos, directores de hospitales psiquiátricos o geriátricos públicos. Esta obligación sólo les afecta cuando tenga conocimiento del supuesto en el ejercicio de sus funciones, y no como particulares. La omisión de este deber implica la corresponsabilidad con los legitimados activos por los perjuicios a terceros. En este sentido el art. 229 CC impone una responsabilidad civil solidaria por los daños causados por un incapaz no declarado a quienes no hubieran promovido la tutela.

Esta puesta en conocimiento no da lugar nunca al inicio del procedimiento, cuya posibilidad únicamente recae sobre aquellas personas descritas con legitimación activa.

- Mediante demanda ante el juzgado competente, presentada por las personas con legitimación y con la intervención necesaria de abogado y procurador. En el procedimiento que se inicie podrá intervenir el demandado por sí mismo, con representación y defensa. En caso de no hacerlo será defendido por el Ministerio Fiscal, siempre que no haya sido éste el promotor del procedimiento, en cuyo caso se nombrará un defensor judicial (art.758 LEC).

El proceso de modificación de la capacidad de obrar ha de iniciarse necesariamente a instancia de parte, no pudiendo ser promovido de oficio por el Juez. Sin embargo, no se puede hablar de parte actora en sentido general, ya que quien inicia el procedimiento actúa por una especial obligación legal y al servicio del interés público. Por eso, una vez iniciado el procedimiento el actor no tiene disponibilidad sobre el mismo, por lo que no surtirán efecto la renuncia, el allanamiento ni la transacción (art. 751.1 LEC).

La competencia territorial corresponde al Juzgado de Primera Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiera la declaración que se solicite (art. 756 LEC). La LEC hace referencia a la residencia y no al domicilio del demandado con el objetivo de facilitar el examen directo de éste por el Juez. En este sentido, se pronuncia TSJ de Castilla-León(Burgos) 29 de diciembre de 2000 (STSJCL 2000/9673): *“Fuero éste, el del lugar de la residencia que, por tanto, facilita el examen directo del demandado por el Juez, que éste ha de realizar “por sí mismo”; prueba indispensable, que se mantiene igual en el precepto anteriormente citado (art. 759), al ordenar, en su apartado 1, al Juez la actuación de llevar a cabo el examen “por sí mismo” del presunto incapaz, se trata como considera la doctrina, de la diligencia más relevante, orientada a*

proporcionar al juzgado la percepción personal e inmediata del efectivo estado del presunto incapaz". La norma contenida en el art. 756 LEC tiene carácter imperativo, por lo que se excluye la sumisión expresa o tácita y el Juzgado debe examinar de oficio su propia competencia inmediatamente después de la presentación de la demanda.

Una vez promovido, el procedimiento se sustanciará por los trámites del juicio verbal (especial), si bien el Letrado de la Administración dará traslado de la demanda al Ministerio Fiscal, cuando proceda, y a las demás partes que, conforme a la Ley, deban ser parte en el procedimiento, hayan sido o no demandados, emplazándoles para que la contesten en el plazo de veinte días (tramite propio del juicio ordinario), por lo que, aunque no lo diga expresamente la Ley, no debe bastar con la demanda sucinta propia del verbal, sino que debe reunir los requisitos establecidos en el art. 399 LEC.

Otra especialidad del procedimiento consiste en que, una vez practicadas las pruebas, el Tribunal permitirá a las partes formular oralmente sus conclusiones (art. 753 LEC).

Se trata, por tanto, de un procedimiento contencioso, que se implantó buscando unas mayores garantías para el incapaz (Cabrera, 1998), pero la actual legislación, al regular sus especialidades, provoca un alargamiento del mismo y una inadaptación a las circunstancias propias del objeto del mismo, lo que han sido muy criticado por la doctrina (Muñiz, 1994).

Las pruebas que se practican en el proceso básicamente son:

- Prueba Documental: consistente en los documentos aportados con la demanda para acreditar la falta de capacidad: informes médicos, informes sociales, certificados de minusvalía.....

- Audiencia de los parientes más próximos: que serán preguntados sobre la situación del demandado y sobre la persona que consideran idónea para ejercer las funciones de tutor o curador.

- Exploración del demandado por el Médico Forense: que emitirá un dictamen facultativo sobre la enfermedad o deficiencia que presenta y la incidencia de estos padecimientos en su capacidad de obrar.

- Examen del demandado por el Juez: quien se formará una primera opinión sobre el estado su estado antes de decidir sobre la modificación de la capacidad solicitada. Se trata de que el juez haga una valoración personal del estado del demandado.

Estas pruebas vienen impuestas por el art. 759 LEC y son de obligado cumplimiento, de forma que la inobservancia de las mismas supone la nulidad de actuaciones, ya que se trata de un procedimiento que afecta derechos fundamentales. Lo encontramos, entre otras, en la STS 4 de marzo de 2000 STS 185/2000) *“como quiera que es uniforme y consolidada doctrina de esta Sala la de que la inobservancia de los trámites esenciales y previos a toda declaración de incapacidad (audiencia de los parientes más próximos del presunto incapaz examen de éste por el propio Juez), en cuanto cuestión de orden público e incluso de transcendencia constitucional, pues ser apreciado “ex officio” por esta Sala de casación (Sentencias de 20 de febrero y 12 de junio de 1989, 20 de marzo y 24 de mayo de 1991, 30 de diciembre de 1995)”*.

El informe del Médico designado por el Juez también es preceptivo y las partes y el propio tribunal podrá acordar los dictámenes periciales necesarios o pertinentes en relación con las pretensiones de la demanda.

Normalmente la práctica de exploración judicial y forense se lleva a cabo antes del juicio, al objeto de poder valorar sus resultados en el mismo.

Practicadas todas las pruebas y celebrada la vista oral, el Juez dictará sentencia.

El proceso de modificación de la capacidad de obrar se decidirá en función a los hechos que hayan sido objeto de debate y resulten probados,

independientemente del momento en que sean alegados o introducidos de otra forma en el procedimiento (art. 752 LEC). La conformidad de las partes sobre los hechos no vinculará al tribunal, pues el desistimiento requiere la conformidad del Ministerio Fiscal, y en caso contrario, el demandante se verá obligado a continuar hasta el final del procedimiento (art. 752.2 LEC), debido a la indisponibilidad del objeto del procedimiento, que como dice Ramos Chamorro (2002), “*esta fuerte consecuencia es una manifestación más del orden público inherente a las situaciones de capacidad y estado*”.

En la sentencia en que se declare la modificación de la capacidad el juez determinará la extensión y los límites de ésta, el régimen de tutela guarda a que haya de quedar sometida la persona con capacidad modificada judicialmente y, en su caso, se pronunciará sobre la necesidad de internamiento (art. 760.1 LEC). En el caso de que en la demanda se hubiera solicitado el nombramiento, si el juez accede a la solicitud, la sentencia que declare la modificación de la capacidad nombrará a la persona o personas que han de asistir o representar a la persona con capacidad modificada judicialmente y velar por ella (art. 760.2 LEC), después de oír a los parientes más próximos, a ésta, si tuviera suficiente juicio, y a las demás personas que el tribunal considere oportuno (art. 759.2 LEC).

El objeto del proceso viene definido en el art. 199 CC y tiene por finalidad declarar si una persona carece de aptitud para autogobernarse debido a una enfermedad o deficiencia de carácter psíquico. Puede derivarse, pues, de este procedimiento una limitación o reducción de su capacidad de obrar.

El proceso está regido por los siguientes principios:

PRINCIPIO DE LEGALIDAD. El art. 199 CC establece que “*Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley*”. El principio de legalidad lleva a las siguientes consecuencias:

1.- La incapacidad de las personas está fuera del ámbito de la libre disposición de las partes.

2.- La declaración de incapacidad de la persona es presupuesto para el nombramiento de tutor curador.

3.- Declara la presunción de capacidad de obrar de cualquier persona. La incapacitación es una excepción.

PRINCIPIO DE OFICIALIDAD. Como dice Chimeno Chamorro (2004), al Estado le interesa la tutela o curatela de aquellos que no puedan gobernarse por sí, y determinar en qué medida las personas con capacidad disminuida no pueden gobernarse por sí. Por eso, se le otorgan amplias facultades al juez para la búsqueda de la verdad material, que conlleva un aumento de los poderes asumidos por el éste y la quiebra del principio de aportación de parte, principio dispositivo, que rige en el procedimiento civil en general, que viene justificado por la salvaguarda del interés público y del propio demandado. Este principio no se extiende a la posibilidad de iniciar de oficio el procedimiento, que se limita a las partes legitimadas y al Ministerio Fiscal (art. 757 LEC). El principio de oficialidad conlleva las siguientes consecuencias:

1.- Una vez iniciado el procedimiento, el objeto del mismo queda fuera del ámbito de disposición de las partes, por lo que no tienen transcendencia ni el acuerdo o transacción, ni el allanamiento del demandado ni la renuncia; y el desistimiento requerirá la conformidad del Fiscal.

2.- No quedarán probados los hechos por admisión o falta denegación, de forma que el reconocimiento por el demandado de su situación de falta de capacidad para gobernarse, a través de la confesión judicial, carecerá de valor probatorio.

3.- Los defectos de forma no impedirán al juez entrar a conocer del fondo del asunto ni dará lugar a una absolución en la instancia, ya que en el proceso se debaten cuestiones de interés público, no pudiendo quedar inefectivo por formalismos. Así mismo, el recibimiento del pleito a prueba es inexcusable, aunque no lo pidan las partes, y los defectos formales de la demanda no justifican su inadmisión, salvo la falta de legitimación activa, que es un requisito insubsanable.

4.- La sentencia no incurrirá en incongruencia cuando se base en hechos no alegados por las partes e introducidos en el proceso por pruebas practicadas de oficio. Tampoco será incongruente la sentencia cuando exceda lo solicitado por las partes, ya que es al juez al que corresponde determinar el alcance de la modificación de la capacidad, sin quedar vinculado por la petición de las partes en cuanto a su extensión y límites.

El juez de oficio o a instancias del Ministerio Fiscal o de las demás partes puede acordar, antes o durante la tramitación del proceso, las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del demandado o de su patrimonio que pudieran derivarse del a tardanza que pueda haber en la declaración de modificación de la capacidad (art. 762 LEC).

Entre estas medidas cautelares se encuentra el internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico (art. 763 LEC). Esta figura, escasamente regulada en nuestro ordenamiento jurídico, ha sido determina y limitada por la jurisprudencia. El TC en su sentencia de 8 de junio (STC 112/1988) establece las condiciones mínimas que se deben cumplir, salvo en los casos de urgencia, para que el internamiento de un enajenado sea legal:

- Debe probarse de forma convincente la perturbación mental del interesado por medio de un dictamen pericial médico objetivo.

- Que dicha perturbación revista un carácter o amplitud que legitime el internamiento.
- El internamiento no puede prolongarse válidamente cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo.

La Ley 13/1983 de Reforma del Código Civil en materia de Tutela (Ley 13/1983) dispone que el internamiento, por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada. La autorización será previa a dicho internamiento salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, en cuyo caso la autorización judicial se solicitará por el responsable del centro donde se hubiese producido el internamiento dentro del plazo de 24 horas. Con el objetivo de no mantener la medida de internamiento más allá de lo necesario, el tribunal, en la resolución que acuerde el internamiento, expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar de la necesidad de mantener o no la medida. Dichos informes se recabarán cada 6 meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior (art. 763.4). Sin perjuicio de lo anterior, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, dará de alta al enfermo y lo comunicará inmediatamente al tribunal competente (art. 763.4 LEC).

En la práctica, al internamiento adoptado como medida cautelar y el acordado posteriormente a la declaración de modificación de la capacidad es el mismo, pues el tutor necesita autorización judicial para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial (art. 271.1 CC). En ambos casos la regulación legal es la misma.

En la regulación actual, el proceso de modificación de la capacidad de obrar tiene carácter plenamente civil. Con anterioridad a la reforma del Código Penal en 1973 (RD 3096/1973), la incapacitación podía ser una consecuencia accesoria del delito, una pena ocasional impuesta por la comisión de un delito (López Barja de Quiroga, 2007). Pero esta regulación actual no ha superado el problema principal de este procedimiento, pues a pesar de que está configurado como un mecanismo de protección personal, la regulación del Código Civil refleja una modificación de la capacidad que se mueve más por razones de carácter patrimonial que personal (para obtener una pensión, para proceder a una partición hereditaria.....) (Heredía et al, 1998). Para algunos autores, sería necesario un nuevo planteamiento real del procedimiento de modificación de la capacidad y abogan por la vuelta a un procedimiento de jurisdicción voluntaria (Fábrega, 1997). Para otros, es necesario rediseñar el proceso introduciendo las siguientes reformas (Aequitas (ed), 2011):

- Exigir que, en la demanda, se especifique con claridad cuál es el motivo, que necesidad o problema provoca el que la privación de capacidad sea necesaria y buena para el sujeto. Que se pretende con dicha declaración.

- El que pueda declararse la modificación de la capacidad solo para un acto concreto (en muchos casos una persona con discapacidad necesita complemento o sustitución de capacidad solo una o dos veces a lo largo de su vida), nombrándose un asistente ad hoc que luego deba rendir cuentas ante al juez por dicho acto. Esto evitaría que la persona quedara marcada con el estigma de *incapacitada*. Solo en casos puntuales será necesario el procedimiento clásico de capacidad.

- Diversificación de los procesos, creando un mecanismo flexible para los casos puntuales o aquellos totalmente claros reservándose el juicio verbal para los casos en que, realmente, haya que limitar claramente el alcance de la modificación de la capacidad.

- Clarificación y extensión de la figura de la guarda de hecho, poderes preventivos, etc..... Y acogimiento de figuras como el asistente, tal como se está planteando en el derecho catalán.

I.6. EFECTOS Y CONSECUENCIAS

La sentencia, en los procesos de modificación de la capacidad de obrar, debe fijar la extensión y los límites de la modificación que declare, en su caso, así como el régimen jurídico de tutela o guarda, y la posibilidad de internamiento; y designar al representante si se hubiera pedido en la demanda (art. 760.1 y 2LEC).

La sentencia que declare la modificación de la capacidad tiene naturaleza constitutiva, ya que crea el estado o situación jurídica inexistente con anterioridad a ella, y produciendo efectos *ex nunc*, de forma que la situación de incapacidad tan solo se inicia a la fecha de la firmeza de la misma, sin ningún efecto retroactivo, salvo excepciones, conforme a reiterada jurisprudencia. En este sentido se pronuncian La STS de 27 de enero de 1998 (STS 24/1998): *“La sentencia de incapacitación, dictada en proceso declarativo de menor cuantía (...) es sentencia constitutiva que, cuando en el demandado concurre una de las causas que prevé el artículo 200 del Código Civil, le constituye en el estado civil de incapacitado”*, o la SAP Palma de Mallorca 12 de noviembre de 1992: *“Dentro de cierta clasificación de las sentencias que las divide en sentencias de condena, puramente declarativas y constitutivas, es obvio y evidente que la que declara la incapacidad de una persona para regir sus bienes corresponde a estas últimas, es decir a aquellas en que la jurisdicción no se limita a declarar un efecto jurídico como ya producido (con trascendencia ejecutiva o no), sino que produce el cambio que sin ella no podría verificarse; sin embargo ello no*

significa imperativamente que la eficacia de la resolución constitutiva firme sea siempre y necesariamente ex nunc, o desde la sentencia misma, sino que en ocasiones puede ser ex tunc y –por tanto- retrotraída, bien al momento de la demanda o a otro anterior”.

La modificación de la capacidad no significa necesariamente carencia total de juicio en el incapacitado. También puede ser ausencia parcial de éste o ausencia del juicio preciso para ciertos actos considerados comúnmente de mayor trascendencia. En congruencia con esto la sentencia puede ser:

- Desestimatoria de la demanda. Denegando la modificación solicitada y manteniendo íntegramente al demandado su capacidad de obrar.

- Estimatoria de la demanda, determinando la extensión y límites de la modificación de la capacidad y estableciendo el régimen de guarda al que la persona con capacidad modificada judicialmente debe quedar sometida; se pronunciará sobre la necesidad de internar al incapaz, y en caso en que se hubiese solicitado en la demanda, se pronunciará sobre el nombramiento de la persona o personas que habrá de asistir o representar al afectado y velar por él.

La sentencia estimatoria puede declarar:

- Modificación total de la capacidad de obrar, en el caso en que se aprecie que el demandado no puede gobernarse en ningún ámbito de su vida, ni personal ni patrimonial.

- Modificación parcial de la capacidad de obra, cuando se aprecie que la persona puede realizar determinados actos por sí sola, pero para actos de mayor trascendencia necesita el auxilio de otra persona. En este supuesto, la misma sentencia debe especificar qué actos puede realizar el demandado por sí mismo y para cuales otros, necesita la asistencia de otra persona. Es decir,

la sentencia debe ajustarse a la protección que necesita cada individuo y no ir más allá de lo estrictamente necesario. Este criterio viene también recogido por la jurisprudencia en numerosas sentencias como la STS 30 de junio 2004 (STS 646/2004): *“debe existir una adecuación de la restricción y control, en su extensión y límites, al grado de idoneidad (pues no debe extenderse más de lo necesario: S. 26 de julio de 1999), en armonía con el principio básico que debe inspirar la materia de protección del presunto incapaz; y la aplicación de un criterio restringido (S. 16 de septiembre de 1999) en la determinación del ámbito de la restricción”*.

La sentencia se comunicará de oficio al Registro Civil para la práctica de los asientos que correspondan, al margen de la inscripción de nacimiento, y, a petición de parte, se comunicará a cualquier otro Registro público que proceda Mercantil y de la Propiedad (RD de 14 de septiembre de 1882). El apartado 1º del artículo 218 CC establece que las resoluciones indicadas no serán oponibles a terceros en tanto no sean debidamente inscritas. La obligación de proceder a la inscripción la posee de oficio la autoridad judicial que ha nombrado el cargo tutelar, estableciendo el artículo 219 CC que debe hacerse sin dilación. Esto refleja la importancia que la ley da a dicha obligación. Por ello, no estaría de más la centralización en la Dirección de los Registros y el Notariado (al igual que ocurre, por ejemplo, con el Registro de Últimas Voluntades) de un Registro en el que se inscriban todas las sentencias de modificación de la capacidad con el alcance de las mismas y la persona que esta nombrada para el órgano protector correspondiente. Esta centralización facilitara la seguridad de la contratación con personas con la capacidad modificada, contribuyendo a su incorporación a la vida jurídica en condiciones de igualdad con las personas totalmente capaces, lo que es uno de los fines últimos de la institución protectora que supone la modificación de la capacidad (Fábregas, 2016).

La sentencia puede ser recurrida. El tribunal que resuelva el correspondiente recurso deba practicar de nuevo las pruebas preceptivas de audiencia de parientes y exploración judicial y forense de la persona (art. 759.3 LEC). Esta disposición está encaminada a garantizar la necesaria inmediación en este tipo de procesos. La práctica de las pruebas por la Audiencia, al igual que ocurre en primera instancia, es preceptiva y su inobservancia conlleva la nulidad de actuaciones. STS de 15 de julio de 2005 (STS 610/2005): *“El art. 759.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil ha supuesto una trascendental modificación respecto al derogado art. 208 del Código Civil, al imponer, expresamente y para todo caso, la práctica de las pruebas a que se contrae su apartado 1, extendiendo así el principio de inmediación, de especial relevancia en estos procesos, al Tribunal de apelación. Cualquiera que sea la crítica que doctrinalmente pueda merecer el precepto, la obligación que impone al Tribunal de apelación es de estricta observancia por constituir una norma esencial en esta clase de procesos, cuya omisión constituye causa de nulidad de acuerdo con el art. 238. 3º de la Ley Orgánica del Poder Judicial”*.

Las circunstancias valoradas por el juez a la hora de dictar la sentencia son:

- La autonomía personal: nutrición, aseo, cuidado, seguridad.
- La autonomía doméstica: afrontar actividades habituales o relacionadas con el ámbito familiar.
- La autonomía social: desenvolvimiento e integración dentro de la sociedad, control sobre sus impulsos, capacidad para conseguir metas y objetivo, etc...
- La autonomía patrimonial: capacidad para administrar sus bienes, reconocimiento de la moneda actual, capacidad para el manejo cotidiano del dinero, etc...

La modificación de la capacidad de obrar no implica *per se* la pérdida de derechos. Es una forma de proteger a la persona con capacidad modificada judicialmente y brindarle la oportunidad de que pueda ejercer sus derechos con el apoyo de otra persona que complementa o suple su capacidad. De hecho existen derechos personalísimos que va a conservar y que en ningún caso pueden ser realizados por el tutor, tanto si la sentencia declara una modificación total como parcial, salvo que la sentencia le prive de ellos expresamente:

- El ejercicio del derecho de sufragio. Cuando la Sentencia no declare lo contrario, el incapaz podrá ejercer su derecho al voto.

Las SSTS de 1 de julio (STS 341/2014) y de 24 de junio (STS 421/2013), señalan el hecho de que la privación del derecho de sufragio no es una consecuencia necesaria de la incapacitación total. La Convención de Nueva York, en su art. 29, garantiza a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones. Por su parte, el art. 3.1 b y 2 de la Ley 5/85, de 19 de julio, del Régimen Electoral General (Ley 5/1985), establece la obligación de los jueces de pronunciarse expresamente sobre la falta de capacidad para su ejercicio; porque una cosa es que una persona no pueda regirse por sí misma, ni administrar su patrimonio, y otra distinta que esté impedida para ejercitar correctamente este derecho.

No obstante, frecuentemente la sentencia de incapacitación ha ido asociada a la pérdida del derecho al voto, por la propia práctica de los juzgados y tribunales, que ha provocado que más de 80.000 personas en la actualidad no puedan votar (Europa Press, 2015), contraviniendo claramente los principios del Convenio de Nueva York.

- La facultad de hacer testamento notarial. Si la Sentencia de modificación de la capacidad no se pronuncia sobre esta cuestión, y la personación capacidad modificada judicialmente pretende otorgar testamento, el Notario puede autorizar su otorgamiento, cuando dos facultativos por él designados examinen a la persona, y respondan de su capacidad natural para testar en el momento en que desea hacerlo (art. 665 CC).

- El derecho a contraer matrimonio. La declaración de modificación de la capacidad no impide la celebración del matrimonio civil. Corresponde al Juez encargado del Registro Civil, previo informe médico de un especialista, apreciar si el contrayente posee capacidad natural suficiente para prestar su consentimiento (art. 56 CC).

En cualquier caso, dispone *el art. 1.330 CC El incapacitado judicialmente solo podrá otorgar capitulaciones matrimoniales con asistencia de sus padre, tutor o curador.*

A diferencia del menor no emancipado, que carece de capacidad para contraer matrimonio, el incapacitado judicialmente la tendrá siempre que la sentencia no le imponga esa restricción, pudiendo otorgar capitulaciones con la asistencia que determine la sentencia de modificación de la capacidad, sea la del tutor o la del curador.

- Reconocimiento de un hijo extramatrimonial. Según prevé el art. 121 CC, lo podrá hacer la persona con capacidad modificada judicialmente por sí solo, si bien precisa de aprobación judicial. Será a través de esta aprobación judicial en la que se comprobará la existencia de capacidad natural para el reconocimiento y la mínima verosimilitud del mismo.

- Firmar un contrato de trabajo. Las leyes laborales exigen la plena capacidad de obrar para celebrar un contrato de trabajo. No obstante, en los supuestos de una persona con capacidad limitada basta con la autorización expresa de su representante legal. La incorporación del discapacitado en la

actividad laboral es la mejor terapia de normalización e integración, posibilidad que se consiguió tras la promulgación de la Ley 13/1982 de Integración Social de Minusválido (Ley 13/1982).

- Prestar consentimiento informado válido, en el ámbito sanitario. El artículo 3.1 de la Ley Orgánica 1/1982, del 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (LO 1/1982), dice que *“el consentimiento de los menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil”*.

Los derechos personalísimos, por tanto, deben ser gestionados por el propio menor o incapaz cuando tiene la suficiente madurez para ello.

Deberá determinar si el incapaz tiene madurez suficiente para otorgar el consentimiento el médico responsable. Esta facultad le viene otorgada por la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002) y debe realizarla, huyendo de criterios paternalistas, entendiendo que la madurez de una persona, sea ésta mayor o menor de edad o incapaz, debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones, no por el contenido de los valores que asuma o maneje (Gracia et al, 2001).

La modificación de la capacidad de obrar de una persona tampoco implica el automático internamiento de ésta en un centro. Esta medida debe ser solicitada al Juez por la persona que ejerza la guarda de la persona con capacidad modificada judicialmente. Esto supone que el solicitante tiene que aportar pruebas de la necesidad del internamiento, y entre ellas, los informes médicos que establezcan el ingreso como mejor opción terapéutica.

La declaración que el Juez realiza en la sentencia no tiene efectos de cosa juzgada, no es para siempre. La Ley permite que, si desaparecen las causas

que dieron lugar a la modificación de la capacidad o sobrevienen nuevas circunstancias, se pueda iniciar un nuevo procedimiento para dejar sin efecto la incapacitación o modificar el alcance de la ya establecida, necesitando, por tanto, un ajuste del contenido de la sentencia (García-Lubén et al, 2003) (art. 761.1 LEC). En este sentido, y con referencia a las enfermedades mentales, la Resolución de la Dirección General de los Registros y del Notariado de 15 de octubre de 1935, ya declaró que al privar estas enfermedades a la persona de cuidar por sí sus asuntos, constituyen una restricción de la personalidad jurídica cuya duración no puede ser absolutamente ilimitada, sino que deberá extinguirse por decisión judicial dictada en un procedimiento igual al observado para declarar la incapacitación y que declare haber desaparecido la causa que dio lugar a la misma. La STS de 9 febrero de 1968, también admitió la rehabilitación parcial del incapacitado, pues ante la variedad *“de matices que la realidad de cada día brinda a través de los informes periciales y de la directa observación del Juez, hoy es imposible desconocer que existen enfermos mentales que proceden en su vida corriente con cierta normalidad, pero que reintegrados, sin amparo de ninguna clase, a la plenitud de su capacidad de obrar, podrían perjudicar a su propia persona, a sus intereses, los de su familia y los de la sociedad en que viven, y para ellos tan inadecuada es la absoluta incapacitación como la plena capacidad legal, de modo que ha de decretarse la adecuación del organismo supletorio de la capacidad a la situación actual y real del incapacitado”*.

La petición de este nuevo proceso pueden instarla las personas que formularon la demanda anterior, las que ejercieren cargo tutelar o tuvieran bajo su guarda al incapacitado, el Ministerio Fiscal y el propio incapacitado. Para este último caso, la LEC exige que el declarado incapacitado obtenga la autorización judicial para comparecer en juicio, siempre que la sentencia de incapacitación le hubiera privado de la capacidad de comparecer en el mismo. Será el Notario el que deberá valorar la capacidad natural del demandado para el otorgamiento del poder a los profesionales preceptivos para iniciar el procedimiento.

No es muy frecuente que se deje sin efecto una incapacidad ya establecida, porque implica que debe desaparecer la enfermedad o deficiencia que se ha tenido por permanente, uno de los requisitos exigidos legalmente; concretamente en las demencias esta posibilidad sería mínimamente posible, ya que la pérdida de la capacidad es irreversible (Camino, 2003), ya que la evolución de esta enfermedad es por definición irreversible. Por el contrario, lo más usual es que se inicie un nuevo procedimiento para solicitar que, por agravamiento de la enfermedad que ha dado lugar a la incapacitación, se amplíen los términos de la incapacidad concedida. En cualquier caso, y por afectar al estado civil de las personas, para modificar la sentencia anterior debe mediar una nueva declaración judicial, tras la tramitación de un nuevo juicio verbal. La sentencia que se dicte deberá pronunciarse sobre si procede o no dejar sin efecto la incapacitación, o sobre si deben o no modificarse la extensión y los límites de ésta (art. 761.3 LEC),

Ante situaciones de urgencia o riesgo para la persona o sus bienes, la ley prevé que antes de iniciarse el procedimiento o durante la tramitación del mismo puedan solicitarse, de forma cautelar, que se adopten las medidas que se consideren oportunas para la protección de los mismos. El internamiento puede solicitarse también como medida cautelar, e incluso, sin haberse iniciado el procedimiento de modificación de la capacidad de obrar.

ESPECIAL REFERENCIA A LA ESTERILIZACIÓN

Curiosamente esta cuestión viene regulada en el Código Penal, como causa de exención de la punibilidad de las lesiones, a pesar de tratarse de una cuestión de carácter civil. Lo que nos hace preguntarnos si la no penalización de la esterilización supone la existencia de un derecho a la misma.

En 1989 se incorporó al Código Penal español, por medio de la Ley Orgánica de 21 de junio, de Actualización del Código Penal (LO 3/1989) un

inciso al artículo 428, estableciendo la posibilidad de la realización lícita de la esterilización de incapaces: "*Sin embargo, no será punible la esterilización de persona incapaz que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla haya sido autorizada por el Juez a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz*".

Contra este artículo se planteó cuestión de inconstitucionalidad alegando contradicción con el artículo 15 de la Constitución, que reconoce que "*todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes*", añadiéndose a esta justificación, además, lo dispuesto en los artículos 10.1 y 49 CE.

Dicha norma fue considerada constitucional por el Tribunal Constitucional en sentencia de 14 de julio (STC 215/1994), entendiendo que se trata de un derecho del incapaz, por lo que únicamente debe concederse en *mayor interés del incapaz* y no hay que tener en cuenta los intereses de otras personas (evitar la preocupación de los padres por el embarazo o el interés de los herederos) ni de la sociedad (fines eugenésicos). El TC tiene también en cuenta el interés del futuro hijo, ya que entiende que el incapaz no puede cumplir adecuadamente sus obligaciones como padres, en el caso de embarazo y parto. El fin de esta posibilidad se encuentra en que el discapacitado viva la sexualidad como parte del desarrollo personal del ser humano, tratando de evitar el riesgo que se crea para la posible descendencia cuando la persona padece un trastorno psíquico que, por su naturaleza e intensidad comprometa o anule su capacidad de poder cuidar a la posible descendencia. Pero esta decisión del TC no supone que se pueda llevar a cabo sin criterio alguno. La sentencia exige para la realización lícita de la esterilización, además de la inexcusable intervención judicial, los siguientes requisitos:

- Padecer una deficiencia o minusvalía psíquica como condición necesaria pero no suficiente, debiendo ser de las que dan lugar a incapacitación legal y no cualquier otra. La deficiencia tiene que ser bastante grave para que se declare la incapacitación, pero no es necesario que esa incapacitación sea total ya que, en ese caso, se daría una carencia también total para la realización de actividades sexuales, derivada de una evidente falta de autonomía. La gravedad, por ello, debe referirse a aquella que impida al incapaz comprender lo que es la esterilización y que le prive de aptitud para asumir la sexualidad y comprender el alcance de sus consecuencias.

- Debe existir una previa declaración de incapacidad también judicialmente acordada.

- La solicitud debe hacerla el representante legal del incapaz. Es decir, el padre, el tutor y es discutido si también el guardador de hecho al que, de acuerdo con el artículo 304 CC se le permite realizar cuantos actos redunden en interés del incapaz. No podrá hacerlo nunca el Ministerio Fiscal, ya que la ley trata de excluir la intervención estatal en la materia. Lo único que podrá hacer el Fiscal es tratar de dotar a esa persona de representante legal lo antes posible.

- Es competente el Juez de 1ª instancia del domicilio del incapaz, dentro del mismo procedimiento de incapacitación o en procedimiento de jurisdicción voluntaria independiente.

- Se requiere el dictamen de dos especialistas. Lo idóneo sería que informara un urólogo o ginecólogo, dependiendo del sexo, sobre la existencia de capacidad para procrear, puesto que, en otro caso, la esterilización sería innecesaria, la conveniencia del método propuesto frente a otros métodos anticonceptivos, riesgos de la intervención y posibles consecuencias negativas de la operación para la salud; y un psicólogo o psiquiatra sobre la gravedad de la deficiencia psíquica para comprender la esterilización y para asumir el

cuidado de la descendencia y el riesgo que una hipotética concepción y embarazo pueda suponer para la estabilidad psíquica de la incapaz.

- El Juez debe explorar por sí mismo al incapaz para comprobar su postura sobre el tema y la mayor o menor fiabilidad de la misma. Hay que tener en cuenta su edad, personalidad, comportamiento sexual, etc....No es lo mismo un incapaz con personalidad retraída que no sale de casa y no muestra interés por los temas sexuales, que otro que carece del adecuado control y muestra un comportamiento sexual desinhibido.

- Se necesita audiencia del Fiscal como garante de la legalidad y de los derechos fundamentales del incapaz.

En la actualidad, el Código Penal aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre (LO 10/1995), y en vigor desde el día 24 de mayo de 1996, presenta una regulación similar al precepto mencionado. Si bien en su artículo 156 establece que se circunscribe esta posibilidad a supuestos excepcionales en los que se produzca un grave conflicto de bienes jurídicos protegidos, disponiendo que *"No será punible la esterilización acordada por órgano judicial en el caso de personas que de forma permanente no puedan prestar en modo alguno el consentimiento al que se refiere el párrafo anterior, siempre que se trate de supuestos excepcionales en los que se produzca grave conflicto de bienes jurídicos protegidos, a fin de salvaguardar el mayor interés del afectado, todo ello con arreglo a lo establecido en la legislación civil."*

El Código Penal encomienda, por tanto, la autorización para llevar a cabo la esterilización de los incapaces a los jueces civiles, no a los penales, pues sólo aquéllos son los competentes para la tramitación de los procesos de incapacitación o de jurisdicción voluntaria. La competencia se atribuye, por tanto, a los Jueces de Primera Instancia del correspondiente partido judicial (Esparza, 2002).

Dos son los puntos de mejora que presenta el artículo 156 del Código Penal respecto a la Sentencia del Tribunal Constitucional 215/94 (Valle, 1996):

1. Desaparece la expresión "persona incapaz".
2. La adición del siguiente inciso: "tomándose como criterio rector el del mayor interés del afectado", que denota cuál es el criterio que debe guiar las resoluciones judiciales en estas materias.

Por último, debe la esterilización contribuir a la efectiva integración social del afectado. Así lo indica el TC en su sentencia de 14 de julio de 1994 (STC 215/1994) (fundamento jurídico 4º): *"Lo primero –la justificación– porque la esterilización del incapaz, por supuesto sometida siempre a los requisitos y garantías ya examinados que para su autorización judicial impone el artículo 428 CP, le permite no estar sometido a una vigilancia constante que podría resultar contraria a su dignidad (artículo 10.1º CE) y a su integridad moral (artículo 15.1º CE), haciendo posible el ejercicio de su sexualidad, si es que intrínsecamente lo permite su padecimiento psíquico, pero sin el riesgo de una posible procreación cuyas consecuencias no puede prever ni asumir conscientemente en razón de su enfermedad psíquica y que, por esa misma causa, no podría disfrutar de las satisfacciones y derechos que la paternidad y maternidad comportan, ni cumplir por sí mismo los deberes (artículo 39.3º CE) inherentes a tales situaciones"* .

Vistos los presupuestos para la concesión de la esterilización, hay que señalar que existen también unos requisitos posteriores de la resolución judicial estimatoria de la solicitud de esterilización (Abel et al, 1999):

1. Lo que el juez autoriza es una esterilización exclusivamente, o sea, el procedimiento para hacer perder, temporal o definitivamente, las *capacitas generandi*, dejando íntegra la *capacitas coeundi*.
2. Debe ser realizada por facultativo, entendiéndose como tal el ginecólogo o el especialista correspondiente que lleve a cabo la intervención.

En cuanto a los métodos de esterilización femenina (Ordas, 2005), las técnicas laparotómicas han quedado superadas por las técnicas laparoscópicas. La laparotomía sólo continúa utilizándose en caso de contraindicación del método laparoscópico y, sobre todo, cuando se lleva a cabo la laparotomía en el curso de otra intervención en la que se realiza la esterilización como intervención secundaria. En caso de que no sea posible utilizar la técnica de laparoscopia, se emplean otras técnicas como la minilaparotomía o la esterilización tubárica histeroscópica.

I.7. FIGURAS DE PROTECCIÓN

Como ya hemos indicado, la sentencia debe pronunciarse sobre el régimen de protección al que queda sometido el incapaz y qué persona, personas o institución la va a ejercitar en representación del mismo. Así que, declarada la incapacidad, total o parcial, de un individuo mediante Sentencia Judicial, el paso siguiente es nombrar a la persona o institución que va a representar o asistir, en su caso, al incapaz en todos aquellos actos que la sentencia determine que no puede realizar por sí solo.

Las figuras de protección de las personas incapaces que establece el ordenamiento jurídico son:

- La Patria Potestad, prorrogada o rehabilitada.

- La Tutela. Cuando se declara una incapacidad total. Por tanto, el tutor ejercerá tanto la protección personal como la administración de los bienes del incapaz.

- La Curatela. Cuando se declara una incapacidad parcial. La función del curador es asistir al incapaz y completar su capacidad en los actos que no pueda realizar por sí mismo.

- El Defensor Judicial. Tiene una actuación provisional y transitoria representando al incapaz en aquellas situaciones en que no pueden hacerlos sus progenitores, el tutor o el curador o cuando éstos no existen.

- La Guarda de Hecho. Pretende regular la situación que se produce cuando una persona distinta a los progenitores, sin estar designada para ello por el juzgado, asume la protección de la persona y bienes de un menor o presunto incapaz.

Existen otras figuras de protección, como:

- La Autotutela. Oportunidad que tiene la persona con capacidad de obrar de adoptar las disposiciones que estime convenientes en previsión de su propia futura incapacitación. Esta figura se regula en la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad (Ley 41/2003). Dichas disposiciones se adoptarán en documento público notarial y se podrán referirse a cualquier aspecto de la persona o bienes, incluido la designación de tutor.

- Las dirigidas a garantizar a la persona con discapacidad unos cuidados personales y los suficientes recursos materiales para que pueda mantener una buena calidad de vida. La ley contempla varias vías para garantizar esto:

- El testamento
- El contrato de alimentos.
- El Patrimonio Protegido.

La protección jurídica de la persona con discapacidad también ha sufrido una lógica evolución consecuente con los cambios sociales ante el concepto de incapacidad, pasando desde un modelo de tutela familiar, que se mantuvo hasta la reforma de 1983, por un modelo de tutela autoridad, en el que el Juez y el Fiscal asumían, no el ejercicio, sino el control de la tutela, hasta llegar a un

nuevo modelo de autotutela, que responde a la nuevo modelo social cuya filosofía es facilitar la vida independiente y plena de las personas con discapacidad, como ciudadanos en un nivel de igualdad con el resto de la población, para lo que se le compensan las deficiencias que tiene con ayudas, medidas jurídicas y sociales y discriminación positiva.

LA PRÓRROGA O REHABILITACIÓN DE LA PATRIA POTESTAD.

La patria potestad prorrogada procede cuando se declara la incapacidad de un menor de edad que convive con uno o con ambos progenitores. En la sentencia en la que se determine la incapacidad del menor, el Juez declarará prorrogada la patria potestad a favor de uno o ambos progenitores, para cuando el hijo con discapacidad alcance la mayoría de edad.

La rehabilitación de la patria potestad procede cuando se declara la incapacidad de una persona mayor de edad, soltero y que convive con uno o ambos progenitores y consiste en que el hijo vuelve a estar sometido a la patria potestad de los progenitores o progenitor.

Las funciones que ejercen los padres, en el caso de rehabilitación de la patria potestad, son las mismas que si el hijo fuera menor de edad, de modo que, lo representan legalmente, administran sus bienes, y velan por él procurándole los cuidados y la atención que sean necesarios.

En ambos casos, La patria potestad se extingue por la muerte o declaración de fallecimiento de los padres o del hijo, por la adopción del menor o incapaz, por haberse modificado la sentencia de incapacitación declarando el cese de la misma y por haber contraído matrimonio el incapaz. Si al cesar la patria potestad el hijo continúa incapacitado, esta figura será sustituida por una tutela o curatela.

LA TUTELA

La tutela es la institución de guarda que procede cuando se declara la incapacidad total de una persona, para regir su persona y sus bienes, en sustitución de la patria potestad ejercida por los padres; y en aquellos caso en que se declare una incapacidad parcial sobre los bienes o sobre la persona pero el incapaz necesite un protección más allá de la mera asistencia que le proporcionaría una curatela.

Como ya hemos visto, la sentencia tiene que determinar los actos que el incapaz no puede realizar por sí mismo, y así se distinguen:

- **Tutela sobre la persona y bienes.** Para los casos más graves se nombra a un tutor con facultades de administración y disposición de los bienes del tutelado y gobierno de su persona.

- **Tutela parcial sobre bienes.** Casos en los que el tutor se limita a representar económicamente al tutelado en los actos de disposición o administración de sus bienes, conservando éste la capacidad de gobernar su vida personal.

- **Tutela parcial sobre la persona.** Casos en los que el tutor se limita a representar personalmente al tutelado en todos aquellos actos referidos a su vida personal que, según la sentencia no pueda realizar por sí mismo. Puede concederse para determinadas actividades concretas como las de someter al tutelado determinado tratamiento o internamiento involuntario, etc.

El tutor o tutores podrán ser nombrados en la sentencia de declaración de modificación de la capacidad, siempre teniendo en cuenta el interés del discapacitado y su máximo beneficio, y puede ejercerse por cualquier persona física que tenga capacidad de obrar y esté en pleno uso de sus derechos civiles y cualquier persona jurídica que no tenga finalidad lucrativa y entre

cuyos fines figure la protección de incapaces, de forma excepcional y con carácter subsidiario cuando falte persona física que pueda asumir su ejercicio de forma adecuada bien por la no existencia de familiares o personas con especial relación, por inhibición de estos o por no idoneidad., o cuando éste se encuentre en situación de desamparo. Esta posibilidad viene introducida por el artículo 9 de la Ley de protección patrimonial de las personas con discapacidad 41/2003 de 18 de noviembre (Ley 41/2003) añade un tercer párrafo al artículo 239 CC del siguiente tenor: *“La entidad pública a la que, en el respectivo territorio, este encomendada la tutela de los incapaces cuando ninguna de las personas recogidas en el artículo 234 sea nombrado tutor, asumirá por ministerio de la ley la tutela del incapaz o cuando este se encuentre en situación de desamparo. Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes que le incumben de conformidad a las leyes, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”* .

Un ejemplo es la Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos, que ofrece protección jurídico-social a las personas mayores de edad incapacitadas o en proceso de incapacitación. En Murcia, con la misma finalidad, tenemos la Fundación Murciana para la Tutela y Densa Judicial de Adultos, que funciona desde el año 2003. El problema se plantea en aquellas comunidades autónomas en las que no existen entidades públicas que tengan encomendada la tutela de las personas con capacidad modificada judicialmente, en las cuales puede venir asumida por los Ayuntamientos, que tienen competencia en materia de prestación de servicios sociales (artículo 25–2º k de la Ley de Bases de Régimen Local, Ley 7/1985), siendo el ejercicio de esta competencia obligatoria en los que tengan una población superior a 20000 habitantes (artículo 26.1ºc LBRL), correspondiendo, en otro caso, a las Diputaciones Provinciales (artículo 37 de la misma ley y 5 de la Ley 12/1983 de 14 de Octubre, reguladora del proceso autonómico).

La regla general recogida en el art. 242 CC, sobre las personas que pueden asumir la tutela de un menor o incapacitado, tiene sus excepciones, que recogen los arts. 243, 244 y 245 del mismo cuerpo legal. Así, no podrán ser tutores

- Los que estén privados o suspendidos en el ejercicio de la patria potestad o total o parcialmente de los derechos de guarda y educación, por resolución judicial.

- Los que hayan sido legalmente removidos de una tutela anterior.

- Los condenados a cualquier pena privativa de libertad, mientras estén cumpliendo condena.

- Los condenados por cualquier delito que haga suponer fundadamente que no desempeñarán bien la tutela.

- Las personas en las que concurran una imposibilidad absoluta de hecho.

- Los que tengan una enemistad manifiesta con el menor o incapacitado.

- Las personas de mala conducta o que no tengan manera de vivir conocida.

- Los que tengan importantes conflictos de intereses con el menor o incapacitado, mantengan con él pleito o actuaciones sobre el estado civil o sobre la titularidad de los bienes, o los que le adeuden sumas de consideración.

- Los quebrados y concursados no rehabilitados, salvo que la tutela lo sea solamente de la persona.

- Los excluidos expresamente por los padres en testamento o escritura pública, salvo que el Juez estime otra cosa, en resolución motivada, en beneficio del incapacitado.

La tutela deberá ser ejercida por un solo tutor, salvo en determinados supuestos, en lo que está admitida una tutela plural, previstos en el art. 236 CC:

- Cuando se nombre un tutor para la persona y otro para los bienes, por concurrir circunstancias especiales en la persona del tutelado o de su patrimonio que aconsejen separar en cargos distintos el de tutor de la persona y de los bienes, actuando cada uno independientemente en el ámbito de su competencia, si bien las decisiones que conciernan a ambos deberán tomarlas conjuntamente.

- Cuando la tutela corresponda al padre y a la madre, de modo análogo a la patria potestad.

- Cuando se designa a alguna persona como tutor de los hijos de su hermano y se considera conveniente que el cónyuge del tutor ejerza también la tutela.

- En supuestos de designación testamentaria, cuando el juez nombre como tutores a las personas que los padres del tutelado o éste mismo hayan designado en testamento o documento público notarial para ejercer la tutela conjuntamente.

El Código Civil, en su art. 234, establece una línea de preferencia respecto de las personas que deben ser nombradas tutores, así para el nombramiento de tutor se preferirá:

- Al designado por el propio tutelado, antes de declararse su incapacidad, en escritura notarial.

- Al cónyuge que conviva con el tutelado.

- A los padres.

- A la persona o personas designadas por los padres en su testamento.

- Al descendiente, ascendiente o hermano que designe el Juez.

A pesar de ello, y excepcionalmente, el juez tiene potestad para alterar este orden de preferencia e incluso prescindir de todas las personas mencionadas, siempre en beneficio de la persona incapacitada.

Una vez nombrado el tutor en la sentencia, éste podrá excusarse del cargo cuando por razones de edad, enfermedad, ocupaciones personales o profesionales, por falta de vínculos de cualquier clase entre tutor y tutelado o por cualquier otra causa, resulte excesivamente gravoso el ejercicio del cargo (art. 251 CC). Es necesario probar con documentos, testigos, etc..., la razón de la excusa y proponer o indicar la persona, que siendo de parecidas condiciones pudiera sustituirle. Mientras se resuelve acerca de la excusa, el que la haya propuesto estará obligado a ejercer la función. No haciéndolo así, el Juez nombrará un defensor que le sustituya, quedando el sustituido responsable de todos los gastos ocasionados por la excusa si ésta fuera rechazada.

La tutela se extiende:

- A la **protección personal** del tutelado, promoviendo la adquisición o recuperación de su capacidad, y su mejor inserción en la sociedad. Cuando sea menor se le procurará una educación y formación integral. El tutor debe también velar por el tutelado y procurarle alimentos, aunque no está obligado a hacerlo a cargo de su patrimonio personal. Se trata de que el incapaz no le falte lo necesario, atendiendo a sus circunstancias económicas personales, cuidando que tenga una calidad de vida digna.

- A la **administración del patrimonio** del tutelado, como lo haría un buen padre de familia y siempre en beneficio exclusivo del incapaz.

El tutor es el representante legal de la persona tutelada. Los actos que efectúe el incapaz sin la asistencia de su tutor serán nulos y carecerán de validez legal.

Las funciones tutelares se ejercen bajo la supervisión del Juez y del Ministerio Fiscal, al objeto de evitar situaciones de abuso financiero e influencia

indebida en las personas mayores (Blum et al, 2013). De este modo, el tutor tiene que solicitar autorización judicial previa para:

- Internar al tutelado en un centro de salud mental, o de educación o formación especial.

- Vender o gravar bienes inmuebles (fincas, casas), establecimientos mercantiles o industriales (tiendas, comercios, fábricas), objetos preciosos (joyas, obras de arte) y valores mobiliarios (acciones o participaciones en empresas), excepto el derecho de suscripción preferente de acciones.

- Celebrar contratos en nombre del tutelado, o actos que deban inscribirse en el Registro de la Propiedad.

- Renunciar derechos, transigir o someter a arbitraje cuestiones en las que el tutelado estuviese interesado.

- Aceptar sin beneficio de inventario o repudiar una herencia u otras liberalidades.

- Hacer gastos extraordinarios en los bienes.

- Interponer una demanda en nombre del tutelado, salvo que el asunto sea urgente o de escasa cuantía.

- Ceder bienes en arrendamiento por tiempo superior a 6 años.

- Dar y pedir dinero a préstamo.

- Disponer a título gratuito, o lo que es lo mismo sin recibir nada a cambio, de bienes o derechos del tutelado.

- Ceder a terceros los créditos que el tutelado tenga contra el tutor, o adquirir a título oneroso, es decir, mediante pago, los créditos de terceros contra el tutelado.

Antes de autorizar estas operaciones el Juez solicitará informe del Ministerio Fiscal, y oirá al tutelado si lo estima oportuno.

Las particiones de herencia y la división de la cosa común realizadas por el tutor, también precisan autorización judicial.

Para evitar que el tutor pueda adoptar decisiones arbitrarias, o que perjudiquen al tutelado, se le imponen las siguientes obligaciones:

- **Hacer inventario** de los bienes del tutelado, en los 60 días siguientes a aquel en que aceptó la tutela. Este inventario debe ser aprobado por el Juez, y contendrá todos los bienes y derechos propiedad del tutelado, así como las deudas y cargas de las que deba responder.

- **Informar anualmente** al juzgado de la situación personal y patrimonial del tutelado, y rendir la cuenta anual de su administración. En cualquier momento el juzgado puede exigir del tutor, que informe sobre la situación del incapaz.

- **Rendición final de cuentas** que deberá presentarse ante el juzgado al cesar en las funciones de tutor, en el plazo de los 3 meses siguiente deben presentarse al Juez para su aprobación.

Paralelamente a sus obligaciones el tutor tiene los siguientes derechos:

- A ser respetado y obedecido por el tutelado.

- A recibir una retribución, determinada por el Juez, siempre que el patrimonio del tutelado lo permita.

- A ser indemnizado por los daños y perjuicios que sufra en el ejercicio de la tutela, a cargo del patrimonio del tutelado, siempre que no medie culpa suya.

La tutela concluye:

- Cuando el menor de edad cumple 18 años, salvo que con anterioridad hubiera sido judicialmente incapacitado.

- Por la adopción del tutelado menor de edad.
- Por la concesión al menor del beneficio de la mayor edad.
- Cuando se hubiera originado la tutela por la suspensión o privación de la patria potestad, y el titular de ésta la recupere.
- Por fallecimiento del tutor y/o de la persona sometida a tutela.
- Al dictarse la resolución judicial que ponga fin a la incapacitación, o que modifique la sentencia de incapacitación sustituyendo la tutela por una curatela.

El tutor puede ser destituido judicialmente en su función cuando incurra en alguno de los casos en los que no se puede ser tutor o se conduzcan mal en el desempeño de la tutela, por incumplimiento de los deberes propios del cargo o por notoria ineptitud de su ejercicio, o cuando surgieran problemas de convivencia graves y continuados. La destitución, llamada remoción, solo podrá hacerse por el Juez que nombrará entonces un nuevo tutor.

LA CURATELA

La curatela es la institución de guarda que se establece cuando se declara la incapacidad parcial de una persona. La incapacidad parcial supone que la persona conserva cierto grado de autogobierno o autonomía, que le permite adoptar las decisiones más sencillas sobre su persona y/o bienes.

El procedimiento para establecer una curatela como medida de protección del incapaz es el mismo que para establecer una tutela, es decir, se determina en la sentencia de incapacitación, atendiendo al grado de incapacidad que se declara.

Así, quedarán sometidos a curatela

- Los emancipados cuyos padres fallecieron o quedaron impedidos para el ejercicio de la asistencia prevenida por la Ley.

- Los que obtuvieren el beneficio de la mayor de edad.
- Los declarados pródigos.
- Las personas a quienes la sentencia de incapacitación o, en su caso, la resolución judicial que la modifique coloquen bajo esta forma de protección en atención a su grado de discernimiento.

En cuanto a las personas e instituciones que pueden ser curadores, las causas que impiden ser curador, las excusas para el ejercicio de la curatela, y las obligaciones y derechos que conlleva el cargo, son las mismas que para el tutor.

El curador, a diferencia del tutor, no es el representante legal del incapacitado. La misión del curador es asistir al incapaz y complementar su capacidad, en aquellos actos que no pueda realizar por sí mismo. Los actos en que se considera necesaria la intervención del curador, deben quedar delimitados en la sentencia que haya establecido la curatela.

Cuando la sentencia no especifica el alcance de la curatela, se entiende que el curador tiene que asistir a su pupilo en los mismos actos que el tutor necesita autorización judicial.

La curatela puede extenderse:

- A la **protección personal** del incapaz. Suele darse en aquellos supuestos en que el incapaz sufre una enfermedad, que si bien es incapacitante, puede controlarse mediante un tratamiento farmacológico y llevar una vida normal. En estos casos la función del curador se centra principalmente en el seguimiento del tratamiento médico del incapaz, en aquellos casos en que carezca de conciencia de la enfermedad, siendo en estos casos la curatela la figura más adecuada, según reiterada jurisprudencia, entre otras la STS de 31 diciembre (STS 995/1991).

- A la **protección de los bienes** del incapaz. En estos casos, el curador asistirá al incapaz en la administración ordinaria y, también, en la realización de negocios jurídicos que el curatelado por sí, no puede efectuar. Esto supone que para firmar escrituras públicas o suscribir contratos, debe intervenir el curador junto con el incapacitado, impidiendo así que otras personas puedan aprovecharse de su impericia.

En el caso de existir discrepancias entre el sometido a curatela y el curador, en un asunto en que éste último deba intervenir, tendrá que solicitarse el auxilio judicial.

Aunque no viene regulado en el Código Civil, podemos decir que la curatela finaliza:

- Cuando el menor de edad cumple 18 años, salvo que con anterioridad hubiera sido judicialmente incapacitado.

- Por la adopción del menor de edad sometido a curatela.

- Por fallecimiento del curador y/o de la persona sometida a curatela.

- Al dictarse la resolución judicial que ponga fin a la incapacitación, o que modifique la sentencia de incapacitación sustituyendo la curatela por la tutela.

EL DEFENSOR JUDICIAL

El defensor judicial es una figura de guarda que se caracteriza por su actuación provisional y transitoria. Su cometido es representar, o en su caso, asistir al incapaz en situaciones en que no pueden hacerlo sus progenitores, el tutor o el curador, o cuando éstos no existen.

El defensor judicial debe ser nombrado por el Juez cuando lo considere conveniente para la persona incapaz y/o sus bienes, tras un procedimiento de jurisdicción voluntaria que puede iniciarse de oficio o a petición del Ministerio

Fiscal, a instancia del menor o de cualquier persona capaz de comparecer en juicio.

Puede nombrarse en las siguientes circunstancias:

- Cuando en algún asunto exista un conflicto de intereses entre el incapacitado y sus representantes legales (padres o tutor) o el curador.

- Cuando el tutor, o el curador, haya sido destituido de su cargo, mientras se nombra a otra persona para desempeñarlo.

- Cuando el tutor, o el curador, haya alegado alguna causa de excusa para no seguir ejerciendo la guarda, mientras se nombra a otra persona que lo sustituya.

- Durante el proceso judicial de incapacitación, el Ministerio Fiscal actuará como defensor judicial del presunto, asumiendo su representación y defensa. En los casos en que el propio Ministerio Fiscal inicia el pleito, si el presunto incapaz no comparece a defenderse en el plazo establecido, se nombrará un defensor judicial que le represente en el juicio mediante procurador, y asuma su defensa a través de abogado.

Las personas e instituciones que pueden ser defensores judiciales, las causas que impiden ser defensor judicial, las excusas para el ejercicio de la defensa judicial, y las obligaciones y derechos que conlleva el cargo, son las mismas que para el tutor y el curador, excepto en el supuesto en que la guarda viene ejercida por ambos padres, y el conflicto de intereses existe sólo con uno de ellos. En este caso corresponderá al otro representar y amparar al incapacitado por Ley, sin necesidad de que lo nombre el Juez.

El defensor judicial tendrá las funciones que le haya asignado el Juez, dependiendo de las necesidades que motivaron su nombramiento. Puede que su actuación sólo sea necesaria para un asunto concreto, por ejemplo, la firma de una escritura pública, o que sea requerido para ejercer la administración

provisional de los bienes del incapaz. En el supuesto de que sustituya transitoriamente al tutor, asumirá la guarda de la persona incapaz y de sus bienes.

El cargo de defensor judicial finalizará cuando concluya el cometido para el que fue designado, o cuando se nombre tutor o curador al incapaz tras aceptarse el cargo, según los casos.

El defensor judicial debe rendir cuentas de su gestión al Juez una vez finalizada.

LA GUARDA DE HECHO

No todas las personas afectadas por una discapacidad son necesariamente incapacitadas judicialmente, pero eso no quiere decir que no precisen asistencia para realizar determinados actos. La guarda de hecho pretende regular la situación que se produce cuando una persona distinta de los progenitores u otra en el caso de mayores de edad, sin estar designada para ello por el juzgado, asume la protección de la persona y bienes de un menor o de un presunto incapaz. Es uno de los mecanismos de protección de los discapaces más utilizado en la sociedad, debido a la desconfianza hacía las formalidades legales, al desconocimiento social y el temor a las costas del procedimiento. Sin embargo, esta extensión y trascendencia social no va acompañada por una regulación suficientemente amplia que permita la utilización de todo su potencial como mecanismo de protección y hace que se planteen diversos problemas.

El guardador de hecho no es el representante legal del presunto incapaz, no puede sustituirlo en negocios patrimoniales ni actuar por él en actos personales, aunque realiza funciones que en realidad corresponden a un tutor o a un curador.

La guarda de hecho no viene descrita por el Código Civil. En un sentido amplio, Sancho Gargallo (2004) señala que los presupuestos que dan lugar a una guarda de hecho sobre un presunto incapaz son: que una persona mayor de edad se encuentre afectada por una causa de incapacitación por falta de autogobierno sin que sea previsible su recuperación, que no haya sido incapacitada y que en la práctica se esté haciendo cargo de su atención personal o patrimonial un tercero.

El principal problema que presenta la guarda de hecho para su actuación en el tráfico jurídico es el derivado de la constatación en el mismo de su existencia. Esto dificulta su efectividad, crea una importante inseguridad jurídica, provoca en los guardadores una sensación de abandono por el ordenamiento jurídico y restringe su intervención en el tráfico jurídico, creando la imposibilidad de actuación negocial del discapacitado, que deja sin efecto pleno el contenido del art. 304 CC.

La guarda de hecho se puede extender:

- Al **ámbito personal**. El guardador de hecho tiene el deber de cuidarlo, preocupándose de su alimentación, asistencia médica, formación y, en la medida en que sea posible, promoviendo la adquisición o recuperación de su capacidad, cuando el presunto incapaz lo precise.

- Al **ámbito patrimonial**. El guardador de hecho administra los bienes del presunto incapaz, pero no puede venderlos, ni arrendarlos, ni realizar ningún otro acto de disposición sobre los mismos. Sí puede efectuar pagos ordinarios como los suministros de agua, luz o gas, o el coste de la estancia en un centro, preferiblemente a través de una domiciliación bancaria.

La guarda de hecho se ejerce de forma gratuita. Sin embargo, el Juez puede reconocer el derecho del guardador a ser indemnizado por los gastos y perjuicios que se le hubieran ocasionado, con cargo a los bienes del presunto incapaz.

Cuando el Juez conozca la existencia de un guardador de hecho, puede requerirle para que informe sobre la situación de la persona y de los bienes del presunto incapaz, y de su actuación respecto a los mismos. De este modo, aun cuando no existe la obligación de practicar inventario y rendir cuentas anuales, como ocurre en la tutela, será conveniente que el guardador de hecho haya confeccionado un inventario de los bienes del presunto incapaz, y lleve su administración clara y ordenadamente.

La guarda de hecho finaliza:

- Cuando el presunto incapaz recupere su razón.
- Por la muerte o declaración de fallecimiento del guardador de hecho o del presunto incapaz.
- Cuando la autoridad judicial sustituya al guardador de hecho, bien transitoriamente por un defensor judicial, bien de modo definitivo por un tutor o curador.

LA AUTOTUTELA

Se trata de la oportunidad que tiene una persona con plena capacidad de obrar, para adoptar las disposiciones que estime convenientes en previsión de su propia futura incapacitación, incluida la designación de un tutor. Esta opción se da sobre todo en enfermedades degenerativas, como el Alzheimer, que tiene un curso progresivo.

La Autotutela se introduce en nuestro ordenamiento jurídico por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre (Ley 41/2003), con la pretensión de mejorar el tratamiento jurídico de las personas con discapacidad. En este sentido, se modifica la legislación civil estableciendo las siguientes posibilidades:

1.- Otorgar documento público notarial, adoptando cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de

tutor. Es decir, cualquier persona con capacidad de obrar puede acudir al Notario y dejar dispuesto en una escritura pública quién quiere que sea su tutor, dónde quiere ser asistido o residir, o cómo deben administrarse sus bienes, en el supuesto de que resulte incapacitado.

2.- Designar a la persona que ha de ser su tutor. Se modifica el orden de preferencia para el nombramiento de tutor, estableciendo en primer lugar al designado por el propio tutelado en escritura pública. El Juez podrá prescindir de la persona designada, cuando hayan sobrevenido nuevas circunstancias que no fueron tenidas en cuenta al efectuar la designación, y así convenga al interés del incapacitado.

El Notario comunicará de oficio la existencia de estos documentos públicos al Registro Civil, para que quede indicado su otorgamiento en la inscripción de nacimiento del interesado. Cuando se inicia un proceso de incapacitación el Juez recabará certificación del Registro Civil, a fin de comprobar si existen esta clase de escrituras públicas.

3.- Otorgar mandato para el caso de incapacidad del mandante. Se introducen cambios en la regulación del contrato del mandato, haciendo posible que el poder dado por una persona capaz a favor de otra subsista, aún cuando quien lo hubiera otorgado sea incapacitado con posterioridad, siempre que el mandato contenga esta disposición de manera expresa.

4.-Promover el juicio de incapacitación por el propio interesado. El presunto incapaz podrá iniciar el proceso a través de procurador que lo represente, y abogado que lo defienda. Si carece de bienes suficientes para iniciar el juicio, puede solicitar el beneficio de Asistencia Jurídica Gratuita.

Por último, La Ley de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad (Ley 41/2003) crea la institución **Poderes Preventivos**, de enorme trascendencia en la medida que permite, mientras se conservan las facultades mentales, nombrar un representante al que se le otorga un poder

para el caso de que lleguen a perderse. Se puede evitar de este modo, en caso de pérdida de capacidad, el tener que nombrar un representante (tutor) a través del procedimiento de incapacitación. Supone una importante novedad por cuanto que la incapacitación del mandante no implicaría la revocación del poder. Se establece así, tras la reforma, en art. 1732 CC, con objeto de establecer que la incapacitación judicial del mandante, sobrevinida al otorgamiento del mandato, no sea causa de extinción del mismo cuando el mandante haya dispuesto su continuación a pesar de la incapacitación, y ello sin perjuicio de que dicha extinción pueda ser acordada por el Juez en el momento de constitución de la tutela sobre el mandante o, en un momento posterior, a instancia del tutor.

EL TESTAMENTO

A través de las disposiciones testamentarias (Art. 223, Ley 41/2003), se permite a los padres adoptar decisiones que amparen al descendiente incapaz en el aspecto personal y en el patrimonial, una vez ellos hayan fallecido. Esta posibilidad resuelve una de las mayores preocupaciones de los padres de un incapaz, qué va a pasar con su hijo cuando ellos falten.

En la esfera personal los progenitores pueden:

- Establecer disposiciones respecto a la forma de vida y cuidados de su hijo, su salud, educación, formación o residencia.
- Designar tutor de su hijo a una persona física o a una institución. Esta decisión debe tenerse en cuenta por el juzgado al constituir la tutela, salvo que el beneficio del incapaz aconseje otro nombramiento.
- Excluir a una persona del cargo de tutor, establecer órganos de fiscalización de la tutela, y efectuar cualquier otra disposición sobre la persona que se considere necesaria.

En la esfera patrimonial tienen facultades para:

- Ampliar la legítima del descendiente incapaz, con el tercio de mejora y/o el de libre designación, a fin de que pueda atender sus necesidades económicas.

- Establecer una sustitución fideicomisaria que podrá gravar la legítima estricta, en beneficio del hijo judicialmente incapacitado. Se trata de disponer a favor del incapaz, estableciéndose también las personas que adquirirán los bienes que le dejó el testador cuando aquél fallezca.

- Donar o legar a la persona con discapacidad un derecho de habitación sobre la vivienda habitual del progenitor, que no se computará para el cálculo de las legítimas, cuando el discapacitado convivía con el testador. Este derecho de habitación se atribuirá por ministerio de la ley al legitimario discapacitado que lo necesite y estuviera conviviendo con el fallecido, salvo que el testador disponga otra cosa o lo excluya expresamente. En este caso no es necesario que el beneficiario esté incapacitado judicialmente.

- Legar al discapacitado el usufructo de determinados bienes, dejando la nuda propiedad para los hermanos. Mientras vive el incapaz obtiene los frutos y rentas que produzcan los bienes, pero no puede venderlos. Al fallecimiento del usufructuario los hermanos consolidan la plena propiedad.

- Hacer uso de la sustitución pupilar o ejemplar. En este supuesto se dispone a favor del incapaz en todo o parte de los bienes, y además se indican las personas que heredarán su patrimonio cuando fallezca. Como puede apreciarse los padres otorgan testamento en un intervalo lúcido o después de haber recobrado la razón.

- Establecer la forma de administrar los bienes, normas, condiciones o recomendaciones para la persona que se haga cargo de la tutela, o para el resto de herederos.

En la práctica, no se utiliza esta posibilidad muy a menudo. La explicación es que en el Territorio español hacer testamento a temprana edad,

cuando los hijos son menores y, por ello, es difícil que los jóvenes matrimonios se planteen designar un tutor para el caso de fallecimiento (Herrero, 2003).

EL CONTRATO DE ALIMENTOS

Otra de las importantes instituciones que regula la Ley 41/03 es el Contrato de alimentos (Ley 41/2003). Dicha ley ha modificado el Código Civil, introduciendo en él un nuevo capítulo II dentro del título XII del libro IV del Código Civil, bajo la rúbrica «Del contrato de alimentos», que engloba los artículos 1791 a 1797.

Se trata de una obligación alimenticia surgida del pacto o contrato y no de la ley, a diferencia de los alimentos entre parientes regulados por los artículos 142 y siguientes del Código Civil. En el contrato de alimentos una de las partes, persona física o jurídica, se obliga a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a otra persona, incapaz o no, durante su vida, a cambio de obtener la transmisión de un capital compuesto por cualquier clase de bienes y derechos, que no pasará definitivamente a poder del contratante alimentante hasta que no se produzca la muerte del beneficiario de los alimentos, salvaguardándose, de esta forma, que la asistencia de mantenga satisfactoriamente a lo largo de toda la vida de éste. Normalmente este tipo de contratos lo suscriben los padres u otros familiares del incapaz, que se obligan a transmitir determinados bienes a una persona que se obliga de a proporcionar alimentos al incapaz mientras éste viva.

La extensión y calidad de los alimentos deben fijarse en el contrato y, salvo pacto en contrario, no dependerán de las vicisitudes del capital y necesidades del obligado, ni del caudal de quien los recibe.

En caso de que fallezca el obligado a prestar los alimentos, éstos pueden abonarse mediante una pensión actualizable que si no está prevista en el contrato fijará el Juez.

En caso de incumplimiento por el obligado a prestar alimentos, el alimentista puede elegir entre exigir judicialmente su cumplimiento, o resolver el contrato. Si opta por la resolución, el alimentante deberá devolver el capital recibido. En cualquier caso, debe garantizarse al alimentista un superávit suficiente para constituir, de nuevo, una pensión análoga por el tiempo que le quede de vida.

La única causa de extinción prevista en la Ley es la muerte del alimentista o beneficiario.

EL PATRIMONIO PROTEGIDO

La actual situación de la discapacidad (con una mayor supervivencia de los discapacitados y el aumento de los casos de senilidad por el crecimiento de la esperanza de vida) impone que la asistencia económica al discapacitado no se haga sólo con cargo al Estado o a la familia, sino con cargo al propio patrimonio que permita garantizar el futuro del minusválido en previsión de otras fuentes para costear los gastos que deben afrontarse.

La figura del patrimonio protegido viene regulada en la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, para la protección económica de las personas con discapacidad (Ley 41/2003) y consiste en la posibilidad de agrupar un conjunto de bienes, dinero y derechos, que se aíslan del resto de los bienes y derechos del titular-beneficiario sometiéndose a un régimen de administración y supervisión específicos, formando un patrimonio del que sólo puede ser beneficiaria la persona que se encuentre afectada por una discapacidad física mayor del 65%, o por una discapacidad psíquica mayor del 33% (según certificado administrativo acreditativo del grado de minusvalía), con independencia de que haya sido o no judicialmente incapacitada, y con la finalidad de satisfacer sus necesidades vitales.

Se apoya la ley en el entendimiento de que la existencia de medios económicos suficientes para atender las específicas necesidades vitales de los mismos, es uno de los aspectos fundamentales de su bienestar personal. Como indica García Calvente (2007), *“El fortalecimiento de la situación económica del discapacitado es uno de los factores que puede contribuir a suavizar la intranquilidad de las familias en estos casos. El mecanismo de la incapacitación judicial no es siempre la respuesta adecuada a situaciones en las que la minusvalía se produce de forma progresiva, y estas circunstancias son cada vez más frecuentes por el evidente envejecimiento de los países desarrollados. El papel asistencial que la familia ha desempeñado de forma tradicional es cada vez menos fácil de cumplir, y el coste social que ello supone para la Administración es demasiado elevado. Por todos estos motivos, la trascendencia de la norma que comentamos es muy importante, y se incardina además en una corriente muy extendida en los últimos tiempos en los países de nuestro entorno. Con ella se busca la participación de los particulares en la satisfacción del principio rector contenido en el artículo 49 de la Constitución Española, de tal forma que coadyuven a los poderes públicos para su consecución”*.

Son características principales de los patrimonios protegidos siguiendo a Marín Calero (2013):

1. La no exigencia de incapacitación judicial.
2. Falta de personalidad jurídica de los patrimonios protegidos.
3. Patrimonio separado por el fin o destino. El patrimonio protegido debe responder a unos fines específicos, satisfacción de las necesidades vitales de una persona con discapacidad u otros más concretos como sufragar una vivienda tutelada o iniciar un negocio, que son los que determinan su tratamiento especial.

El patrimonio protegido pueden constituirlo los padres, tutores, curadores, o guardadores de hecho del discapacitado y él mismo si en el

momento de constituirlo conserva su capacidad de obrar. En todo caso, se requiere una aportación inicial de dinero, u otra clase de bienes o derechos, a título gratuito. Una vez constituido, cualquier persona puede efectuar aportaciones al mismo, siempre a título gratuito.

Cuando la persona con discapacidad tenga capacidad de obrar suficiente no se podrá constituir un patrimonio protegido en su beneficio o hacer aportaciones al mismo en contra de su voluntad. Si el titular carece de dicha capacidad y existe negativa injustificada de los padres o tutores, el solicitante podrá acudir al Fiscal, quien instará del Juez lo que proceda atendiendo al interés de la persona con discapacidad. Igual sistema se establece en el caso de negativa de dichas personas a la aportación posterior.

El patrimonio protegido debe constituirse por escritura pública otorgada ante Notario, donde se harán constar las reglas de administración del patrimonio que resulten más adecuadas, según las necesidades de la persona con discapacidad y los bienes aportados; así como el momento en que comenzará su uso, bien al fallecimiento de los progenitores, o incluso en vida de éstos.

Para que surta plenos efectos frente a terceras personas será necesaria su inscripción en el Registro Civil, y en el Registro de la Propiedad.

La Ley contempla dos sistemas de constitución, que pueden acumularse entre sí:

El Patrimonio de Gasto, si lo que se pretende es proporcionar al discapacitado un flujo de rentas disponibles que cubran sus necesidades cotidianas, a modo de una pensión alimenticia.

Las aportaciones pueden ser dinerarias, títulos valores, derechos de arrendamiento, uso de bienes muebles e inmuebles, la asistencia personal o cuidados de terceros.

El Patrimonio de Ahorro, si se quiere que el discapacitado sea dueño de un patrimonio importante y perdurable, que le proporcione autonomía, independencia y autosuficiencia económica.

Las aportaciones pueden consistir en la propiedad y los derechos de goce y disfrute de bienes inmuebles, y las grandes sumas de dinero que permitan a la persona discapacitada generar ahorro, o en su caso, hacer inversiones de previsión como seguros de vida, o planes de pensiones.

En cuanto a la administración del patrimonio protegido hay que distinguir dos supuestos:

1. Cuando el patrimonio se constituye por la persona con discapacidad. El beneficiario que conserve su capacidad de obrar, puede establecer y modificar las reglas para la gestión de su patrimonio protegido, así como nombrar y sustituir a su administrador, cuantas veces desee. También podrá determinar el modo de supervisar la administración del patrimonio.

2. Cuando el patrimonio se constituye por persona distinta de su beneficiario. Será la propia persona que ha constituido el patrimonio protegido quien lo administre, o quien designará un administrador. El administrador del patrimonio protegido debe recabar la autorización judicial en siguientes casos:

- Para disponer a título gratuito de bienes o derechos.
- Para enajenar o gravar bienes inmuebles, establecimientos mercantiles o industriales, objetos preciosos y valores mobiliarios que formen parte del patrimonio protegido, o celebrar contratos o realizar actos que tengan carácter dispositivo y sean susceptibles de inscripción. Se exceptúa la venta del derecho de suscripción preferente de acciones.
- Para renunciar derechos, así como transigir o someter a arbitraje cuestiones en que el patrimonio protegido estuviese interesado.
- Para hacer gastos extraordinarios en los bienes.

- Para entablar demanda en nombre del discapacitado, salvo en los asuntos urgentes o de escasa cuantía. Lógicamente, podrá hacerlo solo en los casos en que se encuentre afectado el patrimonio protegido y no en el resto de los asuntos.

- Para ceder bienes en arrendamiento por tiempo superior a seis años.

- Para dar y tomar dinero a préstamo.

- Para ceder a terceros los créditos que el patrimonio especial del discapacitado tenga contra él, o adquirirá título oneroso los créditos de terceros contra dicho patrimonio.

El administrador nunca podrá, aunque tenga autorización judicial, ya que no tiene la representación general del discapacitado:

- Internar al discapacitado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial.

- Aceptar sin beneficio de inventario cualquier herencia.

- Las acciones anteriores sobre bienes o derechos que no formen parte del patrimonio protegido.

Con respecto al patrimonio protegido, la ley encomienda al Ministerio Fiscal una doble función:

1. Una supervisión permanente y general, consistente en la obligación del administrador, salvo que se trate del propio beneficiario o sus progenitores, de presentarle anualmente una relación de su gestión y el inventario de bienes y derechos del patrimonio protegido.

2. Una supervisión esporádica y concreta, cuando las circunstancias concurrentes lo hagan preciso, pudiendo instar del Juez la adopción de las medidas que estime pertinentes en beneficio de la persona con discapacidad

El patrimonio protegido se extingue:

- Por la muerte o declaración de fallecimiento de su beneficiario. En este supuesto el los bienes y derechos que componen el patrimonio protegido pasarán a formar parte del caudal hereditario.

- Cuando el beneficiario deje de padecer una minusvalía en los grados establecidos por la Ley. En cuyo caso éste seguirá siendo titular de los bienes y derechos que integran el patrimonio protegido.

- Por decisión judicial cuando así convenga al interés de la persona con discapacidad.

Esta ley ha sido muy criticada porque no está pensada para todos los discapacitados, sino solo para aquellos que poseen bienes suficientes como para tener un patrimonio protegido. Se sugiere la ampliación de la misma introduciendo mecanismos para que esas personas cuyos entornos no pueden aportar un patrimonio, tengan las mismas oportunidades, a través de ayudas directas o desde el gasto público, a los discapacitados más desfavorecidos. El legislador ha procurado subsanar esta situación discriminatoria estableciendo la asunción de la tutela automática de las entidades públicas de protección de incapacitados cuando éstos se encuentren en situación de desamparo o cuando carezcan de tutor (Fábrega, 2016)

LAS INSTRUCCIONES PREVIAS O VOLUNTADES ANTICIPADAS

La figura de las instrucciones previas aparece en la Recomendación de 25 de junio, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (Recomendación 1418/1999) a sus 41 estados miembros (España incluida). El Consejo de Europa nace con la vocación de proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella. La obligación de respetar y proteger la dignidad de las personas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida, y pasa por proporcionar un medio

adecuado que permita al ser humano morir con dignidad. La recomendación se refiere, entre otros, a los derechos fundamentales que derivan de los pacientes terminales, que se ven amenazados por diversos factores como el uso desproporcionado de medios técnicos o la continuación o inicio de un tratamiento sin consentimiento del paciente, con la consecuente prolongación del proceso de muerte contra la voluntad del enfermo terminal, sin que este pueda influir en el recorrido de este proceso del morir.

Esta idea es acorde con el "Convenio Europeo para la Protección de Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (1997)", conocido como el Convenio de Oviedo, que fue ratificado por España el 1 de Enero de 2000, entrando en vigor con la publicación del Instrumento de Ratificación de dicho convenio (Instrumento de Ratificación de 20 de octubre de 1999). Concretamente en su art. 9 dispone lo siguiente: *"Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no sea capaz de expresar su voluntad"*.

Culmina la regulación de esta figura con 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 (Ley 41/2002), que en su art. 11 define el documento de instrucciones previas aquel mediante el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, para que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos. En el párrafo segundo del mismo artículo la ley deja en libertad la forma de llevarlas a cabo, pudiéndose formalizar ante notario, ante testigos o incluso ante el médico u otros profesionales, dejando siempre constancia probada en la historia clínica (Sánchez Caro, 2003),

El documento de instrucciones previas es un documento en virtud del cual una persona expresa su voluntad sobre las actuaciones sanitarias de las que puede ser objeto en un futuro, en el cual esa persona prevé que ya no gozará de capacidad para consentir. Tienen por objeto permitir que se cumplan los deseos de una persona en aquéllos momentos en que ésta no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad y además facilita a los profesionales de la salud la toma de decisiones respetuosas con la voluntad del enfermo cuando este no tiene ya capacidad para decidir por sí mismo (Gómez Martínez, 2015).

Hay que tener en cuenta el interés de este derecho, especialmente en pacientes con demencia o no capaces llegada la fase terminal o irreversible de la vida, ya que en algunas de estas situaciones el médico debería anticipar el pronóstico para dar tiempo a que la voluntad se refleje de algún modo, antes de que el paciente sea no capaz, y deberíamos asumir que las instrucciones previas y la figura del representante (interlocutor único) constituyen la prolongación de la autonomía del paciente, favoreciendo su implantación y desarrollo (Angora, 2008).

Este concepto es correlativo con el cambio de la tradicional relación médico-paciente, basada en el modelo paternalista del primero, dejando al predominio de la autonomía del segundo (Sánchez Caro, 2004), de modo que actualmente la regulación de la toma de decisiones en el proceso clínico se basa de manera fundamental en el respeto a la dignidad humana, la autonomía de la voluntad y a las resoluciones libremente adoptadas por las personas en el ámbito de su salud, tal y como dispone el art. 2 de la Ley 41/2002 o Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Deberes en materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002).

La efectividad de este derecho del paciente exige que el documento de instrucciones previas, independientemente del lugar en el que haya sido formalizado, pueda ser conocido precisa y oportunamente por lo profesionales de la salud a los que, en su momento, corresponda la responsabilidad de la

asistencia sanitaria que deba prestárselo. Por esta razón, el art. 11.5 de la Ley de Autonomía (Ley 41/2002) dispone que, para asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas comunidades autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo (hoy Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) el Registro nacional de instrucciones previas.

En la Región de Murcia, no es hasta 2005 que se publica el Decreto nº 80/2005 de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de Instrucciones Previas y su registro (Decreto 80/2005). Poco después se publica en el BORM la corrección de errores al Decreto del Consejo de Gobierno 80/2005. El presente decreto regula el documento de Instrucciones Previas, su formalización, modificación, sustitución o revocación, dotándolo con las mayores garantías de autenticidad y eficacia, así como su inscripción en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia. Para que este documento sea operativo, se procede a crear el antes mencionado Registro Murciano de Instrucciones Previas, recogido en el Capítulo II, que permitirá el conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de la existencia de Instrucciones Previas de los pacientes a los que tratan.

El Registro Murciano de Instrucciones Previas es un registro dependiente de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias de la Comunidad Autónoma, de carácter confidencial e interconectado con el resto de los registros de las mismas características que existen en el Estado Español. Los otorgantes deberán inscribir en el registro los documentos de Instrucciones Previas, de acuerdo con los requisitos establecidos, donde manifiestan las instrucciones a seguir y actuaciones médicas que se deben tener en cuenta cuando se encuentren en una situación que no les permita expresar libremente su voluntad. También pueden hacer una revocación, modificación o sustitución del

documento indicado. La finalidad del citado registro es que el equipo sanitario que atienda al otorgante tenga conocimiento de la existencia del documento de Instrucciones Previas, a fin de tenerlo en cuenta al adoptar cualquier decisión clínica respecto al otorgante (Gómez Martínez, 2015). Por ello, si el documento no ha sido inscrito en el registro, recae sobre el otorgante la obligación de poner en conocimiento del centro sanitario la existencia del contenido del mismo.

El contenido son las Instrucciones Previas reales que deja el ciudadano, y se puede estructurar en cuatro categorías (Vidal, 2007). No todas las categorías figuran en cada uno de los modelos de Instrucciones Previas en España, sino que cada comunidad tiene su propio modelo de documento.

Categoría I: proyectos vitales y valores personales de calidad de vida, a fin de ayudar en su día a la interpretación del propio documento y para que sirvan de orientación a los médicos en el momento de tomar las decisiones clínicas que afecten al otorgante del documento. Este punto es de especial importancia, ya que los valores y objetivos vitales de una persona son, sin duda, el principal y más importante criterio orientador para interpretar su voluntad.

Categoría II: actuaciones médicas en general, es decir, instrucciones sobre el alcance del tratamiento médico de la persona que otorga el documento, ya se refieran a una concreta enfermedad o lesión que padezca en el momento de otorgarlo, o a otras que pueda padecer en el futuro. Se pueden indicar intervenciones médicas o tipo de cuidados que se desea recibir en caso de enfermedad, siempre que sean acordes con la buena práctica clínica, pudiendo también señalar aquellas que no se desean recibir.

Categoría III: prolongación de la vida y medidas contra el sufrimiento y paliación. El paciente puede rechazar la prolongación artificial de la vida por medio de tecnologías desproporcionadas, tratamiento de soporte vital, o el retraso irracional del proceso de muerte. Además, en el caso de pacientes

terminales, algunas comunidades introducen la aplicación de sedación y/o analgesia.

Categoría IV: categoría destinada para que el paciente declare explícitamente cuál será el destino de su cuerpo, sus órganos, o de piezas anatómicas tras el fallecimiento. Si desea recibir asistencia religiosa y lugar donde se presten los últimos cuidados.

El documento también contiene el nombramiento de los representantes, aquellos que actuarán de interlocutores con los profesionales sanitarios para que las Instrucciones Previas sean aplicadas. La firma del representante dando su consentimiento de representación es obligatoria.

Respecto a la capacidad para otorgar el documento de Instrucciones Previas la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002) exige que se sea mayor de edad y capaz. Pero esta apreciación ha sido interpretada por algunas autonomías bajo el principio legal de conferir un mayor ámbito de autonomía al sujeto que tuviera una capacidad reducida. En este sentido, la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía (Ley 5/2003) reconoce la posibilidad de otorgar testamento vital a los incapacitados judicialmente, salvo que la resolución judicial de incapacitación se pronunciara en contra de dicha posibilidad. Pero esta facultad está limitada por el criterio del facultativo responsable de la asistencia médica, por lo que la efectividad real de esta disposición, que contradice claramente el art. 9.3 de la Ley 41/2002, es más bien limitada, pudiendo interpretarse más como un deber de escuchar la opinión del incapacitado, que como un poder real para crear un acto válido, dado que la decisión final corresponde en la práctica a sus representantes legales y a su médico.

Por último, para que el documento sea válido, debe ser formalizado ante: un notario, un funcionario del registro o de la administración pública, o bien ante tres testigos. Las firmas de cada uno de ellos son también

obligatorias en el documento.

El conocimiento y uso de éstas por parte de la población es muy limitado (Gómez Martínez, 2015). Todos los estudios evidencian un importante desconocimiento sobre las Instrucciones Previas, tanto por parte de los pacientes (Antolín y col, 2010a; Antolín y col, 2010b; Molina, 2011) como de sus familiares (Arauzco et al, 2010), e inclusive de los profesionales sanitarios (Simón, 2008). Hasta abril de 2015 solamente se habían formalizado un total de 185.665 documentos en todo el país, lo que corresponde aproximadamente a menos del 1% de la población total de España (MSSSI, 2015).

I.8. CONTEXTO Y PERFIL DE LA PERSONA INCAPACITADA.

El perfil de la persona con discapacidad ha cambiado en las últimas décadas de forma paralela al cambio producido en nuestra sociedad, fundamentalmente en los países desarrollados. Durante las últimas décadas se ha observado una disminución de la discapacidad en las actividades de la vida diaria y en las limitaciones de movilidad en las personas mayores de muchos países de altos ingresos, entre ellos España. La disminución es clara en los grupos de menos de 85 años de edad (Zunzunegui, 2011).

Los términos discapacidad y dependencia han tomado significados diferentes dependiendo del momento histórico y del paradigma científico prevalente, biomédico o biopsicosocial. La dependencia se evalúa por la necesidad de supervisión o ayuda de terceras personas para realizar las actividades de la vida que permiten mantener una vida autónoma en el domicilio habitual. La dependencia está también fuertemente determinada por el contexto físico y social (Brickman et al, 2002).

La incidencia de las declaraciones de modificación de la capacidad de obrar es baja en toda España. Si partimos de que el número de personas con discapacidad alcanza los 3,8 millones, lo que supone el 8,5% de la población (EDAD 2008), la incidencia de los procedimientos de incapacitación iniciados en el periodo estudiado es significativamente baja. Otros estudios encontrados corroboran este dato. Matilde Cuenca (2014), concluye en su estudio que a pesar de que muchas personas llegan a una edad avanzada con un deterioro cognitivo severo, solo el 4% en mujeres y el 2% en hombres (institucionalizados) están incapacitados. Justificaría este dato, como ya hemos adelantado, la complejidad y la confrontación (demandante/demandado) del procedimiento de incapacitación y, sobre todo, el encorsetamiento jurídico que supone el régimen de tutela que implica un ataque a la autonomía de la persona (Álvarez, 2013), lo que provoca una reticencia social a acudir a este procedimiento como medida de solución y protección de la persona con discapacidad. Se acude al procedimiento para solucionar un problema *ad hoc*, la mayoría de los casos económico (venta de inmuebles, herencias, disposición de capital, etc...), y no como una medida general de protección (Jiménez Liébana, 2016). Pero además, cuando se trata de leves problemas cotidianos, como una decisión médica o una disposición pequeña de capital, estos vienen solucionados por los usos sociales, ya que, en la práctica, las decisiones médicas vienen siendo consultadas con el familiar que acompaña al enfermo y la titularidad de las cuentas bancarias se comparte con una persona de confianza, generalmente familiar, que es quien en última instancia va a resolver el problema, quedando el procedimiento de incapacitación para la resolución de problemas más complejos. Esto conlleva en realidad una desprotección de la persona con discapacidad que queda en una situación permanente de inseguridad jurídica, ya que son sujetos sometidos al riesgo de vulneración de sus derechos fundamentales (Álvarez, 2013). Es evidente que, si existen, sólo con la demencia tipo alzhéimer, alrededor de 800.000 personas que reúnen los requisitos de hecho para ser declaradas incapaces y, que de éstas no más de

70.000 han pasado por el Juzgado y obtenido una sentencia en este sentido, algo está fallando. (Martínez Maroto, 2002).

Estudios referidos al año 2000 (Martínez Baza, 2008), relevaban un perfil diferente: *“se distribuye en cuanto al sexo en casi idénticas proporciones, no así en cuanto al estado civil en el que predomina el de soltero con un 63%, siendo el grupo de edad mayoritario el comprendido en el intervalo de 10 a 29 años. Las patologías que originan el mayor número de sentencias de incapacitación son, por orden de frecuencia, los retrasos mentales que representan un 57,21%, de las demencias con un 15,42% y las esquizofrenias en un 8,45%. Los trastornos físicos como desencadenantes de la declaración de incapacidad representan el 1,75% del total, los trastornos del control de los impulsos, como la ludopatía, o los relacionados con sustancias, como el consumo de alcohol, únicamente son significativos en el año de 1999, donde alcanzan junto con el resto de los trastornos minoritarios el 8,50% de las patologías determinantes de incapacitación”*. Incluso califica esta situación como un nuevo estado civil.

En cambio, estudios más recientes como la Convención Nacional de Psiquiatría de 2013 (Acta Sanitaria 10-10-2013), los psiquiatras españoles pusieron de manifiesto que el número de incapacitaciones legales por razones de salud mental aumenta de manera constante. En España, se produjeron 27.326 modificaciones de la capacidad en 2012, lo que supone un aumento del 2,11% respecto a 2011, dato muy lejano al incremento de personas con discapacidad. En este evento concluyeron, entre otras cuestiones, que el principal aumento se está produciendo en las personas mayores, teniendo especial relevancia los casos en los que el mayor presenta una dependencia emocional respecto a su cuidador principal, adoptando aquél decisiones que pueden perjudicarlo directamente o, secundariamente, a sus familiares. Las principales causas de incapacidad civil por razones de salud mental son el deterioro cognitivo (demencias), retraso mental, incapacidad por psicosis

crónica e incapacidad por abuso en el consumo de drogas, como se ha visto en el apartado anterior.

En el momento actual, hay aproximadamente 37 millones de personas con demencia en el mundo, 4,6 millones de casos nuevos cada año, más de 5,7 millones en Europa y este número se doblará cada 20 años (Cupers, 2006). Pero, además, hay que contar que aproximadamente la mitad de las demencias no llegan a ser diagnosticadas (Netherland Ministry of Health, 2004).

Algunos estudios poblacionales cifran la población mayor de 75 años con demencia superior al 15,6 % (CSN, 1989; Winblad, 1993; Bayó, 1996). Escudero et al (1999), no encontró asociación significativa entre la dependencia funcional y el bajo nivel de instrucción, la procedencia de la población (urbana o rural), ni con la clase social basada en la ocupación (García de Blas et al, 1995), en contra de lo concluido por otros estudios basados en pacientes institucionalizados.

Las tres encuestas nacionales (EDDM, 1986; EDDDES, 1999; EDAD, 2008) realizadas en España sobre la discapacidad y su prevalencia en el conjunto de la población, presentan como hilo conductor un claro desplazamiento del proceso de análisis de las deficiencias a la discapacidad y de ésta a la dependencia (Abellán, et al 2011). En estas encuestas se observa como la dependencia ha ido en aumento de forma que ha pasado de 1.090 (concepto minusvalía) en 1986 a 1.400 en el 2008. Existen diversos estudios internacionales (Seeman, et al 1999; Lakdwalla, et al 2004; Fuller-Thomson et al, 2009; Martín, et al 2009; Martín, et al 2010) que concluyen que, aunque el índice de discapacidad disminuye de forma general, aumenta en los tramos de mayor edad compuesto fundamentalmente por mujeres, dada la mayor longevidad de la misma. De forma paralela el sexo mujer pasó de 64,6% al 71,0% y las de mayor de 80 años pasaron de 45,7% en 1999 al 54,1% en el 2008 (EDAD, 2008).

De entre las demencias destaca la Enfermedad de Alzheimer. Identificado a principios de siglo como causa principal de la demencia (Ferri et al, 2005; Hoyert et al, 2006), es una enfermedad cuyo diagnóstico no ha parado de aumentar, debido principalmente al considerable incremento de la esperanza de vida que ha supuesto un envejecimiento de la población y a que el Alzheimer, y las demencias en general, están íntimamente ligadas a la longevidad, por lo que es presumible que hubiera aumentado paralelamente los procesos de modificación de la capacidad de obrar.

Por su originalidad e importancia en el perfil de los ancianos citaremos el estudio RESYDEM (López Mongil et al, 2009). Este estudio es el primero que analiza la epidemiología de las demencias en residencias de ancianos de todas las CCAA de España, encontrando que la prevalencia global de la demencia en ancianos institucionalizados en España supera el 60%. Estos datos son análogos a los publicados en diferentes estudios, tanto para países europeos como Noruega (Engedal et al, 1994) Francia (Helmer et al, 2006) o Reino Unido con el 62–67% (Matthews et al, 2002; Magaziner et al, 2000) como también para países norteamericanos, con una prevalencia para EE. UU del 69%. (Magaziner et al, 2000; Rosenblat et al, 2004) En contraste con estos hallazgos, la prevalencia de demencia observada en residencias de ancianos en México fue del 16,1% (Alvarado-Esquivel et al, 2004) lo que puede deberse a las diferencias étnicas (Crisostomo et al, 2002; Demirovic et al, 2003) y sociodemográficas (Ferri et al, 2005) entre las poblaciones estudiadas.

En dicho estudio la frecuencia de la demencia aumenta al mismo tiempo que aumenta la edad de las personas institucionalizadas, e incluso este hecho se da en edades muy avanzadas; las mujeres presentan mayor prevalencia con independencia de su edad y nivel de estudios, las mujeres mayores que viven en residencias presentan un 65% más de riesgo de presentar demencia que los varones. Además, han corroborado una asociación inversa entre el nivel de estudios y la frecuencia de demencia hallada también por otros autores. La enfermedad de Alzheimer fue más de 5 veces mayor en las mujeres que en los

varones y se incrementó a medida que aumentaba la edad y con la disminución del nivel de estudios. En cambio, la segunda etiología de demencia vascular fue un 60% mayor en los varones que en las mujeres, aumentando también con la edad y disminuyendo con el nivel de estudios.

Otros estudios también han puesto de manifiesto que existen desigualdad social por educación y ocupación en las discapacidades, sobre todo de las personas mayores, en esto coinciden todos los trabajos consultados de Europa, Estados Unidos y América Latina (Ahatic et al, 2000; Guralnik et al, 2006; Alvarado et al, 2007; Feedman et al, 2008).

I.9. CAUSAS DE INCAPACITACIÓN

El art. 200 CC dispone que “son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden a la persona gobernarse por sí misma”. El Tribunal Supremo entiende por deficiencias “aquellos estados en los que se da un impedimento físico, mental o psíquico, permanente y a veces progresivo, que merma la personalidad, la deteriora y amortigua, con efectos en la capacidad volitiva y de decisión, incidiendo en su conducta al manifestarse como inhabilitante para el ejercicio de los derechos civiles y demás consecuentes” (STS 1991/9483).

El precepto no enumera taxativamente las causas de la incapacitación; se limita a definir los presupuestos necesarios para determinar una situación de incapacidad. Aquí es precisamente donde entra en juego la labor del facultativo dirigida a asesorar al Juez. Esta intervención viene determinada por el art. 208 del Código Civil, que exige como prueba ineludible en el procedimiento de incapacitación el dictamen de un facultativo, que puede ser llevado al procedimiento a instancia de parte o de oficio, por el Juez.

Los requisitos que exige el art. 200 CC para entender que existe una causa de incapacitación y, por tanto, sobre los que se tiene que pronunciar el informe pericial son:

- El diagnóstico, determinar que existe una enfermedad o deficiencia, física o psíquica.

El Código Civil establece, en cuanto a la causalidad, una norma legal muy abierta, que da cabida a las variadas situaciones y posibles supuestos que se puedan dar en cada caso concreto. Debe ser el informe pericial donde se establezca el diagnóstico que sirva al juez de apoyo a su pronunciamiento. Además habla de enfermedades o deficiencias tanto físicas como psíquicas, si bien, según la doctrina clásica y contemporánea, sólo las enfermedades o deficiencias de carácter psíquico deberían fundamentar la declaración de incapacitación, ya que las enfermedades físicas, con los avances de la Medicina y el Derecho, no producen limitación alguna en la capacidad de obrar, salvo algunas enfermedades de naturaleza sensorial y en circunstancias concretas.

En cuanto a las enfermedades cíclicas, en las que el enfermo alterna periodos de agudización de la enfermedad con grave alteración de las facultades mentales con periodos de relativa normalidad, como por ejemplo esquizofrenias, demencias multiinfarto, psicosis maniaco depresivas....), no serán causa de incapacitación, salvo en los casos en los que el pronóstico en la evolución sea malo, teniendo en cuenta circunstancias tales como frecuencia de los episodios, duración e intensidad, colaboración en el tratamiento y el deterioro neuropsicológico que pueda quedarle entre fase y fase (González Niño, 2001).

La protección de estos enfermos se resuelve a través de la nulidad de los contratos realizados en la fase de enfermedad por falta de consentimiento. En los últimos tiempos, se ha instaurado una doctrina jurisprudencial que entiende que se da la persistencia en estos casos, de forma que quien padece

una afectación cíclica puede ser incapacitado, aunque sólo para los periodos en los que la enfermedad ataca (STS 1986/520).

- **La Persistencia:** que la enfermedad o deficiencia diagnosticada sea persistente. Es decir, que sea estable en el tiempo. La nota de persistencia es muy importante de forma que, aun cuando exista una enfermedad o deficiencia que impidan el autogobierno pero no sea duradera en el tiempo, no sería posible la incapacitación. Así se manifiestan las SSTS 10 febrero 1986 (STS 1986/520) y 11 junio 2004 (STS 2004), entre otras, “lo que el referido precepto está considerando es únicamente la existencia de enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico o psíquico que impide a la persona gobernarse por si misma, y no a la fase temporal en que esta consecuencia de no posibilidad de gobierno se produzca”. “Sin embargo, para una persona que sufre una enfermedad que le impide gobernarse durante el tiempo que dura su permanencia en el hospital no se solicita la incapacitación, ya que la Ley prevé también mecanismos concretos de protección legal del paciente en estos casos (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, y legislación autonómica correspondiente, entre ellas, la Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana”..

Las perturbaciones mentales transitorias, de carácter intermitente, como por ejemplo la embriaguez, la toxicomanía, el sonambulismo, el delirio febril, no constituyen causa de incapacitación. Con ello, se pretende evitar que una situación transitoria, aunque sea grave, o un desequilibrio psíquico pasajero, ponga en marcha el procedimiento judicial de incapacitación. Para todas ellas se puede solicitar la incapacitación mientras dura el periodo de perturbación mental (Alventosa, 2013).

Pero la persistencia es un concepto controvertido, en tanto no está definido legalmente. Jurisprudencialmente se ha resultado que no puede

equipararse a irreversibilidad, si no que se aprecia cuando la enfermedad es crónica o duradera en el tiempo, descartándose, eso sí, la intensidad momentánea.

- **La limitación del autogobierno**, es decir, que la enfermedad diagnosticada implique que la persona no pueda gobernarse por sí misma. En este sentido, desde el punto de vista bioético: “Entendemos por capacidad aquel estado psicológico empírico en que podemos afirmar que la decisión que toma un sujeto es expresión real de su propia identidad individual, esto es, de su autonomía moral personal” (Simón, 2001). Este es el requisito sustancial que los tribunales deben considerar para decidir si una persona ha de ser o no declarada incapaz. Y debe entenderse por esto:

1. Que la persona no pueda comprender el alcance de los actos que realiza.
2. Que no sea capaz de administrar realmente su patrimonio.
3. Que no tenga actitud para desenvolverse en la vida ordinaria, no pudiendo atender sus propios intereses, por lo que será preciso designar una persona que la cuide y la asista.

El impedimento de autogobierno no tiene porqué ser absoluto, puesto que la LEC recoge que en la sentencia de incapacitación se harán constar los límites y la extensión de la incapacidad declarada (art. 760.1 LEC). Siguiendo a Fernando Santos Urbaneja (1995), para decidir si una persona debe ser incapacitada debe determinarse que necesita hacer de forma ordinaria para atender sus asuntos, autorrealizarse y ser feliz. Determinar luego que es lo que puede hacer por sí misma para conseguir esos objetivos y luego comparar ambos aspectos. Solo si la persona debe hacer más de lo que puede habrá que buscar el mecanismo de protección que supone la incapacidad, limitándola a aquello que el incapaz necesita hacer ordinariamente y no puede realizar por sí solo (Santos, 1995). En el mismo sentido, la STS de 14 de julio de 2004

(STS 781/2004) aclara: “El autogobierno se concibe como la idoneidad de la persona para administrar sus intereses, intereses que comprenden no solo los materiales, sino también los morales y, por ende, la guarda de la propia persona o, como dice un autor, “ el gobierno de sí mismo por sí mismo significa la adopción de decisiones y la realización de actos concernientes a su propia esfera jurídica tanto en el plano estricto de la personalidad como en el plano económico o patrimonial”. Desde el punto de vista médico se dice que el autogobierno tiene tres dimensiones o intensidades, la patrimonial (autonomía e independencia en la actividad socioeconómica), la adaptativa o interpersonal (entendiendo por tal la capacidad de afrontar los problemas de la vida diaria en la forma y manera que sería de esperar para su edad y contexto sociocultural) y la personal (en el sentido de desplazarse eficazmente dentro de su entorno, mantener una existencia independiente en relación con las necesidades físicas más inmediatas, incluyendo alimentación, higiene y autocuidado)”.

Existen distintos grados de pérdida de autogobierno:

- Grado mínimo o de debilidad mental, supone que la persona tiene cierta capacidad de desenvolvimiento doméstico, social y de administración económica pero simple.
- En el segundo grado la persona tiene capacidad para realizar funciones domésticas simples y una limitada orientación urbana, pero no para realizar operaciones comerciales sencillas.
- En el tercer grado, la persona carece de la autonomía para realizar actividades higiénicas y nutritivas elementales y de orientación en lugares previamente conocidos.
- El grado máximo sería la carencia total de autonomía y de habilidades personales, necesitando cuidados de otras personas para las tareas más elementales.

Existen diferentes escalas para determinar el autogobierno validadas a nivel internacional de las que haremos referencia más adelante (Barthel, Minimental, y de graduación como Riesberg, CDR, etc).

Hay que tener en cuenta que una misma patología no afecta igual a todas las personas que la padecen, de forma que la capacidad o no de autogobierno viene marcada por el entorno y las circunstancias del enfermo (edad, estado de salud, grado de cultura, relaciones familiares, nivel económico, actividad laboral, integración social, etc.). De ahí que la capacidad de autogobierno venga referida al comportamiento normal y corriente de una persona de acuerdo con su vida, relaciones personales y sociales e intereses económico.

No tener capacidad de autogobierno supondrá que esa persona no puede actuar de acuerdo con los moldes y funcionamiento social de marco en que vive. La valoración médica, por lo tanto, es insuficiente “per se” para llevar a cabo una decisión, que siempre precisará de un análisis personal e individualizado (Bañón, 2014).

Por tanto, los elementos a tener en cuenta para que se declare la incapacitación de una persona son la imposibilidad de autogobierno y la persistencia de la enfermedad, y no la perturbación en sí misma. Lo decisivo es que dicha enfermedad tenga carácter persistente e impida al individuo proveer sus propios intereses.

Pero en la actualidad han surgido nuevas situaciones que se encuentran en la frontera del autogobierno, para los que el binomio proceso de incapacidad/ internamiento en el que, tradicionalmente, se ha reducido la protección de las personas con discapacidad ha quedado obsoleto.

Dentro de las situaciones que pueden encontrarse limítrofes con el concepto de incapacidad legal podríamos mostrar las siguientes (Cabezas, 2015):

- **Los casos de Síndrome de Diógenes.** Consiste en que una persona vive aislado socialmente y recluido en su propio hogar, con una austeridad extrema, impropia de los medios económicos que realmente posee, y le da por recoger todo lo que encuentra, acumulando basura, la silogomanía, y artículos sin utilidad, ya que cree que su situación es de una pobreza extrema, y creando problemas de olores y peligro de infección a sus vecinos, e incluso llegando en poner en peligro su vida y su salud de forma grave por falta de autocuidados a sí mismo (autonegligencia o autoabandono). No constituye una entidad diagnóstica sino una condición caracterizada por una situación de extrema negligencia en el autocuidado, apatía, aislamiento social, miseria material, acumulo de basuras y ausencia de conciencia de estar viviendo en una situación anómala (Rosenthal et al, 1999). Se trata de una forma de vida distinta a la general pero no un problema de capacidad que deba resolverse por los mecanismos vinculados a la incapacitación civil, sobre todo en los casos en que no concurre con demencia u otro problema mental, por lo que debe solventarse con medidas de tipo social y apoyo.

- **El internamiento con fines asistenciales.** Se trata del ingreso de ancianos en residencias cuando ya no pueden valerse materialmente por sí mismos pero conservan gran parte de su capacidad decisoria. No debe confundirse este internamiento necesario con aquellos en que basta con que un disminuido presente problemas en una familia porque falte el potencial cuidador. En este concepto, solo deben incluirse los casos en que se carecen de familiares adecuados y el discapacitado se encuentra en una situación de riesgo por vivir en unas condiciones inhumanas debido a la imposibilidad de tomar decisiones libres en su vida diaria y atender a su cuidado personal, o que el riesgo les viene de la imposibilidad de llevar a cabo esa asistencia por los familiares existentes, que se realizan en la práctica sin necesidad de la autoridad judicial.

- **Los problemas derivados, en caso de enfermedad mental, de la negativa a los tratamientos de carácter ambulatorio.** El sistema que se está utilizando para estos casos es el de las llamadas curatelas de salud en caso de abandono frecuente del tratamiento por lo que se provocan nuevas recaídas y crisis personales de consecuencias impredecibles. En realidad, nos encontramos ante la figura de un tutor circunscrito a dicha misión puesto que lo que hace es decidir por el incapaz y actuar como su representante a los efectos de dar el consentimiento informado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9-3º y 5º de la Ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002). En este sentido se pronuncia la Sentencia de la Audiencia Provincial de Ciudad Real (2ª) de 25 de abril de 2005 (SAPCR, 2005): “el tratamiento farmacológico reduce el delirio y mejoraría su conducta, y que no tiene conciencia de la enfermedad, parece razonable que se haga un seguimiento del tratamiento que se le imponga, encomendándose al curador la función de cuidar que se siga estrictamente dicho tratamiento, función que cabe dentro de la curatela, institución de menor trascendencia que la tutela, pero que procede respecto de las personas a quienes la sentencia de incapacitación coloquen bajo esta forma de protección en atención a su grado de discernimiento (art. 287 del CC), teniendo por objeto la asistencia de aquellos actos que expresamente imponga la sentencia que la haya establecido (art. 289 del mismo Código) entre los que se encuentran no solo los de carácter patrimonial sino otros que afectan a la esfera personal”. Otra cosa es si el enfermo se ha manifestado en contra de un tratamiento estando en condiciones de capacidad y posteriormente se haya privado de ella. En este caso estaríamos en el terreno de las voluntades anticipadas, en el que es necesario considerar los deseos expresados libremente por el paciente con plena capacidad, cuando el mismo, por un deterioro de la enfermedad o por otros motivos, pierde la misma.

- **Los problemas derivados de la existencia de barreras físicas** que afectan a la accesibilidad y, por ello, a la libre autodeterminación de movimientos. Otro aspecto de la protección de las personas con discapacidad que se encuentra limítrofe con el autogobierno hace referencia a la remoción

de las barreras, físicas y de otro tipo, que se les imponen y que puede hacer imposible su normal intervención en la vida social y jurídica. La existencia de barreras físicas puede afectar directamente a las posibilidades de autogobierno de la persona con discapacidad, ya que éste exige capacidad para entender, capacidad para decidir, y capacidad o posibilidad de llevar a cabo lo decidido lo que se puede ver afectado por la existencia de problemas de accesibilidad, Para salvar este problema se aprobó la Ley 51/2003 de 2 de diciembre sobre Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (Ley 51/2003).

- La manipulación mental sectaria o síndrome disociativo atípico.

Sobre la capacidad de las personas que sufren este tipo de trastorno, Gete-Alonso (1985) indica que, como regla general, el dato de pertenecer a un grupo sectario o de manipulación psíquica no implica ni comporta, por sí mismo, ninguna valoración jurídica de la que se pueda seguir que el autogobierno de la persona resulte alterado. Ahora bien, se ha de aclarar que por la manera en que estos grupos actúan sobre la persona, la aplicación de los métodos de control, sin duda, suponen y provocan importantes alteraciones en aquella que pueden derivar en que la persona se encuentre en una situación que puede llevar a la incapacitación jurídica. Este trastorno psicológico se identifica como “trastorno disociativo atípico” o “síndrome disociativo de dependencia grupal”. La Sociedad Americana de Psiquiatría incluye estos trastornos como un trastorno mental en su DSM-III-R definiéndolos como estados disociativos que pueden presentarse en individuos que han estado sometidos a periodos de prolongada o intensa persuasión coercitiva y cuyo rasgo predominante es un síntoma disociativo (trastorno o alteración de las funciones normalmente integradoras de la identidad, de la memoria y de la conciencia) que no cumple criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico. Los adeptos pueden ver alterado su entorno social, su actividad personal y económica, sus pensamientos y emociones; suelen reflejar un deterioro de la capacidad de manifestar una autonomía adaptativa en su conducta cotidiana que, en los

supuestos más graves y persistentes, puede constituir una deficiencia que de lugar a una incapacitación. En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 31 de diciembre de 1991 (STS 1991/9483) indica que “ (...) en términos generales hay que referir las deficiencias a aquellos estados en los que se da un impedimento físico, mental o psíquico, permanencial y a veces progresivo que merma la personalidad, la deteriora y amortigua, con efectos en la capacidad volitiva y de decisión, incidiendo en su conducta al manifestarse como inhabilitante para el ejercicio de los derechos civiles (...)”.

- **Los trastornos alimentarios.** Los trastornos alimentarios son alteraciones de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta (García-Palacios et al, 2004). Son problemas emocionales serios que pueden llegar a tener consecuencias letales. Dentro de estas patologías encontramos:

- **La Anorexia Nerviosa.** Se trata del deseo irrefrenable de alcanzar la delgadez a toda costa (Behar, 2004). Lo que caracteriza a la anorexia es la autonegación de la comida hasta extremos de inanición y sus efectos pueden dar lugar a la pérdida de la vida. Otra característica es la distorsión de la imagen corporal, a pesar que en las últimas revisiones se ha puesto de manifiesto que no es una característica patognomónica exclusiva de la anorexia nerviosa (Perpiñán, 1995). En esta enfermedad y debido a la desnutrición las funciones del organismo sufren cambios drásticos de carácter físico (caída del cabello, sequedad de la piel, sensación de frío por descenso de la temperatura corporal, bradicardia, estreñimiento, molestias digestivas, hipotensión, amenorrea...) y psicológico (irritabilidad, tristeza, ansiedad, aumenta la dedicación al estudio, práctica obsesiva del ejercicio físico, se reduce la relación con compañeros y amigos con aislamiento paulatino, y aumentan los conflictos con padres y familiares).

- **La bulimia.** Se caracteriza por episodios cíclicos y recurrentes de voracidad (atracones) seguidos por conductas compensatorias inadecuadas

como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno drástico y/o el ejercicio excesivos (American Psychiatric Association, 2002). Son síntomas de la bulimia la depresión, la ocultación y una obsesión con la pérdida de peso (Behar, 2004).

- Otros problemas nuevos que están surgiendo son la llamada **ortorexia**, obsesión por comer sano, **vigorexia** y el **trastorno por atracón**, cuyos efectos en el control de los impulsos se están empezando a hacer notar en nuestra sociedad.

Estas enfermedades, salvo que vayan acompañadas de otras patologías, no provocan en quienes las padecen una falta total de capacidad de autogobierno. Nos encontramos ante una tutela de salud, en que el tutor, si bien no representa al pupilo por encontrarnos ante un acto de naturaleza personalísima, si actúa en cumplimiento de su deber de protección personal del tutelado y de prestación del consentimiento informado para los tratamientos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente (Ley 41/2002).

- **Las adicciones a sustancias.** El consumo de drogas tóxicas o el alcoholismo crónico desestructura la personalidad y puede dar lugar a enfermedades psíquicas inducidas y a trastornos de la personalidad y de los impulsos que provoquen un déficit importante de autogobierno. En este sentido se pronuncia la SAP Barcelona de 27 de octubre de 2005 (SAPBCN, 2005): “El Código Civil en su artículo 200 establece como causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impliquen a la persona gobernarse por si misma. La expresión gobernarse por si mismo, es de gran amplitud, de manera que comprende, de una parte, el aspecto personal o subjetivo, comprensivo asimismo de los aspectos de atención y cuidado de la propia persona, y de otra parte, el aspecto objetivo o patrimonial, comprensivo asimismo de las facetas de administración y disposición de los bienes. No se trata tan solo de discernir si el presunto

incapaz puede tomar decisiones sobre su persona y sus bienes, sino de determinar si puede realizar conductas, en el ámbito personal y/o patrimonial, que resulten perjudiciales para si mismo y que no se ajusten a los límites que impone la convivencia social. En el caso de autos el demandado muestra una indiferencia total frente a su enfermedad de epilepsia que conoce perfectamente, y dicha indiferencia le lleva a no seguir de forma adecuada un tratamiento y al consumo excesivo de alcohol que no hace más que agravar su estado. Padece un déficit intelectual moderado que sin embargo y según el contenido del informe médico, no le dificulta el conocer cotidiano, pero se insiste en la necesidad de acordar una medida protectora que permita la no interrupción del tratamiento, entendiendo que las graves anomalías conductuales y la agresividad e impulsividad del demandado, se derivan de estas patologías incontroladas. Es decir, el consumo voluntario del alcohol y la negativa del demandado a seguir de forma adecuada un tratamiento de su enfermedad, tiene como efecto directo el desarrollo de conductas agresivas y violentas frente a las personas con las que convive, principalmente su entorno familiar más directo formado por sus padres y una de sus hermanas. (...) Es obvia la incapacidad del demandado para poder cuidarse de forma adecuada a si mismo en el ámbito exclusivamente personal y por lo que hace referencia a su enfermedad, enfermedad que está produciendo un deterioro progresivo de su salud mental, concretamente y como ha afirmado el Médico Forense un deterioro en su área cognitiva de forma lenta pero progresiva y que en dicho ámbito requiere de la asistencia o complemento de otra persona que pueda garantizar la continuidad del tratamiento, al objeto de evitar dicho deterioro”.

- Otros trastornos como la ludopatía o las compras compulsivas que pueden dar lugar a casos de prodigalidad o a problemas en el autogobierno.

El reconocimiento de la ludopatía como una entidad nosológica propia, se sitúa en 1980 cuando la American Psychiatric Association (APA) la introdujo bajo la denominación de “juego patológico” en su Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM–III) 312–31 junto con la piromanía y la cleptomanía. La Organización Mundial de la Salud (OMS), que no contemplaba el juego patológico en la novena revisión de su Clasificación Internacional de Enfermedades, lo incluyó sin embargo como una categoría diagnóstica en la siguiente revisión, la CIE–10, como un trastorno mental del comportamiento y el desarrollo.

La ludopatía o juego patológico es, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; Asociación Psiquiátrica Americana, 2002), un trastorno de conducta caracterizado fundamentalmente por la incapacidad crónica y progresiva en resistir los impulsos de jugar, la sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo la conducta de juego y la experiencia de gratificación o alivio en el momento de ejecutarse. Esta urgencia para llevar a cabo la conducta y el malestar experimentado por la persona ludópata si se le impide realizar la conducta de juego deseada es muy similar al deseo compulsivo y al síndrome de abstinencia sufrido en personas que sufren toxicomanías (Echeburúa, 1994). El juego patológico es un problema de salud mental grave, que afecta a todos los ámbitos de la persona que lo sufre (Fernández-Montalvo, 2000). Algunos de los rasgos psicológicos que se han identificado son la búsqueda de estimulación (Echeburúa, 1992), inestabilidad emocional o neuroticismo (Slutske et al, 2005), impulsividad (Slutske et al, 2001) y dificultades en las relaciones interpersonales (Gerdner et al 2003). En general, en el juego patológico se ha señalado la frecuente presencia de comorbilidad con trastornos emocionales, otras adicciones y trastornos de personalidad (Cartwright et al, 1998). Como conclusión, si bien el juego patológico o adicción compulsiva al juego en sí, no tiene porque ser causa de incapacidad, al suponer una limitación importante a la libertad de elegir o facultades volitivas, puede afectar al autogobierno sobre todo si va unida a otra patología psíquica y, en cuanto lo haga, puede dar lugar a la necesidad de constituir algunos de los mecanismos de protección establecidos en el Código Civil.

Igual ocurre con las llamadas “compras compulsivas” u “oniomanía” que también pueden suponer la manifestación de una falta de control de los impulsos y, por ello, una limitación importante de la libertad decisoria e incluso ser síntoma de la existencia de una enfermedad o deficiencia limitativa del autogobierno. La oniomanía (Leite et al, 2016) es un deseo desenfrenado por comprar sin una necesidad real. Se da frecuentemente en personas que padecen trastornos del estado de ánimo, depresión y baja autoestima. En algunos casos puede ir asociada a patologías graves (como los episodios maníacos en el trastorno bipolar), pero como trastorno en sí mismo está relacionado con la dificultad para controlar los impulsos. En la actualidad no aparece como una categoría diagnóstica diferenciada en el DSM V (American Psychiatric Association, 2013) ni en la CIE-10 (World Health Organization, 1992).

La solución de estas patologías pasa por el nombramiento de un curador que supervise las actividades de administración y disposición de su patrimonio, ya que el afectado conserva gran parte de su capacidad de autogobierno. Del mismo modo que se da solución al pródigo (art. 286.3 CC), persona que por su conducta habitual desordenada pone injustificadamente en peligro su patrimonio (O’Callaghan, 2000).

- **La personalidad límite o borderline.** Los llamados tradicionalmente trastornos límites o en terminología inglesa borderline (trastorno de la personalidad fronteriza) son aquellas personas que presentan un coeficiente intelectual inferior al normal (entre el 70 y el 85%) y que además presentan dificultades en la conducta adaptativa que no impiden un buen grado de autonomía en las actividades de la vida diaria y que conviven con una buena capacidad (desarrollada o no) de autogobierno, siempre y cuando estas dificultades se manifiesten antes de los 18 años. Con la conveniente instrucción pueden desarrollar una actividad familiar, social y laboral completamente normal. Para una vida normalizada estas personas necesitan apoyos y ayudas que no suelen recibir ya que no llegan al 33% de minusvalía que exige la ley.

De igual manera, en principio, la solución para estas personas no es la incapacitación, si bien, al ser esta graduable pueden serlo parcialmente para nombrar una persona que les asista más que representarle (curador), ya que dependiendo del entorno, una persona con un grado leve de discapacidad intelectual puede alcanzar una calidad de vida, y un nivel de autonomía y autogobierno que le permita el desarrollo de una vida normal con la sola ayuda de apoyos puntuales en determinadas esferas vitales.

PATOLOGIAS CAUSANTES DE INCAPACITACIÓN

CODIFICACIÓN

Para la correcta identificación, clasificación y codificación de las patologías y cuadros sindrómicos o prodrómicos psiquiátricos de las personas evaluadas, identificaremos las primeras con el MSD-V y CIE-10ES y las segundas con el el CIE-10ES.

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) es la quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Fue creado por el APA, la sociedad americana de psiquiatría. El DSM tiene como objetivo referenciar y clasificar los criterios y las investigaciones sobre las alteraciones mentales, constituye un lenguaje común utilizado por todos los médicos clínicos, para comprender el origen y la frecuencia de un trastorno y, si es necesario, de introducir acciones de salud pública. Los datos van evolucionando y cambiando por lo que son necesarias las actualizaciones.

Aunque los criterios de diagnóstico y el texto del DSM-V se han pensado fundamentalmente para ayudar al clínico a realizar una evaluación clínica, una formulación del caso y un plan de tratamiento, es también utilizado como

referencia en los juzgados/tribunales y por los abogados para evaluar las consecuencias forenses de los trastornos mentales.

La CIE-10 es la clasificación de referencia de todos los países para la notificación de causas de defunción. Son varios los países que han realizado modificaciones clínicas de la CIE-10 para cubrir sus respectivas necesidades de información clínico asistencial.

El Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de EEUU ha desarrollado la ICD-10-CM que es la modificación clínica de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS)) que en España se llama CIE-10-ES (Diagnósticos y Procedimientos) y que sustituye a la CIE-9-MC desde el 1 de enero de 2016.

La CIE-10-ES incorpora un significativo aumento en el número de códigos, lo que posibilita una mayor especificidad en la codificación clínica.

DIAGNÓSTICOS Y ETIOLOGIAS QUE PRODUCEN INCAPACITACIÓN

Como se ha comentado anteriormente, una de las condiciones es la existencia de: enfermedad orgánica o psíquica que limite las capacidades del individuo para el ejercicio de su autogobierno y el de sus bienes (Viella, 2015).

Durante el proceso jurídico hay que valorar médicamente unas determinadas funciones psíquicas, que son las funciones cognitivas, y capacidad de actuar de conformidad a ese entendimiento (inteligencia y voluntad).

Es por tanto vital la existencia de pruebas médicas concretas y estudios clínico-asistenciales y posteriormente periciales para que quede acreditada de manera lo más certera posible, desde el punto de vista médico, la situación de pérdida de capacidades para la cognición (entendimiento de la realidad) y la

actuación conforme a ese entendimiento patológico o defectual (Calcedo, 2007).

Más que enfermedades susceptibles de incapacitación, existen déficits físicos y/o psíquicos que producen limitaciones en las capacidades del paciente para su autogobierno y el gobierno de sus bienes.

- **Enfermedades físicas:** Debemos sospechar en patologías de sistemas (neurológicas, endocrinas, traumáticas, visuales/auditivas...) que den lugar a manifestaciones que afecten a las funciones psíquicas superiores, o a las capacidades físicas de mantener la autonomía de la vida o de actuar en situaciones sociales complejas (testar, control económico de los bienes).
- **Enfermedades psíquicas:** Hay un número importante de enfermedades psiquiátricas que mediante el mismo proceso mencionado anteriormente (proceso de diagnóstico en medicina), que se debe tener en consideración en un proceso posible de incapacitación. Los cuadros más importantes son (Romero, 2013):

DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

La discapacidad intelectual se manifiesta antes de los dieciocho años. Este término fue consolidado por la OMS en su informe 15^o, y de esa manera se ha ido aceptando en el CIE 9 y 10 y en las versiones del DSM, II, III-R y IV. Pero las nuevas tendencias en este campo indican que el término más adecuado es el de persona con Discapacidad Intelectual o Trastorno del Desarrollo Intelectual (DI) (DSM-V).

El trastorno del Desarrollo intelectual o Retraso mental es un trastorno del desarrollo de inicio en el nacimiento o en la infancia y que da lugar a

limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. Podemos destacar la definición del profesor Rodríguez Sacristán (1995): “El Retraso mental es un desarrollo mental incompleto o detenido que produce el deterioro de las funciones completas de cada época del desarrollo, tales como las cognitivas, lenguaje, motrices y socialización.”

El TDI, en sus grados más graves es causa de incapacitación. A medida que disminuye la severidad de la deficiencia y sobre todo en los casos de inteligencia límite habrá que examinar con minuciosidad las circunstancias internas y externas que rodean al individuo para poder valorar correctamente su capacidad. Dicho de otra forma, la mera existencia de un coeficiente de inteligencia bajo o borderline no conlleva la necesidad de una incapacitación, al contrario, las capacidades adaptativas del paciente serán de vital importancia a la hora de tener en cuenta la posibilidad del inicio del procedimiento judicial.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) ha publicado un avance de su encuesta sobre discapacidad, que llevaba nueve años sin actualizarse, y que contabiliza un total de 3,8 millones de discapacitados en España, lo que supone el 8,5% de la población.

El INE ha avanzado los primeros resultados de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008), en la que se señala que la discapacidad intelectual supone el 19% de las discapacidades. La discapacidad intelectual es la de mayor prevalencia entre los 6 y los 44 años (EDAD, 2008).

Criterios diagnósticos del TDI (Fernández Mosquera et al, 2010):

1. Inicio durante el periodo de desarrollo.
2. Las deficiencias de las funciones intelectuales incluyen el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia.
3. Estas deficiencias deben estar confirmadas mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizada individualizadas.
4. Las deficiencias del comportamiento adaptativo producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social.
5. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

Para el CIE 10-ES, los criterios diagnósticos del Retraso Mental se clasifican en:

1. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).
2. Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales-

interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

3. El inicio es anterior a los 18 años.

CIE 10 ES	DIAGNOSTICO	DSM-5	CI
F70	Discapacidad Intelectual Leve	317	Entre 50-55 y aproximadamente 70.
F71	Discapacidad Intelectual Moderado	318.0	Entre 35-40 y 50-55.
F72	Discapacidad Intelectual Grave	318.1	Entre 20-25 y 35-40.
F73	Discapacidad Intelectual Profundo	318.2	Inferior a 20-25.
F79	Discapacidad Intelectual no especificada	319	Cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

DI LEVE

Supone el 85% de todos los diagnosticados de Trastorno de Desarrollo Intelectual (Márquez-Caraveo et al, 2017) y son considerados como “educables”. En la mayoría de los casos no existe una etiología orgánica, debiéndose a factores constitucionales y socioculturales, por lo que suelen pasar inadvertidos en los primeros años de vida ya que su aspecto físico suele ser normal, aunque puede haber algún tipo de retraso psicomotor. El retraso, se pone de relieve coincidiendo con la etapa escolar donde las exigencias son mayores. Tienen capacidad para desarrollar los hábitos básicos como

alimentación, vestido, control esfínteres, etc, salvo que la familia haya tenido una actitud muy sobreprotectora y no le haya estimulado el desarrollo de estas capacidades.

En ocasiones, presentarán déficits específicos o problemas (dislalias) en alguna área que precisará de refuerzo. Con los adecuados soportes pueden llegar a la Formación Profesional o incluso a Secundaria.

DI MODERADO

Representan el 10% (Marques-Caraveo et al, 2010). La etiología suele ser orgánica por lo que presentan déficits somáticos y neurológicos. A pesar de que muchos de ellos pueden presentar un aspecto físico “normal”, los diferentes déficits en el curso evolutivo se hacen patentes desde la infancia. En el origen se especula con anomalías genéticas y cromosómicas, encefalopatías, epilepsia y trastornos generalizados del desarrollo (TGD) que comprenden el autismo y la psicosis infantil. Pueden llegar a adquirir hábitos elementales que les permitan cierta independencia, pero deberán ser guiados en otras muchas facetas de su vida. Respecto a su capacidad de comunicación puede ser variable y va desde un continuo donde pueden expresarse verbalmente y difícilmente por escrito a presentar serios problemas con deficiente pronunciación y ausencia total de la capacidad para escribir.

Su capacidad intelectual es intuitiva y práctica. Pueden adquirir conocimientos, pero se reducen a mecanismos simples. memorizados, con escasa capacidad para comprender los significados y establecer relaciones entre los elementos aprendidos.

Pese a todo, son educables a través de programas educativos especiales, aunque siempre se mostrarán lentos y con limitaciones de base.

El carácter que predomina en estos niños es el de la hipercinesia con aparición frecuente de rabietas. Les gusta reclamar la atención del adulto y pueden utilizar cualquier método para conseguirlo, en especial, aquellos niños que tienen menguadas sus capacidades de expresión verbal. La afectividad es muy lábil con manifestaciones exageradas de sus sentimientos, pudiendo pasar de la búsqueda afectiva de un adulto a mostrar con él un comportamiento desobediente e incluso provocador y agresivo.

DI GRAVE

Suponen un 3-4% (Marques-Caraveo et al, 2017). La etiología en estos casos es claramente orgánica en su mayoría, semejante a la descrita en el Retraso Mental Moderado, pero con mayor afectación en todas las áreas tanto somática, neurológica o sensorial, poniéndose de manifiesto un retraso general en el desarrollo desde los primeros momentos de vida.

Adquieren mecanismos motores elementales y el aprendizaje de hábitos de cuidado personal es muy lento y limitado, necesitando siempre ayuda y supervisión. Los que llegan a comunicarse verbalmente, lo hacen con pocas palabras o frases elementales con defectuosa pronunciación. Pueden adquirir algunos conocimientos simples y concretos de sus datos personales, familiares, así como de objetos personales de uso habitual, aunque estos contenidos pueden no ser persistentes debido a su dificultad para fijarlos en la memoria a largo plazo.

En la conducta destacan las crisis de cólera y agresividad por su falta de razonamiento, llegando a las autolesiones. Suelen ser frecuentes los trastornos de hábitos motores: chupeteo, balanceo, bruxismo, así como síntomas psicóticos: estereotipias, manierismos, ecolalia., etc.

En la vida adulta pueden adaptarse a la vida familiar y comunitaria, siempre de forma tutelada, pudiendo insertarse en programas laborales de terapia ocupacional en tareas muy simples.

DI PROFUNDO

Representan tan sólo el 1 o 2% del total de los diagnosticados como retrasados (Marques-Caraveo et al, 2017). La etiología es siempre orgánica, produciendo graves alteraciones en todos los niveles con una importante afectación motriz.

Dentro de esta categoría, a veces, se solapan otros trastornos que pueden ser susceptibles de diagnóstico diferencial y en el que el Retraso mental profundo es uno de sus síntomas. Nos estamos refiriendo al Autismo atípico o a los diferentes síndromes genéticos que suelen cursar con Retraso Mental (Síndrome de X Frágil, Síndrome Cri du Chat, etc).

En la mayoría de las personas con este grado de discapacidad intelectual, es porque existe una enfermedad neurológica. Una de las características fundamentales es que existen graves problemas de conducta y a causa de esto, estas personas viven en instituciones y son dependientes de las ayudas de las demás personas (San Martín, 2016).

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS

PSICOSIS

El término psicosis se utiliza para describir ciertos estados clínicos en los que la persona afectada pierde el contacto con la realidad. Los síntomas predominantes permiten diferenciar entre varias formas clínicas de psicosis. Los elementos comunes en todas las psicosis son los delirios y las

alucinaciones, junto a como se ha dicho antes, una pérdida de contacto con la realidad; o dicho de otra forma, es una ruptura más acentuada de lo habitual de la distinción entre realidad interna y realidad externa (Tizón, 2009).

Se define como un trastorno, no una enfermedad y, por tanto, tiene manifestaciones psicológicas y sociales fundamentales en su definición. Eso significa que las ayudas psicológicas y sociales (grupos, inserción en la red social, trabajo, escuela) son fundamentales en su tratamiento (Tizón, 2009).

Los primeros síntomas psicóticos suelen aparecer entre 1,2 y 5 años antes del primer episodio psicótico diagnosticado como tal, siendo una enfermedad de inicio precoz, alrededor de los 17 a 25 años. (Ramírez Nebreda, 1997).

Aunque son diversos los síntomas que caracterizan a las diferentes psicosis, se presentan los siguientes síntomas comunes, (García-Valdecasas et al, 2005):

1. Confusión del pensamiento: Dificultades para concentrarse, seguir una conversación o recordar cosas. El pensamiento puede acelerarse o volverse excesivamente lento.

2. Ideas delirantes: Interpretaciones erróneas de la realidad, que pueden manifestarse, por ejemplo., como convicción de ser observado o perseguido.

3. Cambios en los sentimientos: Acusadas oscilaciones en el estado de ánimo (excitación y depresión), sensación de extrañeza y de estar alejado del mundo, disminución de las respuestas afectivas.

4. Cambios en la conducta: Comportamientos inusuales o extraños, hiperactividad o periodos de letargo, risas inapropiadas, agitación o preocupación sin motivo aparente. Alucinaciones: Percepción de cosas o estímulos inexistentes, a través de cualquier sentido (vista, oído, olfato, gusto, tacto o sensaciones corporales).

Las psicosis más frecuentes aparecen como la Esquizofrenia y las Psicosis Afectivas. Otras manifestaciones de psicosis son los Trastornos Paranoides, el Trastorno Esquizoafectivo, el Trastorno Esquizofreniforme, el Trastorno Psicótico Breve o las Psicosis Orgánicas.

Un paciente con psicosis no es un “paciente psicótico”, no es “un loco”, sino que padece un trastorno biopsicosocial, lo que significa que tiene partes de su personalidad afectadas y partes sanas. Si no hay problemas con los permisos de armas o con trabajos peligrosos, la incapacitación sólo añade más heteronomía, es decir, más insania, a la situación (Tizón, 2010).

ESQUIZOFRENIA (295.90 DSM-V. F20.9 CIE-10ES)

La esquizofrenia está caracterizada por la escisión de la personalidad, el pensamiento está alterado tanto en su curso (fragmentación, interceptación, robo, etc.) como en su contenido (alucinaciones, ideas y ocurrencias delirantes). Hay una pérdida de contacto con la realidad (una incapacidad de entender la realidad y adaptarse a sus exigencias). Otras características son la negación de la enfermedad, alteración del sentido de sí mismo, cambio en las emociones, aislamiento. Presentan una falta de contacto afectivo con otras personas. Podemos decir que consiste en “la irrupción de un mundo interior sobrecargado de fantasías desiderativas y, a veces, ideas delirantes de persecución que implican un apartarse del mundo real” (Núñez de Arco, 2007).

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de alteraciones del pensamiento (delirios), de la percepción (alucinaciones), del estado de ánimo y de la conducta. Los síntomas psicóticos que aparecen en el retraso mental pueden diferir de los que aparecen en la población general, siendo difíciles, por no decir imposibles, de diagnosticar cuando los individuos son incapaces de

"poner en palabras" experiencias complejas como el pensamiento deshilachado o escuchar voces.

La esquizofrenia es más frecuente en adultos con discapacidad intelectual (1,3 a 3,7%) que en la población general (0,5 a 1%) (OMS, 1996). Las causas de esta enfermedad probablemente sean las mismas en uno y otro caso, aunque, dado el mayor porcentaje de casos, es más que probable que tanto las lesiones cerebrales por problemas en el parto como los factores genéticos jueguen un papel destacado.

La esquizofrenia dependiendo de la sintomatología predominante se puede dividir en:

- Esquizofrenia paranoide
- Esquizofrenia catatónica
- Esquizofrenia Hebefrenica
- Esquizofrenia Indiferenciada
- Esquizofrenia Residual
- Esquizofrenia Simple
- Trastorno Esquizofreniforme

Las formas crónicas de esquizofrenia pueden llevar a la incapacitación del enfermo, ya que estos enfermos tienen afectados la conciencia de enfermedad y además su sintomatología psicótica dificulta su contacto con la realidad, lo que da lugar a un gran rango de conductas desadaptativas. En caso de trastornos no crónicos, en caso de duda debe proponerse una incapacitación parcial o transitoria, dejando abierta la posibilidad de recapacitar al enfermo en el futuro. No se debe hacer generalizaciones en este tipo de enfermedades, hay que estar a las circunstancias concretas del caso, teniendo en cuenta que no afecta por igual a todos los pacientes y que el entorno social

en que convive éste es decisivo en su integración social y autogobierno, por lo que hay que tenerlo en cuenta a la hora de determinar los límites de su capacidad. En caso contrario nos encontraríamos con decisiones injustas. Un ejemplo: El matemático John Forbes Nash, Premio Nobel de Economía en 1994 por su teoría del equilibrio, y cuya vida inspiró la película “Una mente maravillosa” ganadora de varios Oscar, es un ejemplo de como una mente afectada por esquizofrenia puede desarrollar complejas teorías de juegos matemáticos de estrategia que aún siguen vigentes (Tristán et al, 2008). Esto refleja perfectamente como el apoyo familiar y social, y el deseo de vivir puede permitir una vida completamente normalizada del enfermo de esquizofrenia.

TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES (297.1 DSM-V. F22.0 CIE 10ES)

Grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondríaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despiden mal olor o que se es homosexual. Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos.

Suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces, especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo, surge en el inicio de la madurez. El contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

PROCESOS PSICÓTICOS BREVES O TEMPORALES (298.8 DSM-V. F23 CIE-10ES)

Trastorno psicótico inducido por sustancias, trastornos esquizofreniformes, psicosis reactiva breve.

El trastorno psicótico breve se define según el DSM-V por ser un trastorno en el que los síntomas psicóticos son de inicio súbito y su duración es inferior a un mes, con recuperación total.

Se trata de un trastorno poco frecuente y aunque la duración es corta, durante el brote hay que cubrir necesidades alimentarias e higiénicas del paciente, así como protegerlo de los posibles comportamientos peligrosos producidos por su deterioro y las ideas delirantes que pueda tener. La afectación puede ser muy importante y suele ser una de las principales causas de ingreso urgente involuntario del paciente que también requiere actuación judicial, aunque por diferentes motivos y con diferente procedimiento. Los principales síntomas son Delirios, Alucinaciones, Discurso desorganizado e incoherente y comportamiento muy desorganizado o catatónico.

Es importante el criterio de temporalidad, para poder considerar de alguna manera la incapacidad, hace falta la persistencia en el tiempo.

Hay que tener en cuenta que ante el inicio de un trastorno psicótico breve no es posible saber si se trata realmente del inicio de una esquizofrenia o si el proceso se verá limitado en el tiempo. Solo la evolución permitirá hacer el diagnóstico diferencial.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (301.1_ DSM-V. F60 CIE-10ES)

Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anomalías que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos. Estos desajustes o trastornos son un producto de diferentes causas biológicas o medioambientales y, aunque haya que hacer clasificaciones según ciertas categorías comúnmente aceptadas, el diagnóstico debe hacerse de forma individual (Ruiz Sánchez et al, 2002).

Según el CIE-10 ES un diagnóstico definitivo se basa, además de en los claros antecedentes y otra evidencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, en la presencia de dos o más de los siguientes rasgos:

1. Capacidad persistentemente reducida para mantener una actividad orientada a un fin, concretamente las que requieren períodos largos de tiempo o gratificaciones mediatas.
2. Alteraciones emocionales, caracterizadas por labilidad emocional, simpatía superficial e injustificada euforia, expresiones inadecuadas de júbilo y cambios rápidos hacia la irritabilidad o hacia manifestaciones súbitas de ira y agresividad. En algunos casos el rasgo predominante puede ser la apatía.
3. Expresión de necesidades y de impulsos que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales (el enfermo puede llevar a cabo actos antisociales como robos,

- comportamientos sexuales inadecuados, comer vorazmente o no mostrar preocupación por su higiene y aseo personales)
4. Trastornos cognoscitivos, en forma de suspicacias o ideas paranoides o preocupación excesiva por un tema único, por lo general abstracto.
 5. Marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje, con rasgos tales como circunstancialidad, sobre-inclusividad, pegajosidad e hipergrafía.
 6. Alteración del comportamiento sexual (disminución de la sexualidad o cambio del objeto de preferencia sexual).

La Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) indica: "Las manifestaciones más frecuentes del cambio de personalidad consisten en inestabilidad afectiva, descontrol de los impulsos, crisis de agresión o de cólera claramente desproporcionada a los estímulos psicosociales desencadenantes, apatía acusada, suspicacia o ideación paranoide. Los sujetos con este trastorno 'no son los mismos' a juicio de los demás". (Jerez et al, 2001).

Los trastornos de personalidad son muy comunes. Se estima que entre el 10% y el 13% de la población general tiene algún trastorno de personalidad.

En tanto que conjunto de rasgos desadaptativos e inflexibles no confieren inicialmente una discapacidad significativa para poder comenzar el proceso de incapacitación, pero habrá que individualizar fundamentalmente en ciertos aspectos de sus capacidades de socialización, gobernar los bienes...

TRASTORNO BIPOLAR) (296.4_ 5_ Y 8_ 301.13 DSM-V. F31 CIE-10ES)

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la

vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

Es de gran importancia la evaluación de la evolución sintomática, debido a que la existencia de períodos anticríticos con ausencia de sintomatología hace pensar que hay que evitar los procesos de incapacitación. Para poder plantearse el inicio de estos procesos hace falta la existencia de un estado residual defectual o ausencia de períodos libres de sintomatología psicótica. (De Dios et al, 2014)

TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO. (299.00 DSM-V. F84 CIE-10ES)

Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social a través de múltiples contextos, manifestadas actualmente o en el pasado.

El trastorno autista se convierte en el único diagnóstico posible de la actual categoría diagnóstica TGD y pasa a llamarse Trastorno del Espectro de Autismo, lo que supone eliminar el resto de categorías diagnósticas (Síndrome de Asperger y TGD-NE, entre otras) como entidades independientes, además de sacar explícitamente el Síndrome de Rett de los actuales TGD. El cambio de nombre trata de enfatizar la dimensionalidad del trastorno en las diferentes áreas que se ven afectadas y la dificultad para establecer límites precisos entre los subgrupos.

Los criterios diagnósticos del futuro Trastorno del Espectro de Autismo cambian respecto a los actuales criterios del Trastorno Autista. Se propone fusionar las alteraciones sociales y comunicativas, manteniéndose el criterio referido a la rigidez mental y del comportamiento.

Los criterios propuestos son:

1. Dificultades clínicamente significativas y persistentes en la comunicación social, que se manifiesta en todos los síntomas siguientes: a. Marcada dificultad en la comunicación no verbal y verbal usada en la interacción. b. Ausencia de reciprocidad social. c. Dificultades para desarrollar y mantener relaciones con iguales apropiadas para el nivel de desarrollo.

2. Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses, que se manifiestan en, por al menos dos de los siguientes síntomas: a. Conductas estereotipadas motoras o verbales, o comportamientos sensoriales inusuales. b. Adherencia excesiva a rutinas y patrones de comportamiento ritualistas. c. Intereses restringidos.

3. Los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse por completo hasta que las demandas del entorno excedan sus capacidades).

Se deben cumplir los criterios 1, 2 y 3.

TOXICOMANÍAS

ALCOHOLISMO. Trastorno por consumo de alcohol

Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses (DSM-V):

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como un benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Habrá que especificar si es remisión inicial o continua y la gravedad actual:

305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

El estudio de las alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo es problemático y está sujeto a múltiples controversias. Por una parte, el alcoholismo muestra una gran heterogeneidad en las variables clínicas y etiopatogénicas que configuran el trastorno. Por otra parte, el consenso sobre el tipo de alteraciones neuropsicológicas, su intensidad, la evolución y los factores determinantes es escaso (Cabanyes, 2003).

Es indudable que la dependencia etílica se acompaña de diferentes grados de afección neuropsicológica, cuya especificidad e intensidad depende de un amplio número de variables, entre las que destaca de forma significativa

la edad. Así, se ha podido observar que los pacientes mayores de 40 años muestran unos períodos de recuperación más largos y una mayor tendencia a la persistencia de los déficit (Munro et al, 2000). Además, la edad es la única variable que permite una cierta predicción de la persistencia de los déficits neuropsicológicos (Zinn et al, 2003). Ni el tiempo de consumo ni su intensidad parecen ser capaces de identificar el riesgo de secuelas neuropsicológicas tras la abstinencia (Knight et al, 1994). Además, la edad es la única variable que permite una cierta predicción de la persistencia de los déficits neuropsicológicos (Zinn et all, 2003). Ni el tiempo de consumo ni su intensidad parecen ser capaces de identificar el riesgo de secuelas neuropsicológicas tras la abstinencia.

Se estima que entre el 50 y el 70% los pacientes con alcoholismo que han sido desintoxicados presentan un deterioro cognitivo leve, y algo más del 10% sufren un deterioro cognitivo grave (Charness, 1993), todo ello considerando que la abstinencia induce diferentes grados de recuperación de los déficit, si bien, en bastantes casos, las alteraciones cognitivas no muestran una mejoría sustancial después de varios meses de suspensión del consumo (Block et al, 2002). Sin embargo, es importante considerar que las alteraciones neuropsicológicas del alcoholismo crónico son inicialmente sutiles y pueden preceder en más de 10 años a los trastornos neurológicos más típicos (Tuck et al, 1991).

En términos generales, hace falta considerar que aun y existiendo trastorno (por abuso/dependencia), hace falta la existencia de un estado residual significativo que afecte a las capacidades de autogobierno y autonomía personal.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Clasificación de las drogas según su acción sobre el sistema nervioso central (SNC) (Arroyo-Fernández et al, 2006):

1. Depresoras

- Alcohol
- Opiáceos: heroína, morfina, metadona
- Tranquilizantes: benzodiazepinas,
- Hipnóticos: barbitúricos y no barbitúricos

2. Estimulantes

- Mayores
 - Anfetaminas
 - Cocaína
- Menores
 - Nicotina
 - Xantinas (Cafeína), inhalantes, acetonas, bencinas...

3. Perturbadoras

- Alucinógenos (LSD)
- Derivados del cannabis

Clasificación de las drogas según su grado de peligrosidad, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (2010):

Grupo 1: opiáceos

Grupo 2: barbitúricos y alcohol

Grupo 3: cocaína y anfetaminas

Grupo 4: LSD y cannabis

Criterios diagnósticos de la dependencia del consumo de sustancias en la CIE-10 Para establecer el diagnóstico es necesario que durante el año anterior hayan estado presentes en algún momento tres o más de los siguientes criterios:

1. Deseo intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
2. Dificultades para controlar el consumo de la sustancia, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
3. Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de abstinencia característico de esa sustancia o por el consumo de la misma sustancia (u otra muy parecida), con la intención de evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.
4. Presencia de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión a causa del consumo de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo de la sustancia, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias manifiestamente perjudiciales, como los daños hepáticos causados por el consumo excesivo de alcohol, los estados de ánimo depresivos consecutivos al gran consumo de una sustancia o el deterioro de la función cognitiva relacionado con el consumo de una sustancia. Debe investigarse si el consumidor es o podría llegar a ser consciente de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Las pruebas psicométricas nunca serán por sí mismas diagnósticas, el juicio clínico es más importante (asociado a la valoración de las pruebas). Es importante también realizar un seguimiento de los tratamientos realizados, de la vinculación y la adherencia terapéuticas, para poder realizar una valoración

correcta de la evolución que está teniendo la persona, dado que esta puede ser tórpida y desfavorable (debido o no al seguimiento terapéutico).

La dependencia de sustancias es un trastorno complejo, con mecanismos biológicos que afectan al cerebro y a su capacidad para controlar el consumo de sustancias. Sus determinantes no son únicamente biológicos y genéticos, sino también psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En la actualidad no hay forma de identificar a quienes se volverán dependientes, ni antes ni después de que empiecen a consumir drogas (OMS, 2010).

No es frecuente la incapacitación exclusivamente por causa del consumo de alcohol y/o sustancia psicoactivas, Las drogas de abuso pueden ser causa de incapacidad solo en los casos en que la adicción sea grave y con carácter habitual, es decir, que cumpla con los requisitos del art. 200 CC y el alcoholismo y la toxicomanía impidan a la persona gobernarse por sí misma y sea permanente en el tiempo (Alventosa, 2013).

TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

Estado de deterioro, generalmente progresivo, de las facultades mentales anteriormente existentes en un individuo. Se habla de una locura, de una pérdida de la razón de forma cotidiana, porque hay un deterioro profundo del conjunto de las funciones psíquicas de un individuo, anteriormente existente. Es, pues, siempre, una condición adquirida y con significación de descenso o retroceso; esto las distingue del grupo de retrasos mentales congénitos.

El DSM-V engloba el término trastorno neurocognitivo menor y mayor. El término de demencia queda sustituido por el término trastorno neurocognitivo mayor, lo cual marca una ruptura conceptual importante. Esto viene determinado por una desvinculación de la demencia como un trastorno mental,

propio de la palabra “demencia” (sin mente), remarcando el concepto de organicidad de los procesos neurocognitivos (López-Pousa et al, 2014).

A pesar de los grandes avances en criterios y técnicas diagnósticas, actualmente no existen medidas farmacológicas disponibles para mejorar los síntomas o detener/enlentecer la progresión del Deterioro neurocognitivo leve (Kurz et al, 2009), especialmente en cuanto a efectos de beneficios a largo plazo (LiH et al, 2011) aunque otras terapias no farmacológicas y ligadas a un diferente estilo de vida son recomendables (Soto-Pérez et al, 2010).

La demencia es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente en la población mayor de 65 años, con porcentajes de prevalencia entre el 7 y el 14% (Societat Catalano-Balear de Cures Palliatives, 2008).

Los pacientes con trastorno neurocognitivo tienen una edad media de 84 años (DS: 10,32), en un rango de 53 a 98 años. La mayoría son mujeres (63%), viudas (51,9%), con demencia tipo Alzheimer (51,9%) y demencia vascular (18,5%) (Costa et al, 2012).

LAS ENFERMEDADES FÍSICAS

Las deficiencias físicas, enfermedades o no, no parecen relevantes para determinar la aptitud de autogobierno. No obstante, hay determinadas enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico que pueden determinar una limitación legal de la capacidad de obrar de la persona para determinados actos, sin necesidad de una previa declaración judicial de incapacitación. Por ejemplo, la ceguera, la sordera y la mudez que incapacitan a la persona que las padece para ser testigo en los actos mortis causa; los sordomudos que no sepan leer ni escribir no podrán otorgar testamento cerrado, a efectos prácticos el sordo es tratado como una persona que desconoce la lengua, y que necesita de un traductor. A pesar de ello, el

Tribunal Supremo (Sala 1ª compuesta por los Magistrados Ignacio Sierra Gil de la Cuesta, Clemente Auger Liñán, Antonio Gullón Ballesteros, Xavier O'Callaghan Muñoz y Pedro González Poveda) ha entendido que la circunstancia de necesitar una tercera persona de forma permanente para la comunicación, le convierte en incapaz total. El Tribunal Supremo español, según esta doctrina, incapacitaría a Stephen W. Howking, que tiene en su cabeza el universo entero, pero que se comunica a través de un sintetizador, necesitando como el español de la sentencia la ayuda permanente de tercera persona (Serrano, 2009).

I.10. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD

La capacidad de decidir y obrar afecta a hechos de la vida diaria, con impacto en el propio paciente y en su entorno inmediato, familiar, social, laboral o económico, desde la firma de un contrato, vínculo familiar o testamento, hasta la aceptación o rechazo de un tratamiento o de un ingreso en residencia (Álvaro, 2012).

Como ya hemos explicado, el art. 200 CC es una norma excesivamente amplia de contenido al no enumerar las enfermedades o deficiencias incapacitantes, limitándose a señalar la necesidad de que en ellas concurren los requisitos de permanencia y ausencia de autogobierno.

El determinar la existencia o no de estos requisitos, o lo que es lo mismo establecer el diagnóstico, es incuestionablemente una decisión médica y aquí es donde entra en juego la labor del facultativo dirigida a suministrar al Juez, que ni tiene ni tiene por qué tener conocimientos médicos, la información y conocimientos especializados que se requieren para valorar la multitud de aspectos de la patología del paciente que son precisos legalmente, para la incapacitación. Resulta por tanto imprescindible la intervención de un facultativo en los procedimientos de modificación de la capacidad y así se

establece en el art. 208 CC que exige ineludiblemente, entre otras pruebas, el dictamen de un facultativo, que puede ser nombrado bien a propuesta de las partes del procedimiento, bien de oficio por el propio Juez. Esto no quiere decir que el dictamen facultativo tenga un valor decisorio, en cualquier caso, la decisión sobre la existencia de incapacidad recae exclusivamente sobre el Juez, quien valorando el informe facultativo en unión con las demás pruebas practicadas en el procedimiento deberá decidir en sentencia la situación de incapacidad del enfermo, sus consecuencias jurídicas y las medidas de protección que haya de adoptarse. La Ley no señala que tipo de especialidad médica debe tener el médico informante, esta va a depender del criterio del Juez en función de del tipo de patología que debe ser diagnosticada y valorada.

La tarea de modificar la incapacidad se sustenta en el principio de “no maleficencia”. Según Diego Gracia (2005), este principio, junto con el de «equidad o justicia», son los que deben presidir esta actividad en general, incluida la de los gestores sanitarios (Gracia, 2005). Debe garantizarse al paciente, o persona evaluada las prestaciones sanitarias de modo equitativo y eficiente después. Trasladar estos principios a la competencia o capacidad supone, ante todo, prevenir el daño al paciente, bien impidiendo que tome decisiones arriesgadas para las que no está capacitado, o bien, no privándole de un derecho por una incapacitación inadecuada (Simón et al, 2005).

El médico responsable del paciente es quien debe establecer su capacidad, con las evaluaciones de apoyo de otros colegas que considere pertinentes (Ethical Practice, 2008; Bernat, 2008; Ley 41/2002). De hecho, los médicos en general y sobre todo los neurólogos, establecen la competencia o capacidad a diario, por una mezcla de experiencia, intuición y sentido común. Y como dice Álvaro L.C (2012), se está haciendo desde hace mucho tiempo y parece que el procedimiento funciona, debido a los escasos casos de consulta específica para esta finalidad que se realizan, y también a la cantidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realizan a diario sin que el

paciente tenga capacidad para decidir. Aunque este mismo autor alerta de esta falta de sensibilidad diagnóstica por el hecho de ir en contra del respeto al principio de autonomía. Esta evolución de la valoración de la capacidad, se impondrá. Los clínicos más especializados para la evaluar la capacidad, recae en psiquiatras, psicólogos clínicos y forenses, aunque para el caso de demencias están destacando los neurólogos y unidades de demencias (Grant et al, 2012).

No obstante, en la práctica habitual de los juzgados siempre se acuerda que la pericia médica la verifique el médico forense adscrito al Juzgado que conoce del caso, por razones fundamentalmente prácticas:

- La conveniencia de que el examen personal por el Juez del enfermo se realice bajo el asesoramiento simultáneo del perito.
- La gratuidad de la intervención.
- La garantía de imparcialidad que ofrece su cualidad de funcionario.

Esto no excluye la intervención de cualquier otro médico, traído al proceso por las partes o por el propio Juez, ni la importancia de los informes del especialista que esté tratando o haya tratado al enfermo, para valorar adecuadamente los antecedentes que se poseen sobre el origen y evolución de la enfermedad alegada.

En cualquier caso, y en base a lo dispuesto en el art. 200 CC, el facultativo deberá informar sobre los siguientes puntos fundamentales:

- Si existe o no enfermedad o deficiencia física o psíquica.
- Persistencia de la enfermedad o deficiencia.
- Capacidad o grado de autogobierno (personal, doméstica patrimonial y social), que tiene un componente circunstancial externo al individuo. De ahí que cualquier decisión referente a la valoración de la capacidad de una persona determinada debe tener en cuenta tanto los elementos personales como los apoyos familiares y sociales de los que dispone. La

valoración médica, por lo tanto, es insuficiente “per se” para llevar a cabo una decisión, que siempre precisará de un análisis personal e individualizado (Bañón, 2014).

El informe médico tiene como finalidad establecer el juicio médico-legal sobre la capacidad del sujeto para gobernarse a sí mismo y administrar sus bienes, en función de las posibles causas de incapacitación (San José-Sanz et al, 2006). En la exploración se considera conveniente valorar criterios clínicos como los siguientes:

- Déficit cognitivo persistente
- Afectación del juicio de la realidad (fuera de las situaciones agudas);
- Ausencia o déficit de conciencia de enfermedad,
- Conductas de riesgo derivadas de la enfermedad.

Asimismo, deben valorarse:

- La frecuencia de ingresos y tiempo de permanencia de hospitalización en los últimos años, y si los internamientos han sido voluntarios o involuntarios, así como la aceptación o no de tratamiento ambulatorio y la frecuencia de recaídas por abandono del tratamiento.
- La evolución tórpida con pronóstico previsible hacia un deterioro mayor.

Además de los criterios meramente clínicos, se tendrán en cuenta otros aspectos de la enfermedad o interrelacionados con ella, tales como:

- La dependencia parcial o total para las actividades de la vida diaria.
- Si paciente no puede llevar a cabo actividades laborales, asumir responsabilidades familiares, etc.
- Falta de capacidad para el gobierno de sus bienes, como consecuencia del uso inadecuado del dinero, debido a su enfermedad.
- Aislamiento y marginación social.

- Si tiene capacidad de defenderse y buscar ayuda si lo necesita.

I.10.1. VALORACIÓN EN LAS DIVERSAS ÁREAS DE LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

Es conveniente hacer la distinción sobre la afectación de la enfermedad en las diversas áreas de la vida de la persona y, por tanto, en aquellas que requieren protección por considerar limitada la autonomía del paciente, así como especificar el grado, es decir, si hay una limitación total en esa área o si únicamente precisa supervisión:

1. Cuidado de la salud.
2. Promoción de la integración social.
3. Autonomía instrumental y en el ámbito doméstico (actividades cotidianas), así como para desplazamientos.
4. Capacidad para contraer matrimonio.
5. Si necesita protección en todas las áreas de la vida.
6. Administración patrimonial compleja (contratos de compra-venta de bienes inmobiliarios, créditos hipotecarios, operaciones bursátiles) y para testar.
7. Incapacidad para administrar la pensión o trámites/gastos cotidianos.
8. Incapacidad para realizar cualquier operación comercial simple (mercado doméstico, compras banales, etc.). Es decir, cualquier gasto que comporte el manejo de «dinero de bolsillo».
9. Si conoce o no el sentido del sufragio, así como si demuestra un cierto interés por la realidad política, conocimientos de los principales partidos y líderes políticos.
10. Mención especial merecen aquellas situaciones en que la falta de capacidad civil radica en la persona; para ser libre y obrar como tal, no sólo debe tener aptitud para conocer, enjuiciar, querer y decidir, sino además posibilidad de manifestar o ejecutar su voluntad.

I.10.2. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD

La valoración del paciente precisa de una entrevista similar a cualquier entrevista clínica, siguiendo todos los elementos que comprenden la misma: antecedentes personales, enfermedad actual, evolución, exploración, tratamientos, etc...Obviamente en diagnósticos tan complejos como los que nos atañen, tanto para enfermedades neurológicas como psiquiátricas disponemos de herramientas (escalas, test, cuestionarios...) que nos ayudan a objetivar el grado y la evolución de dicho diagnóstico.

En el procedimiento de modificación de la capacidad estas herramientas son de una gran utilidad para valorar a los pacientes en aras a imprimir al informe forense la objetividad y calidad suficientes para respetar todas las garantías procesales y de respeto a la dignidad y autonomía de las personas.

Para nuestro ordenamiento, la capacidad de una persona se mide por dos criterios complementarios, uno cognitivo (entendimiento) y otro volitivo-afectivo (voluntad), pero en ningún lado se establece claramente cuándo se satisfacen en un grado adecuado (estándares) ni cómo se miden (protocolos), dejándose por tanto al juicio profesional de los peritos en estas cuestiones, cosa por otro lado coherente y comprensible desde el punto de vista del ordenamiento jurídico. El problema es que ni siquiera los especialistas del ámbito forense han desarrollado y consensado un procedimiento estandarizado de evaluación de la capacidad, y los psiquiatras o psicólogos o neurólogos a los que se recurre con frecuencia para la valoración de la capacidad no poseen un entrenamiento específico en esta materia y carecen de guías claras acerca de la manera de hacerlo adecuadamente; pues no es lo mismo un diagnóstico de enfermedad mental que una valoración de la competencia para tomar decisiones (Simón et al, 2001).

Tras veinticinco años de estudio en EEUU sobre los criterios y estándares de análisis de la capacidad y protocolos de evaluación, el resultado no ha sido tan iluminador como sería deseable, aunque si se han alcanzado algunas conclusiones generales que podrían trasladar a nuestro medio. Entre ellas podemos destacar algunas ideas:

- La evaluación de la competencia o capacidad consiste en la valoración de un cierto número de aptitudes o habilidades psicológicas (criterios) que el paciente ha de poseer en un grado suficiente (estándares). La declaración de «incompetencia» no debe presuponerse a priori por pertenecer el paciente a un determinado tipo o grupo de enfermos, como toxicómanos, enfermos mentales o terminales.

- La evaluación de la competencia o capacidad de un paciente debe hacerse siempre en relación con la tarea concreta.
- La evaluación de la capacidad deber ser más un proceso continuo, integrado en el seguimiento clínico del paciente, que un acto aislado en el tiempo.
- La investigación norteamericana sobre protocolos de evaluación de la capacidad ha puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar instrumentos cada vez más específicos para esta tarea. El Mac-Arthur Competence Assessment (MCCAT-T) (Grisso et al, 1998), desarrollado por dos prestigiosos psiquiatras y bioeticistas, Grisso y Appelbaum, es quizá por ahora el producto más granado de esta investigación (Álvarez et al, 2014)
- La tendencia inicial a aplicar directamente, para analizar la capacidad, herramientas diseñadas para detectar otros problemas, como el Minimental para el deterioro cognitivo, ha sido sustituida por el desarrollo de protocolos específicos. Ello no quiere decir que dichas pruebas o cuestionarios, utilizados con frecuencia en atención primaria o en salud mental, no puedan encontrar su lugar en el marco de un protocolo de evaluación de la capacidad.

Obviamente, cualquier avance español en este sentido debe contemplar el desarrollo de estas herramientas, criterios, estándares y protocolos específicos en valoración de la capacidad legal.

Para Álvaro LC (2012), ni la legislación, ni las disciplinas afines para el estudio de la capacidad de obrar, han proporcionado herramientas de validez aceptadas y universalmente evaluadas.

Todos los instrumentos utilizados o publicados evalúan primero aptitudes o capacidades para recibir, comprender y procesar la información.

La literatura científica publicada hasta el momento ha proporcionado escasa información sobre qué instrumentos son los más apropiados para cada situación clínica o de investigación, por lo que recientemente se está produciendo un incremento de publicaciones científicas que hacen referencia al análisis conceptual de diferentes escalas empleando el marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la salud (CIF) (La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) de referencia para su comparación (Salter et al, 2011): Koslkinen et al 2011; Nichol et al, 2011).

Siguiendo el modelo biopsicosocial de la OMS, y empleando la CIF como marco conceptual, se observa que algunos instrumentos están orientados a determinar un déficit, como los test neuropsicológicos, otros determinan la limitación en las actividades, como el BI (Índice de Bathel) o la restricción en la participación como el CIQ (Community Integration Questionnaire) (Dijkers, 2000) y otras medidas abarcan varios dominios de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la salud (CIF) como la DRS (Disability Rating Scale (DRS), o el GOS (Glasgow Outcome Scale (GOS) (Laxe et al, 2013).

Uno de los instrumentos utilizados lo constituyen los criterios de capacidad de White (1994) (Modificado de Simón et al, 2005, Simón y Júdez, 2005), basada en una entrevista ordenada y sistematizada, basado en los tres puntos anteriores añadiendo una revisión crítica del proceso aptitud para contar y razonar sobre la opción elegida.

La denominada guía ACE (acrónimo de aid to capacity evaluation o ayuda para evaluar la capacidad), elaborada por la Universidad de Toronto, es de uso y acceso libre (Etchells et al, 1999). Existen numerosas guías anglosajonas para valoración y medida de la capacidad entre las que destacamos para nuestra finalidad, el Mac Arthur Competence Assessment Tool o Mac-CAT es el que ha demostrado mayor validez (Ethical Practice, 2008; Dunn et al, 2006; Simon et al, 2005; Simon y Judez 2005), Se dispone de tres versiones: una para considerar decisiones de tratamiento (Mac-CAT-T), otra dirigida a procedimientos de capacitación en investigación clínica (Mac-CAT-CR) y una tercera de interés forense en procesos de imputabilidad o “adjudicación criminal” (Mac-CAT-CA).

Se han publicado también análisis cualitativos complejos en los que se analiza la capacidad en la enfermedad de Alzheimer en relación con los distintos niveles de competencia. Se han estandarizado como niveles legales de competencia (LSs). Van desde LS1 a LS5, en un recorrido que abarca desde la simple percepción de oferta de tratamiento (LS1) hasta la elección razonada y además expresada con corrección y coherencia (LS5). Conocidos como estándares legales, se han estudiado en trabajos a caballo entre la neurología y la medicina forense por Marson et al (1995; 1996; 1999).

Trataremos de exponer una breve definición de los test o escalas utilizados a nivel clínico para la valoración funcional, psicoafectiva y socio-familiar en los deterioros cognitivos y los test de cociente intelectual en el caso de retrasos motores:

1. Actividades Básicas De La Vida Diaria De Barthel

2. Índice Para Actividades Instrumentales De La Vida Diaria De Lawton Y Brody
3. Prueba Del Estado Mental Mini Mental.
4. La Escala de funcionamiento cognitivo Rancho Los Amigos (ERLA)

Escala O Índice De Bartel (Cid et al, 1997; Valderrama et al, 1997).

La escala o índice de Barthel es utilizada para determinar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD ó AVD) dando mayor importancia al control de esfínteres y la movilidad.

Es uno de los test más utilizados internacionalmente para la valoración funcional de pacientes neurológicos y es de fácil y rápida administración y su aplicación es esencial en centros de Rehabilitación.

Según Barthel hay 10 Actividades Principales para que el hombre sea "Dependiente" en sus actividades cotidianas y en el índice estas tienen Puntuaciones de 10,5,0.

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal. (ANEXO I)

Índice De Lawton (Trigás-Ferrín et al, 2011).

Escalera que valora las actividades instrumentales de la vida diaria, sobre todo es importante en ancianos que vivan solos y sin apoyos institucionales. Mide, por tanto, la capacidad del anciano para vivir con total autonomía en su domicilio. La escala mide 8 ítems:

- Usa el teléfono
- Comprar solo

- Lavar ropa
- Uso de medios de transporte
- Manejo de su economía
- Toma medicación
- Hacer la comida
- Cuida la casa

La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. (ANEXO II)

Prueba Mini-Mental (MMSE) (Folstein et al, 1975)

La Mini prueba del estado mental, es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución, sobre todo en ancianos. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria (Jordi et al, 2011). Es una herramienta de función tipo screening, es decir, de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo pero que, sin embargo, no permite detallar qué dominio está alterado ni conocer su causa, por lo que nunca debe utilizarse para reemplazar a una evaluación clínica completa del estado mental.

Es un cuestionario de 11 preguntas que abarca cinco funciones cognitivas superiores: orientación, retención, atención y cálculo, memoria y lenguaje. Un resultado por arriba de 27 puntos (de 30) se considera normal, una calificación por debajo de los 24 sugiere una demencia, con una valoración

23-21 demencia leve, 20-11 demencia moderada, menor de 10 demencia severa. (ANEXOIII).

La Escala de funcionamiento cognitivo Rancho Los Amigos (ERLA)
(Hagen et al, 1979).

Es una de las escalas más utilizadas para evaluar la función cognitiva en pacientes psicómatosos, y se recomienda como una herramienta fundamental para la planificación de la neurorrehabilitación. Se utiliza para monitorizar la recuperación. La escala consta de 8 niveles (I-VIII), cada uno de los cuales está perfectamente definido. Los sujetos por debajo del nivel IV son subsidiarios de un programa de estimulación sensorial. (ANEXO IV)).

Existen, por otro lado, protocolos estandarizados clínicamente que valoran y sitúan al paciente en un estadio clínico concreto. Nombraremos los dos más utilizados:

Escala de estadificación clínica en la demencia (CDR) De Hughes (Hughes et al, 1982).

Se asigna a cada ítem (memoria, orientación...) la puntuación que le corresponda (0, 0.5, 1, 2 ó 3, de normal a severa) de acuerdo con el grado de afectación que encaje mejor con el estado clínico del paciente. (ANEXO V)

Test de Reisberg (GDS) (Reisberg et al, 1982)

La Global Deterioration Scale (GDS) se basa en un esquema de progresión del deterioro generalizado y jerárquico.

Esta escala describe siete estadios globales de demencia, desde la normalidad al deterioro grave. Asume un deterioro progresivo a través de todas las funciones cognitivas, un hecho que a veces hace que sea difícil de aplicar a pacientes con demencias atípicas. Esta escala va junto con la Functional Assessment Staging (FAST) (Reisberg, 1988; Reisberg et al, 1984), que evalúa el declive en la capacidad para ejecutar AVD. Las puntuaciones van desde la normalidad (estadio 1) hasta la demencia severa (estadio 7). Los ítems se corresponden con los estadios de la GDS. (ANEXO VI)

Un resultado general de estas escalas es que, como en la mayoría de escalas de estadiaje, a menudo resulta difícil acomodar la variabilidad de la progresión de la demencia en los diferentes dominios cognitivos y de comportamiento.

En los casos de TCE, los déficits como hemiparesia, convulsiones y ciertos desórdenes del lenguaje inicialmente parecen más dramáticos, pero las alteraciones más devastadoras en el pronóstico a largo plazo de estos pacientes, en especial en los jóvenes, son los defectos cognitivos, los déficits de atención y, en particular, los cambios conductuales que tan a menudo persisten como secuelas después de la lesión cerebral (Alberdi et al, 2009). La discapacidad aparece como una respuesta del individuo a un déficit físico, sensorial, cognitivo, motriz, etc.

Como señala Guija Villa (2012), la utilización de los instrumentos de medida que se centran en el estado neurológico o cognitivo, tiene importantes limitaciones como es la de analizar previamente el estado afectivo del paciente. Este hecho tiene una gran influencia sobre la valoración neurocognitiva y cuya valoración debe realizarse previamente, ya que un estado afectivo deprimido o hacia el polo de la tristeza, dará peor rendimiento cognitivo y las consecuentes consecuencias legales. Por tanto, los trastornos de la afectividad y emociones, requieren de un estudio particular y profundo a la hora de valorar la capacidad de tomar decisiones y analizar si la voluntad se encuentra afectada.

I.10.3. EL MÉDICO FORENSE

En España, los médicos forenses son funcionarios pertenecientes al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, dependiente del Ministerio de Justicia, para lo que deben aprobar una oposición o prueba de ingreso y después pasar un período de formación. Su figura está regulada en el Real Decreto 1451/2005, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ingreso, Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional del Personal Funcionario al Servicio de la Administración de Justicia (RD 1451/2005).

El médico forense pertenece al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IML), que será creado por Orden Ministerial de Ministerio de Justicia en las capitales de provincia donde tenga su sede el Tribunal Superior de Justicia y en aquellas en las que tenga Salas el Tribunal Superior de Justicia con jurisdicción en una o más provincias.

Los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses son órganos creados con la función de auxiliar a Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil realizando pruebas periciales médicas, tanto tanatológicas como clínicas y de laboratorio, y actividades de docencia e investigación en materia de medicina forense (RD 386/1996). Son órganos especializados y tienen carácter independiente y realiza su función bajo criterios estrictamente científicos (LO 7/2015).

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Región de Murcia fue creado mediante Orden Ministerial del Ministerio de Justicia (Orden JUS 332/2002, de 31 de enero), publicada en el Boletín Oficial del Estado de 21 de febrero de 2002. Entró en funcionamiento el 1 de marzo de 2003, con sedes en Murcia y Cartagena, dirección y subdirección, que atienden todos los

requerimientos del resto de los partidos judiciales de la región según la siguiente distribución (Memoria del TSJRM, 2012).

1. Territorio de la Dirección, con sede en la ciudad de Murcia, que atiende los partidos judiciales de Caravaca, Cieza, Lorca, Mula, Murcia, Yecla, Molina, Totana (excepto el municipio de Mazarrón) y Jumilla, lo que supone una población total de 1.175.747habs. (1.107.075 habs. en 2011). La ratio forense/habitante es de 55.385.
2. Territorio de la Subdirección, con sede en la ciudad de Cartagena: atiende los partidos judiciales de Cartagena, San Javier y el municipio de Mazarrón, lo que supone una población total de 394.335 habs. (387.375 habs. en 2011). La ratio forense/habitante es de 56.333.

Dentro de la actividad del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, al que la ley otorga la función de asistencia técnica a juzgados, tribunales, fiscalías y oficinas del registro civil (RD 386/1986), además de la función de Investigación y formación, hay que distinguir los siguientes servicios (Memoria del IML, 2012):

- **Servicio de laboratorio forense.** Realiza los análisis químico-toxicológicos en muestras biológicas y no biológicas.
- **Servicio de patología forense.** Realiza las investigaciones médico-legales en los casos de muerte violenta o de sospechosa criminalidad y la identificación de cadáveres y restos humanos
- **Servicio de clínica forense.** Corresponde a este servicio los peritajes médicos legales de personas vivas: el examen de los lesionados, su control periódico, así como la valoración de los daños corporales que sean objeto de actuaciones procesales, los informes psiquiátricos y las investigaciones en los supuestos de delitos contra la libertad sexual y la asistencia o vigilancia facultativa de los detenidos que se encuentre a disposición judicial a requerimiento de Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil.

Este servicio es, por tanto, el encargado de realizar los informes psiquiátricos periciales en los procedimientos de incapacitación, informando y orientando al Juez sobre la enfermedad y la persistencia de ésta, así como el grado de autogobierno de la persona cuya incapacitación se solicita.

I.10.4. EL INFORME DEL MÉDICO FORENSE

El objetivo de la valoración es ajustarse a las necesidades individuales del sujeto identificando su necesidad de protección y manteniendo sus derechos en las áreas preservadas, siendo obligada una intensa colaboración interdisciplinar entre profesionales clínicos y del ámbito judicial para abordar con éxito el binomio autonomía-protección (Moye et al, 2007).

En consecuencia, la valoración de la capacidad es una tarea de enorme responsabilidad, en tanto supone privar a una persona de derechos y libertades básicos, y que debe ir encaminada a informar adecuadamente al juez para que en su resolución adopte una decisión totalmente ajustada a la realidad del individuo y encaminada a su protección, ya sea impidiendo que tome decisiones arriesgadas para las que no está capacitado, ya no privándole de un derecho por una incapacitación inadecuada (Simon et al, 2005).

Aunque la entrevista realizada por el forense aporta suficiente información, esta debe ser estructurada, con esta finalidad, las guías ordenan, facilitan y cuantifican el proceso, aunque el resultado final del procedimiento va a ser del psiquiatra neurólogo u otros, y por supuesto del médico forense. Estas son fundamentales para, protocolización de la valoración por el equipo competente, la protocolización multidisciplinar, la evaluación propiamente dicha, la revisión y no menos importante, la investigación y la defensa ante posibles demandas de interesados, ya que el peso de la carga, legal y de hecho recae sobre él, referido al informe-propuesta final.

El documento de Sitges de 2009 (Boada y Robles (ed), 2009) elaborado por un equipo multidisciplinar, en relación a la valoración de la capacidad de tomar decisiones durante la demencia, propone un informe con un formato que permita transmitir la información con precisión a los demás profesionales implicados en la valoración. Siempre que sea posible alienta este equipo, a la homogeneización para mejorar la eficacia en la comunicación entre los implicados.

El formato debe estar enfocado a la capacidad de tomar decisiones, a realizar por especialistas que asesoran (neurólogos, psiquiatras...), a otros médicos evaluadores, como forenses o evaluadores de dependencia o de discapacidad, o en su caso al médico responsable del paciente.

El modelo debe incluir:

- El motivo de la evaluación.
- Principales funciones mentales, evaluando y puntuado el grado de deterioro en función de una escala unificada, por ejemplo, tipo Likert (Likert, 1932):
 1. Normal
 2. Deterioro Ligero
 3. Deterioro Moderado
 4. Deterioro Intenso.
 5. Función abolida.
- Reflejando para cada función cognitiva la prueba o test que ha dado lugar a esa valoración.
- Matizando con un juicio clínico, que puede sustituir a algunas pruebas objetivas en determinadas situaciones.

- Después se describirán brevemente aquellos aspectos del entorno que puedan condicionar la toma de decisiones.
- Por último, el especialista emite una valoración global de la capacidad y las recomendaciones pertinentes.
- Es fundamental, la fecha de realización del examen para comparar con futuras o pasadas evaluaciones.

El expediente debe, además, recoger o contener todos los informes de especialistas que han sido útiles para la valoración, así como todos los informes de otros profesionales y médicos o no, que emitan una circunstancia concreta referente a la vida, relación o condiciones sociales del individuo. Así mismo, es imprescindible que se aporten otras valoraciones que, aunque se refieran a diferentes finalidades (trabajo, discapacidad, dependencia u otras), deben servir para aportar coherencia, integración e identificación de otras posibles habilidades o recursos que se atribuyan al individuo.

II. JUSTIFICACION

La figura de la incapacitación, regulada en el Código Civil, implica la privación de la capacidad de obrar de una persona física acordada por sentencia en virtud de las causas fijadas por la Ley, sometiéndola a un régimen de protección especial. Nace para suplir las deficiencias de quienes, al carecer de capacidad suficiente para desenvolverse normalmente en la vida, se ven necesitados de la asistencia de personas que les representen o complementen dicha capacidad.

Sus consecuencias son sumamente graves, ya que implican la pérdida de la capacidad de obrar, y por tanto de ejercitar derechos y obligaciones, por lo que debe ser declarada por sentencia judicial. Sin embargo, determinar la existencia o no de los requisitos exigidos por la ley para la modificación de la capacidad es incuestionablemente una decisión médica y aquí es donde entra en juego la labor del facultativo dirigida a asesorar al Juez.

En nuestro ordenamiento jurídico, el procedimiento de modificación de la capacidad mantiene básicamente el modelo establecido por la LO 13/1983 (la reforma introducida por la L 1/2000 apenas lo altera), pero las nuevas circunstancias hacen necesaria una profunda reestructuración del mismo, como son:

Por un lado, el aumento de la esperanza de vida, que conlleva un envejecimiento poblacional creciente y generalizado que supone mayor incidencia de enfermedades crónicas, entre las que destacan las de tipo neurológico degenerativo y que acarream problemas políticos, jurídicos, sanitarios, asistenciales y especialmente de valores personales, de los que depende en muchos casos el bienestar del mayor, y a los que se hace imprescindible dar solución.

Por otro lado, la legislación internacional, concretamente el Convenio de Nueva York de 2006, demanda un cambio en el concepto de discapacidad, en aras de una mayor igualdad; estableciendo la necesidad de políticas públicas dirigidas a promover su autonomía e independencia. No obstante, la respuesta

legislativa dada por España a estos imperativos ha sido tardía, tibia y de poca transcendencia en la práctica judicial.

En la bibliografía especializada en España apenas hemos encontrado trabajos que intenten determinar si la legislación nacional que regula la figura de la incapacitación civil se adapta y cumple las exigencias que vienen impuestas por legislaciones supranacionales.

Por lo que, en este trabajo, pretendemos estudiar tanto los aspectos demográficos y causales de la modificación de la capacidad, como si la práctica jurídica está orientada a la potenciación y preservación de aquellas habilidades que le permitan a la persona evaluada gozar de la mayor autonomía y por tanto dignidad.

Para ello estudiamos una muestra representativa de los informes emitidos por el Instituto de Medicina Legal de la Región de Murcia (en adelante IMLRM) entre los años 2012 y 2015, en relación con los procedimientos sobre modificación de la capacidad de obrar tramitados en el Partido Judicial de Murcia. En ella, pretendemos analizar la incidencia y los factores asociados tanto personales como los de la enfermedad y los de carácter social, en la conclusión sobre la capacitación del informe forense, así como considerar la validez del método de valoración y su adaptación a las normas supranacionales sobre la discapacidad.

III. OBJETIVOS

1. Realizar un estudio descriptivo de las características demográficas, diagnósticos médicos y propuestas de modificación de la capacidad de obrar en el Partido Judicial de Murcia en el periodo 2012-2015.
2. Estudiar las características personales y sociales que influyen en la propuesta de modificación de la capacidad de obrar de las personas evaluadas y su grado.
3. Analizar las principales situaciones clínicas y patológicas que se relacionan con los diferentes grados de modificación de la capacidad de obrar.
4. Estudiar la idoneidad del método de valoración para constatar el grado de capacidad en los informes periciales y su adaptación a las normas supranacionales sobre modificación de la capacidad de obrar.

IV. MATERIAL Y METODOS

Para llevar a cabo este estudio hemos realizado el diseño del proceso y las variables a analizar a partir de los resultados obtenidos de un estudio piloto desarrollado previamente con aquellas variables que creímos de interés.

La búsqueda de las referencias bibliográficas en relación con el tema de nuestro estudio se ha llevado a cabo utilizando la base de datos MEDLINE en su versión en Internet (PUBMED).

El navegador utilizado ha sido Internet Explorer versión 5.0. Además, se ha realizado búsquedas manuales en las revistas incluidas en la biblioteca virtual de Murciasalud.es (<http://www.murciasalud.es/bibliotecavirtual.php?idsec=5>), sobre todo en las incluidas por Revistas a texto completo y Revistas por Índice de Materias, en: Administración y Gestión Sanitaria, Admisión y Documentación Clínica, Medicina Legal y forense, Neurología y Psiquiatría y en menor medida otras multidisciplinarias. También se han realizado búsquedas manuales a través de los artículos principales. La búsqueda ha permanecido activa a lo largo de todo este trabajo.

Las estrategias utilizadas y palabras clave empleadas para la obtención de las referencias y abstracts han sido las siguientes: Incapacitación Civil, Competencia, Capacidad, Capacidad de Decidir, Modificación de la Capacidad. Alzheimer, Demencia, Derechos Incapacitado, Toma de decisiones, Evaluación de la Competencia, Consentimiento Informado, Consentimiento por Representación, Voluntades Anticipadas, Testamentos Vitales, Instrucciones Previas, Cuidados Terminales, Protocolo, Planificación Anticipada de las decisiones, Gestión de la Seguridad, ancianos, centro sociosanitario, clasificaciones capacidad mental, Representante, Bioética, Ley 41/2003, Personas con discapacidad, Código Civil (Civil incapacitation, Competition, Capacity, Capacity Choice, Alzheimer, Dementia, Disabled Rights, Decision Making, Competence Assessment, Informed Consent Consent for Representation, Wills, Living Wills, Advance Directives, Care Terminals, Protocol, PlanningAhead decisions, Security Management, elderly, health

center, mental capacity ratings, Representative, Bioethics, People with Disabilities, Civil Code).

También hemos utilizado una serie de monografías y tratados científicos de carácter general y hemos tenido acceso a una relación de libros especializados de consulta facilitados por el departamento de ciencias sociosanitarias y otros que se han adquirido, de los que se hace la debida referencia.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo de 777 casos de solicitud de modificación de la capacidad de obrar, de los Juzgados de Familia del Partido Judicial de Murcia, entre el mes de enero de 2012 y diciembre de 2015. Analizándose tanto las variables demográficas, sociales y de patología como la valoración forense sobre la capacidad de la persona sometida al procedimiento.

La realización de este estudio se ha llevado a cabo con la información obtenida de los informes médico-periciales elaborados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IML) de Murcia a petición del Juez de Primera Instancia nº 3 y nº 9 en los procedimientos de modificación de la capacidad de obrar, que informan acerca de las circunstancias médicas y/o sociales de las personas evaluadas en relación a su capacidad.

El análisis de los informes del IML nos ha proporcionado una abundante información sobre las causas médicas que llevan a la modificación de la capacidad de obrar de una persona y de las circunstancias sociales que influyen en la misma, lo que constituye uno de los objetivos de nuestro trabajo.

Para el presente estudio, se han seleccionado todos los informes emitidos de periciales según ASKELEPIOS y ORFILA (bases de datos que utiliza el IML de la Región de Murcia), datos reales en la Dirección de Murcia y

datos oficiales de la memoria de dicho Instituto. Se han seguido todos los protocolos de armonización de datos, para mantener los principios de confidencialidad y secreto procesal.

Realizamos previamente un estudio piloto de los informes para elaborar de forma multidisciplinar el protocolo de recogida de datos de este proyecto y el ámbito del estudio.

El informe que evaluamos es el que realiza el médico forense que ha sido asignado a la persona objeto de la valoración para modificación de la capacidad de obrar. Dicho informe se realiza tras la exploración sistematizada (sobre todo, Antecedentes, exploración neurológica, exploración psiquiátrica), así como la valoración de los informes médicos que aporta el evaluado o su propia familia. El informe recoge datos del centro y del organismo que solicita la valoración, datos de identificación del paciente y del informe y, por supuesto, antecedentes, exploración, diagnóstico y conclusiones relacionados con la recomendación del forense a la modificación de la capacidad.

TIPO DE ESTUDIO (Álvarez, 2005; Argimón et al, 2009; Hernández-Avila et al, 2010): Descriptivo transversal y retrospectivo.

Población de estudio: Se decidió realizar el estudio de los informes elaborados desde el año 2012 al 2015, por razones de operatividad y teniendo en cuenta el volumen esperado de expedientes.

Ámbito lugar: Se ha realizado en la Región de Murcia, incluyendo las solicitudes de modificación de la capacidad de obrar presentadas en el Partido Judicial de Murcia, que incluye Alcantarilla, Beniel, Murcia y Santomera, que corresponde a un total de población de 508.018 habitantes, de los cuales 243.573 son hombres (47,95%) y 264.445 son mujeres (52,05%).

Ámbito persona: Hemos analizado todos los expedientes de modificación de la capacidad de obrar remitidos de oficio por el Juez al IML para valoración y propuesta, sin excluir por edad, sexo o cualquier otra condición relacionada con la persona. El perfil esperado, por la naturaleza de este estudio, es el de personas de edad avanzada y probablemente de sexo femenino por su mayor longevidad. Conocemos, por la bibliografía consultada, que las causas patológicas que dan lugar a la modificación de la capacidad, motivos y condicionantes son diferentes en los individuos jóvenes que en los mayores, pero a nuestro entender ese hecho enriquecerá los resultados y conclusiones de este estudio.

Criterios de inclusión: Se han incluido todos los expedientes de incapacitación remitidos al IML por los Juzgados de Primera Instancia nº 3 y nº 9 del Partido Judicial de Murcia, al ser estos los únicos competentes para conocer de las cuestiones de capacidad, siendo Juzgados de Familia y estar considerada la capacidad una cuestión de familia a la hora de determinar la competencia material del juzgado.

Criterios de exclusión: Se han excluido del estudio los procedimientos de Internamiento civil urgente, que serían los casos en los que el paciente no tiene capacidad para otorgar un consentimiento válido y se lleva a cabo por decisión de otras personas distintas al enfermo mental. Está basado en criterios terapéuticos y está justificado cuando la desestabilización condiciona una situación de peligrosidad evidente para el paciente o para los demás. Es el facultativo quien decide, en primera instancia, proceder al ingreso, con la obligación de comunicarlo en el plazo de 24 horas al juez competente, quien deberá ratificar o dejar sin efecto la decisión en las 72 horas siguientes, después de recabar el preceptivo informe forense (art. 763.1 LEC).

Se han excluido también los expedientes de capacidad de las personas para ser imputable, en aquellos procedimientos penales en los que ha sido necesario por haber sido alegado de parte una cuestión de inimputabilidad, entendiendo como tal la falta de capacidad de culpabilidad, es decir, que una

persona por problemas de madurez o psíquicos no reúne los requisitos suficientes para ser declarada responsable penalmente de actuaciones que pueden ser penalmente reprochable, por no estar en condiciones de comprender su acción y las consecuencias de la misma.

También aquellos expedientes cuya solicitud se limitaba exclusivamente a obtener la autorización judicial para la esterilización de una persona.

Finalmente, no se han tenido en cuenta aquellos informes ausentes de conclusión, bien por no contar el perito con la documentación médica suficiente para formar su opinión o bien por entender que debía ser el sujeto debía ser valorado en un momento posterior por no ser el diagnóstico definitivo.

VARIABLES A ESTUDIO

Hemos realizado una prueba piloto con la siguiente finalidad:

- Evaluar diferentes técnicas en la recogida de datos del informe.
- Aumentar o disminuir la relación de datos precisos en función de los recogidos en el expediente de entre los que nos orientaban a nuestros objetivos.
- Ayudar en la redefinición de variable. Identificar y clasificar los “otros”.
- Evaluar la aceptabilidad de determinadas preguntas o pruebas expresadas.
- Precisión de la interpretación del dato, ya que la calidad de este era variable en su exposición/ redacción/representación según el realizador del informe.
- Determinar deficiencias en la recogida y procesamiento de datos.

- Por último, adquirir experiencia y manejo de la documentación, dado el elevado volumen de datos a recoger y el elevado número de expedientes valorados.

Es conveniente resaltar que todos los datos han sido recogidos y codificados por el autor de este trabajo, y esto ha tenido como ventaja eliminar el sesgo de interpretación, validación y codificación de los datos recogidos

Antes de mostrar el modelo de recogida de datos, sería conveniente explicar algunas variables y la funcionalidad que tienen en el estudio.

Los datos se clasificaron en 5 apartados, para hacer mas gráfica la exposición de resultados: Datos de la solicitud, datos demográficos, circunstancias de la entrevista, entrevista y exploración y valoración.

BLOQUE I: DATOS DE INCIDENCIA

1. Número de estudio:

Recoge el número de expediente, solo a efectos de referencia en el estudio, pero no forma parte de la explotación de datos (está fuera de la serie de recogida de datos indicada más abajo).

2. Juzgado solicitante.

Recoge el Juzgado que solicita el informe, como referencia, aunque tampoco para explotación de datos.

3. Código Sujeto.

Se trata del número con el que el IML identifica a la persona a valorar y que permanece unido a la persona en el tiempo. Tampoco se ha utilizado este dato para la explotación siendo su finalidad principal evitar duplicidades.

4. Año de solicitud.

Identifica los cuatro años que comprende el estudio.

BLOQUE II: DATOS DEMOGRÁFICOS

5. Sexo.

El Género del evaluado quedó recogido como una variable cualitativa dicotómica categorizada en Hombre y Mujer.

6. Edad.

Se recoge la edad de la persona evaluada en el momento del expediente considerándose ésta como variable cuantitativa continua.

Para la explotación se han agrupado en tres grupos que a priori podríamos identificar con unas determinadas patologías.

1. De 15 a 42
2. De 43 a 69
3. De 70 a 97

BLOQUE III: DATOS SOCIALES Y DE RELACIÓN

7. Estado Civil.

Variable cualitativa politómica que se recoge como ayuda a clarificar las circunstancias personales y sociales de la persona evaluada.

8. Lugar residencia.

La residencia se consideró como el lugar en el que vivía actualmente el usuario, siendo una variable cualitativa politómica.

Se recoge como ayuda a clarificar las circunstancias personales y sociales de la persona evaluada.

9. Lugar reconocimiento.

Identifica si el lugar de la exploración para la pericia se realiza en la consulta del médico forense o en otro lugar, siendo una variable cualitativa dicotómica.

10. Solicitante.

Variable cualitativa dicotómica utilizada para identificar si la iniciativa ha partido del Ministerio Fiscal, de un familiar con legitimación activa o del propio interesado.

11. Si el informe era a consecuencia de un procedimiento de revisión.

Variable cualitativa dicotómica.

12. Valoración Previa IMAS, variable cualitativa dicotómica.

13. Baremo otorgado en IMAS (%)

Variable cuantitativa continua que hemos utilizado para relacionar la existencia y grado de discapacidad valorados por otro organismo que, aunque valore similar patología, persigue diferente finalidad.

14. Entiende objeto de la pericia

Variable cualitativa dicotómica.

Este dato nos ayuda a precisar si la persona valorada participa de la decisión. El dato se obtiene si en el informe aparece expresamente la pregunta por parte del evaluador.

15. Aporta Informe Especialista

Variable cualitativa dicotómica. El dato puede obtenerse del informe forense o de los informes aportados de parte.

16. Problema de salud físico importante

Variable cualitativa dicotómica. El dato puede obtenerse del informe forense o de los informes aportados de parte.

17. Tiene apoyo familiar

Variable cualitativa dicotómica. El dato puede obtenerse del informe forense o de otros informes aportados al procedimiento.

18. Precisa supervisión y/o ayuda para las Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Variable cualitativa dicotómica.

Estos últimos datos vienen recogidos entre los antecedentes del informe y nos aporta circunstancias personales y sociales de la persona a valorar.

19. Toma tratamiento de forma habitual

Variable cualitativa dicotómica

Se refiere este a datos a tratamiento de patologías crónicas relacionado o no con la patología de la valoración.

20. Consume sustancias psicoactivas

Variable cualitativa politómica.

Al recoger este dato hemos identificado tres situaciones: no toma de tóxicos, alcoholismo y politoxicomanía. Hemos entendido como no toma de tóxicos aquellos casos en que el informe lo especificaba expresamente (muy pocos casos) y en aquellos en que no se hacía referencia a los mismos. El término de politoxicomanías se ha elegido porque en la mayoría de los expedientes venía reflejado el consumo de más de una sustancia tóxica.

BLOQUE IV: DATOS DE PATOLOGÍA

21. Índice de Barthel: 0-100%

22. Escala de Coma de Glasgow: 3-15

23. Índice de Lawton: 0-8

24. Índice de Reisberg: 0-7

25. Prueba Minimental: 0-30

A pesar de que en el estudio piloto aparecían en algunos expedientes estos indicadores de incapacidad personal, y entendíamos que eran absolutamente necesarios para determinar la capacidad de una persona.

26. Diagnóstico 1: descripción literal. MSD-V (Santos., 2013), CIE 10 (OMS, 1996)

Variable cualitativa discreta.

“El DSM es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la APA (American Psychiatric Association), y es el referente en salud mental mundial”. El MSD-V es la última versión.

El CIE (MSSSI, 2017) es el acrónimo de la clasificación internacional de las enfermedades, décima versión. En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de la administración de salud. El CIE 10 ES es la última versión.

La recogida de datos se ha hecho recogiendo el diagnóstico que aparecía en el informe de forma literal, y posteriormente se ha realizado la codificación por el sistema de evaluación de pares (Nassi, 2015).

Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud. Cada una de tales categorías puede incluir un grupo de enfermedades similares. Por razones de manejabilidad y coherencia, descritos anteriormente, hemos realizado una agrupación a nivel de 3-4 caracteres de código, es decir, una mayor agrupación de la recogida inicialmente en el registro, permitiendo una fácil explotación y posterior recuperación para el análisis de la información.

27. Diagnóstico 2: descripción literal. CIE 10 ES

Variable cualitativa discreta.

Hemos identificado dos diagnósticos. Como diagnóstico 1 se ha descrito aquel cuadro patológico, principalmente psiquiátrico, que podría dar lugar a la imposibilidad de autogobierno; y como diagnóstico 2, aquella patología causante, psiquiátrica o no, de la primera.

Obviamente, el diagnóstico 1, en cuanto que patología principalmente psiquiátrica, lo hemos codificado con el MSD-V y CIE10 ES y el diagnóstico 2, que incluye patologías de cualquier órgano o sistema con el CIE 10 ES.

BLOQUE V: DATOS DE CONCLUSIÓN-PROPUESTA

28. Conclusión sobre la capacidad.

Variable cualitativa discreta.

Se recoge en esta variable la conclusión del médico forense sobre la capacidad de la persona explorada.

MODELO PARA LA RECOGIDA DE DATOS

DATOS INCIDENCIA

- Número de estudio

- Juzgado Solicitante

1. Juzgado de Primera Instancia nº 3
2. Juzgado de Primera Instancia nº 9

- Año de Solicitud

1. 2012
2. 2013
3. 2014
4. 2015

DATOS DEMOGRÁFICOS

- Sexo:

1. Hombre
2. Mujer

- Edad:

DATOS SOCIALES Y DE RELACIÓN

- Estado Civil

1. Soltero
2. Casado
3. Separado/divorciado
4. Viudo

- Lugar de Residencia

1. Institución
2. Solo, en domicilio
3. En domicilio con cónyuge
4. En domicilio con hijos
5. En domicilio con padres
6. Otros
7. No consta

- Lugar de Reconocimiento

1. En consulta
2. Otro lugar
3. No consta

• Demandante
1. Institución o Mº Fiscal
2. Familiar
3. No consta
• Si el informe es consecuencia de un procedimiento de revisión.
1. Si
2. No
• Valoración Previa del IMAS
1. Si
2. No
• Baremo otorgado en IMAS %
• Entiende objeto de la pericia
1. Si
2. No
3. No consta
• Aporta Informe Especialista
1. Si
2. No
3. No consta
• Problema de Salud Física Importante
1. Si
2. No
3. No consta
• Tiene apoyo familiar
1. Si
2. No
3. No consta
• Precisa ayuda AVD
1. Si
2. No
3. No consta
• Toma tratamiento habitual
1. Si
2. No
3. No consta
• Consume sustancias psicoactivas (incluye alcohol)
1. Si
2. No

3. No consta

DATOS DE PATOLOGÍA

• Índice Barthel
1. Presencia
2. Ausencia
• Escala Coma Glasgow
1. Presencia
2. Ausencia
• Índice Lawton
3. Presencia
4. Ausencia
• Índice Reisberg
1. Presencia
2. Ausencia
• Prueba Minimental
1. Presencia
2. Ausencia
• Diagnóstico 1
• Diagnóstico 2

DATOS CONCLUSIÓN-PROPUESTA

• Conclusión
1. NO. Capacidad
2. PARCIAL PERSONA. Incapacidad para la actividad personal
3. PARCIAL PATRIMONIO. Incapacidad para la actividad patrimonial
4. TOTAL. Incapacidad para la actividad personal y patrimonial
5. PARCIAL/PARCIAL. Asistencia para la actividad personal y patrimonial.
6. PARCIAL/TOTAL. Asistencia para la actividad personal e incapacidad para la actividad patrimonial
7. TOTAL/PARCIAL. Incapacidad para la actividad personal y asistencia para la actividad patrimonial

MÉTODOS

El presente estudio tiene un diseño retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y analítico.

La recogida de datos se ha realizado por el propio autor del trabajo con la supervisión del IML, durante más de 18 meses. Se utilizó el cuestionario de variables descrito anteriormente.

Para garantizar la validez interna y externa del estudio, se llevó a cabo un control de la información obtenida realizada como parte integrante y previa al análisis estadístico de los datos cuantitativos. El control de la información obtenida implicó cuatro fases (Rial et al, 2001):

1. La introducción de datos en ordenador
2. La depuración de los datos
3. La transformación codificada de los datos
4. El análisis exploratorio o análisis preliminar de los datos

El Análisis Exploratorio de Datos (A.E.D.) es un conjunto de técnicas estadísticas cuya finalidad es conseguir un entendimiento básico de los datos y de las relaciones existentes entre las variables analizadas.

El examen previo de los datos es un paso necesario, que lleva tiempo, y que habitualmente se descuida por parte de los analistas de datos. Las tareas implícitas en dicho examen pueden parecer insignificantes y sin consecuencias a primera vista, pero son una parte esencial de cualquier análisis estadístico.

Para conseguir este objetivo se ha procedido a:

1. Revisión sistemática de todos los datos y codificaciones analizando la coherencia de los datos sobre una misma persona.
2. Preparación los datos
3. Detectar fallos
4. Diseño y recogida de los mismos,
5. Tratamiento y evaluación de datos ausentes (missing),
6. Identificación de casos atípicos (outliers) y comprobación de los supuestos subyacentes en la mayor parte de las técnicas multivariantes (normalidad, linealidad, homocedasticidad).
7. Criterios de agrupación de los datos recogidos

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Hemos encontrado limitaciones en la bibliografía, donde nos ha sido difícil encontrar un estudio similar a éste, hecho desde la realidad, que nos pudiera servir de orientación a la hora de determinar las variables y datos a recoger, aunque si nos encontramos con numerosa literatura acerca de la causas y consecuencias de la incapacitación

La falta de un protocolo en la realización de los informes forense, nos ha obligado a buscar las variables a recoger a lo largo de todo el informe o expediente, encontrándonos en muchas ocasiones que el dato no estaba recogido.

Otra dificultad que hemos encontrado en este estudio, y que por tanto se ha traducido en una limitación del mismo, ha sido la variabilidad en la recogida de datos del informe/expediente, tanto en la cantidad de datos recogidos como la interpretación de cada uno de ellos, especialmente en el diagnóstico primero y segundo, donde ante la abundancia de información (que no ayudaba a la identificación concreta), nos ha obligado a recoger primero la patología literalmente, para diagnosticar posteriormente con el CIE 10 y terminar

agrupando dichas patologías en grupos de diagnósticos manejables y coherentes con la finalidad del estudio.

Por último, hemos encontrado dificultad en la valoración de la conclusión del informe con respecto a la capacidad de la persona valorada, que hemos tenido que interpretar en términos de incapacidad y que no siempre ha sido fácil por la escueta redacción de algunos informes. Dificultad íntimamente ligada a la ausencia de un protocolo de informe.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para conocer las características de los sujetos que participaron en nuestro estudio llevamos a cabo un análisis descriptivo para cada una de las variables, atendiendo principalmente a la distribución de frecuencias y, cuando fue pertinente, a medidas básicas de resumen como la media, mediana, cuartiles, desviación típica o amplitud de la muestra. En los casos en que fue necesario se incluyeron intervalos de confianza para los parámetros de interés, especialmente en el caso de proporciones.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows en la Unidad de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

Utilizamos el programa de Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson, probabilidad obtenida y el mínimo valor esperado. Destacaremos que hemos cruzado entre sí todas las variables en las que se desglosó el estudio, buscando posibles asociaciones.

En las tablas de contingencias 2 x 2 y con grado de libertad 1 hemos aplicado el “Test exacto de Fisher”. en aquellos casos en los que el de χ^2 no podía ser utilizado, al ser el mínimo valor esperado inferior a la unidad.

A continuación, realizamos el subsiguiente análisis de residuos mediante el que valoramos si el porcentaje de un resultado en algún grupo difería de manera significativa respecto al porcentaje global en la muestra (Everitt, 1994).

Consideramos estadísticamente significativos los valores con $P < 0.05$.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

El presente trabajo se realizó bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder llevar a cabo este tipo de estudios.

Asimismo se respetó en todo momento la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado de acuerdo a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LO 15/1999); Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal (RD 994/1999); 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 (Ley 41/2002), así como toda la normativa aplicable a esta materia.

En concreto, se llevó especial cuidado en el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos:

- Anonimato de las personas evaluadas.

- Confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio.

- Almacenaje y mantenimiento de los datos recogidos en lugar seguro impidiendo que ninguna persona que no perteneciera al equipo investigador pudiera hacer uso de los mismos.

- Inocuidad de los resultados del estudio para todos los participantes en la investigación.

Y todo ello, con la intención y el interés de maximizar las probabilidades de que la respuesta de los sujetos participantes en el estudio sea lo más sincera y completa posible, de manera que se puedan extraer conclusiones que puedan ayudar a mejorar la situación de los sujetos objeto del estudio.

En todo momento se ha tenido en cuenta la obligación de confidencialidad de toda la información registrada, por parte de las personas participantes, Directores de tesis y personal que elabora este trabajo, responsable en último término de la recepción y custodia de los datos. Cada expediente quedó identificado en la base de datos por su número de expediente, dirección, demarcación, servicio, organismo solicitante y procedimiento. Esto permite la identificación de cada expediente, pero no el acceso a su identidad. De hecho, los datos personales e identidad de cada paciente solo serán conocidos por el médico forense respectivo, el resto de personal que ha intervenido en el trabajo no ha tenido acceso a dicha identidad.

Por otro lado, se ha enviado escrito de solicitud de consulta de datos de los expedientes a estudiar al Director del IML y a través de él a la autoridad competente, con datos identificativos de las personas que manipularán la información y su compromiso de confidencialidad. Dicho escrito ha sido valorado y autorizado "ad hoc" para este estudio.

V. RESULTADOS

RESULTADOS DE INCIDENCIA

PERIODO DE ESTUDIO Y ÁMBITO

Se han analizado 777 expedientes de incapacitación todos los incoados en los años 2012-2015, exceptuando los excluidos con otra finalidad, tal y como se expuso en material y método, ya que siguen otro procedimiento.

- Todos los expedientes han correspondido a los Juzgados de Primera Instancia nº 3 y nº 9, únicos juzgados de familia del Partido Judicial de Murcia, que incluye Alcantarilla, Beniel, Murcia y Santomera, que corresponde a un total de población de 508.018 habitantes, de los cuales 243.573 son hombres (47,95%) y 264.445 son mujeres (52,05%).

RESULTADOS: Incidencia y demografía

Tablas de Frecuencia y de contingencia

• TABLA 1. EVOLUCIÓN POR AÑO DE ESTUDIO

AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO	INCIDENCIA ‰
2012	205	26,4	26,4	0,40 ‰
2013	181	23,3	49,7	0,35 ‰
2014	221	28,4	78,1	0,43 ‰
2015	170	21,9	100	0,33 ‰
TOTAL	777	100		0,38 ‰

• TABLA 2. SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
HOMBRE	389	50,1	50,1
MUJER	388	49,9	100
TOTAL	777	100	

• **TABLA 3. EDAD - ESTADÍSTICOS**

N	777
Media	59,30
Mediana	65,00
Moda	18
Desviación Típica	24,2
Mínimo	15
Máximo	97

• **TABLA 4. EDAD AGRUPADA (3 GRUPOS)**

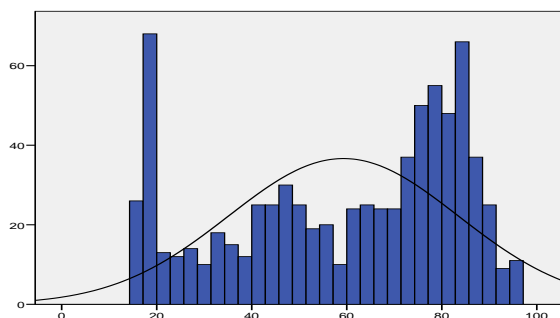
EDAD GRUPOS (3)	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
De 15 a 42	213	27,4	27,4
De 43 a 69	211	27,2	54,6
De 70 a 97	353	45,4	100
TOTAL	777	100	100

- El grupo de edad de mayor de 70 años representa el 45% del total de la muestra.

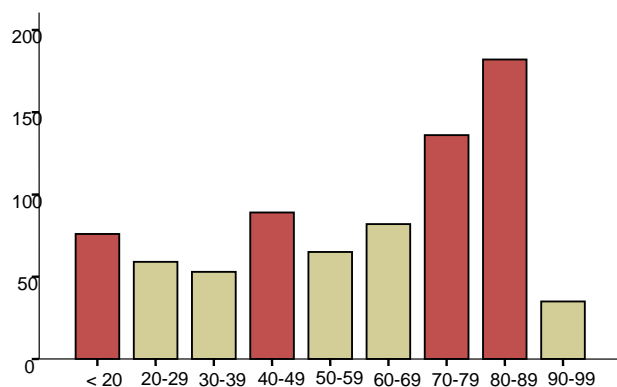
• **TABLA 5. EDAD AGRUPADA (POR DECADAS)**

EDAD GRUPOS(10)	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
< 20	76	9,8	9,8
20-29	59	7,6	17,4
30-39	53	6,8	24,2
40-49	89	11,5	35,6
50-59	65	8,4	44,0
60-69	82	10,6	54,6
70-79	136	17,5	72,1
80-89	182	23,4	95,5
90-99	35	4,5	100
Total	777	100	

• **GRÁFICO 1. EDAD AGRUPADA**



• **GRÁFICO 2. EDAD AGRUPADA POR DECADAS**



- Se observan tres picos de edad, uno mayoritario de entre 70 y 89 años, otro en el grupo de edad de 40 a 50 años y otro entre los menores de 20 años.

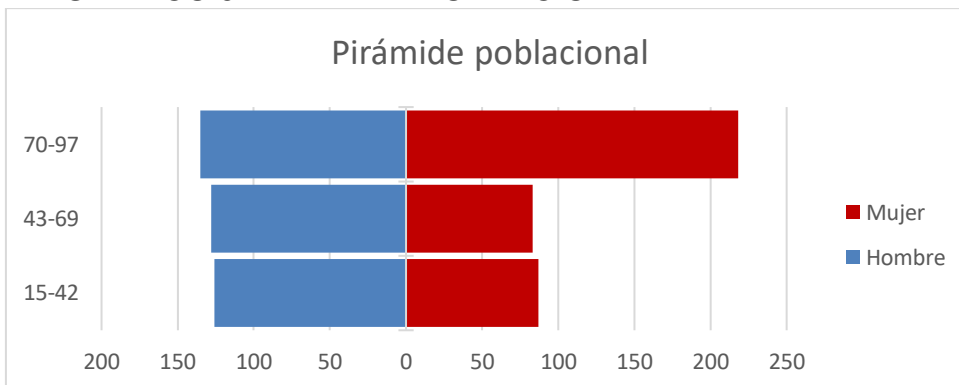
• **TABLA 6. SEXO DE LAS PERSONAS EVALUADAS Y EDAD EN 3 GRUPOS. $p^{**}=0.00$**

SEXO		EDAD 3 GRUPOS			TOTAL
		De 15 a 42	De 43 a 69	De 70 a 97	
HOMBRE	Recuento	126	128	135	389

	% del total	(32,4%) 16,2%	(32,9%) 16,5%	(34,7%) 17,4%	(100%) 50,1%
MUJER	Recuento	87 (22,4%)	83 (21,4%)	218 (56,2%)	388 (100%)
	% del total	11,2%	10,7%	28,1%	49,9%
Total	Recuento	213 (27,4%)	211 (27,2%)	353 (45,4%)	777 (100%)
	% de EDAD 3 G	100%	100%	100%	100%

- El sexo hombre permanece prácticamente invariable en los tres grupos de edad establecida, en cambio en el sexo mujer, el grupo de edad de mayor de 70 años casi triplica a los otros dos grupos de edad. En los grupos de 15 a 42 y de 43 a 69 la proporción HOMBRE/MUJER es 6/4 y por encima de 70 años es 4/6.

• **GRÁFICO 3. PIRAMIDE POBLACIONAL**



RESULTADOS: Causas Médicas

• **TABLA 7. DIAGNOSTICO 1º (MANIFESTACIÓN SINDRÓMICA). CIE 10 ES. LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES Y LESIONES**

LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES Y LESIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO	371	47,7	47,7
ENFERMEDADES DEL	397	51,1	98,8

SISTEMA NERVIOSO			
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	1	0,1	99,0
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO	8	1,0	100
Total	777	100	

- Existen dos grandes grupos de enfermedades (como manifestación clínica) que abarcan el 98% de los primeros diagnósticos, son las enfermedades mentales y las enfermedades del sistema nervioso.

• **TABLA 8. PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS**

• **Trastornos neurocognitivos**

290/294 (G31.8-9) Trastornos neurocognitivos

• **Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)**

Especificar la gravedad actual:

317 (F70). Leve

318.0 (F71). Moderado

318.1 (F72). Grave

318.2 (F73). Profundo

319 (F79). Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada

• **Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**

295.90 (F20.9). Esquizofrenia

• **Trastornos de la personalidad**

301.0-22(F60-60.1) Trastornos de la personalidad

• **Trastorno del espectro del autismo**

299.00 (F84.0). Trastorno del espectro del autismo

• **Trastorno delirante**

297.1 (F22) Trastorno delirante

• **Trastorno bipolar y trastornos relacionados**

296.4-5-7-8 Trastorno bipolar

• **Trastorno de síntomas somáticos**

300.82 (F45.1) Trastorno de síntomas somáticos

• **Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral**

294.11 (F02.81) trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento.

• **TABLA 9. FRECUENCIA DE DIAGNOSTICO 1º (MANIFESTACION SINDRÓMICA)**

<ul style="list-style-type: none"> • DSM (CIE-10 ES) • DIAGNOSTICO 1º 	FRECUENCIA	PORCENTAJE		PORCENTAJE ACUMULADO
TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS				51,0
290/294 (G31.8-9) Trastornos Neurocognitivos	396	51,0	51,0	
DISCAPACIDAD INTELECTUAL				77,5
318.0 (F71) D.I. Moderado	64	8,2	8,2	
317 (F70) D.I. Leve	48	6,2	14,4	
319 (F79) D. I no especificada	46	5,9	20,3	
318.1 (F72) D.I. Grave	41	5,3	25,6	
318.2 (F73) D.I. Profundo	7	0,9	26,5	
ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS				88,2

295.90 (F20.9) Esquizofrenia	83	10,7	10,7	
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD			3,0	91,2
301.0-22(F60-60.1) Trastornos de la personalidad	23	3,0	3,0	
TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO				94,2
299.00 (F84.0) Trastorno del espectro del autismo	23	3,0	3,0	
TRASTORNO DELIRANTE				96,1
297.1 (F22) Trastorno delirante	15	1,9	1,9	
TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNOS RELACIONADOS				97,8
F31: T. Bipolar	13	1,7		
TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS				99,1
300.82 (F45.1) Trastorno De Síntomas Somáticos	10	1,3	1,3	
TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O LEVE DEBIDO A UN TRAUMATISMO CEREBRAL				100
294.11 (F02.81) Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento.	8	1,0	1,0	
TOTAL	777	100,0		

- Algo más de la mitad de los primeros diagnósticos consiste en trastorno neurocognitivo; la segunda enfermedad en prevalencia son las Discapacidades Intelectuales que suman un 26,5%.

• TABLA 10. DIAGNOSTICO 2º. DIAGNOSTICO PRINCIPAL. CIE 10 ES. LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES Y LESIONES

2º DIAGNOSTICO (CIE 10 ES)	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO	233	30,0	39,6
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	251	32,3	82,2
ENFERMEDADES DEL OJO Y OIDO	9	1,2	83,7

SUS ANEXOS			
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	14	1,8	86,1
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	37	4,8	92,4
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	28	3,6	97,1
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO	2	0,3	97,5
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	15	1,9	100,0
TOTAL	589	75,8	
NO FIGURA	188	24,2	
TOTAL	777	100,0	

- Las enfermedades mentales y neurológicas son las que más aparecen también en el segundo diagnóstico.

• **TABLA 11. DIAGNÓSTICO 2º. CAUSAS**

DIAGNÓSTICOS 2º. CAUSAS (CIE 10 ES)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
G30: Alzheimer	191	24,6%	24,6%
F03: Demencia senil/no especificada	89	11,5%	36,1%
684: Encefalopatía anóxica	37	4,8%	40,9%
101: Demencia Vascular	32	4,1%	45,0%
110: Consumo de alcohol	28	3,6%	48,6%
790: S. Down	21	2,7%	51,3%
120: Esquizofrenia	20	2,6%	53,9%
119: Consumo drogas psicoactivas/alcohol	19	2,4%	56,3%
198: T. Conducta	19	2,4%	58,7%

Estudio sobre el Régimen de la Modificación de la Capacidad de Obrar en el Partido Judicial de Murcia. (2012-2015)

906: TCE	15	1,9%	60,6%
469: Secuelas ACV	14	1,8%	62,4%
G93: Otros T. cerebro/Encefalopatía	12	1,5%	63,9%
F84: T. Generalizado del desarrollo	11	1,4%	65,3%
G80: Parálisis cerebral	11	1,4%	66,7%
F60: T. Personalidad	10	1,3%	68,0%
G40: Epilepsia	10	1,3%	69,3%
F22: T. Delirantes	8	1,0%	70,3%
G20: Parkinson	6	0,8%	71,1%
390: T. Oído	6	0,8%	71,9%
799: Otras alt. cromosómicas no Down	5	0,6%	72,5%
F29: Psicosis no especificada	3	0,4%	72,9%
F31: T. Bipolar	3	0,4%	73,3%
142: TOC	3	0,4%	73,7%
F45: T. Somatomorfo	3	0,4%	74,1%
354: Ceguera	3	0,4%	74,5%
F90: T. déficit de atención	2	0,3%	74,8%
787: Malformaciones congénitas	2	0,3%	75,1%
847: Afasia	2	0,3%	75,4%
F32: T. Depresivo	1	0,1%	75,5%
141: Otros T. Ansiedad	1	0,1%	75,6%
G04: Meningitis/Encefalitis	1	0,1%	75,7%
G122: ELA	1	0,1%	75,8%
No consta	188	24,2%	100%
Total	777	100%	

- El segundo diagnóstico más frecuente es el Alzheimer (24,6%).

• **TABLA 12. DIAGNOSTICO 1º. MANIFESTACIONES SINDRÓMICAS Y PRINCIPALES DIAGNOSTICOS 2º. P**=0,000**

CUADRO CLÍNICO				
MANIFESTACIÓN SINDRÓMICA	1º DIAGNÓSTICO MAS FRECUENTE	2º DIAGNÓSTICO MAS FRECUENTE	3º DIAGNOSTICO MAS FECUENTE	NO CONSTA
T. NEUROCOGNITIVO DSM V- 290/4 51%	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER 48,2%	DEMENCIA SENIL 22,5%	DEMENCIA VASCULAR 8,1%	6,1%
ESQUIZOFRENIA DSM V-295.90 10,7%	CONSUMO ALCOHOL 10,8%	CONSUMO SUST PSICOACTIVAS 9,6%	TRASTORNO PERSONALIDAD 2,4%	34%
DI MODERADO DSM V-318.0 8,2%	TRASTORNOS CONDUCTA 14,1 %	ENCEFALOPATÍA ANÓXICA 10,9%	SÍNDROME DE DOWN 12,5%	42,2%
DI LEVE DSM V-317 6,2%	TRASTORNO DE LA CONDUCTA 14,6%	ESQUIZOFRENIA 12,5%	ENCEFALOPATÍA ANÓXICA 8,3%	22,9%
DI NO ESPECIFICADA DSM V-319 5,9%	ENCEFALOPATÍA ANÓXICA 23,9%	SÍNDROME DE DOWN 15,2%	ESQUIZOFRENIA 13%	21,7%
DI GRAVE DSM V-318.1 5,3%	ENCEFALOPATÍA ANÓXICA 12,2%	SÍNDROME DE DOWN 9,8%	TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO 9,8%	34,1%
T. DEL ESPECTRO DEL AUTISMO DSM V- 299.0 3%	ENCEFALOPATÍA ANÓXICA 21,7%	PARÁLISIS CEREBRAL 8,7%	EPILEPSIA 8,7%	47,8%
TRASTORNO PERSONALIDAD DSM V-301.0-22 3%	CONSUMO DE SUSTANCIAS 13% ALCOHOL 13%	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO 8,7%	DELIRANTES 4,3%	43,5%
TRASTORNO DELIRANTE DSM V-297.1 1,9%	CONSUMO SUSTANCIAS PSIC 20%	TRASTORNO PERSONALIDAD 20%	PSICOSIS NO ESPECIFICADA 13,3%	46,7%
TRASTORNO BIPOLAR DSM V-296.4-5-7-8 1,7%	TRASTORNO PERSONALIDAD 15,4%	CONSUMO DE SUSTANCIAS 7,7 % CONSUMO ALCOHOL 7,7%	TRASTORNOS DELIRANTES 7,7%	61,5%
T. DE SINTOMAS SOMÁTICOS DSM V- 300.82 1,3%	CEGUERA 10%	SECUELA ACV 10%	AFASIA 10%	70,0%
T. N. MAYOR DEBIDO A TRAUMATISMO CEREBRAL DSM V- 294.11 1%	ACV 25 %	PARÁLISIS CEREBRAL 12,5 %	EPILEPSIA 12,5 % ENCEFALOPATÍA ANÓXICA 12,5 %	37,5%
D.I PROFUNDO DSM V-318.2 0,9%	ENCEFALOPATÍA ANÓXICA 57,1%	SÍNDROME DE DOWN 14,3 % MALFORMACIONES CONGÉNITAS 14,3%	EPILEPSIA 14,3%	0%

• TABLA 12. SEXO Y DIAGNÓSTICO 1º (MANIFESTACIÓN SINDRÓMICA). P**=<0,000

Diagnostico 1º												
SEXO	ESQUIZOFRENIA DSM V- 295.90	TRASTORNO BIPOLAR DSM V- 296.4- 5-7-8	T. DE SINTOMAS SOMÁTICOS DSM V- 300.82	TRASTORNO PERSONALIDAD DSM V- 301.0- 22	DI LEVE DSM V- 317	DI MODERADO DSM V- 318.0	DI GRAVE DSM V- 318.1	D.I PROFUNDO DSM V- 318.2	DI NO ESPECIFICADA DSM V- 319	T. DEL ESPECTRO DEL AUTISMO DSM V- 299.0	T. NEUROCOGNITIVO DSM V- 290/ 4	Total
HOMBRE	46	3	3	13	25	39	29	5	21	20	173	389
	11,8%	0,8%	0,8%	3,3%	6,4%	10%	7,5%	1,3%	5,4%	5,1%	44,5%	100%
	5,9%	0,4%	0,4%	1,7%	3,2%	5,0%	3,7%	0,6%	2,7%	2,6%	22,3%	50,1%
MUJER	37	10	7	10	23	25	12	2	25	3	223	388
	9,5%	2,6%	1,8%	2,6%	5,9%	6,4%	3,1%	0,5%	6,4%	0,8%	57,5%	100%
	4,8%	1,3%	0,9%	1,3%	3,0%	3,2%	1,5%	0,3%	3,2%	0,4%	28,7%	49,9%
Total	83	13	10	23	48	64	41	7	46	23	396	777
	10%	1,7%	1,3%	3,0%	6,2%	8,2%	5,3%	0,9%	5,9%	3,0%	51,0%	100%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- El hombre presenta como primer diagnóstico esquizofrenia y retraso mental en todos sus grados mientras que la mujer presenta más trastornos generalizados del desarrollo y deterioro cognitivo siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

• **TABLA 13. EDAD 3 GRUPOS Y 1º DIAGNÓSTICO. P**=<0,000**

		DIAG. 1 CIE 10 MC													
EDAD 3 GRUPOS		ESQUIZO FRENIA DSM V-295.90	TRASTORNO BIPOLAR DSM V-296.4-5-7-8	T. DE SINTOMAS SOMÁTICOS DSM V-300.82	TRASTORNO PERSONALIDAD DSM V-301.0-22	DI LEVE DSM V-317	DI MODERADO DSM V-318.0	DI GRAVE DSM V-318.1	D.I PROFUNDO DSM V-318.2	DI NO ESPECÍFICA DSM V-319	T. DEL ESPECTRO DEL AUTISMO DSM V-299.0	TRASTORNO DELIRANTE DSM V-297.1	T. N. MAYOR DEBIDO A TRAUMATISMO CEREBRAL DSM V-294.11	T. NEUROCOGNITIVO DSM V-290/4	Tota l
		De 15 a 42		23	6	0	1	9	40	42	28	5	28	18	0
		10,8%	2,8%	0,0%	0,5%	4,2%	18,8%	19,7%	13,1%	2,3%	13,1%	8,5%	0,0%	6,1%	100%
		3,0%	0,8%	0,0%	0,1%	1,2%	5,1%	5,4%	3,6%	0,6%	3,6%	2,3%	0,0%	1,7%	27,4%
De 43 a 69		56	6	11	3	8	7	19	12	2	13	4	5	65	211
		26,5%	2,8%	5,2%	1,4%	3,8%	3,3%	9,0%	5,7%	0,9%	6,2%	1,9%	2,4%	30,8%	100%
		7,2%	0,8%	1,4%	0,4%	1,0%	0,9%	2,4%	1,5%	0,3%	1,7%	0,5%	0,6%	8,4%	27,2%
De 70 a 97		4	3	2	6	6	1	3	1	0	5	1	3	318	353
		1,1%	0,8%	,6%	1,7%	1,7%	,3%	0,8%	0,3%	0,0%	1,4%	0,3%	,8%	90,1%	100%
		0,5%	0,4%	0,3%	0,8%	0,8%	0,1%	0,4%	0,1%	0,0%	0,6%	,1%	,4%	40,9%	45,4%
Total		83	15	13	10	23	48	64	41	7	46	23	8	396	777
		10,7%	1,9%	1,7%	1,3%	3,0%	6,2%	8,2%	5,3%	0,9%	5,9%	3,0%	1,0%	51,0%	100%
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- El grupo de menor edad presenta mayores porcentajes de retraso mental en todos sus grados (predomina el leve y moderado) y un 10% de esquizofrenia. En el grupo de 43 a 69, casi el 60% presenta esquizofrenia y deterioro cognitivo. El 90% de los más de 70 años presenta deterioro cognitivo.

• TABLA 14. PRESENTA PROBLEMA FÍSICOS LAS PERSONAS EVALUADAS

PRESENTA PROBLEMA FÍSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	538	69,2	69,2
NO	117	15,1	84,3
NO CONSTA	122	15,7	100
Total	777	100,0	

- Casi un 70% de sufren problemas físicos.

• TABLA 15. EDAD 3 GRUPOS Y PRESENTA PROBLEMA FÍSICO. P=0,000**

EDAD 3 GRUPOS		PROBLEMA FISICO			Total
		SI	NO	NO CONSTA	
De 15 a 42	Recuento	112	64	37	213
	% de EDAD 3 GRUPOS	52,6%	30,0%	17,4%	100%
	% del total	14,4%	8,2%	4,8%	27,4%
De 43 a 69	Recuento	126	44	41	211
	% de EDAD 3 GRUPOS	59,7%	20,9%	19,4%	100%
	% del total	16,2%	5,7%	5,3%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	300	9	44	353
	% de EDAD 3 GRUPOS	85,0%	2,5%	12,5%	100%
	% del total	38,6%	1,2%	5,7%	45,4%
Total	Recuento	538	117	122	777
	% de EDAD 3 GRUPO	69,2%	15,1%	15,7%	100%
	% de PROBLEMA FISICO	100%	100%	100%	100%

- En los dos grupos de edad de menos de 70 años, más del 50% tienen problemas físicos unidos a los intelectuales. Este porcentaje sube al 85% en los mayores de 70 años.

RESULTADOS DE CONTEXTO DE LA PERSONA EVALUADA

• **TABLA 16. ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS EVALUADAS**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SOLTERO/A	295	38,0	38,0
CASADO/A	107	13,8	51,7
DIVORCIADO/A, SEPARADO/A	47	6,0	57,8
VIUDO/A	95	12,2	70,0
NO CONSTA	233	30,0	100
Total	777	100	

- En la muestra estudiada prevalecen claramente los solteros, con un porcentaje del 38%.

• **TABLA 17. LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS PERSONAS EVALUADAS**

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
INSTITUCION	138	17,8	17,8
SOLO EN DOMICILIO	53	6,8	24,6
EN DOMICILIO CON CONYUGE	76	9,8	34,4
EN DOMICILIO CON HIJOS	34	4,4	38,7
EN DOMICILIO CON PADRES	180	23,2	61,9
OTROS	82	10,6	72,5
NO CONSTA	214	27,5	100
Total	777	100	

- El lugar de residencia más frecuente es el del domicilio con los padres seguido del de institución.

• **TABLA 18. LUGAR DE RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS EVALUADAS**

LUGAR DE RECONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
EN CONSULTA	503	64,7	64,7
OTRO LUGAR	144	18,5	83,3
NO CONSTA	130	16,7	100
Total	777	100	

• **TABLA 19. PERSONA QUE INICIA EL PROCESO DE LAS PERSONAS EVALUADAS**

PERSONA QUE INICIA PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
INSTITUCION O MINISTERIO FISCAL	146	18,8	18,8
FAMILIAR	223	28,7	47,5
NO CONSTA	408	52,5	100
Total	777	100	

- Los procedimientos se inician mayoritariamente por algún familiar frente al Ministerio Fiscal.

• **TABLA 20. TIENEN APOYO FAMILIAR LAS PERSONAS EVALUADAS**

TIENE APOYO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	496	63,8	63,9
NO	56	7,1	71,0
NO CONSTA	225	29,0	100
Total	777	100	

- El dato del apoyo familiar no se recoge en el 29% de los informes.

• **TABLA 21. PRECISA AYUDA PARA ABVD LAS PERSONAS EVALUADAS**

PRECISA AYUDA PARA AVD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	538	69,2	63,9
NO	155	19,9	71,0
NO CONSTA	84	10,8	100
Total	777	100	

- El 70% necesita ayuda para realizar tareas de la vida diaria.

• **TABLA 22. TOMA TRATAMIENTO HABITUAL**

TOMA TRATAMIENTO HABITUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	466	60,0	60,0
NO	64	8,2	68,2
NO CONSTA	247	31,8	100
Total	777	100	

• **TABLA 23. CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	88	11,3	11,3
NO	689	88,7	100
Total	777	100	

- Un 11,3% consume sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

TABLAS DE CONTINGENCIA

• **TABLA 24. SEXO Y ESTADO CIVIL. P**=0,00**

	ESTADO CIVIL					TOTAL
	SOLTERO/A	CASADO/A	DIVORCIADO/A, SEPARADO/A	VIUDO/A	NO CONSTA	

SEXO							
HOMBRE	Recuento	171 (44,0%)	69 (17,7%)	19 (4,9%)	20 (5,1%)	110 (28,3%)	389 (100%)
	% del total	22,0%	8,9%	2,4%	2,6%	14,2%	50,1%
MUJER	Recuento	124 (32,0%)	38 (9,8%)	28 (7,2%)	75 (19,3%)	123 (31,7%)	388 (100%)
	% del total	16,0%	4,9%	3,6%	9,7%	15,8%	49,9%
Total	Recuento	295 (38,0%)	107 (13,8%)	47 (6,0%)	95 (12,2%)	233 (30,0%)	777 (100%)

- Tanto en hombres como en mujeres el estado civil predominante es el de soltero/a, si bien este porcentaje es mayor en el hombre a expensas del estado viuda de la mujer, que cuadruplica el del hombre.

TABLA 25. SEXO Y LUGAR DE RESIDENCIA. P=0,00**

		LUGAR RESIDENCIA							
SEXO		INSTITUCION	SOLO EN DOMICILIO	EN DOMICILIO CON CONYUGUE	EN DOMICILIO CON HIJOS	EN DOMICILIO CON PADRES	OTROS	NO CONSTA	TOTAL
HOMBRE	Recuento	56	21	50	11	114	31	106	389
	% de SEXO	14,4%	5,4%	12,9%	2,8%	29,3%	8,0%	27,2%	100%
	% del total	7,2%	2,7%	6,4%	1,4%	14,7%	4,0%	13,6%	50,1%
MUJER	Recuento	82	32	26	23	66	51	108	388
	% de SEXO	21,1%	8,2%	6,7%	5,9%	17,0%	13,1%	27,8%	100%
	% del total	10,6%	4,1%	3,3%	3,0%	8,5%	6,6%	13,9%	49,9%
Total	Recuento	138	53	76	34	180	82	214	777
	% de SEXO	17,8%	6,8%	9,8%	4,4%	23,2%	10,6%	27,5%	100%
	% de LUGAR RESIDENCIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- La mujer vive más en institución (21,1%) y sola en domicilio (8,2%) y el hombre más en domicilio con padres (29,3%) y en domicilio con cónyuge (12,5%).

• **TABLA 26. SEXO Y TIENE APOYO FAMILIAR. P**=0,189**

SEXO		APOYO FAMILIAR			
		SI	NO	NO CONSTA	Total
HOMBRE	Recuento	260	24	104	388
	% de SEXO	67,0%	6,2%	26,8%	100%
	% del total	33,5%	3,1%	13,4%	50,0%
MUJER	Recuento	236	31	121	388
	% de SEXO	60,8%	8,0%	31,2%	100%
	% del total	30,4%	4,0%	15,6%	50,0%
Total	Recuento	496	55	225	776
	% de SEXO	63,9%	7,1%	29,0%	100%
	% de APOYO FAMILIAR	100%	100%	100%	100%

• **TABLA 27. SEXO Y PRECISA AYUDA ACTIVIDADES VIDA DIARIA. P**=0,150**

SEXO		AYUDA AVD			Total
		SI	NO	NO CONSTA	
HOMBRE	Recuento	258	88	42	388
	% de SEXO	66,5%	22,7%	10,8%	100%
	% del total	33,3%	11,4%	5,4%	50,1%
MUJER	Recuento	280	67	40	387
	% de SEXO	72,4%	17,3%	10,3%	100%
	% del total	36,1%	8,6%	5,2%	49,9%

Total	Recuento	538	155	82	775
	% de SEXO	69,4%	20,0%	10,6%	100%
	% de AYUDA AVD	100%	100%	100%	100%

• **TABLA 28. SEXO Y TOMA TRATAMIENTO HABITUAL. P**=0,845**

SEXO		TRAT. HABITUAL			Total
		SI	NO	NO CONSTA	
HOMBRE	Recuento	236	33	120	389
	% de SEXO	60,7%	8,5%	30,8%	100%
	% del total	30,4%	4,2%	15,4%	50,1%
MUJER	Recuento	230	31	127	388
	% de SEXO	59,3%	8,0%	32,7%	100%
	% del total	29,6%	4,0%	16,3%	49,9%
Total	Recuento	466	64	247	777
	% de SEXO	60,0%	8,2%	31,8%	100%
	% de TRAT. HABITUAL	100%	100%	100%	100%

- No existen diferencias significativas por sexo en las variables tiene apoyo familiar, precisa ayuda AVD y tiene tratamiento habitual.

• **TABLA 29. SEXO Y CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. P**=0,000**

SEXO		CONSUMO SUST. PSICOACTIVAS		Total
		SI	NO	
HOMBRE	Recuento	67	322	389
	% de SEXO	17,2%	82,8%	100%
	% del total	8,6%	41,4%	50,1%
MUJER	Recuento	21	367	388
	% de SEXO	5,4%	94,6%	100%

	% del total	2,7%	47,2%	49,9%
Total	Recuento	88	689	777
	% de SEXO	11,3%	88,7%	100%
	% de CONSUMO SUST. PSICOACTIVAS	100%	100%	100%

- El porcentaje de hombres que consumen sustancias psicoactivas es considerablemente mayor que el de las mujeres, que lo triplica.

• **TABLA 30. EDAD 3 GRUPOS Y ESTADO CIVIL. P**=0,000**

EDAD 3 GRUPOS		ESTADO CIVIL					Total
		SOLTERO /A	CASADO/A	DIVORCIADO/A, SEPARADO/A	VIUDO/A	NO CONSTA	SOLTERO /A
De 15 a 42	Recuento	195	2	5	0	11	213
	% de EDAD RANGO	91,5%	0,9%	2,3%	0,0%	5,2%	100%
	% del total	25	0,3%	0,6%	0,0%	1,4%	27,4%
De 43 a 69	Recuento	77	29	27	7	71	211
	% de EDAD RANGO	36,5%	13,7%	12,8%	3,3%	33,6%	100%
	% del total	9,9%	3,7%	3,5%	0,9%	9,1%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	23	76	15	88	151	353
	% de EDAD RANGO	6,5%	21,5%	4,2%	24,9%	42,8%	100%
	% del total	3,0%	9,8%	1,9%	11,3%	19,4%	45,4%
Total	Recuento	295	107	47	95	233	777
	% de EDAD RANGO	38,0%	13,8%	6,0%	12,2%	30,0%	100%
	% de ESTADO CIVIL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- El 91,5% de los menores de 45 años son solteros, el 36,5% de los de 43 a 69 años y un 6,5% de los mayores de 70 años. En cambio, los viudos son

en 25% y los casados un 20% de los mayores de 70 años. El grupo de 43 a 65 años tiene un 36% de solteros y un 13,7 y 12,8 de casados y separados respectivamente. Con una P estadísticamente significativa.

• **TABLA 31. EDAD 3 GRUPOS Y LUGAR DE RESIDENCIA. P**=0,000**

EDAD 3 GRUPOS		LUGAR RESIDENCIA							Total
		INSTITUCION	SOLO EN DOMICILIO	EN DOMICILIO CON CONYUGE	EN DOMICILIO CON HIJOS	EN DOMICILIO CON PADRES	OTROS	NO CONSTA	
De 15 a 42	Recuento	23	5	2	0	149	19	15	213
	% de EDAD 3 GRUPOS	10,8%	2,3%	0,9%	0,0%	70,0%	8,9%	7,0%	100%
	% del total	3,0%	0,6%	0,3%	0,0%	19,2%	2,4%	1,9%	27,4%
De 43 a 69	Recuento	34	25	24	5	31	29	63	211
	% de EDAD 3 GRUPOS	16,1%	11,8%	11,4%	2,4%	14,7%	13,7%	29,9%	100%
	% del total	4,4%	3,2%	3,1%	,6%	4,0%	3,7%	8,1%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	81	23	50	29	0	34	136	353
	% de EDAD RANGO	22,9%	6,5%	14,2%	8,2%	0,0%	9,6%	38,5%	100%
	% del total	10,4%	3,0%	6,4%	3,7%	0,0%	4,4%	17,5%	45,4%
Total	Recuento	138	53	76	34	180	82	214	777
	% de EDAD 3 GRUPOS	17,8%	6,8%	9,8%	4,4%	23,2%	10,6%	27,5%	100%
	% de LUGAR RESIDENCIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Los menores de 42 años viven principalmente con sus padres en un 70% y en un 10% en instituciones. En los mayores principalmente en instituciones y/o con su cónyuge y otros. Sorprende el elevado no consta la constatación de esta variable 27%. Es estadísticamente significativo.

• **TABLA 33. EDAD 3 GRUPOS Y TIENE APOYO FAMILIAR. P**=0,000**

EDAD 3 GRUPOS		APOYO FAMILIAR			Total
		SI	NO	NO CONSTA	
De 15 a 42	Recuento	162	16	34	212
	% de EDAD 3 GRUPOS	76,4%	7,5%	16,0%	100%
	% del total	20,9%	2,1%	4,4%	27,3%
De 43 a 69	Recuento	130	21	60	211
	% de EDAD 3 GRUPOS	61,6%	10,0%	28,4%	100%
	% del total	16,8%	2,7%	7,7%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	204	18	131	353
	% de EDAD 3 GRUPOS	57,8%	5,1%	37,1%	100,0%
	% del total	26,3%	2,3%	16,9%	45,5%
Total	Recuento	497	55	225	777
	% de EDAD 3 GRUPOS	63,9%	7,1%	29,0%	100%
	% de APOYO FAMILIAR	100%	100%	100%	100%

- El 63% de todos los valorados presenta apoyo familiar (en un 29% no consta), un 7% no tiene apoyo. Este apoyo es mayor a medida que el evaluado tiene menor edad (según consta en el informe).

• **TABLA 34. EDAD 3 GRUPOS Y PRECISA AYUDA PARA ACTIVIDADES VIDA DIARIA. P**=0,000**

EDAD 3 GRUPOS		AYUDA AVD			Total
		SI	NO	NO CONSTA	
De 15 a 42	Recuento	126	65	22	213
	% de EDAD 3 GRUPOS	59,2%	30,5%	10,3%	100%
	% del total	16,3%	8,4%	2,8%	27,5%
De 43 a 69	Recuento	110	71	30	211
	% de EDAD 3 GRUPOS	52,1%	33,6%	14,2%	100%

	% del total	14,2%	9,2%	3,9%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	302	19	30	351
	% de EDAD 3 GRUPOS	86,0%	5,4%	8,5%	100%
	% del total	39,0%	2,5%	3,9%	45,3%
Total	Recuento	538	155	82	777
	% de EDAD 3 GRUPOS	69,4%	20,0%	10,6%	100%
	% de AYUDA AVD	100%	100%	100%	100%

- Un 69,4% de las personas evaluadas precisar ayuda para las actividades de la vida diaria. El porcentaje mayor es en los mayores de 70 años con un 86%, seguido de un 59,2% en los menores de 42 y un 52,1% en el grupo de 43 a 69 años.

- **TABLA 35. EDAD 3 GRUPOS Y LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL.**
P**=0,000

EDAD 3 GRUPOS		TRAT. HABITUAL			Total
		SI	NO	NO CONSTA	
De 15 a 42	Recuento	100	36	77	213
	% de EDAD 3 GRUPOS	46,9%	16,9%	36,2%	100%
	% del total	12,9%	4,6%	9,9%	27,4%
De 43 a 69	Recuento	128	11	72	211
	% de EDAD RANGO	60,7%	5,2%	34,1%	100%
	% del total	16,5%	1,4%	9,3%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	238	17	98	353
	% de EDAD 3 GRUPOS	67,4%	4,8%	27,8%	100%
	% del total	30,6%	2,2%	12,6%	45,4%
Total	Recuento	466	64	247	777
	% de EDAD 3 GRUPOS	60,0%	8,2%	31,8%	100%
	% de TRAT. HABITUAL	100%	100%	100%	100%

- Un 60% de los evaluados toma tratamiento habitual, en un 31% no consta y un 8% no toma ningún tratamiento. El grupo que toma tratamiento aumenta significativamente con la edad.

• **TABLA 36. EDAD 3 GRUPOS Y CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. P**=0,000**

EDAD 3 GRUPOS		CONSUMO SUST. PSICOACTIVAS		
		SI	NO	Total
De 15 a 42	Recuento	25	188	213
	% de EDAD 3 GRUPOS	11,7%	88,3%	100%
	% del total	3,2%	24,2%	27,4%
De 43 a 69	Recuento	43	168	211
	% de EDAD 3 GRUPOS	20,4%	79,6%	100%
	% del total	5,5%	21,6%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	20	333	353
	% de EDAD 3 GRUPOS	5,7%	94,3%	100%
	% del total	2,6%	42,9%	45,4%
Total	Recuento	88	689	777
	% de EDAD 3 GRUPOS	11,3%	88,7%	100%
	% de CONSUMO SUST. PSICOACTIVAS	100%	100%	100%

- Un 11,3% de las personas evaluadas toma sustancias psicoactivas. Este porcentaje es muy superior en el grupo de edad de 43 a 69 años con un 20%, frente a un 12% de los menores de 42 y un 3% de los mayores de 70.

• **TABLA 37. ESTADO CIVIL Y LUGAR DE RESIDENCIA. P**=<0,000**

ESTADO CIVIL		LUGAR RESIDENCIA						Total	
		INSTITUCION	SOLO EN DOMICILIO	EN DOMICILIO CON CONYUGE	EN DOMICILIO CON HIJOS	EN DOMICILIO CON PADRES	OTROS		NO CONSUTA
SOLTERO /A	Recuento	42	19	0	2	172	42	18	295

	% de ESTADO CIVIL	14,2%	6,4%	0,0%	0,7%	58,3%	14,2%	6,1%	100%
	% del total	5,4%	2,4%	0,0%	0,3%	22,1%	5,4%	2,3%	38,0%
CASADO/A	Recuento	16	2	76	4	0	0	9	107
	% de ESTADO CIVIL	15,0%	1,9%	71,0%	3,7%	0,0%	0,0%	8,4%	100%
	% del total	2,1%	0,3%	9,8%	0,5%	0,0%	,0%	1,2%	13,8%
DIVORCIA DO/A, SEPARADO/A	Recuento	12	5	0	7	6	11	6	47
	% de ESTADO CIVIL	25,5%	10,6%	0,0%	14,9%	12,8%	23,4%	12,8%	100%
	% del total	1,5%	0,6%	0,0%	0,9%	0,8%	1,4%	0,8%	6,0%
VIUDO/A	Recuento	24	21	0	19	0	13	18	95
	% de ESTADO CIVIL	25,3%	22,1%	0,0%	20,0%	0,0%	13,7%	18,9%	100%
	% del total	3,1%	2,7%	0,0%	2,4%	0,0%	1,7%	2,3%	12,2%
NO CONSTA	Recuento	44	6	0	2	2	16	163	233
	% de ESTADO CIVIL	18,9%	2,6%	0,0%	00,9%	0,9%	6,9%	70,0%	100%
	% del total	5,7%	0,8%	0,0%	0,3%	0,3%	2,1%	21,0%	30,0%
Total	Recuento	138	53	76	34	180	82	214	777
	% de ESTADO CIVIL	17,8%	6,8%	9,8%	4,4%	23,2%	10,6%	27,5%	100%
	% de LUGAR RESIDENCIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- En un 30% no consta el estado civil, y en un 21% no consta ni el estado civil ni el lugar de residencia. Los solteros viven principalmente en domicilio con los padres y en segundo lugar en una institución. Los divorciados y viudos viven en una institución en un 25% frente a un 15% de casados o solteros.

- **TABLA 38. ESTADO CIVIL Y APOYO FAMILIAR. P**=0,000**

		APOYO FAMILIAR			
ESTADO CIVIL		SI	NO	NO CONSTA	Total
SOLTERO/A	Recuento	229	27	38	294
	% de ESTADO CIVIL	77,9%	9,2%	12,9%	100%
	% del total	29,5%	3,5%	4,9%	37,9%
CASADO/A	Recuento	99	4	4	107
	% de ESTADO CIVIL	92,5%	3,7%	3,7%	100%
	% del total	12,8%	0,5%	0,5%	13,8%
DIVORCIADO/A, SEPARADO/A	Recuento	32	8	7	47
	% de ESTADO CIVIL	68,1%	17,0%	14,9%	100%
	% del total	4,1%	1,0%	0,9%	6,1%
VIUDO/A	Recuento	63	12	20	95
	% de ESTADO CIVIL	66,3%	12,6%	21,1%	100%
	% del total	8,1%	1,5%	2,6%	12,2%
NO CONSTA	Recuento	73	4	156	233
	% de ESTADO CIVIL	31,3%	1,7%	67,0%	100%
	% del total	9,4%	0,5%	20,1%	30,0%
Total	Recuento	496	55	225	776
	% de ESTADO CIVIL	63,9%	7,1%	29,0%	100%
	% de APOYO FAMILIAR	100%	100%	100%	100%

- Los casados son los que más apoyo familiar tienen con un 92,5%. Un 20% no consta ni el estado civil ni el apoyo familiar

- **TABLA 32. EDAD 3 GRUPOS Y QUIEN SOLICITA LA INCAPACITACIÓN. P**=0,002**

		SOLICITANTE			
EDAD 3 GRUPOS		INSTITUCION O MINISTERIO FISCAL	FAMILIAR	NO CONSTA	Total
De 15 a 42	Recuento	43	54	116	213

	% de EDAD 3 GRUPOS	20,2%	25,4%	54,5%	100%
	% del total	5,5%	6,9%	14,9%	27,4%
De 43 a 69	Recuento	27	53	131	211
	% de EDAD 3 GRUPOS	12,8%	25,1%	62,1%	100%
	% del total	3,5%	6,8%	16,9%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	76	116	161	353
	% de EDAD 3 GRUPOS	21,5%	32,9%	45,6%	100%
	% del total	9,8%	14,9%	20,7%	45,4%
Total	Recuento	146	223	408	777
	% de EDAD 3 GRUPOS	18,8%	28,7%	52,5%	100%
	% de SOLICITANTE	100,0%	100,0%	100%	100%

- En el grupo de edad de 43 a 70 y de más de 70 el solicitante familiar duplica al solicitante Ministerio Fiscal.

- **TABLA 39. LUGAR DE RESIDENCIA Y QUIEN REALIZA LA SOLICITUD.**
P**=<0,00

LUGAR RESIDENCIA		DEMANDANTE			
		INSTITUCIÓN O MINISTERIO FISCAL	FAMILIAR	NO CONSTA	Total
INSTITUCION	Recuento	27	41	70	138
	% de LUGAR RESIDENCIA	19,6%	29,7%	50,7%	100%
	% del total	3,5%	5,3%	9,0%	17,8%
SOLO EN DOMICILIO	Recuento	15	7	31	53
	% de LUGAR RESIDENCIA	28,3%	13,2%	58,5%	100%
	% del total	1,9%	0,9%	4,0%	6,8%
EN DOMICILIO CON CONYUGE	Recuento	20	28	28	76
	% de LUGAR RESIDENCIA	26,3%	36,9%	36,8%	100%
	% del total	2,6%	3,6%	3,6%	9,8%
EN DOMICILIO CON HIJOS	Recuento	11	10	13	34
	% de LUGAR RESIDENCIA	32,4%	29,4%	38,2%	100%
	% del total	1,4%	1,3%	1,7%	4,4%
EN DOMICILIO CON PADRES	Recuento	23	55	102	180

	% de LUGAR RESIDENCIA	12,8%	30,6%	56,7%	100%
	% del total	3,0%	7,1%	13,1%	23,2%
OTROS	Recuento	26	18	38	82
	% de LUGAR RESIDENCIA	31,7%	22,0%	46,3%	100%
	% del total	3,3%	2,3%	4,9%	10,6%
NO CONSTA	Recuento	24	64	126	214
	% de LUGAR RESIDENCIA	11,2%	29,9%	58,9%	100%
	% del total	3,1%	8,2%	16,2%	27,5%
Total	Recuento	146	223	408	777
	% de LUGAR RESIDENCIA	18,8%	28,7%	52,5%	100,0%
	% de ORG. SOLICITANTE	100%	100%	100%	100%

- En los casos en que la persona evaluada vive solo en su domicilio el Ministerio Fiscal interpone la demanda en un % que duplica la demanda de los familiares, en cambio, en los casos que la persona evaluada vive en el domicilio con el cónyuge, el porcentaje se invierte.

• **TABLA 40. LUGAR DE RESIDENCIA Y APOYO FAMILIAR. P**=0,000**

LUGAR DE RESIDENCIA		APOYO FAMILIAR			Total
		SI	NO	NO CONSTA	
INSTITUCION	Recuento	54	26	57	137
	% de LUGAR RESIDENCIA	39,4%	19,0%	41,6%	100%
	% del total	7,0%	3,4%	7,3%	17,7%
SOLO EN DOMICILIO	Recuento	36	8	9	53
	% de LUGAR RESIDENCIA	67,9%	15,1%	17,0%	100%
	% del total	4,6%	1,0%	1,2%	6,8%
EN DOMICILIO CON CONYUGE	Recuento	75	0	1	76
	% de LUGAR RESIDENCIA	98,7%	0%	1,3%	100%
	% del total	9,7%	0%	0,1%	9,8%
EN DOMICILIO CON HIJOS	Recuento	33	1	0	34

	% de LUGAR RESIDENCIA	97,1%	2,9%	0%	100%
	% del total	4,3%	0,1%	0%	4,4%
EN DOMICILIO CON PADRES	Recuento	159	4	17	180
	% de LUGAR RESIDENCIA	88,3%	2,2%	9,4%	100%
	% del total	20,5%	0,5%	2,2%	23,2%
OTROS	Recuento	65	10	7	82
	% de LUGAR RESIDENCIA	79,3%	12,2%	8,5%	100%
	% del total	8,4%	1,3%	0,9%	10,6%
NO CONSTA	Recuento	74	6	134	214
	% de LUGAR RESIDENCIA	34,6%	2,8%	62,6%	100%
	% del total	9,5%	0,8%	17,3%	27,6%
Total	Recuento	496	55	225	776
	% de LUGAR RESIDENCIA	63,9%	7,1%	29,0%	100%
	% de 1APOYO FAMILIAR	100%	100%	100%	100%

- El porcentaje mayor de personas que consta no tiene apoyo familiar vive en una institución.

- **TABLA 41. LUGAR DE RESIDENCIA Y PRECISA AYUDA ACTIVIDADES VIDA DIARIA. P**=0,000**

LUGAR RESIDENCIA		AYUDA AVD			Total
		SI	NO	NO CONSTA	
INSTITUCION	Recuento	99	30	8	137
	% de LUGAR RESIDENCIA	72,3%	21,9%	5,8%	100%
	% del total	12,8%	3,9%	1,0%	17,7%

SOLO EN DOMICILIO	Recuento	26	22	5	53
	% de LUGAR RESIDENCIA	49,1%	41,5%	9,4%	100,0%
	% del total	3,4%	2,8%	0,6%	6,8%
EN DOMICILIO CON CONYUGE	Recuento	65	10	1	76
	% de LUGAR RESIDENCIA	85,5%	13,2%	1,3%	100%
	% del total	8,4%	1,3%	0,1%	9,8%
EN DOMICILIO CON HIJOS	Recuento	30	3	1	34
	% de LUGAR RESIDENCIA	88,2%	8,8%	2,9%	100%
	% del total	3,9%	0,4%	0,1%	4,4%
EN DOMICILIO CON PADRES	Recuento	113	53	14	180
	% de LUGAR RESIDENCIA	62,8%	29,4%	7,8%	100%
	% del total	14,6%	6,8%	1,8%	23,2%
OTROS	Recuento	53	25	4	82
	% de LUGAR RESIDENCIA	64,6%	30,5%	4,9%	100%
	% del total	6,8%	3,2%	0,5%	10,6%
NO CONSTA	Recuento	152	12	49	213
	% de LUGAR RESIDENCIA	71,4%	5,6%	23,0%	100%
	% del total	19,6%	1,5%	6,3%	27,5%
Total	Recuento	538	155	82	775
	% de LUGAR RESIDENCIA	69,4%	20,0%	10,6%	100%
	% de AYUDA AVD	100%	100%	100%	100%

- Las personas evaluadas que más necesita apoyo para las actividades de la vida diaria viven en domicilio con su cónyuge y en segundo lugar en una institución.

• **TABLA 42. TIENE APOYO FAMILIAR Y PRECISA AYUDA PARA ACTIVIDADES VIDA DIARIA. P**=0,000**

		AYUDA AVD			
APOYO FAMILIAR		SI	NO	NO CONSTA	Total
SI	Recuento	364	112	20	496
	% de APOYO FAMILIAR	73,4%	22,6%	4,0%	100%
	% del total	47,0%	14,5%	2,6%	64,1%
NO	Recuento	28	23	4	55
	% de APOYO FAMILIAR	50,9%	41,8%	7,3%	100%
	% del total	3,6%	3,0%	0,5%	7,1%
NO CONSTA	Recuento	146	19	58	223
	% de APOYO FAMILIAR	65,5%	8,5%	26,0%	100,0%
	% del total	18,9%	2,5%	7,5%	28,8%
Total	Recuento	538	154	82	774
	% de APOYO FAMILIAR	69,5%	19,9%	10,6%	100%
	% de AYUDA AVD	100%	100%	100%	100%

- Un 70% precisa ayuda para las actividades de la vida diaria y en un 70% de ellos consta apoyo familiar.

• **TABLA 43. TIENE APOYO FAMILIAR Y PRECISA TRATAMIENTO HABITUAL. P**=0,000**

		TRAT. HABITUAL			
APOYO FAMILIAR		SI	NO	NO CONSTA	Total
SI	Recuento	329	40	127	496
	% de APOYO FAMILIAR	66,3%	8,1%	25,6%	100%
	% del total	42,4%	5,2%	16,4%	63,9%
NO	Recuento	36	11	8	55
	% de APOYO	65,5%	20,0%	14,5%	100%

	FAMILIAR				
	% del total	4,6%	1,4%	1,0%	7,1%
NO CONSTA	Recuento	100	13	112	225
	% de APOYO FAMILIAR	44,4%	5,8%	49,8%	100%
	% del total	12,9%	1,7%	14,4%	29,0%
Total	Recuento	465	64	247	776
	% de APOYO FAMILIAR	59,9%	8,2%	31,8%	100%
	% de TRAT. HABITUAL	100%	100%	100%	100%

- Un 66% de los que tienen apoyo familiar toman tratamiento habitual.

- **TABLA 46. TIENE APOYO FAMILIAR Y CONSUMO SUSTANCIAS PSICACTIVAS. P**=0,000**

		CONSUMO SUST. PSICOACTIVAS		
APOYO FAMILIAR		SI	NO	Total
SI	Recuento	50	446	496
	% de APOYO FAMILIAR	10,1%	89,9%	100%
	% del total	6,4%	57,5%	63,9%
NO	Recuento	20	35	55
	% de APOYO FAMILIAR	36,4%	63,6%	100%
	% del total	2,6%	4,5%	7,1%
NO CONSTA	Recuento	17	208	225
	% de APOYO FAMILIAR	7,6%	92,4%	100%
	% del total	2,2%	26,8%	29,0%
Total	Recuento	87	689	776
	% de APOYO FAMILIAR	11,2%	88,8%	100%
	% de CONSUMO SUST.	100%	100%	100%

PSICOACTIVAS			
--------------	--	--	--

- En el caso de los consumidores de sustancias psicoactivas el apoyo familiar es menor.

RESULTADOS DE VALORACIÓN POR OTRAS INSTITUCIONES

- **TABLA 47. VALORACIÓN PREVIA IMAS DE LAS PERSONAS EVALUADAS**

VALORACIÓN PREVIA IMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Sí	282	36,3	36,3
No	495	63,7	100
Total	777	100	

- **TABLA 48. PUNTUACIÓN % IMAS DE LAS PERSONAS EVALUADAS**

PUNTUACION IMAS %	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
33-65%	58	7,5	7,5
66-100%	204	26,3	33,7
NO CONSTA	515	66,3	100
Total	777	100	

- Un alto porcentaje de los afectados que presentan valoración del IMAS, tienen una minusvalía superior al 66%.

- **TABLA 49. EDAD 3 GRUPOS Y VALORACION PREVIA IMAS. P**=0,000**

EDAD 3 GRUPOS		V.PREVIA IMAS		Total
		Sí	No	
De 15 a 42	Recuento	129	84	213

	% de EDAD 3 GRUPOS	60,6%	39,4%	100%
	% del total	16,6%	10,8%	27,4%
De 43 a 69	Recuento	77	134	211
	% de EDAD 3 GRUPOS	36,5%	63,5%	100%
	% del total	9,9%	17,2%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	76	277	353
	% de EDAD 3 GRUPOS	21,5%	78,5%	100,0%
	% del total	9,8%	35,6%	45,4%
Total	Recuento	282	495	777
	% de EDAD 3 GRUPOS	36,3%	63,7%	100%
	% de V. PREVIA IMAS	100%	100%	100%

- El grupo de edad de 15 a 42 años tenía en más de un 60% valoración previa del IMAS, no así los otros grupos de edad con un 36,5% en los de 43 a 69 y un 21% en los mayores de 70.

• **TABLA 50. EDAD 3 GRUPOS Y BAREMO% IMAS. P**=0,000**

		BAREMO %			
EDAD 3 GRUPOS		33-65%	66-100%	NO CONSTA	Total
De 15 a 42	Recuento	36	88	89	213
	% de EDAD 3 GRUPOS	16,9%	41,3%	41,8%	100%
	% del total	4,6%	11,3%	11,5%	27,4%
De 43 a 69	Recuento	10	61	140	211
	% de EDAD 3 GRUPOS	4,7%	28,9%	66,4%	100%
	% del total	1,3%	7,9%	18,0%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	12	55	286	353
	% de EDAD 3 GRUPOS	3,4%	15,6%	81,0%	100%
	% del total	1,5%	7,1%	36,8%	45,4%
Total	Recuento	58	204	515	777
	% de EDAD 3 GRUPOS	7,5%	26,3%	66,3%	100%
	% de BAREMO %	100%	100%	100%	100%

- Siguiendo con la tabla anterior, además de estar más valorados en IMAS los grupos de menor edad, estos presentan en un mayor porcentaje un baremo más alto, > de 66%, un 41% de los evaluados.

• **TABLA 51. LUGAR DE RESIDENCIA Y BAREMO DE CALIFICACIÓN DEL IMAS. P**=0,000**

LUGAR RESIDENCIA		BAREMO %			Total
		33-65%	66-100%	NO CONSTA	
INSTITUCION	Recuento	14	20	104	138
	% de LUGAR RESIDENCIA	10,1%	14,5%	75,4%	100%
	% del total	1,8%	2,6%	13,4%	17,8%
SOLO EN DOMICILIO	Recuento	5	9	39	53
	% de LUGAR RESIDENCIA	9,4%	17,0%	73,6%	100%
	% del total	0,6%	1,2%	5,0%	6,8%
EN DOMICILIO CON CONYUGE	Recuento	1	21	54	76
	% de LUGAR RESIDENCIA	1,3%	27,6%	71,1%	100%
	% del total	0,1%	2,7%	6,9%	9,8%
EN DOMICILIO CON HIJOS	Recuento	1	9	24	34
	% de LUGAR RESIDENCIA	2,9%	26,5%	70,6%	100%
	% del total	,1%	1,2%	3,1%	4,4%
EN DOMICILIO CON PADRES	Recuento	22	87	71	180
	% de LUGAR RESIDENCIA	12,2%	48,3%	39,4%	100%
	% del total	2,8%	11,2%	9,1%	23,2%
OTROS	Recuento	10	21	51	82

	% de LUGAR RESIDENCIA	12,2%	25,6%	62,2%	100%
	% del total	1,3%	2,7%	6,6%	10,6%
NO CONSTA	Recuento	5	37	172	214
	% de LUGAR RESIDENCIA	2,3%	17,3%	80,4%	100%
	% del total	0,6%	4,8%	22,1%	27,5%
Total	Recuento	58	204	515	777
	% de LUGAR RESIDENCIA	7,5%	26,3%	66,3%	100%
	% de BAREMO %	100%	100%	100%	100%

- En 2 de cada 3 personas evaluadas no consta la valoración por el IMAS. Los de minusvalía alta residen en domicilio con los padres o en casa con el cónyuge.

• RESULTADOS DE VALORACIÓN MÉDICO FORENSE

• TABLA 52. APORTA INFORME DE ESPECIALISTA

APORTA INFORME DE ESPECIALISTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	588	75,7	75,7
NO	59	7,6	83,3
NO CONSTA	130	16,7	100,0
Total	777	100,0	

• TABLA 53. CONOCE EL MOTIVO RECONOCIMIENTO LAS PERSONAS EVALUADAS

CONOCE MOTIVO RECONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	45	5,8	5,8
NO	399	51,4	57,1
NO CONSTA	333	42,9	100
Total	777	100	

- Solo un 5,8% conoce la finalidad del procedimiento al que están siendo sometidos.

TABLAS DE CONTINGENCIA

- **TABLA 54. EDAD 3 GRUPOS Y CONOCE OBJETO RECONOCIMIENTO. P**=0,000**

EDAD 3 GRUPOS		CONOCE OBJETO RECONOCIMIENTO			Total
		SI	NO	NO CONSTA	
De 15 a 42	Recuento	15	96	102	213
	% de EDAD 3 GRUPOS	7,0%	45,1%	47,9%	100%
	% del total	1,9%	12,4%	13,1%	27,4%
De 43 a 69	Recuento	22	81	108	211
	% de EDAD 3 GRUPOS	10,4%	38,4%	51,2%	100%
	% del total	2,8%	10,4%	13,9%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	8	222	123	353
	% de EDAD 3 GRUPOS	2,3%	62,9%	34,8%	100%
	% del total	1,0%	28,6%	15,8%	45,4%
Total	Recuento	45	399	333	777
	% de EDAD 3 GRUPOS	5,8%	51,4%	42,9%	100%
	% de CONOCE RECONOCIMIENTO	100%	100%	100%	100%

- Aunque es un dato poco recogido, solo el 7 y el 10% de los menores de 42 y el grupo de 43 a 69 conocen el motivo de este reconocimiento. Este porcentaje baja al 2,3% en los mayores de 70 años.

- **TABLA 55. SE APORTA O REALIZA INDICE DE BARTHEL**

SE APORTA O REALIZA INDICE DE BARTHEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	24	3,1	3,1
NO	753	96,9	100,0
Total	777	100,0	

- El índice Barthel no se menciona en el 96% de los informes.

• **TABLA 56. SEXO E INDICE DE BARTHEL. P**=<0,403**

			IND. BARTHEL		
SEXO			SI CONSTA	NO CONSTA	Total
	HOMBRE	Recuento	10	379	389
		% de SEXO	2,6%	97,4%	100%
		% del total	1,3%	48,8%	50,1%
	MUJER	Recuento	14	374	388
		% de SEXO	3,6%	96,4%	100%
		% del total	1,8%	48,1%	49,9%
Total	Recuento	24	753	777	
	% de SEXO	3,1%	96,9%	100,0%	
	% de IND. BARTHEL	100%	100%	100%	

• **TABLA 57. EDAD 3 GRUPOS Y INDICE DE BARTHEL. P**=<0,015**

			IND. BARTHEL		
EDAD 3 GRUPOS			SI CONSTA	NO CONSTA	Total
	De 15 a 42	Recuento	1	212	213
		% de EDAD 3 GRUPOS	0,5%	99,5%	100%
		% del total	0,1%	27,3%	27,4%
	De 43 a 69	Recuento	6	205	211
		% de EDAD 3 GRUPOS	2,8%	97,2%	100%
		% del total	0,8%	26,4%	27,2%
	De 70 a 97	Recuento	17	336	353
		% de EDAD 3 GRUPOS	4,8%	95,2%	100%
		% del total	2,2%	43,2%	45,4%
Total	Recuento	24	753	777	

% de EDAD 3 GRUPOS	3,1%	96,9%	100%
% de IND. BARTHEL	100%	100%	100%

- La mayoría de los cuestionarios de Índice de Barthel se hicieron en los mayores de 70 años

• **TABLA 58. SE APORTA O REALIZA TEST MINIMENTAL**

SE APORTA O REALIZA TEST MINIMENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	5	0,6	0,6
NO	772	99,4	100
Total	777	100	

- El test Minimental solo aparece en el 6% de los informes.

• **TABLA 59. SEXO Y PRUEBA DE MINIMENTAL. P**= \leq 0,499**

SEXO		P. MINIMENTAL			Total
		SI CONSTA	NO CONSTA		
HOMBRE	Recuento	2	387	389	
	% de SEXO	0,5%	99,5%	100%	
	% de P. MINIMENTAL	40,0%	50,1%	50,1%	
	% del total	0,3%	49,8%	50,1%	
MUJER	Recuento	3	385	388	
	% de SEXO	0,8%	99,2%	100%	
	% de P. MINIMENTAL	60,0%	49,9%	49,9%	
	% del total	0,4%	49,5%	49,9%	
Total	Recuento	5	772	777	
	% de SEXO	0,6%	99,4%	100%	
	% de P. MINIMENTAL	100%	100%	100%	

- Los índices para valorar la capacidad aparecen en muy pocos informes periciales y no son estadísticamente significativos

• **TABLA 60. SE APORTA O REALIZA INDICE REISBERG**

SE APORTA O REALIZA INDICE DE REISBERG	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	61	7,9	7,9
NO	716	92,1	100,0
Total	777	100,0	

- El índice Reisberg en algo más del 92%.

• **TABLA 61. SEXO E INDICE DE REISBERG. P**=<0,504**

SEXO		E. REISBERG		
		SI CONSTA	NO CONSTA	Total
HOMBRE	Recuento	31	358	389
	% de SEXO	8,0%	92,0%	100%
	% del total	4,0%	46,1%	50,1%
MUJER	Recuento	30	358	388
	% de SEXO	7,7%	92,3%	100%
	% del total	3,9%	46,1%	49,9%
Total	Recuento	61	716	777
	% de SEXO	7,9%	92,1%	100%
	% de E. REISBERG	100%	100%	100%

- No existen diferencias significativas en cuanto a la valoración de la gravedad por Reisberg y el sexo.

RESULTADOS DE PROPUESTA DE VALORACIÓN

TABLAS DE FRECUENCIA

• **TABLA 62. PROPUESTA DEL INFORME**

PROPUESTA DEL INFOME	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CAPACITADO	58	7,5	7,5
INCAPACITACION PARCIAL	24	3,1	10,6

PATRIMONIAL			
INCAPACITACION TOTAL	649	83,5	94,1
INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	40	5,1	99,2
INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ INCAPACITACION TOTAL PATRIMONIAL	6	0,8	100,0
Total	777	100,0	

- El 92,5% de los informes concluyen algún tipo de incapacidad, y una incapacidad total el 83,5%.

TABLAS DE CONTINGENCIAS PROPUESTA DE INFORME

- **TABLA 63. AÑO DE ESTUDIO Y PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DE LA INCAPACITACION EN EL INFORME FORENSE. P** <= 0,048**

		PROPUESTA					
		Total					
AÑO		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ INCAPACITACION TOTAL PATRIMONIAL	TOTAL
2012	Recuento	20	14	161	9	1	205
		(9,8%)	(6,8%)	(78,5%)	(4,4%)	(0,5%)	(100%)
	% del total	2,6%	1,8%	20,7%	1,2%	0,1%	26,4%
2013	Recuento	11	5	156	8	1	181
		(6,1%)	(2,8%)	(86,2%)	(4,4%)	(0,6%)	(100%)
	% del total	1,4%	0,6%	20,1%	1,0%	0,1%	23,3%
2014	Recuento	15	4	183	14	3	221
		(6,8%)	(1,8%)	(82,8%)	167,2%	31,4%	(100%)
	% del total	1,9%	,5%	23,6%	2,1%	0,4%	28,4%
2015	Recuento	12	1	149	7	1	170

		(7,1%)	(0,6%)	(87,6%)	(4,1%)	(0,6%)	(100%)
	% del total	1,5%	0,1%	19,2%	0,9%	0,1%	21,9%
Total	Recuento	58	24	649	40	6	777
		(7,5%)	(3,1%)	(83,5%)	(5,1%)	(0,8%)	(100%)
	% Propuesta	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- La incapacidad parcial patrimonial disminuye significativamente con el aumento de los años. En cambio, no se aprecia una variación significativa en relación a las incapacitaciones totales.

• **TABLA 64. SEXO Y PROPUESTA DE INFORME. P**= \leq 0,251**

SEXO		PROPUESTA					Total
		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL / PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL / TOTAL PATRIMONIAL	
HOMBRE	Recuento	32	15	319	22	1	389
	% de SEXO	8,2%	3,9%	82,0 %	5,7%	0,3%	100%
	% del total	4,1%	1,9%	41,1%	2,8%	0,1%	50,1%
MUJER	Recuento	26	9	330	18	5	388
	% de SEXO	6,7%	2,3%	85,1%	4,6%	1,3%	100%
	% del total	3,3%	1,2%	42,5%	2,3%	0,6%	49,9%
Total	Recuento	58	24	649	40	6	777
	% de SEXO	7,5%	3,1%	83,5%	5,1%	0,8%	100%
	% de CONCLUSION	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Los grados de incapacidad por sexo no son estadísticamente significativos

• **TABLA 65. LUGAR DE RESIDENCIA Y PROPUESTA DEL INFORME.**
P=<0,000**

LUGAR RESIDENCIA		PROPUESTA DEL INFORME					Total
		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ TOTAL PATRIMONIAL	
INSTITUCION	Recuento	6	4	113	12	3	138
	% de LUGAR RESIDENCIA	4,3%	2,9%	81,9%	8,7%	2,2%	100%
	% del total	0,8%	0,5%	14,5%	1,5%	,4%	17,8%
SOLO EN DOMICILIO	Recuento	14	3	33	2	1	53
	% de LUGAR RESIDENCIA	26,4%	5,7%	62,3%	3,8%	1,9%	100%
	% del total	1,8%	0,4%	4,2%	0,3%	0,1%	6,8%
EN DOMICILIO CON CONYUGE	Recuento	4	0	64	8	0	76
	% de LUGAR RESIDENCIA	5,3%	0%	84,2%	10,5%	0%	100%
	% del total	0,5%	0%	8,2%	1,0%	0%	9,8%
EN DOMICILIO CON HIJOS	Recuento	3	1	29	1	0	34
	% de LUGAR RESIDENCIA	8,8%	2,9%	85,3%	2,9%	0%	100%
	% del total	0,4%	0,1%	3,7%	0,1%	0%	4,4%
EN DOMICILIO CON PADRES	Recuento	18	7	144	10	1	180
	% de LUGAR RESIDENCIA	10,0%	3,9%	80,0%	5,6%	0,6%	100%
	% del total	2,3%	,9%	18,5%	1,3%	0,1%	23,2%
OTROS	Recuento	9	6	63	4	0	82

	% de LUGAR RESIDENCIA	11,0%	7,3%	76,8%	4,9%	0%	100%
	% del total	1,2%	0,8%	8,1%	0,5%	0%	10,6%
NO CONSTA	Recuento	4	3	203	3	1	214
	% de LUGAR RESIDENCIA	1,9%	1,4%	94,9%	1,4%	0,5%	100%
	% del total	0,5%	0,4%	26,1%	0,4%	0,1%	27,5%
Total	Recuento	58	24	649	40	6	777
	% de LUGAR RESIDENCIA	7,5%	3,1%	83,5%	5,1%	0,8%	100%
	% de CONCLUSION	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- El porcentaje mayor de incapacitados esta entre los que viven con los padres.

- **TABLA 66. BAREMO DEL IMAS PROPUESTA DEL INFORME.**
P**=<0,000

		PROPUESTA DEL INFORME					
BAREMO %		CAPACIDAD	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ TOTAL PATRIMONIAL	Total
33-65%	Recuento	6	4	38	7	3	58
	% de BAREMO %	10,3%	6,9%	65,5%	12,1%	5,2%	100%
	% del total	0,8%	0,5%	4,9%	0,9%	0,4%	7,5%
66-100%	Recuento	10	6	181	7	0	204
	% de BAREMO %	4,9%	2,9%	88,7%	3,4%	0%	100%
	% del total	1,3%	0,8%	23,3%	0,9%	0%	26,3%
NO CONSTA	Recuento	42	14	430	26	3	515
	% de BAREMO %	8,2%	2,7%	83,5%	5,0%	0,6%	100%
	% del total	5,4%	1,8%	55,3%	3,3%	0,4%	66,3%

Total	Recuento	58	24	649	40	6	777
	% de BREMO %	7,5%	3,1%	83,5%	5,1%	0,8%	100%
	% de PROPUESTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Casi el 90% de los minusválidos valorados por el IMAS con más de 66% de baremo fueron propuesto para incapacitado total.

• **TABLA 67. CONOCE EL LUGAR DE RECONOCIMIENTO Y PROPUESTA DEL INFORME. P**=<0,000**

		PROPUESTA						
CONOCE MOTIVO RECONOCIM		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ TOTAL PATRIMONIAL	Total	
	SI	Recuento	19	8	10	5	3	45
		% de CONOC. RECONOCIM.	42,2%	17,8%	22,2%	11,1%	6,7%	100%
		% del total	2,4%	1,0%	1,3%	0,6%	0,4%	5,8%
	NO	Recuento	8	4	378	8	1	399
		% de CONOC. RECONOCIM.	2,0%	1,0%	94,7%	2,0%	0,3%	100%
		% del total	1,0%	0,5%	48,6%	1,0%	0,1%	51,4%
	NO CONSTA	Recuento	31	12	261	27	2	333
		% de CONOC. RECONOCIM.	9,3%	3,6%	78,4%	8,1%	0,6%	100%
		% del total	4,0%	1,5%	33,6%	3,5%	0,3%	42,9%
Total	Recuento	58	24	649	40	6	777	
	% de CONOC. RECONOCIM.	7,5%	3,1%	83,5%	5,1%	0,8%	100%	
	% de PROPUESTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

- El 90% de los que no conoce el motivo del reconocimiento fueron propuestos para algún tipo de incapacitación

• **TABLA 68. TIENE APOYO FAMILIAR Y PROPUESTA DEL INFOME. P**=<0,000**

APOYO FAMILIAR		PROPUESTA DEL INFORME					Total
		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL / TOTAL PATRIMONIAL	
SI	Recuento	44	20	399	29	4	496
	% de APOYO FAMILIAR	8,9%	4,0%	80,4%	5,8%	0,8%	100%
	% del total	5,7%	2,6%	51,4%	3,7%	0,5%	63,9%
NO	Recuento	10	2	35	6	2	55
	% de APOYO FAMILIAR	18,2%	3,6%	63,6%	10,9%	3,6%	100%
	% del total	1,3%	0,3%	4,5%	0,8%	0,3%	7,1%
NO CON STA	Recuento	4	2	214	5	0	225
	% de APOYO FAMILIAR	1,8%	0,9%	95,1%	2,2%	0%	100%
	% del total	,5%	,3%	27,6%	,6%	0%	29,0%
Total	Recuento	58	24	648	40	6	776
	% de APOYO FAMILIAR	7,5%	3,1%	83,5%	5,2%	0,8%	100%
	% de PROPUESTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Los declarados como capacitados tienen menor apoyo familiar.

• **TABLA 69. TOMA TRATAMIENTO HABITUAL Y PROPUESTA DEL INFOME. P**=<0,000**

		PROPUESTA DEL INFORME					
TRATAMIENTO HABITUAL		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/TOTAL PATRIMONIAL	Total
SI	Recuento	42	20	379	22	3	466
	% de TRAT. HABITUAL	9,0%	4,3%	81,3%	4,7%	0,6%	100%
	% del total	5,4%	2,6%	48,8%	2,8%	0,4%	60,0%
NO	Recuento	9	1	42	10	2	64
	% de TRAT. HABITUAL	14,1%	1,6%	65,6%	15,6%	3,1%	100%
	% del total	1,2%	0,1%	5,4%	1,3%	0,3%	8,2%
NO CONSTA	Recuento	7	3	228	8	1	247
	% de TRAT. HABITUAL	2,8%	1,2%	92,3%	3,2%	0,4%	100%
	% del total	0,9%	0,4%	29,3%	1,0%	0,1%	31,8%
Total	Recuento	58	24	649	40	6	777
	% de TRAT. HABITUAL	7,5%	3,1%	83,5%	5,1%	0,8%	100%
	% de PROPUESTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Un 90% de los evaluados que toman tratamiento habitual fueron propuestos para algún tipo de incapacitación

• **TABLA 70. ESTADO CIVIL Y PROPUESTA DEL INFORME. P**=<0,000**

		PROPUESTA DEL INFORME					
ESTADO CIVIL		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/PARCIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/PARCIAL	Total

			IAL		PATRIMONI AL	TOTALPA TRIMONI AL	
SOLTERO/A	Recuento	29	17	223	21	5	295
	% de ESTADO CIVIL	9,8%	5,8%	75,6%	7,1%	1,7%	100%
	% del total	3,7%	2,2%	28,7%	2,7%	0,6%	38,0%
CASADO/A	Recuento	4	1	94	8	0	107
	% de ESTADO CIVIL	3,7%	0,9%	87,9%	7,5%	0%	100%
	% del total	0,5%	0,1%	12,1%	1,0%	0%	13,8%
DIVORCIADO/A, SEPARADO/A	Recuento	12	3	27	5	0	47
	% de ESTADO CIVIL	25,5%	6,4%	57,4%	10,6%	0%	100%
	% del total	1,5%	0,4%	3,5%	0,6%	0%	6,0%
VIUDO/A	Recuento	10	2	81	2	0	95
	% de ESTADO CIVIL	10,5%	2,1%	85,3%	2,1%	0%	100%
	% del total	1,3%	,3%	10,4%	0,3%	0%	12,2%
NO CONSTA	Recuento	3	1	224	4	1	233
	% de ESTADO CIVIL	1,3%	0,4%	96,1%	1,7%	0,4%	100%
	% del total	0,4%	0,1%	28,8%	0,5%	0,1%	30,0%
Total	Recuento	58	24	649	40	6	777
	% de ESTADO CIVIL	7,5%	3,1%	83,5%	5,1%	,8%	100%
	% de CONCLUSION	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Fueron propuestos para mayor tipo de incapacitación los casados y viudos y menos los divorciados y solteros.

- **TABLA 71. EDAD 3 GRUPOS Y PROPUESTA DEL INFORME.**
P=<0,000**

EDAD 3 GRUPOS		PROPUESTA					Total
		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL / PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL / TOTAL PATRIMONIAL	
De 15 a 42	Recuento	17	8	168	15	5	213
	% de EDAD 3 GRUPOS	8,0%	3,8%	78,9%	7,0%	2,3%	100%
	% del total	2,2%	1,0%	21,6%	1,9%	0,6%	27,4%
De 43 a 69	Recuento	32	12	150	16	1	211
	% de EDAD 3 GRUPOS	15,2%	5,7%	71,1%	7,6%	0,5%	100%
	% del total	4,1%	1,5%	19,3%	2,1%	0,1%	27,2%
De 70 a 97	Recuento	9	4	331	9	0	353
	% de EDAD 3 GRUPOS	2,5%	1,1%	93,8%	2,5%	0,0%	100%
	% del total	1,2%	0,5%	42,6%	1,2%	0,0%	45,4%
Total	Recuento	58	24	649	40	6	777
	% de EDAD 3 GRUPOS	7,5%	3,1%	83,5%	5,1%	0,8%	100%
	% de 30 PROPUESTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- En los valorados por encima de 70 años fue propuesto para incapacitado total un 94%, un 3,5% para algún tipo de parcial y un 2,5% de capacitados. El grupo de 43 a 60 fue declarado capaz o con incapacidad parcial en un 30% de los casos y en el de menores de 42 en un 21%.

• **TABLA 72. CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PROPUESTA DEL INFORME. P**=<0,000**

PROPUESTA DEL INFORME	
-----------------------	--

CONSUMO SUST. PSICOACTIVAS		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ TOTAL PATRIMONIAL	Total
SI	Recuento	21	9	52	5	1	88
	% de CONSUMO SUST. PSICOACTIVAS	23,9%	10,2%	59,1%	5,7%	1,1%	100%
	% del total	2,7%	1,2%	6,7%	0,6%	0,1%	11,3%
NO	Recuento	37	15	597	35	5	689
	% de CONSUMO SUST. PSICOACTIVAS	5,4%	2,2%	86,6%	5,1%	0,7%	100%
	% del total	4,8%	1,9%	76,8%	4,5%	0,6%	88,7%
Total	Recuento	58	24	649	40	6	777
	% de CONSUMO SUST. PSICOACTIVAS	7,5%	3,1%	83,5%	5,1%	0,8%	100%
	% de PROPUESTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Los que tomaban sustancias psicoactivas fueron propuestos menos para incapacitación total pero más para incapacitación parcial patrimonial.

• **TABLA 73. DIAGNÓSTICO 1 Y PROPUESTA DEL INFORME. P**=<0,000**

		PROPUESTA DEL INFORME					
DIAG. 1 CIE 10 ES		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ INCAPACITACION TOTAL PATRIMONIAL	Total
Esquizofrenia	Recuento	17	8	46	10	2	83
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	20,5%	9,6%	55,4%	12,0%	2,4%	100%

Estudio sobre el Régimen de la Modificación de la Capacidad de Obrar en el Partido Judicial de Murcia. (2012-2015)

	% del total	2,2%	1,0%	5,9%	1,3%	0,3%	10,7%
T. Delirante	Recuento	5	2	6	2	0	15
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	33,3%	13,3%	40,0%	13,3%	0%	100%
	% del total	0,6%	0,3%	00,8%	0,3%	0%	1,9%
T. Bipolar	Recuento	1	1	7	4	0	13
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	7,7%	7,7%	53,8%	30,8%	0%	100%
	% del total	0,1%	0,1%	00,9%	0,5%	0%	1,7%
T. Síntomas somáticos	Recuento	7	0	3	0	0	10
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	70,0%	0%	30,0%	0%	0%	100%
	% del total	0,9%	0,0%	0,4%	0%	0%	1,3%
T. Personalidad	Recuento	11	4	5	3	0	23
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	47,8%	17,4%	21,7%	13,0%	0%	100%
	% del total	1,4%	0,5%	0,6%	0,4%	0%	3,0%
D I leve	Recuento	7	2	26	11	2	48
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	14,6%	4,2%	54,2%	22,9%	4,2%	100%
	% del total	0,9%	0,3%	3,3%	1,4%	0,3%	6,2%
D I moderado	Recuento	0	0	62	1	1	64
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	0%	0%	96,9%	1,6%	1,6%	100%
	% del total	0%	0%	8,0%	0,1%	0,1%	8,2%
D I grave	Recuento	0	1	40	0	0	41
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	0%	2,4%	97,6%	0%	0%	100%
	% del total	0%	0,1%	5,1%	0%	0%	5,3%
D I profundo	Recuento	0	0	7	0	0	7
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	0%	0%	100%	0%	0%	100%
	% del total	0%	0%	0,9%	0%	0%	0,9%

D I no especificado	Recuento	0	0	44	1	1	46
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	0%	0%	95,7%	2,2%	2,2%	100%
	% del total	0%	0%	5,7%	0,1%	0,1%	5,9%
T. del espectro autista	Recuento	1	0	21	1	0	23
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	4,3%	0%	91,3%	4,3%	0%	100%
	% del total	0,1%	0%	2,7%	0,1%	0%	3,0%
D. Neurocognitivo mayor por TCE	Recuento	0	0	8	0	0	8
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	0%	0%	100%	0%	0%	100%
	% del total	0%	0%	1,0%	0%	0%	1,0%
T. Neurocognitivo	Recuento	9	6	374	7	0	396
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	2,3%	1,5%	94,4%	1,8%	0%	100%
	% del total	1,2%	0,8%	48,1%	0,9%	0%	51,0%
Total	Recuento	58	24	649	40	6	777
	% de DIAG. 1 CIE 10 ES	7,5%	3,1%	83,5%	5,1%	0,8%	100%
	% de PROPUESTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno de síntomas somáticos, y trastornos delirantes tuvieron mayor porcentaje de propuestas capacitados en cambio los diagnosticados por retraso mental en cualquier grado y T. neurocognitivo fueron propuestos para algún tipo de incapacidad casi en su totalidad.

- **TABLA 74.- DIAGNÓSTICO 2 Y PROPUESTA DEL INFORME.**
P=<0,000**

PROPUESTA DEL INFORME

Estudio sobre el Régimen de la Modificación de la Capacidad de Obrar en el Partido Judicial de Murcia. (2012-2015)

DIAG. 2 CIE 10 ES		CAPACITADO	INCAPACITACION PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION TOTAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ PARCIAL PATRIMONIAL	INCAPACITACION PARCIAL PERSONAL/ TOTAL PATRIMONIAL	Total
No consta	Recuento	29	7	131	18	3	188
	% de DIAG. CIE 10 ES	15,4%	3,7%	69,7%	9,6%	1,6%	100%
	% del total	3,7%	0,9%	16,9%	2,3%	0,4%	24,2%
F01: Demencia Vascular	Recuento	1	0	31	0	0	32
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	3,1%	0%	96,9%	0%	0%	100%
	% del total	0,1%	0%	4,0%	0%	0%	4,1%
F03: Demencia senil/no especificada	Recuento	2	3	83	1	0	89
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	2,2%	3,4%	93,3%	1,1%	0%	100%
	% del total	0,3%	0,4%	10,7%	0,1%	0%	11,5%
F10: Consumo de alcohol	Recuento	6	3	16	2	1	28
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	21,4%	10,7%	57,1%	7,1%	3,6%	100,0%
	% del total	0,8%	0,4%	2,1%	0,3%	0,1%	3,6%
F19: Consumo drogas psicoactivas/alcohol	Recuento	9	3	5	2	0	19
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	47,4%	15,8%	26,3%	10,5%	0%	100%
	% del total	1,2%	0,4%	0,6%	0,3%	0%	2,4%
F20: Esquizofrenia	Recuento	2	1	16	1	0	20
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	10,0%	5,0%	80,0%	5,0%	0%	100%
	% del total	0,3%	0,1%	2,1%	0,1%	0%	2,6%

F22: T. Delirantes	Recuento	1	0	6	1	0	8
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	12,5%	0%	75,0%	12,5%	0%	100%
	% del total	0,1%	0%	0,8%	0,1%	0%	1,0%
F31: T. Bipolar	Recuento	0	0	3	0	0	3
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	0%	100,0%	0%	0%	100%
	% del total	0%	0%	0,4%	0%	0%	0,4%
F60: T. Personalidad	Recuento	1	1	6	2	0	10
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	10,0%	10,0%	60,0%	20,0%	0%	100%
	% del total	0,1%	0,1%	0,8%	0,3%	0%	1,3%
F84: T. Generalizado del desarrollo	Recuento	0	0	9	1	1	11
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	0%	81,8%	9,1%	9,1%	100%
	% del total	0%	0%	1,2%	0,1%	0,1%	1,4%
F90: T. deficit de atención	Recuento	0	0	1	0	1	2
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	0%	50,0%	0%	50,0%	100%
	% del total	0%	0%	0,1%	0%	0,1%	0,3%
F98: T. Conducta	Recuento	1	0	14	4	0	19
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	5,3%	0%	73,7%	21,1%	0%	100%
	% del total	0,1%	0%	1,8%	0,5%	0%	2,4%
G20: Parkinson	Recuento	0	0	6	0	0	6
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	0%	100%	0%	0%	100%
	% del total	0%	0%	0,8%	0%	0%	0,8%
G30: Alzheimer	Recuento	0	1	189	1	0	191
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	,0%	0,5%	99,0%	0,5%	0%	100%
	% del total	0%	1%	24,3%	0,1%	0%	24,6%

Estudio sobre el Régimen de la Modificación de la Capacidad de Obrar en el Partido Judicial de Murcia. (2012-2015)

G40: Epilepsia	Recuento	1	0	7	2	0	10
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	10,0%	0%	70,0%	20,0%	0%	100%
	% del total	0,1%	0%	0,9%	0,3%	0%	1,3%
G80: Parálisis cerebral	Recuento	0	1	10	0	0	11
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	9,1%	90,9%	0%	0%	100%
	% del total	0%	0,1%	1,3%	0%	0%	1,4%
H54: Ceguera	Recuento	2	0	1	0	0	3
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	66,7%	0%	33,3%	0%	0%	100%
	% del total	0,3%	0%	0,1%	0%	0%	0,4%
H90: T. Oído	Recuento	0	0	6	0	0	6
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	0%	100%	0%	0%	100%
	% del total	0%	0%	0,8%	0%	0%	0,8%
469: Secuelas ACV	Recuento	2	0	12	0	0	14
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	14,3%	0%	85,7%	0%	0%	100%
	% del total	0,3%	0%	1,5%	0%	0%	1,8%
684: Encefalopatía anóxica	Recuento	0	1	36	0	0	37
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	2,7%	97,3%	0%	0%	100%
	% del total	0%	1%	4,6%	0%	0%	4,8%
787: Malformaciones congénitas	Recuento	0	0	2	0	0	2
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	0%	100%	0%	0%	100%
	% del total	0%	0%	0,3%	0%	0%	0,3%
790: S. Down	Recuento	0	0	21	0	0	21
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	0%	100%	0%	0%	100%

	% del total	0%	0%	2,7%	0%	,0%	2,7%
799: Otras alt. cromosómicas no Down	Recuento	0	0	5	0	0	5
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	0%	100%	0%	0%	100%
	% del total	0%	0%	6%	0%	0%	0,6%
847: Afasia	Recuento	0	0	2	0	0	2
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	0%	100%	0%	0%	100%
	% del total	0%	0%	0,3%	0%	0%	0,3%
906: TCE	Recuento	0	1	11	3	0	15
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	0%	6,7%	73,3%	20,0%	0%	100%
	% del total	0%	0,1%	1,4%	0,4%	0%	1,9%
Total	Recuento	58	24	649	40	6	777
	% de DIAG. 2 CIE 10 ES	7,5%	3,1%	83,5%	5,1%	0,8%	100%
	% de PROPUESTA	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Los mayores casos de capacitados se han dado en los diagnósticos “consumo alcohol” y “consume sustancias psicoactivas”. Incapacitaciones parciales: TCE, encefalopatía anóxica, secuelas de ACV, parálisis cerebral, epilepsia, Alzheimer, trastornos de conducta, déficit de atención, Generalizado del desarrollo, T. Personalidad, T. Demencia senil, no especificada, Delirantes, Esquizofrenia, Consumo drogas psicoactivas, alcohol Consumo de alcohol, Demencia Vascular.

VI. DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro trabajo consiste en el estudio de la incidencia de los procedimientos de modificación de la capacidad de obrar y de los factores asociados, a partir del estudio de los informes forenses realizados entre los años 2012-2015 en el Partido Judicial de Murcia, así como considerar la validez del método de valoración y su adaptación a las normas supranacionales sobre la discapacidad, concretamente la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (Convenio Nueva York, 2006).

En la revisión bibliográfica realizada, nos ha resultado difícil encontrar trabajos que reflejen tanto el perfil de la persona sujeto del procedimiento de modificación de la capacidad de obrar, como el método de valoración y su adaptación a las normas internacionales, lo que, a nuestro criterio, confiere mayor valor a esta revisión del tema en nuestro medio.

En este apartado, comentaremos nuestros resultados contrastándolos con estudios sobre el comportamiento de las variables en las publicaciones sobre discapacidad, siguiendo la línea argumental de nuestros resultados.

SOBRE LA INCIDENCIA Y DEMOGRAFÍA DE LAS PERSONAS EVALUADAS:

La incidencia de procedimientos en el periodo estudiado, 2012-2015, muestra un valor bajo y estable, con una media de 0,038 x cien y por año y un rango entre 0,023 y 0,043. Tanto la baja incidencia como la estabilidad del dato nos ha sorprendido debido a diversas razones:

-El aumento de la esperanza de vida que ha conllevado un envejecimiento considerable de la población y, por tanto, de la incidencia de enfermedades neurológicas y degenerativas, que son la causa más frecuente de la modificación de la capacidad de obrar.

Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población y que la modificación de la capacidad de obrar es una medida diseñada para la protección del discapacitado, sorprende esta baja incidencia. Si partimos de que el número de personas con discapacidad alcanza los 3,8 millones, lo que supone el 8,5% de la población (EDAD, 2008), la incidencia de los procedimientos de modificación de la capacidad de obrar iniciados en el periodo estudiado es significativamente baja. Lo que concuerda con los resultados de otros estudios publicados. Así el estudio de Cuenca (2014), concluye que a pesar de que muchas personas llegan a una edad avanzada con un deterioro cognitivo severo, solo el 4% en mujeres y el 2% en hombres (institucionalizados) están incapacitados.

Justificaría este dato, como ya adelantamos en la introducción, la complejidad y la confrontación (demandante/demandado) del procedimiento de modificación de la capacidad de obrar y, sobre todo, el encorsetamiento jurídico que supone el régimen de tutela que implica un ataque a la autonomía de la persona (Clavijo, 2004), lo que provoca una reticencia social a acudir a este procedimiento como medida de solución y protección de la persona con discapacidad.

Usualmente se acude al procedimiento para solucionar un problema *ad hoc*, en la mayoría de los casos de tipo económico (venta de inmuebles, herencias, disposición de capital, etc...), y no como una medida general de protección (Fábregas, 2016).

Además, cuando se trata de leves problemas cotidianos, como una decisión médica o una disposición pequeña de capital, estos vienen solucionados por los usos sociales. En la práctica, las decisiones médicas vienen siendo consultadas con el familiar que acompaña al enfermo y la titularidad de las cuentas bancarias se comparte con una persona de confianza, generalmente familiar, que es quien en última instancia va a resolver el problema, quedando el procedimiento de modificación de la capacidad de obrar para la resolución de problemas más complejos.

Esta situación da lugar, en realidad, a una desprotección de la persona con discapacidad, que queda en una situación permanente de inseguridad jurídica, ya que son sujetos sometidos al riesgo de vulneración de sus derechos fundamentales (Clavijo, 2004). Es evidente que, si existen, sólo con demencia tipo alzhéimer, alrededor de 800.000 personas que reúnen los requisitos de hecho para precisar una modificación de la capacidad de obrar y, que de éstas no más de 70.000 han pasado por el Juzgado y obtenido una sentencia en este sentido, algo está fallando (Martínez Maroto, 2002).

-Por otro lado, los cambios sociales que ha originado la desruralización de la sociedad, la incorporación de la mujer al mundo laboral y los cambios de los modelos de familia, que han supuesto un traspaso de responsabilidades en cuanto a las personas con discapacidad de las familias al Estado.

Hasta hace unas décadas este problema estaba cubierto por una maraña de cultura, educación, ruralidad, bajo nivel socioeconómico, alto nivel de desempleo, que hacía que las familias fueran autosuficientes en la atención a este colectivo (García Sánchez, 2015).

Así lo puso de manifiesto la Ley 39/2006, de dependencia, (Ley 39/2006) en su Exposición de Motivos: *“No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el “apoyo informal”. Los cambios en los modelos de familia y la incorporación progresiva de casi 3 millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención, para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que lo necesitan”*

-La mayor información de la población con respecto a los derechos y recursos que le asisten, que suponíamos debería traducirse en una mayor demanda de los mismos.

-La actual situación económica en España que ha dado lugar a que las pensiones y el patrimonio de los miembros jubilados o con discapacidad sean vitales para el sustento de la familia (Memoria de la Fiscalía Superior de Galicia, 2013), sumado al sentimiento generalizado de la población de que es más importante el sustento y, en general, las condiciones materiales de vida, que la libertad, por ello, no existe reparo en sacrificar ésta en beneficio de aquella (Palacios, 2008) (Guija, 2013b)

Por otra parte, existen diferencias significativas en la prevalencia de la discapacidad entre las diferentes comunidades autónomas, que no se justifican una vez ajustados los factores que influyen en la misma (Gispert et al, 2009). Nuestra incidencia es inferior a las de otras provincias estudiadas. En Sevilla, en el año 2012 se produjeron 887 declaraciones de incapacitación, lo que supone un 0,046%. Y si la comparamos con la media nacional, que se eleva a 0,06%, con 27.326 personas incapacitadas legalmente en el mismo año, la diferencia es aún mayor (Guija, 2013).

También sorprende la estabilidad del dato, que contrasta con el aumento de incidencia interanual a nivel nacional que es 2,11% entre el 2011-2012, y más todavía con el aumento de la incidencia en la Comunidad de Galicia, donde las incapacitaciones aumentaron en un 11% entre 2011-2012 y 13,29% entre 2012-2013 (Memoria de la Fiscalía Superior de Galicia 2014).

Con respecto a la edad de los sometidos al procedimiento, para el estudio, hemos distinguido tres grupos: de 15 a 42 años, de 43 a 69 años y de 70 a 97 años. Según nuestros datos, el grupo de edad de mayor de 70 años representa el 45% del total de la muestra, no existiendo diferencias entre los otros dos grupos, que suponen el 27,4% y el 27,2% respectivamente.

Estos datos coinciden con los de otros estudios realizados (EDAD, 2008)) que concluyen que en 2008 la edad media de las personas con discapacidad era de 64,3 años, mientras que en 1999 era de 63,3 años, con lo que se ve el claro aumento de la edad media de las personas con

discapacidad, en correlación al aumento del envejecimiento de la población. En el mismo estudio encontramos que en el grupo de edad de 65 y más años, la media de edad se sitúa en 78,8 en 2008 frente a 77,1 en 1999. (EDAD, 2008).

Este dato creemos que viene justificado por el aumento de la esperanza de vida que provoca que existan entre la población cada vez más personas con algún tipo de enfermedad neurológica y de deterioro cognitivo, susceptibles de sufrir alguna discapacidad. Sin embargo, nos sorprende que si clasificamos la edad de los sometidos a valoración por décadas, nos encontramos con tres picos de edad: uno mayoritario entre los 70-80 años, otro entre los 40-50 años y otro entre los menores de 20 años, siendo la moda de este estudio 18 años. Aunque sorprenda, este dato se justifica plenamente por el hecho de que lo menores de 18 años viene protegidos por la patria potestad, ejercida generalmente por los padres, que hace que no sea necesario buscar otra medida de protección para el hijo con discapacidad hasta alcanzada la mayoría de edad.

En relación al sexo, nuestro estudio refleja que el sexo masculino permanece prácticamente invariable en los tres grupos de edad, mientras que el femenino prevalece claramente en el grupo entre 70-97 años, triplicando a los dos anteriores. La proporción sobre el total es de 6/4 del sexo hombre por debajo de 70 años y de 4/6 del sexo mujer por encima de los 70 años. Esto coincide con el estudio del INE (EDAD, 2008) que determina que más de 2,30 millones de mujeres afirman tener una discapacidad, frente a 1,55 millones de hombres.

Las tasas de discapacidad de las mujeres son más elevadas que las de los hombres en edades superiores a 45 años. Al igual que nuestro estudio, el INE (EDAD, 2008) concluye que en los tramos de edad inferiores a 44 años las tasas de los varones con discapacidad superan a las de las mujeres. Justifica este dato nuevamente el aumento de la esperanza de vida que, al ser mayor entre las mujeres, hace que estas concurren en mayor número en el tramo más

afectado por la discapacidad. En el mismo sentido, el estudio OBSCAC (2014) concluyó que, de las personas sobre las que hubo un pronunciamiento judicial sobre la modificación de la capacidad en el año 2013, el 70% eran mujeres y el 30% hombres.

En cuanto a la distribución regional, se mantiene el mismo perfil por sexo y edad que se encuentra a nivel nacional; es decir, mayor número de mujeres que de hombres con discapacidad, así como tasas femeninas inferiores a las masculinas para los grupos de edad hasta 44 años y superiores a partir de los 45 años (EDAD, 2008).

SOBRE LAS CAUSAS MÉDICAS

Del informe forense hemos extraído siempre, al menos, un diagnóstico principal o sindrómico, tuviera o no un segundo diagnóstico como causa del primero. En los casos en que en el informe solo aparecía un diagnóstico causal, lo hemos tomado como primer diagnóstico.

Dos grupos de enfermedades, las enfermedades mentales y las del sistema nervioso, abarcan el 98% de los primeros diagnósticos. El deterioro cognitivo es la causa principal de modificación de la capacidad de obrar, constituyendo más de la mitad de los casos (51%), seguido de los TDI en todas sus graduaciones (26,5%) y las psicosis (10,7%). Coinciden nuestros datos con el estudio realizado por el Dr. Julio Antonio Guija (2013) en el que concluye que las principales causas de incapacidad civil por razones de salud mental son el deterioro cognitivo (demencias), retraso mental, incapacidad por psicosis crónica e incapacidad por abuso en el consumo de drogas.

Dado que en el estudio piloto realizado previamente no encontramos en los informes el dato de evolución de la enfermedad, decidimos no recogerlo, pero según el estudio OBSCAC (2014) en el 14% de los casos podría deducirse de la redacción del informe y en un 81,6% no consta el dato.

Al clasificar estos datos por edades el resultado es que en el primer tramo de edad (15-42) el diagnóstico principal es el TDI en todos sus grados (predomina el leve y el moderado), en el segundo tramo (43-69) prevalece la esquizofrenia y el deterioro cognitivo sobre las demás enfermedades y en el tercer tramo el diagnóstico predominante es el deterioro cognitivo, en más de un 90% de los casos. Por sexo, en el hombre prevalece como primer diagnóstico esquizofrenia y TDI en todos sus grados y en la mujer deterioro cognitivo. Esto tiene sentido si tenemos en cuenta que el sexo masculino predomina en los dos primeros tramos de edad y el femenino en el tercero.

En los segundos diagnósticos las enfermedades mentales y del sistema nervioso siguen siendo prioritarias, pero en menor proporción (62%). Cobran en este apartado visibilidad ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (4,8%) y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (3,6%). Destaca también como segundo diagnóstico el consumo de alcohol (3,6%) que se eleva a 6% si le sumamos el consumo de sustancias psicoactivas.

Estos segundos diagnósticos informan de que la causa principal de los TDI es la encefalopatía anóxica (13,8%) y el Síndrome de Down (9,4%), aun teniendo en cuenta que en el 30,2% nos consta la causa del TDI. La causa principal del deterioro neurocognitivo es el Alzheimer (48,2%), frente al que en la actualidad no disponemos de terapia preventiva (Anía et al, 2000; Masters et al, 1998), seguido por la demencia senil o mixta (22,5%) y la vascular (8,1%). Estos datos coinciden con otros estudios (Alberca, 2015), que concluyen que la causa principal del deterioro neurocognitivo es el Alzheimer seguido de otras demencias. En relación a las psicosis, la manifestación más frecuente es la esquizofrenia y frecuentemente vienen asociadas al consumo del alcohol y sustancias psicoactivas (22,4%).

Si bien las causas principales que dan lugar a la modificación de la capacidad de obrar son mentales y neurológicas, en el 70% de los casos están

acompañadas de problemas físicos, aumentando este porcentaje hasta el 85% en los mayores de 70 años.

SOBRE EL CONTEXTO

Según los datos de nuestro estudio, en relación al estado civil, prevalecen los solteros con un 38%. Si relacionamos este dato con el de la edad y sexo nos encontramos que el estado soltero es el que prevalece en ambos sexos, si bien es de mayor proporción en el hombre (44%-32%). Entre los hombres es más frecuente el estado soltero (44%) y casado (17,7%), y entre las mujeres los estados divorciada (7,2%) y fundamentalmente viuda (19,3%), cobran protagonismo frente a los hombres. Esta realidad se explica por la lógica, ya que, si el sexo hombre predomina en los dos primeros grupos de edad, lo normal es que el estado civil predominante sea el que es (soltero, casado) y que el estado civil de viuda sea el que predomina en el sexo femenino, siendo éste el que prevalece en el tercer tramo de edad. En el estudio OBSCAC (2014), se encontró que del total de las personas evaluadas en su estudio el 70% eran mujeres y el 30% hombre; el 50% eran viudos y el 24% casados, de modo similar a nuestros resultados.

Relacionando todos estos datos con el de lugar de residencia, el resultado que arroja nuestro estudio también es justificable por la lógica. Los hombres (solteros/casados) viven más en domicilio con sus padres (29,3%) o con su cónyuge (12,5%) y las mujeres (divorciadas/viudas) viven más en institución (21,1%) o solas en su domicilio (8,2%). Según el INE (EDAD, 2008) un total de 608.000 personas con discapacidad viven solas en su hogar y 269 mil personas que residen en centros de personas mayores, centros de personas con discapacidad, hospitales psiquiátricos y hospitales geriátricos tienen alguna discapacidad. Asimismo, coincide también estos datos con el estudio OBSCAC (2014) en el que el 44% viven en residencias, el 25% con su familia y el 20% viven solos.

En nuestro estudio el 70% de los sometidos a evaluación necesitan apoyo para el desarrollo de las ABVD (información obtenida del informador informante) y el 63,8 % lo tienen. En el estudio OSBCAC (2014) el 60% necesitan ayuda y en un 30% no consta este dato.

Esta necesidad es mayor en las mujeres (72,4%-66,5%), justificable por su mayor longevidad, sin embargo, los hombres presentan mayor apoyo familiar que las mujeres (67%-60,8%), lo que se razona al vivir estos más con sus padres y con el cónyuge (los casados son los que más apoyo tienen) y ellas estar más institucionalizadas. En el estudio OBSCAC (2014) encontraron que el 92,7% de las personas institucionalizadas tienen algún grado de discapacidad y precisan ayuda para la realización de las ABVD.

Los resultados del estudio del INE (EDAD, 2008) son totalmente comparables a los nuestros, ya que concluye que 1,39 millones de personas no pueden realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda y el 74,0% de las personas con discapacidad afirman tener dificultades para las actividades básicas de la vida diaria; por sexo, el 80,3% de las mujeres con discapacidad presentan alguna restricción en ABVD frente al 64,6% de los hombres (EDAD, 2008). Esto es así porque las limitaciones adquieren mayor importancia a medida que aumenta la edad. Así, dentro del colectivo de personas con discapacidad entre seis y 44 años, seis de cada 10 tienen una dificultad en ABDV, mientras que en el grupo de 80 y más años la proporción se eleva a 8,6 de cada 10 (EDAD, 2008)).

En cuanto al apoyo familiar de los 2,8 millones de personas con discapacidades en ABVD, el 80,5% recibe ayuda. Ello permite rebajar sensiblemente la severidad de sus limitaciones (incluso a 339.000 les posibilita superarlas) y reducir el porcentaje de las que tienen un grado total de discapacidad en las ABVD (EDAD, 2008). Un dato significativo de nuestro estudio es precisamente el de la no recogida del dato. Nos llama la atención que no conste la necesidad de ayuda en ABDV en el 10,8% de los informes y si

se tiene o no apoyo familiar en el 29%, siendo estos datos sociales absolutamente necesarios si queremos llegar a una resolución no generalizada de incapacitación, si no construir “un traje a medida”. Lo mismo se podría decir en relación al conocimiento del objeto del procedimiento al que está siendo sometido el sujeto, que no se recoge el dato en un 42,9% de los informes.

Equiparables resultados encontramos en el estudio OBSCAC (2014) que concluye que el dato no aparece recogido en el 40% de los casos; si la persona demandada tiene conocimiento de la demanda y el porqué de la misma en un 32%.

Según los resultados de nuestro estudio los procedimientos de modificación de la capacidad de obrar se inician principalmente por un familiar frente al Ministerio Fiscal. Si bien tenemos que reconocer que prácticamente en la mitad de los expedientes no fue posible consultar este dato, por no formar parte del contenido del informe forense y no haber podido acceder al expediente completo. A pesar de ello, podemos concluir que, de los expedientes en los que aparecía el dato, el 28,7% han sido iniciados por algún familiar con legitimación activa, lo que equivale a un 60% del total, frente al 18,8% iniciados por el Ministerio Fiscal.

Idéntico porcentaje aparece en el estudio OBSCAC (2014), en el que en el 61% de los casos la demanda viene interpuesta por algún familiar, fundamentalmente por algún descendiente 45%, frente al 39% de las demandas presentadas por el Ministerio Fiscal.

Esta tendencia parece que va cambiando, como se recogen en (Clavijo, 2004) ya que cada vez más se inician procedimientos a instancia de personas diferentes a la familia del presunto incapaz.

La mayor injerencia de Ministerio Fiscal se da entre las personas que viven solas, 28,3%, y el mayor número de demandas interpuestas por un familiar lo encontramos en el grupo que vive en domicilio con cónyuge; lo que es justificable por el menor apoyo que presentan las personas que viven solas

en su domicilio, que conlleva la mayor intervención de los servicios sociales, que son quienes, por imperativo legal, ponen en conocimiento del Ministerio Fiscal de las situaciones en que concurra alguna causa de incapacitación para que pase a instar el procedimiento, si lo considera conveniente.

SOBRE LA VALORACIÓN DE OTRAS INSTITUCIONES

Constatamos en nuestro estudio que únicamente en el 36,3% de los casos se presentó valoración de otro organismo público, concretamente el IMAS. Esto evidencia la falta de interacción entre los distintos organismos públicos que tratan la discapacidad y que facilitaría la labor del forense para elaborar una idea global y personalizada de las circunstancias de la persona evaluada y conseguir una resolución más ajustada al caso concreto.

El tramo de edad en el que se presenta más valoraciones del IMAS es el primero (60,6%), de 15-42 años, que coinciden con los que residen mayoritariamente en domicilio con los padres, siendo también el grupo con un baremo más alto en la valoración. En el estudio OBSCAC (2014), por el contrario, encontraron que el 61% cobraba pensión, un 5% no cobraba ninguna pensión, y en el 34% no constaba la valoración de otro organismo público.

En cuanto a la Ley de dependencia encontraron que un 11% recibe este tipo de ayuda, 47% no la recibe y 39% no consta el dato en el expediente. Debido a la relación entre la discapacidad, dependencia y pérdida de la capacidad de obrar, que implica el recorrido de la persona por distintas instituciones para que valoren y atiendan cada una de ellas, enriquecería el procedimiento la interrelación entre todas estas instituciones, que aportarían los datos necesarios para una correcta evaluación.

De hecho, casi el 90% de los declarados por el IMAS con discapacidad superior al 66% fueron propuestos por el médico forense para incapacitación total, porcentaje que se eleva al 95% si tenemos en cuentas las propuestas de

incapacitación parcial. Sin embargo, sorprende que en los casos en que el IMAS ha declarado una discapacidad menor del 66%, la propuesta ha sido en un 65,5% de incapacitación total y en un 90% cuando sumamos las parciales. No se entiende una incapacitación sin una discapacidad basal.

SOBRE LA VALORACIÓN

Con respecto a la valoración de la capacidad del sujeto y su proyección en el informe forense, nos hemos encontrado que los datos no están recogidos de una forma ordenada y sistemática en el informe, lo que ha dificultado nuestra labor a la hora de localizar los ítems que buscábamos para este trabajo. El informe forense hace una valoración general sobre la capacidad, más bien sobre la incapacidad, del sujeto en base a la información que las partes aportan al procedimiento y que en la mayoría de los casos no aparece reflejada en el informe. Si la función del informe forense es auxiliar al juez en la valoración de la capacidad de una persona determinada, lo ideal sería que el informe recogiera de una forma sistematizada y ordenada todos los datos del individuo que se van a tener en cuenta para dicha valoración y que contara con toda la información necesaria para determinar la capacidad como si de un “traje a medida” se tratara.

Como hemos dicho antes, no solo hay que atender al cuadro nosológico, ya que su existencia *per se* no implica modificación o limitación alguna de la capacidad, sino que hay tener en cuenta además la intensidad, la gravedad, el pronóstico evolutivo del cuadro clínico y sobre todo como afecta a sus competencias o potencialidades (Fundación Victor Grifols i Lucas, 2016). En contra de esto, en la mayoría de los casos lo que se aporta al procedimiento es la información de la existencia de una enfermedad, obviando las circunstancias personales, sociales y patrimoniales, cuando lo que hay que determinar para la valoración de la capacidad no es la enfermedad en si sino las consecuencias y limitaciones que conlleva ésta para la persona en concreto.

Así lo vemos en el estudio realizado por OBSCAC (2014) en el que el 49% de los expedientes de incapacidad estudiados se señala como motivo de demanda la enfermedad y en el 25,9% no consta ningún motivo de demanda. Estos datos constatan el escaso conocimiento y poca discriminación que se hace entre enfermedad y pérdida de función, así como de otros datos sociales del individuo que deben tenerse en cuenta para valorar las necesidades concretas del mismo para en relación a éstas determinar la capacidad. En este sentido a partir de nuestro estudio piloto decidimos tomar el dato de profesión y nivel académico de la persona evaluada, ítem que finalmente se suprimió, al no aparecer en un elevado porcentaje de los expedientes. De forma similar el informe OBSAC (2014) señala que en el 76% de los casos no se conoce la profesión ni el nivel académico de la persona objeto del procedimiento.

En cuanto al lugar donde se realizó el reconocimiento en un 18,5% se realizaron fuera de la consulta. Se entiende que la situación basal del sujeto le impedía el desplazamiento hasta la consulta. Hay que destacar que en un 17,7% no consta donde se realiza el reconocimiento, aunque es aconsejable que se refleje en el informe para determinar la valoración global de sujeto.

Más importancia tienen los informes de los médicos especialistas aportados al procedimiento (psiquiatra, neurólogo, psicólogo...). Si bien damos por hecho que todas las demandas se presentan apoyadas en informes médicos que determinen el diagnóstico, no en todos los informes forenses se hace referencia a la existencia de los mismos. Solo se hace referencia a ellos en un 75%. Sorprende el dato, pues los informes de tratamiento y diagnóstico del enfermo debe ser la base del informe forense.

El diagnóstico tiene que venir dado por los especialistas que han tratado al enfermo, que son los idóneos para establecer éste, siendo la labor del forense la de informar al Juez de las limitaciones que conlleva dicha enfermedad para el sujeto en concreto, teniendo en cuenta todas sus circunstancias personales y sociales, y sobre la nota de permanencia y falta de

autogobierno, para establecer así si se reúnen los requisitos legales para concluir una modificación de la capacidad, ya que el objetivo de la valoración es ajustarse a las necesidades individuales del sujeto, identificando su necesidad de protección y manteniendo sus derechos en las áreas preservadas (Gómez-Durán et al, 2012), lo que hace necesarios estudios sobre la relación de los modelos clínicos y legales de capacidad (Moye et al, 2007) y una intensa relación interdisciplinar entre profesionales clínicos y del ámbito judicial, lo generadores de políticas sociales y legisladores para abordar con éxito el binomio autonomía/protección (Grand et al, 2011).

Igualmente sorprende el dato de que en un porcentaje superior al 90% el diagnóstico no se apoya en ninguno de los test de valoración de la capacidad (OBSCAC 2014, aprox. 90%). En nuestro estudio, hemos recogido, tal y como se dijo en el apartado de Material y Método, el dato de aquellos test de valoración del deterioro intelectual y cognitivo que aparecían al menos una vez en el estudio piloto.

De los test que hemos identificado en nuestro estudio, el Índice de Barthel, aparece en el 3,1% de los casos. Este dato es independiente del sexo de la persona evaluada pero dependiente de la edad, ya que en el 70% de los casos se ha realizado en personas mayores de 70 años, aunque este dato carece de relevancia, dado su escasa aparición. En el caso del Test Minimental solo aparece en 5 de los 777 informes estudiados, a pesar de su demostrada utilidad en el ámbito forense como medida breve, sencilla, objetiva, cuantitativa y fiable de valoración del deterioro cognitivo (López Miquel et al, 2011). Nuestros datos coinciden con los del estudio OBSCAC (2014) en el que el Minimental solo aparece en un 5% de los informes,

Consideramos que es recomendable indicar en el informe el grado de afectación de la enfermedad, según los protocolos internacionales como GDS de Reisberg (Global Deterioration Scale) (Reisberg, 1982) y CDR de Huges (Clinical Scale for the Staging for Dementia) (Huges, 1982), que en el estudio

OSBAC (2014) no aparecen en el 98,8% y en nuestro estudio en el 8% de los casos aparece el GDS, sin diferencias significativas en cuanto a edad y sexo.

Lo mismo sucede respecto del instrumento de valoración para averiguar la capacidad de realizar ABVD de la persona evaluada no aparece reflejado en el 98% de los casos. Ni aún en los casos de incapacitación parcial, en que las capacidades residuales podrían ser variables según las circunstancias socioeconómicas y de funciones cognitivas específicas y que requiere, por tanto, una amplia exploración previa, no quedaba reflejado el grado de afectación, o estadio clínico en que se encontraba la persona evaluada. (Guija, 2015)

SOBRE LA PROPUESTA-CONCLUSION

El 92,5% de los informes concluye algún tipo de incapacidad y el 83,5% una incapacidad total. Solo en el 9% de los casos se ha propuesto una incapacidad parcial, porcentaje que, en contra de lo que se podía esperar, ha ido disminuyendo a lo largo de los años que comprenden el periodo estudiado.

Si trasladamos este dato a las sentencias coincide con las estadísticas presentadas por el CGPJ (Poder Judicial España (ed), 2015) que concluyen que más de un 90% de las sentencias de incapacitación determinan una incapacidad total. Así mismo, según el estudio OBSCAC (2014) el 95% de los casos la sentencia reconoce alguna incapacitación y de ellos el 9% incapacitación parcial, y el 3% de sentencias son desestimatorias. Esto demuestra que estamos muy lejos de los principios impuestos por el Convenio de Nueva York de promover, defender y garantizar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, así como su dignidad.

En relación con la edad, el porcentaje mayor de propuesta de incapacidad total aparece en el tercer tramo (94%) y el menor en el segundo tramo (71%).

El porcentaje mayor de consideración de capacidad completa lo encontramos en el segundo tramo de edad (15%) y el menor en el tercer tramo (2,5%). Las propuestas de incapacidad parcial, aun siendo muy bajas en todos los grupos, fueron mayoritarias en el segundo tramo de edad (15%).

Como ya explicamos en el apartado de causas existe una correspondencia entre la edad y la enfermedad alegada y, consecuente con lo anterior, los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno de síntomas somáticos, y trastornos delirantes tienen mayor porcentaje de propuestas de capacidad completa. En cambio, los diagnosticados por discapacidad intelectual en cualquier grado y trastorno neurocognitivo son propuestos para algún tipo de incapacidad casi en su totalidad. Se ha producido, al menos en un caso, propuestas de capacidad parcialmente limitada en los siguientes diagnósticos causales de pérdida de función: TCE, encefalopatía anóxica, secuelas de ACV, parálisis cerebral, epilepsia, Alzheimer, trastornos de conducta, déficit de atención, trastorno generalizado del desarrollo, T. Personalidad, T. Demencia senil, no especificada, Delirantes, Esquizofrenia, Consumo drogas psicoactivas, Consumo de alcohol, Demencia Vascular.

Especial atención requieren las discapacidades intelectuales. Como era de esperar, la discapacidad intelectual leve es la que tiene mayor porcentaje de propuestas de capacidad completa (14,6%) y de capacidad parcialmente limitada (31,4%). Pero lo que no cabía esperar es que el 54 % de los casos de discapacidad intelectual leve y el 97% de las moderadas fueran propuestas para una incapacitación total.

Llama la atención, que, siendo la incapacitación revisable y modificable, y teniendo en cuenta el alto porcentaje de expedientes de modificación de la capacidad basados en una discapacidad intelectual leve e incluso moderada, ninguno de los 777 expedientes estudiados interesaba una revisión de una incapacitación ya reconocida, si no que todos se correspondían con una

solicitud de modificación de la capacidad de obrar. Esto implica una visión poco dinámica de la discapacidad, cuando debería revisarse las decisiones sobre la capacidad con la frecuencia necesaria, ya que las circunstancias por las que pasan las personas con un trastorno mental o una discapacidad intelectual son cambiantes y dinámicas (Esbec, 2012); (Guija, 2012); (Medina et al, 2015)

De todo lo expuesto podrían extraerse las siguientes **reflexiones**:

La entrada en Vigor de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad establece un cambio de paradigma abandonando el modelo médico-paternalista y pasando a un modelo social, basado en un sistema de apoyos. La pretensión de la convención no es suavizar o hacer más flexibles los regímenes de tutela existentes, si no su desaparición.

La legislación que regula la incapacitación es insuficiente e inadecuada y no está adaptada a la problemática cada vez más cambiante de las personas con discapacidad.

La adaptación de España a los principios del Convenio de Nueva York ha sido pobre y muy tibia, y en la actualidad, seguimos enfrentándonos con un procedimiento anacrónico, no especializado y abocado a la estimación de una incapacidad total, sin tener en cuenta otras cuestiones más que la concurrencia de una enfermedad.

Consideramos que sería necesario un cambio legislativo, que contribuya al cambio radical en cuanto a la discapacidad y respecto de la autonomía de derechos de las personas discapacitadas al que venimos obligados por la ratificación del Convenio de Nueva York.

Los obstáculos del procedimiento serían fácilmente salvables en el marco de la jurisdicción voluntaria, en un procedimiento sin

confrontación y menos oneroso, pero, por supuesto, dotado de las garantías procesales acordes con la gravedad de la materia.

Asimismo, sería conveniente dejar los procedimientos judiciales para la resolución de los casos más complejos, donde está éticamente justificada la limitación de la capacidad para tomar decisiones, y potenciar la autotutela como forma de protección y de respeto a la autonomía y dignidad de las personas con discapacidad. Por lo que habría que estudiar alternativas menos invasivas al procedimiento de modificación de la capacidad de obrar, llevándolas quizás al terreno administrativo promoviendo los sistemas de autotutela, como poderes preventivos, instrucciones previas, patrimonio protegido.

En cuanto a la generalidad de las sentencias, y en aras a la promoción de la autonomía personal que nos imponen los actuales paradigmas de la discapacidad, entendemos que la resolución debe discriminar y preservar las habilidades conservadas de la persona para impulsar su máxima autonomía, proteger a la persona en relación a aquellas habilidades de las que carece y que científicamente se consideren irreversibles y mantener una supervisión constante y de promoción de aquellas de las que carece pero que son recuperables, a través de medidas concretas de tratamiento y de rehabilitación, al objeto de su recuperación.

Tanto para la discriminación de las habilidades como para la rehabilitación de aquellas recuperables, es necesaria la coordinación de las instituciones públicas que tienen como objetivo las diferentes valoraciones de la capacidad, ya que todas ellas van interrelacionadas de forma que una persona incapacitada es dependiente y una persona dependiente tiene alguna discapacidad.

En las demandas debe constar el motivo real que fundamenta su interposición, así como añadir un informe psicosocial que ayudaría a enmarcar a la persona dentro de un contexto determinado que facilitaría la determinación de las necesidades concretas para el desarrollo de su vida y la falta de autogobierno para llevar a cabo las mismas. La falta de finalidad en la demanda hace que la sentencia no precise los ámbitos o decisiones concretas para los que las personas con discapacidad van a depender de su tutor.

El informe forense deberá contener información suficiente relativa al motivo por el que se solicita la modificación de la capacidad de obrar, el diagnóstico y la función o funciones perdidas, y su graduación, así como los test utilizados para informar de dichas valoraciones. Para la realización del informe consideramos imprescindible la coordinación con los especialistas responsables de la persona evaluada (psiquiatras, neurólogos, pediatras, psicólogos, etc...) para acordar un formato homologado y protocolizado que permita transmitir la información con eficacia, precisión y seguridad. Asimismo, debería procurarse la especialización del médico forense que interviene en el procedimiento de modificación de la capacidad de obrar, al objeto de facilitar la tarea de discriminación y graduación de las funciones cognitivas que son causa de la modificación.

Dicho informe debe contener una valoración previa y profunda de las afectividades y las emociones que puedan influir sobremanera en las valoraciones instrumentales que se centran únicamente en el estado neurológico o cognitivo. (Guija, 2012)

Por último, consideramos que un estado del bienestar debe ser proactivo en la consecuencia de la hegemonía en los ámbitos sociales, financieros y asistenciales de los modelos de atención a la persona, alentado desde las políticas públicas.

VII. CONCLUSIONES

1ª La incidencia de procedimientos de modificación de la capacidad de obrar fue baja y se mantuvo estable en contra de lo esperado, dados los cambios sociales, el progresivo envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas de tipo neurológico y degenerativo. No obstante, se iniciaron más procedimientos de los que se necesitarían si se siguieran los principios de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006.

Cronológicamente, existen tres picos de edad en los 18 años, entre los 40 y 50 y entre los 70 a 90, que presenta sus propios perfiles de causa y contexto.

No existían diferencias significativas respecto al sexo, excepto en el grupo de mayores de 70 años en el que predominaban las mujeres.

2ª Los principales trastornos causantes de la modificación de la capacidad de obrar son los trastornos neurocognitivos (Alzheimer, demencia senil y demencia vascular), las discapacidades intelectuales (encefalopatía anóxica, Síndrome de Down y trastornos de la conducta) así como las psicosis (esquizofrenia, frecuentemente asociada al consumo del alcohol y sustancias psicoactivas).

3ª En relación al contexto personal y social de las personas evaluadas, en el grupo de 15 a 42 años predomina el sexo masculino, soltero, que vive en el domicilio de sus padres y que sufre discapacidad intelectual en cualquiera de sus grados; en el grupo de 43 a 69 años predomina también el masculino, soltero, que vive en institución, sufre esquizofrenia y consume alcohol y sustancia psicoactivas; y en el grupo de 70-99 años predomina el sexo femenino, viuda, que vive en institución y sufre trastorno neurocognitivo, principalmente Alzheimer.

4ª La relación entre las distintas instituciones públicas que valoran las enfermedades en términos de discapacidad, dependencia y modificación de la capacidad de obrar es deficiente. El informe forense contiene escasa información relacionada con la personalidad, historia, medios patrimoniales, medios familiares, conocimientos y deseos del demandado, necesarios para determinar su capacidad.

5ª El informe forense contiene escasa información relacionada con la personalidad, historia, medios patrimoniales, medios familiares, conocimientos y deseos del demandado, necesarios para determinar su capacidad

6ª A pesar del tiempo transcurrido no se ha realizado la adaptación legislativa del sistema español a los imperativos de la Convención, salvo algunas modificaciones terminológicas (más teóricas que prácticas), manteniéndose la distinción clásica entre la capacidad jurídica y la capacidad de obrar. El procedimiento es anacrónico y dirigido a la privación total o parcial de esta última, así como la sustitución de la voluntad de la persona con capacidad judicialmente modificada por el tutor o curador, sin tener en cuenta otras cuestiones más que la concurrencia de una enfermedad. De modo que en más del 90% de los casos se valoró una incapacitación total. Esto, junto al alto índice de proposiciones de incapacitación total en los diagnósticos leves y moderados, y unido a la falta de procedimientos de revisión, indica el largo camino que queda por recorrer para alcanzar el equilibrio entre autonomía y protección.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abel F, Cuadrado C, González-Merlo J, Martínez JM, Mateu S, San Frutos L, et al. Esterilización de Personas con Deficiencia Mental. En: Documentos de Consenso S.E.G.O. Comisión de Bioética en Obstetricia y Ginecología. Madrid; 1999; 15-20.

Abellán A, et al. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. Gac Sanit. 2011;25(S):5-11

Acta Sanitaria. Sevilla 10 Oct, 2013. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/en-2012-28000-fueron-incapacitadas-legalmente-en-espana-por-problemas-de-salud-mental/>

Ahacic K, Parker MG, Thorslund M. Mobility limitations in the Swedish population from 1968 to 1992: age, gender and social class differences. Aging (Milano). 2000; 12:190-8.

Albaladejo M. Derecho Civil. Décimo quinta Edición. Barcelona. Librería Box S.L, 2002.

Alberca R. Demencia avanzada en la enfermedad de Alzheimer y memantina. Rev Neurol (Barc). 2005; 439:173-9.

Alberdi Odriozola F et al. Pronóstico de las secuelas tras la lesión cerebral. Med Intensiva. 2009;33(4):171-81

Alvarado BE, Guerra RO, Zunzunegui MV. Gender differences in lower extremity function in Latin American elders: seeking explanations from a life-course perspective. J Aging Health. 2007; 19:1004-24.

Alvarado-Esquivel C, Hernández-Alvarado AB, Tapia-Rodríguez RO, Guerrero-Iturbe A, Rodríguez-Corral K, Martínez SE. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease in elders of nursing homes and a senior centre of Durango City, Mexico. *BMC Psychiatry*, 4 (2004), pp. 3 <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-4-3>. Citado por: López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44:5–11.

Álvarez JS. Estudios observacionales para evaluar la efectividad clínica de los medicamentos. Uso de listas-guía para su diseño, análisis e interpretación. *Atención Primaria*. (2005);35(3):156-162.

Alvarez Marrodán I, Baón Pérez B, et al. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(5):201-204.

Álvarez Pérez R, et al. Guía de Buenas Prácticas sobre Personas con Discapacidad para Profesionales de la Comunicación. Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. 2013.

Álvaro LC. Competencia: Conceptos generales y aplicación en la demencia. *Neurología* 2012;27(5):290-300.

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

Alventosa del Río J. Incapacitación y drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*. 2013;38 (1)

American Psychiatric Association. DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado. Barcelona: Masson. (APA) 2002.

Angora Mazuecos F. Voluntades Anticipadas vs. Instrucciones Previas o Testamento Vital en Atención Primaria de Salud. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2008 Oct [citado 2017 Ene 29]; 2(5): 210-215.

Angora Mazuecos F. Voluntades Anticipadas vs. Instrucciones Previas o Testamento Vital en Atención Primaria de Salud. Rev Clin Med Fam. 2008 2(5): 210-215.

Anía Lafuente, B. J., et al.—Evolución de la incapacidad en los supervivientes de una cohorte de ancianos ingresados en una residencia. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000;35(5):290-293

Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Alves D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. Rev Clin Esp (Barc), 2010b; 210(8): 379-388.

Antolín A, Sánchez M, Llorens P, Sánchez FJM, González-Armengol JJ, Ituño JP, Miró, O. Conocimiento de la enfermedad y del testamento vital en pacientes con insuficiencia cardíaca. Revista española de cardiología. 2010a; 63(12): 1410-1418.

Arauzo V, Trenado J, Busqueta G, Quintana, S. Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. Med Clín. 2010; 134(10): 448-451.

Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2ª Ed. Madrid: Harcourt. 2009

Arroyo-Fernández A, et al. Valoración Médico-Legal De Las Drogas De Abuso. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(16):632-636

Bañón González RM. El diagnóstico médico legal de la capacidad: Autonomía personal en la enfermedad mental. En: *Estudios jurídicos sobre la protección de las personas con discapacidad / coord. por García-Ripoll M, Leciñena Ibarra A*. 2014; 31-50.

Bayó J, Fernández F, Orfila F, Dalfó A, Casajuena J, Vila MA, Plana J, Masseda AM, Vives S, Nebot A. Autopercepción de salud y valoración integral del paciente anciano en un centro de Atención Primaria. *Atenc Prim* 1996; 4:273-9.

Behar, R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En R. Behar & G. Figueroa (Eds.), *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago: Mediterráneo. 2004; 17-53.

Bernad Pérez P. La declaración de incapacidad: Presupuestos médicos de la incapacidad civil. *El Tratamiento Jurídico Civil de la Dependencia*. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/12927/CC-100_art_5.pdf?sequence=1

Bernat JL. *Ethical Issues in Neurology*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008:24-48.

Bernat JL. *Ethical issues in neurology*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008; 358-385.

Block RI, Erwin WJ, Ghoneim MM. Chronic drug use and cognitive impairments. *Pharmacol Biochem Behav*. 2002; (73): 491-504.

Blum B, Gómez-Duran EL, Richards D. Abuso financiero e influencia indebida de las personas de avanzada edad. *Rev. Esp. Med Legal*. 2013; 39:63-69.

Boada M, Robles A, editores. Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2009.

Brickman AM, Riba A, Bell K, et al. Longitudinal assessment of patient dependence in Alzheimer disease. Arch Neurol. 2002; 59:1304–8.

Cabanyes Truffino J. Papel de la neuropsicología en el alcoholismo. Psiquiatr Biol 2003; 10:171-8.

Cabezas Moyano A, Fábrega Ruiz C, Moreno Garrido I Orzáez Fernández JM. Guía práctica sobre la incapacidad judicial y otras actuaciones en beneficio de las personas con discapacidad. La modificación de la capacidad de obrar. Fundación Jiennense de Tutela. Jaén. 4ª edición corregida y aumentada: febrero 2015; 321p.

Cabrera Mercado R. El proceso de incapacitación. Mcgraw Hill, Madrid. 1998; 37 y ss.

Calcedo Ordóñez, A. "La pericial médica en el procedimiento de incapacitación civil." En Los Derechos de las Personas Con Discapacidad. Vol. I. Aspectos Jurídicos. Madrid: Consejo General del Poder Judicial. 2007;227-264.

Camino Garrido, V. La incapacitación de las personas mayores. Informes Portal Mayores, 8. 2003. Recuperado el 25 de marzo de 2017, <<http://www.espaciomayores.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/camino-incapacitacion-01.pdf>>

Cartwright C, De Caria C, Hollander E. Pathological Gambling: A Clinical Review. Journal of Practical Psychiatry & Behavioral Health. 1998; 4(5): 277-286.

Cerrada Moreno M. La incapacitación: cuestiones problemáticas del proceso civil de declaración a la luz de la jurisprudencia. Noticias Jurídicas Julio 2010. Disponible en: <http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4562-la-incapacitacion:-cuestiones-problematicas-del-proceso-civil-de-declaracion-a-la-luz-de-la-jurisprudencia>

Charness ME. Brain lesions in alcoholics. Alcohol Clin Exp Res. 1993; (17): 2-11.

Chimeno Cano M. Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental, Navarra. 2ª ed, Ed. Thomson-Aranzadi, Navarra, 2004

Cid Ruzafa, J. Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública, 1997; 71: 127-137.

CIE 10. Clasificación Estadística Internacional De Enfermedades Y Problemas Relacionados Con La Salud. 10ª Ed. Disponible en: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F31.html

Cifras INE. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>

Clavijo, B. Guía de buenas prácticas en los procedimientos de incapacitación. Fundación Aequitas. Consejo General del Notariado España. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. 2004.

Costa Requena G, Espinosa Val MC, Cristófol R, Cañete J; Demencia avanzada y cuidados paliativos: características sociodemográficas y clínicas. Medicina Paliativa. 2012; 19(2):53-57.

Crisostomo PR, Butler KA. Webster JR, Moran MB. Prevalence of cognitive impairment in an urban Hispanic community population. J Am Geriatr Soc, 50 (2002), pp. 977-978. Citado por: López Mongil R, López Trigo JA,

Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44:5–11.

Cuena Casas M. Los “riesgos” de la longevidad: internamiento y capacidad civil. En Civil, Notarial. Hay Derecho. 2014; Disponible en: <http://hayderecho.com/2014/04/22/los-riesgos-de-la-longevidad-internamiento-y-capacidad-civil/>

Cuenca Gómez P. El sistema de apoyo en la toma de decisiones desde la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: principios generales, aspectos centrales e implementación en la legislación española. En Revista electrónica del Departamento de Derecho de la Universidad de La Rioja. REDUR, 10, 2012; 61-94

Cupers P, Sautter J, Vanvossel A. European Union research policy and funding for Alzheimer disease. Nat Med. 2006;12:774-5.

De Dios C, Goikolea JM, Colomb F, Moreno C, Vieta E. Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014; Núm. 4. 7:179-85

Delgado S. Guija JA, Cabrera J, Fuertes JC. Capacidad de obrar de los trastornos mentales. La valoración médico-legal de la capacidad testamentaria y de la influencia indebida». En Psiquiatría Legal y Forense. Santiago Delgado Bueno y Jose Manuel Maza Martín Coordinadores. Editorial Bosch. 2013

Demirovic J, Prineas R, Loewenstein D, Bean J, Duara R, Sevush S. Prevalence of dementia in three ethnic groups: The South Florida program on aging and health. Ann Epidemiol. 2003; 13(6):472-8

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600006&lng=es.

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09461-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09461-8). Citado por: López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44:5–11.

DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. American Psychiatric Association. 2013.

Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:1323-1334.

Echeburúa E, De Corral P. Adicciones psicológicas: Más allá de la Metáfora. *Clínica y Salud*. 1994; (5): 251-258.

Echeburúa E. Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*. 1992. (4): 7-20.

Engedal, K, Haugen PK. The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. *Int J Geriatr Psychiatry*, 8 (1993), pp. 565-570. Citado por: López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44:5–11.

Esbec Rodríguez, E. Un nuevo modelo de modificación y delimitación de la capacidad de obrar de la persona con discapacidad. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 12, 2012, págs. 121-147.

Escudero MC, Salan M, Pérez A, González E, Sánchez F, Fernández N, López MA. Apoyo social de la población mayor de 74 años en el medio comunitario. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 1999; 9: 154-160.

Esparza Olcina C. La esterilización de los incapaces. *Rev Ped de Atención Primaria*. 2002;4(14):117-125.

Esping-Andersen, G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press. 1999

Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, Singer PA, McKenny J, Naglie G, et al. Assessment of patient's capacity to consent to treatment. *J Gen Int Med*. 1999; 14:27-34. Disponible en: <http://joincentreforbioethics.ca/disclaimers/ace/htm>.

Ethical Practice. En *Ethical Issues in Neurology*. Ed: Bernat JL. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, USA; 2008; 24-48.

Europapress. Epsocial. España desobedece a la ONU e impide votar a 80.000 personas con discapacidad Actualizado 13/04/2015. Disponible en: <http://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-espana-desobedece-onu-impide-voto-80000-personas-discapacidad-20150412115237.html>

Everitt, Brian S. *Statistical Analyses Using S-Plus*. Chapman & Hall, Boca Raton, FL. 1994.

Fábrega Ruiz CF, Heredia Puente, M. Algunas ideas sobre el modelo institucional de protección de incapaces en el Derecho Civil Español. *Revista del Poder Judicial*, nº 48, 1997; 508.

Fábrega Ruiz CF. Aproximación a la crisis de los modelos clásicos de guarda de incapaces. Estudios Jurídicos del Ministerio Fiscal, núm. VII, Madrid 1997.

Fábrega Ruiz, CF. La Protección Jurídica de las Personas con Discapacidad a la luz de la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Tesis Doctoral. Jaén: Universidad de Jaén. 2016.

Fernández Mosquera JA, Pons Tubio A. Trastornos del Desarrollo con Discapacidad Intelectual. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería Salud de Andalucía. Ed. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010.

Fernández-Montalvo J, Báez C, Echeburúa E. Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores de máquinas tragaperras. Clínica y Salud. 2000; (11): 5-14.

Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A, Mathers C, Menezes PR, Rimmer E, Sczufca M; Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Alzheimer's Disease International. Lancet. 2005 Dec 17;366 (9503):2112-7.

Fiona E, Matthews MSC. Prevalence of dementia in institutional care. Volume 360, Núm. 9328:225–226.

Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. Journal of Psychiatric Research, 12(3); 189-198. Disponible en : Mini Mental State Examination. (MMSE). Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979).

Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF, et al. Declines in late-life disability: the role of early- and mid-life factors. *Soc Sci Med.* 2008; 66:1588–602.

Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: A systematic review. *JAMA.* 2002; 288 (24):3137–3146. [PubMed]

Fukuyama F. El fin del Hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica. 1ª Edición. Barcelona: Sine qua non; 2002;107 y ss.

Fuller-Thomson E, Yu B, Nuru-Jeter A, et al., Basic ADL. disability and functional limitation rates among older Americans from 2000-2005: The end of the decline. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009; 64:1333-6.

García Calvente, Y. “La figura de los patrimonios protegidos”, en Calvo Ortega, R. y García Calvente, Y. Situaciones de dependencia: regulación actual y nuevas perspectivas, Thomson-Civitas, Cizur Menor (Navarra). 2007

García de Blas F, González-Montalvo JI, Bermejo F, Colmenarejo C, Delgado, L, Miguel I. Salud general, funcional y mental en la población anciana de tres barrios de Madrid. *Rev Gerontol*1995 ;2 :81-8.

García Sánchez, MJ. Cuidados Del Cuidador. Hábitos Para Un Envejecimiento Saludable. Edit. Um. 2015; 37-53.

García-Lubén Barthe, P. (2003). Procesos de reintegración de la capacidad y modificación de la incapacitación. *Saberes: Revista de estudios jurídicos, económicos y sociales.*

García-Palacios A, Rivero I, Botella C. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.* 2004; (2): 91-109.

García-Valdecasas Campelo J. Encuadre nosológico de la "Psicosis Histórica" versus psicosis agudas: Revisión a propósito de un caso. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2005; 25, (95): 9-24

Gerdner A, Svensson K. Predictors of gambling problems among male adolescents. *International Journal of Social Welfare.* 2003; 12 (3): 182-192.

Gete-Alonso MC. La nueva normativa en materia de capacidad de la persona. Civitas. Madrid 1985.

Gispert Magarolas R, et al. Prevalencia de la discapacidad en España por comunidades autónomas: el papel de los factores individuales y del entorno geográfico en su variabilidad. *Rev. Esp. Salud Pública (Internet).* 2009; 821-834.

Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366 (2005), pp. 2112-2117. Citado por: López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0).

Gómez Martínez, MD. Actitudes ante el Documento De Instrucciones Previas, Deseos al Final de la Vida y Preferencias de Tratamiento de Soporte Vital en Población General. Tesis Doctoral. Murcia: Universidad de Murcia. 2015.

Gómez-Durán EL, et al. Cartas al Editor. Respeto a la autonomía del paciente con demencia y la necesidad de colaboración interdisciplinar. *Neurología* 2012; 17.

González Niño MA. Consecuencias Jurídico-Legales De Las Psicopatologías: La Incapacitación Civil. *Foro Neurología.* 1 Congreso Virtual de Neurología. Web: Comunidad Virtual Neurología. Actualizado 2017-04-1. Disponible en: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-2.html>

González Niño MA. Consecuencias Jurídico-Legales de las psicopatologías: La incapacitación civil. Revista Online. 2001.

Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldorac N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med. Clin (Barc) 2001; 179-190.

Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: Gracia D, Júdez J, editores. Bioética para clínicos. Madrid: Editorial Triacastela; 2005; 21-32.

Grand JH, Caspar S, Macdonald SW. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. J multidiscip Healthc. 2011; 4:125-47.

Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press, 1998.

Guija JA, Núñez M, Giner L, Antequera T, Franco MD. La Voluntad: aproximación desde la perspectiva médico-legal. Foro Justicia y Discapacidad. Consejo General del Poder Judicial. 2012.

Guija JA. Acta Sanitaria. En 2012, 28.000 fueron incapacitadas legalmente en España por problemas de salud mental. Sevilla. 2013(a). Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/en-2012-28000-fueron-incapacitadas-legalmente-en-espana-por-problemas-de-salud-mental/>

Guija JA. La capacidad en la Toma de Decisiones. Aspectos Médico-forenses. En: Voluntad, capacidad y autonomía de la persona en el mundo actual. Psiquiatría y Ley. Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA (Editores). Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editado por psiquiatría.com. 2015

Guilarte Martín-Calero C. Proceso de modificación de la capacidad. Principio de proporcionalidad y principio de autonomía. Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil, N° 101, 2016;111-129.

Guralnik JM, Butterworth S, Wadsworth ME, et al. Childhood socioeconomic status predicts physical functioning a half century later. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006; 61:694–701.

Hagen, C., Malkmus, D., Durham, P. Levels of cognitive functioning. in: *Rehabilitation of the head-injured adult: Comprehensive physical management*. Professional Staff Association of Rancho Los Amigos Hospital, Inc., Downey, CA; 1979:87-89.

Health Care in an Ageing Society. A challenge for all European countries. Background paper on the Netherlands EU presidency. The Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport; 2004.

Helmer C, Peres K, Letenneur L, Gutierrez-Robledo LM, Ramarosan H, Barberger-Gateau P. Dementia in subjects aged 75 years or over within the PAQUID cohort: prevalence and burden by severity. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 22 (2006), pp. 87-94 <http://dx.doi.org/10.1159/000093459>. Citado por: López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44:5–11.

Heredia Puente M, Fábrega Ruiz CF. Algunas ideas sobre el modelo institucional de protección de incapaces en el Derecho civil español. *Revista del Poder Judicial*, nº 48, 1997; 508.

Heredia Puente M, Fábrega Ruiz CF. La tutela de las personas jurídicas. *La ley*, núm. 4593, 28 julio de 1998.

Hernández-Ávila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. *Saludo Pública de México*. 2010;42(2):144-154.

Herrero Alonso I. Nombramiento de tutores: procedimiento para la ejecución del nombramiento. 2003. Disponible en: <http://www.economistjurist.es/articulos-juridicos-destacados/nombramiento-de-tutores-procedimiento-para-la-ejecucion-del-nombramiento/>

Hoyert DL, Heron MP, Murphy SL, Kung HC. Deaths: final data for 2003. *Natl Vital Stat Rep*. 2006; 54:1–120.

Hughes, C.P.; Berg, L.; Danziger, W.L.; Coben, L.A. y Martin, R.L. A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*. 1982; 140: 566-572.

Illana-Conde A. La Ley 41/2003, De 18 De noviembre, De Protección Patrimonial De Las Personas Con Discapacidad Y De Modificación Del Código Civil: Una Nueva Perspectiva En La Protección De Las Personas Mayores Discapacitadas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39(3):185-92

INE. Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Metodología. Madrid: 2010. Disponible en: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530418.pdf>.

INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Metodología. Madrid: INE, IMSERSO y Fundación ONCE; 2001. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/disca99meto_resumen.pdf.

INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, 1986. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1987.

Informe final. Observatorio sobre salud cognitiva, autonomía, competencia y derechos humanos. Disponible en: <file:///Users/Pep/Downloads/20141106%20Memoria%20Final%20OBSCAC.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Notas de prensa. 2008.

Jerez S, Alvarado L, Paredes A, Montenegro A, Montes C, Venegas L. Programa de trastornos de personalidad de la Clínica Psiquiátrica Universitaria: un enfoque multidisciplinario. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2001 Ene [citado 2017 Mar 28]; 39(1): 69-77. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000100020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272001000100020>.

Jiménez Liébana D. La Protección Jurídica de las personas con discapacidad a la luz de la Convención De Naciones Unidas de los Derechos de las personas Discapacitadas. Tesis Doctoral. Jaén: Universidad de Jaén. Facultad De Ciencias Sociales Y Jurídicas. 2016.

Jordi López, M; Gabriel Martí, Agustí. Medicina Forense Práctica. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) Mini-Mental State Examination (MMSE). *Rev Esp Med Legal.* 2011;37(3):122-127.

Knight RG, Longmore BE. Cognitive imparment in alcoholics. En: Knight RG, Longmore BE, editors. *Clinical neuropsychology of alcoholism.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Cognitive imparment in alcoholics. En: Knight RG, Longmore BE, editors. *Clinical neuropsychology of alcoholism.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994; 225-265.

Koskinen S, Hokkinen E-M, Wilson L, Sarajuuri J, von Steinbüchel N, Truelle J-L. Comparison of subjective and objective assessments of outcome after traumatic brain injury using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil.* 2011; 33:2464-2478

Kurz A, Pohl C, Ramsenthaler M, Sorg C. Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009; (24):163-168.

La incapacitación, Reflexiones sobre la posición de Naciones Unidas. Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas 39. 2016. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/11652801/incapacitacion/2e1c202b-019a-4248-9168-38a27c97c25c>.

Lakdawalla DN, Bhattacharya J, Goldman DP. Are the young becoming more disabled? Health Aff (Millwood). 2004; 23:168–76.

Laxe S, et al. Instrumentos de medida más frecuentemente empleados en la valoración del traumatismo craneoencefálico. Rehabilitación (Madrid). 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2013.09.003>

Leite Priscilla L, Silva A. Psychiatric and socioeconomic aspects as possible predictors of compulsive buying behavior. Trends Psychiatry Psychother. [online]. 2016; 38(3): 141-146. (cited 2017-03-27). Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892016000300141&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0057>.

Li H, Li J, Li N, Li B, Wang P, Zhou T. Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis Ageing Res Rev. 2011; (10):285-296.

Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc 1932; 140: 55-65

López Barja de Quiroga J. Tratado de Derecho Procesal Penal., Navarra, Editorial Aranzadi S.A., 2007.

Lopez Burniol JJ. Más Allá de las palabras. Rev Med Int Sindr Down. 2010;14(2):17-18

López Miquel J, Martín Agustí A. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Rev Esp Med Legal. 2011;37(3):122-127

López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *RevEspGeriatrGerontol*. 2009; 44:5–11.

López-Pousa S, Lombardía Fernández C. ¿Demencia o Trastornos Neurocognitivo Mayr? *Alzheimer Real Inves Demenc*. 2014; 56:3–6.

Magaziner J, German P, Zimmerman SI, Hebel JR, Burton L, Gruber-Baldini AL. The prevalence of dementia in a state-wide sample of new nursing home admissions aged 65 and older: diagnosis by expert panel. *Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group. Gerontologist*, 40 (2000), pp. 663-672. Citado por: López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44:5-11.

Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del ministerio fiscal en la protección a las personas con discapacidad y apoyos, en la aplicación de la convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006. Fundación Aequitas. Madrid 2010. 2ª Edición Tirant lo Blanch. Valencia 2011.

Marín Calero C. El derecho a la propia discapacidad, El régimen de la discapacidad de obrar. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces. 2013.

Márquez-Caraveo ME, Zanabria-Salcedo M, Pérez-Barrón V, Aguirre-García E, Arciniega-Buenrostro L, Galván-García CS. Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2011 Oct [citado 2017 Ene 22]; 34(5): 443-449. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500008&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500008&lng=es)

Marson DC, Annis SM, McInturff BS, Bartolucci A, Harrell LE. Error behaviours associated with loss of competency in Alzheimer's disease. *Neurology*. 1999; 53:1983-92. 47.

Marson DC, Chatterjee A, Ingram KK, Harrell LE. Toward a neurologic model of competency: Cognitive predictors of capacity to consent in Alzheimer's disease using three different legal standards. *Neurology*. 1996; 46:666-672.

Marson DC, Ingram KK, Cody HA, Harrell LE. Assessing the competency of patients with Alzheimer disease under different legal standards: A prototype instrument. *Arch Neurol*. 1995; 92:949-954.

Martin LG, Freedman VA, Schoeni R, et al. Trends in disability and related chronic conditions among people ages fifty to sixty-four. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29:725-31.

Martin LG, Freedman VA, Schoeni RF, et al. Health and functioning among baby boomers approaching 60. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009; 64:369-77.

Martínez Baza P. Valoración Médico-Legal de la Incapacitación civil en Valladolid. 2008-01-8. En: www.psiquiatria.com. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/valoracion-medico-legal-de-la-incapacitacion-civil-en-valladolid/#

Martínez Maroto A. Temas Jurídicos Relacionados Con La Enfermedad De Alzheimer. Cuadernos Prácticos sobre la Enfermedad de Alzheimer, 3. Colección Cuadernos Prácticos Afal. 2002.

Masters CL, Beyreuther K. Science, medicine, and the future: Alzheimer's disease. *BMJ* 1998; 316:446-8.

Matthews FE, Denning T. Prevalence of dementia in institutional care. UK Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. *Lancet*. 2002 Jul 20;360 (9328):225-6.

Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA (Editores). La capacidad en la toma de decisiones. Aspectos psiquiátrico forenses. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editado por psiquiatría.com. 2015

Memoria de la Fiscalía Superior de Galicia. 2013.

Memoria de la Fiscalía Superior de Galicia. 2014.

Memoria del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia 2012. Anexo 7. Ed. Gabinete de Comunicación TSJRM. 2013; 31

Memoria Final. Observatorio Sobre Salud, Autonomía, Competencia Y Derechos Humanos. Acrónimo: OBSCAC. Boada Rovira M, Ventura S, Martín Frias E. Entidades Participantes: Colegio Oficial De Médicos De Barcelona. Comb Consejo General Del Poder Judicial. CGPJ. Fundación ACE Institut. 2013.

Ministerio de Justicia. Instituto de Medicina Legal de la Región de Murcia. Memoria De Actividades 2012. Disponible en: <http://20130717> Anexo 7.1 Memoria 2012 IML

Ministerio De Sanidad Servicios Sociales E Igualdad. Registro Nacional de Instrucciones Previas. (2015). (acceso el 26 de agosto de 2015) (Disponible en <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/rnip/home.htm>)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. eCIEMaps. v.3.0.8. Consultado 2017. Disponible en: http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín MD, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2011; 211(9): 450-454.

Moye J, Marson DC. Assessment of Decision- Making Capacity in Older Adults: An Emerging Area of Practice and Research,” *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2007; 62(1):3-11.

Moye J, Marson DC. Assessment of decision-making capacity in older adults: an emerging area of practice and research. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62:3—11.

Munro CA, Saxton J, Butters MA. The neuropsychological consequences of abstinence among older alcoholics: a cross-sectional study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000 Oct; 24(10):1510-1516.

Muñiz Espada E. Descripción de las causas que originan la formación de la tutela. Disponible en: *Actualidad Civil*, nº 11 de 1994; 212.

Nassi Caló L. Revisión por pares: modalidades, pros y contras. *Scielo en perspectiva*. 27-3-2015. Disponible en <http://blog.scielo.org/es/2015/03/27/revision-por-pares-modalidades-pros-y-contras/#.WNj9t4VOLIU>

Nichol AD, Higgins AM, Gabbe BJ, Murray LJ, Cooper DJ, Cameron PA. Measuring functional and quality of life outcomes following major head injury: Common scales and checklists. *Injury*. 2011; 42: 281-287.

Nuestros Mayores, Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid: Consejería de Salud, Series Monográficas; 1989.

Núñez de Arco J. El Informe Pericial en Psiquiatría Forense. Ed. Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca. Sucre. 2007: 164-189

O'Callaghan Muñoz X. La declaración de incapacidad. En: Martínez Die R. La protección jurídica de discapacitados, incapaces y personas en situaciones especiales. Editorial Civitas. 2000; 45-58

OMS. Recuperado el 24 de septiembre de 2011, de Neurociencia del consumo. 2010:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf

Ordás J. Esterilización femenina. En: Calaf Alsina J. Manual Básico de Anticoncepción. 3.^a ed. Barcelona: Masson S.A.; 2005. p. 185-218.

Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del Comportamiento. Versión multiaxial para adultos. Ginebra: OMS; 1996.

Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ed. Cinca. Colecciones Cermi. 2008.

Perpiñá, C. Trastornos alimentarios. En A. Belloch, F. Ramos & B. Sandin. eds. Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill. 1995 (1): 531-557

Poder Judicial España. Presentación Foro Justicia y Discapacidad. Acta de la reunión del órgano rector del Foro Justicia y Discapacidad, celebrada el día 16 de octubre de 2015, en la sede del CGPJ. Disponible en:
<http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Justicia-y-Discapacidad/>

Prevalence of dementia in three ethnic groups: The South Florida program on aging and health. *Ann Epidemiol*, 13 (2003), pp. 472-478. Citado por: López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44:5-11.

Psicodiagnos. Psicología infantil y juvenil. Actualizado 17 de abril de 2017.

Disponible en:
<http://www.psicodiagnos.es/areaclinica/trastornossocialesintelectuales/elretrasomental/index.php>

Ramírez Nebreda N. La entrevista médica. En: Cervera Enguix y otros, Comité Editorial. Manual del Residente de Psiquiatría. Ed. Litofinder S.A. Madrid, 1997, p. 963

Ramos Chaparro E. La persona y su capacidad civil. Madrid: Tecnos; 1995. pp. 200 y ss.

Ramos Chaparro EJ. Incapacidad de obrar y acciones personalísimas de estado. (A propósito de la STC número 311/2000, de 18 de diciembre). Enrique José. Anuario de derecho civil.2002; 55, (2): 809-821

Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. (1982) The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 139(9):1136-9.

Rial A, Varela J, Rojas AJ. Depuración y análisis preliminares de datos en SPSS 2001. Madrid: Ra-Ma.

Rodríguez Caro MV. La incapacitación: nuevo enfoque jurisprudencial de la protección de personas con discapacidad. Novedades en la Ley de Jurisdicción Voluntaria y en el ámbito penal. 27/08/2015. Disponible en:
<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/10439-la-incapitacion:-nuevo-enfoque-jurisprudencial-de-la-proteccion-de-personas-con-discapacidad-novedades-en-la-ley-de-jurisdiccion-voluntaria-y-en-el-ambito-penal/>

Rodríguez-Sacristán J, Buceta MJ. La deficiencia mental. Aspectos psicológicos y psicopatológicos de las estructuras deficitarias. Psicopatología del niño y adolescente. Sevilla. Universidad de Sevilla. 1995; 855-907.

Romero Coloma AM. Capacidad, Incapacidad, e incapacitación. Colección Scientia Jurídica; 2013.

Rosenblatt A, Samus QM, Steele CD, Baker AS, Harper MG, Brandt J, Rabins PV, Lyketsos CG: The Maryland Assisted Living Study: Prevalence, recognition, and treatment. *J Am Geriatr Soc.* 2004, 52: 1618-1625.

Rosenthal M, Stelian J, Wagner J, Berkman P. Diogenes syndrome and hoarding in the elderly. Case reports. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1999; 36: 29-34.

Ruiz Sánchez JJ, Cano Sánchez JJ. Manual de psicoterapia cognitiva. Úbeda (Jaén): R&C Editores; 2002.

Salter K, McClure JA, Foley NC, Teasell R. Community integration following TBI: An Examination of community integration measures within the ICF framework. *Brain Inj.*2011; 25:1147-54.

San José-Sanz L, Sol-Ordis T. San José Sanz L et al. Aspectos Médico-Legales Del Internamiento Psiquiátrico Y La Incapacidad Civil. *Med Clin* 2006; 126:549-53.

San Martín MC. La discapacidad intelectual con una perspectiva inclusiva. Published on Nov 26, 2016 in Educación. *Revista Discapacidad Intelectual.* Revista on.line. Disponible en: <http://www.slideshare.net/MariadelCarmenSanMar/revista-discapacidad-intelectual>.

Sánchez Caro J. Configuración actual de la relación clínica. *Rev Adm Sanit* 2004; (2):433-461.

Sánchez-Caro J. La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas. *Rev Adm Sanit* 2003; 1: 189-202

Sancho Gargallo I. Tratamiento legal y jurisprudencial del consentimiento informado. *Indret* 2. 2004 Disponible en: http://www.indret.com/pdf/209_es.pdf

Santos JL. DSM-5: Novedades y criterios Diagnósticos. Centro Documentación de Estudios y Oposiciones. 2013. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>

Santos Urbaneja F. El internamiento psiquiátrico: problemas que plantea el internamiento involuntario. Estudios Jurídicos del Ministerio Fiscal, III 1995.

Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, et al. Disability trends among older Americans: National Health and Nutrition Examination Surveys, 1988-1994 and 1999-2004. Am J Public Health. 2010; 100:100–7.

Serrano García I. Causas de Incapacitación. Buzón de dudas Jurídicas. Revista En Mente. Número 28. • Marzo 2009. Disponible en: www.ceafa.es • Confederación Española de familiares de enfermos de alzheimer y otras demencias. Revista de la Confederación.

Simón Lorda P, et al. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Medicina Clínica. Vol. 117. Núm. 11. 2001

Simón Lorda P. La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin. Barcelona. 2001; 117: 419-426

Simón P, Júdez J. Consentimiento informado, En: Gracia D, Júdez J, editores. Bioética para clínicos. Madrid: Editorial Triacastela; 2005; 33-54.

Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. En: Gracia D, Júdez J, editores. Bioética para clínicos. Madrid: Editorial Triacastela; 2005; 33-54.

Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc). 2001; 117(3): 99-06.

Simón P, Rodríguez Salvador JJ, Pérez Maroto A, López Pisa RM, Júdez J. La capacidad del paciente para tomar decisiones. En: Gracia D, Júdez J, editores. Bioética para clínicos. Madrid: Editorial Triacastela; 2005; 55-74.

Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Pena- González J, Jiménez-Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria*. 2008b; 40(2): 61-68.

Slutske W S, Caspi A, Moffitt TE, Poulton R. Prospective Study of a Birth Cohort of Young Adults. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62 (7): 769-775.

Slutske WS, Eisen S, Xian H, True WR., Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang, M. A Twin Study of the Association Between Pathological Gambling and Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2001; 110(2): 297-308.

Societat Catalano-Balear de Cures Palliatives. Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida. Pla director sociosanitari del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2008.

Soto-Pérez F, Franco Martín M, Monardes C, Jiménez F. Internet y psicología clínica: Revisión de las ciberterapias. *R.P.P.C.* 2010; (15):19-37

Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44:5–11.

The Maryland Assisted Living Study: prevalence, recognition, and treatment of dementia and other psychiatric disorders in the assisted living population of central Maryland. *J Am Geriatr Soc*, 52 (2004), pp. 1618-1625. Citado por: López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriátría y

Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44:5–11.

Tizón JL. Orientaciones para la atención primaria a los familiares del paciente con psicosis. ¿Qué decir? ¿Qué hacer? FMC. 2009;16(6):359-363

Tizón JL. Orientaciones para la atención primaria de los familiares y allegados del paciente con psicosis (V): la vida en la familia con psicosis. FMC. 2010;17(3):150-7

Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16.

Tristán RM. John Nash denuncia el 'estigma' de la enfermedad mental. El Nobel de Economía, que padeció esquizofrenia, confía en acabar con el rechazo. El Mundo. 26-2-2008; Sec Portada Ciencia.

Tuck RR, Jackson M. Social, neurological and cognitive disorders in alcoholics. Med J Aust. 1991; (155):225-229.

Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. E Valderrama et al. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1997; 32 (5): 297-306.

Valle Muñiz JM, Coor/Quintero Olivares G. Comentarios al nuevo Código Penal. Editorial Aranzadi; 1996

Vidal A C. Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. Revista de Calidad Asistencial. 2007; 22(4): 213-222.

Vilella Sánchez M. Conducta que se ha de seguir para iniciar y valorar la incapacitación legal de un paciente. FMC. 2015;22(2):69-72.

White BC. Competence to consent. Washington: Georgetown University Press; 1994; 154-184.

Winblad I. Comparison of the prevalence of disability in two birth cohorts at the age of 75 years and over. *J Clin Epidemiol* 1993;46(3): 303-8.

Zinn S, Bosworth HB, Edwards CL, Logue PE, Swartzwelder HS. Performance of recently detoxified patients with alcoholism on a neuropsychological screening test. *Addict Behav*, 2003; (28):837-849.

Zinn S, Bosworth HB, Edwards CL, Logue PE, Swartzwelder HS. Performance of recently detoxified patients with alcoholism on a neuropsychological screening test. *Addict Behav*, 28 (2003), pp. 837-849.

Zunzunegui MV. Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. *Gac. Sanit.* 2011;25(S):12-20.

TEXTOS LEGALES

(Orden alfabético y cronológico)

Alfonso el Sabio: Las Siete Partidas (Sevilía: Ungut y Polono, 1491), facsímil, (Valladolid: Lex Nova, 1988), con las concordancias y adiciones de Alonso Díaz de Montalvo, introducción de Gonzalo Martínez Díaz.

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999). Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos. 25 de junio de 1999.

Código Civil Napoleónico, promulgado el 21 de marzo de 1804. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/288487217/Codigo-de-Napoleon>

Consejo de Europa: 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. Oviedo, 4 de abril de 1997.

Constitución Española. BOE 6-12-1978, núm. 311.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York, 13 de diciembre 2006. Disponible en: <http://www.convenciondiscapacidad.es/>

Corrección de errores al Decreto del Consejo de Gobierno 80/2005. BORM 25-02-2006, núm. 47.

Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 2856 (XXVI), de 20 de diciembre de 1971.

Declaración de los Derechos de las Personas con Minusvalía. Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 9 de diciembre de 1975.

Declaración de los Derechos de los Discapacitados. Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 14 de enero de 1977.

Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, por el que se publica el Código Penal, Texto Refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre. BOE 12-12-1973, núm. 297.

Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su Registro. BORM 19-07-2005, núm. 164.

Instrucción 3/2010, sobre la necesaria fundamentación individualizada de las medidas de protección o apoyo en los procedimientos sobre determinación de la capacidad de las personas. Fiscalía General del Estado. Madrid, 29 de noviembre de 2010. Disponible en https://www.fiscal.es/memorias/estudio2016/INS/INS_03_2010.html

Instrumento de Ratificación del 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. Oviedo 4 de abril de 1997. BOE 20-10-1999, número 251.

Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE 21-04-2008, núm. 96.

Ley 49/1960, de 21 de julio, de Propiedad Horizontal. BOE 23-07-1960, número 176.

Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre Extracción y Trasplante de Órganos. BOE 06-11-1979, núm. 266.

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. BOE 17-10-1980, núm. 250.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. BOE 30-04-1982, núm. 103.

Ley 12/1983, de 14 de octubre, reguladora del Proceso Autonómico. BOE 15-10-1983, núm. 247.

Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de Tutela. BOE 26-10-1983, núm. 256.

Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre Protección Civil. BOE 25-01-1985, núm. 22.

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. BOE 03-04-1985, núm. 80.

Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General. BOE 20-06-1985, núm. 147.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 29-04-1986, núm. 102.

Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de Actualización del Código Penal. BOE 22-06-1989, núm.148.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE 24-11-1995, núm. 281.

Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. BOE 08-07-1998, núm. 162.

Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 14-12-1999, núm. 298.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE 8-01-2000, núm. 7.

Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico. BOE 12-07-2002, núm. 166.

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 15-11-2002, núm. 274.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29-05-2003, núm. 128.

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada. BOJA 31-10-2003, núm. 210; BOE 21-11-2003, núm. 279.

Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de Modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad. BOE 19-11-2003, núm. 277.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE 22-11-2003, núm. 280.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. BOE 03-12-2003, núm. 289.

Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. BOE 27-05-2006, núm. 126.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE 15-12-2006, Núm. 299.

Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. BOE 13-04-2007, núm. 89.

Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas BOE 24-10-2007, núm. 255.

Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público. BOE 31-10-2007, núm. 261.

Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la Carrera Militar. BOE 20-11-2007, núm. 278.

Ley 49/2007, de 26 de diciembre, de Infracciones y Sanciones en Materia de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. BOE 27-12-2007, núm. 310.

Ley 1/2009, de 25 de marzo, de Reforma de la Ley de 8 de junio de 1957, sobre el Registro Civil, en Materia de Incapacitaciones, Cargos Tutelares y Administradores de Patrimonios Protegidos, y de la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, sobre Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de Modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil de la Normativa Tributaria con esta finalidad. BOE 26-03-2009, núm. 73.

Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código civil de Cataluña, relativo a la Persona y la Familia. Diari Oficial Generalitat Catalunya 05-08-2010, núm. 5686; BOE 21-08-2010, núm. 203.

Ley 26/2011, de 1 de agosto, de Adaptación Normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. BOE 02-08-2011, núm. 184.

Ley 15/2015, de 2 de julio, de Jurisdicción Voluntaria. BOE 03-07-2015, núm. 158.

Ley Orgánica 7/ 2015, de 21 de julio, por la que se Modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. BOE 22-07-2015, núm. 174.

Orden Ministerial del Ministerio de Justicia 332/2002, de 31 de enero. BOE 21-02-2002, núm. 45.

Orden de 17 de julio de 2002 de la Consejería de Trabajo y Política Social, por la que se establece el procedimiento de actuación del ISSORM, para la

aplicación y desarrollo del Real Decreto 1971/1999, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BORM 14-012002, núm. 188.

Real Decreto de 3 de febrero de 1881, de promulgación de la Ley de Enjuiciamiento Civil. GACETA 05-02-1881, núm. 36.

Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Gaceta 17-09-1882.

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. BOE 25-07-1889, núm. 206.

Real Decreto 386/1996 de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal. BOE 09-03-1996, núm. 60.

Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal. BOE 25-06-1999, núm. 151.

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía. BOE 26-01-2000, número 22.

Real Decreto 1169/2003, por el que se Modifica el Anexo I del Real Decreto 1971/1999, de Procedimiento para el Reconocimiento y Calificación del Grado de Minusvalía. BOE 04-10-2003, núm. 238.

Real Decreto 1451/2005, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ingreso, Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional del Personal Funcionario al Servicio de la Administración de Justicia. BOE 27-12-2005, núm. 309.

Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Discapacidad y por el que se Modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre. BOE 26-12-2009, núm. 311.

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE 29-06-1994, núm. 154.

Real Decreto-Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social. BOE 08-08-2000, núm. 189.

JURISPRUDENCIA

(orden cronológico)

Sentencia de 9 de febrero de 1986, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia de 10 de febrero de 1986, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo. RJ 1986/520.

Sentencia 112/1988 de 8 de junio, del Tribunal Constitucional. BOE 25-06-1988, núm. 152.

Sentencia 995/1991 de 23 de diciembre, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia de 31 de diciembre de 1991, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo. (RJ 1991/9483).

Sentencia de 12 de noviembre de 1992, de la Audiencia Provincial de Palma de Mallorca.

Sentencia 215/1994 de 14 de julio, del Tribunal Constitucional. BOE 18-08-1994, núm. 197.

Sentencia 24/1998 de 27 de enero, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia 185/2000 de 4 de marzo, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia de 29 de diciembre de 2000, del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León (RJ 2000\9673).

Sentencia 174/2002 de 9 de octubre, del Tribunal Constitucional. BOE 24-10-2002, núm. 255.

Sentencia de 11 de junio de 2004, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia 646/2004 de 30 de junio, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia 681/2004 de 7 de julio, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia 781/2004 de 14 de julio, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia 127/2005 de 25 de abril, de la Audiencia Provincial de Ciudad Real.

Sentencia 610/2005 de 15 de julio, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia 686/2005 de 27 de octubre, de la Audiencia Provincial de Barcelona.

Sentencia 836/2005 de 10 de noviembre, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia 421/2013 de 24 de junio, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia 341/2014 de 1 de julio, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

Sentencia 372/2014 de 7 de julio, Sala 1ª de lo Civil, del Tribunal Supremo.

IX. ANEXOS

ANEXO I

ÍNDICE DE BARTHEL

Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo/a
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (botella, sonda, orinal ...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas

(a) Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulaci3n		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n
	0	Dependiente
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.	Puntuaci3n Total:
	ASISTIDO/A	VÁLIDO/A	

ANEXO II

ESCALA DE LAWTON Y BRODY	
Escala de actividad instrumental de la vida diaria	Puntos
Capacidad para usar el teléfono:	
. Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
. Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
. Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
. No utiliza el teléfono	0
Hacer compras:	
. Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
. Realiza independientemente pequeñas compras	0
. Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
. Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	
. Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
. Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
. Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
. Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1
. Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
. Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
. No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa:	
. Lava por sí solo toda su ropa	1
. Lava por sí solo pequeñas prendas	1
. Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	
. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
. Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
. Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0
. No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	
. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
. No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
. Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
. Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
. Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL	

Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria.

Máxima dependencia: 0 puntos.

8 puntos: Independencia total.

ANEXO III

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) <i>Basado en Fo/stein etal. (1975), Lobo etal. (1979)</i>	
Nombre:	Varón [] Mujer []
Fecha: F. nacimiento: Edad:	
Estudios/Profesión: Núm. Historia:	
Observaciones:	
¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ORDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.	LENGUAJE (máx. 9)
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)

(1999)

ANEXO IV

ESCALA RANCHO LOS AMIGOS (ERLA) Rancho Los Amigos *Level of Cognitive Functioning Scale*

Nivel 1. No hay respuesta. El individuo parece estar en un sueño profundo o en estado de coma, no responde a ningún estímulo, incluso las voces, los sonidos, la luz o cuando alguien lo toca

Nivel 2. Respuesta generalizada. El individuo permanece alerta durante varios minutos a la vez y responde con mayor frecuencia a los estímulos generales como el dolor. Sus movimientos parecen no tener ningún propósito. Abre los ojos, pero no enfoca la mirada en nada en particular

Nivel 3. Respuesta localizada. El individuo permanece alerta durante varios minutos y a veces responde con mayor constancia a los estímulos generales como voltear la cabeza al oír un ruido, mirar a la gente o apretar una mano cuando se le pide

Nivel 4. Confuso y agitado. El individuo está confuso y agitado en cuanto al lugar en que se encuentra y lo que está sucediendo a su alrededor. La menor provocación puede llevarlo a la agresión, la inquietud o el abuso verbal. Su conversación podría ser confusa o coherente

Nivel 5. Confuso, inapropiado, no agitado. El individuo se encuentra confuso y su conversación podría no tener sentido. La agitación ya no es problema, aunque la persona podría sentirse frustrada a medida que regresa la memoria

Nivel 6. Confuso, apropiado. El habla del individuo tiene sentido y es capaz de desempeñar tareas sencillas como vestirse, comer y lavarse los dientes. Saber cuándo empezar o terminar una actividad podría resultarle difícil, al igual que aprender cosas nuevas

Nivel 7. Automático, apropiado. El individuo es capaz de desempeñar todas las actividades de su propio cuidado y es coherente. Podría tener dificultad para recordar los sucesos recientes. Su capacidad para juzgar y para resolver problemas podría estar alterada, aunque su capacidad para aprender nueva información mejora

Nivel 8. Con propósito, apropiado. El individuo es independiente y puede procesar la nueva información. Ha recuperado su capacidad de juicio y para resolver problemas. Podría ser evidente que tiene algunos problemas con su memoria de corto plazo y su juicio en situaciones poco usuales, pero típicamente no interfieren con su vida diaria

ANEXO V

ESCALA DE ESTADIFICACIÓN CLÍNICA EN LA DEMENCIA (CDR)

	Saludable CDR 0	Demencia Cuestionable CDR 0,5	Demencia Ligera CDR 1	Demencia Moderada CDR 2	Demencia Severa CDR 3
Memoria	No hay pérdida de memoria u olvidos ligeros e inconsistentes.	Olvidos consistentes ligeros; recolección parcial de eventos; olvidos "benignos".	Pérdida de memoria moderada, más marcada para eventos recientes; interfiere en las actividades diarias.	Pérdida severa. Sólo se retiene el material altamente aprendido. El material nuevo se pierde rápidamente.	Pérdida severa; sólo quedan fragmentos.
Memoria (tick level) Orientación		Completamente orientado.	Alguna dificultad en relación con el tiempo. Orientado en lugar y persona durante el examen, pero puede estar geográficamente desorientado.	Usualmente desorientado en tiempo; a menudo en lugar.	Orientado solamente en persona.
Orientación (tick level) Juicio y solución de problemas	Soluciona bien los problemas diarios. El juicio es bueno comparado con el pasado.	Daño dudoso en solución de problemas, similitudes y diferencias.	Dificultad moderada en el manejo de problemas complejos. Juicio social usualmente mantenido.	Daño severo en el manejo de problemas, similitudes y diferencias. Juicio social dañado.	Incapaz de hacer juicios o resolver.
Función en la comunidad	Funciona independientemente a nivel usual en el trabajo, compras, negocios y asuntos financieros; tiene grupos sociales y voluntarios.	Daño dudoso o ligero en estas actividades.	Incapaz de funcionar independientemente en estas actividades, aunque podría involucrarse en algunas. Podría parecer normal a la inspección casual.	No puede funcionar independientemente fuera del hogar.	No puede funcionar independientemente fuera del hogar.
Comunidad (tick level) Hogar y pasatiempos	La vida en el hogar, pasatiempos e interés intelectual bien mantenidos.	Estos intereses están bien mantenidos o ligeramente dañados.	Daño ligero pero definitivo de las funciones en el hogar. Tareas difíciles abandonadas, al igual que pasatiempos o intereses complicados.	Sólo se preservan tareas simples; intereses muy restringidos se sostienen pobremente.	No tiene función significativa en la casa, fuera de su habitación.
Hogar y pasatiempos (tick level) Cuidado personal	Capaz de cuidado personal.	Necesita ayuda ocasional.	Requiere asistencia en el vestirse, en la higiene y mantenimiento de efectos personales.	Requiere mucha ayuda con su cuidado personal.	Requiere mucha ayuda con su cuidado personal.

Valores como 0,5, 1, 2 y 3 sólo si el daño es debido a pérdida cognitiva. Fuente: Morris JC: The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules [see comments]. *Neurology* 1993, 43:2412-2414.

ANEXO VI

Global Deterioration Scale de Reisberg (Escala de deterioro global) de Reisberg	
▪ GDS-1, Ausencia de alteración cognitiva	<ul style="list-style-type: none">▪ (Miniexamen cognoscitivo -MEC- de Lobo entre 30 y 35 puntos). Se corresponde con el individuo normal:▪ Ausencia de quejas subjetivas.▪ Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.
▪ GDS-2, Disminución cognitiva muy leve	<ul style="list-style-type: none">▪ (MEC de Lobo entre 25 y 30 puntos). Deterioro de memoria asociado a la edad▪ Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:<ul style="list-style-type: none">▪ a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.▪ b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.▪ No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.▪ No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.▪ Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
▪ GDS-3, Defecto Cognitivo Leve	<ul style="list-style-type: none">▪ (MEC de Lobo entre 20 y 27 puntos). Se corresponde con el deterioro cognitivo leve:<ul style="list-style-type: none">▪ Primeros defectos claros: manifestaciones en una o más de estas áreas:<ul style="list-style-type: none">▪ a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.▪ b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.▪ c) Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres.▪ d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.▪ e) Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.▪ f) Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.▪ g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.▪ Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva.▪ Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.▪ La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente.▪ Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.
▪ GDS-4, Defecto Cognitivo Moderado	<ul style="list-style-type: none">▪ (MEC de Lobo entre 16 y 23 puntos). Demencia en estadio leve:<ul style="list-style-type: none">▪ Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:<ul style="list-style-type: none">▪ a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.▪ b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.▪ c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes.▪ d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.▪ Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:<ul style="list-style-type: none">▪ a) Orientación en tiempo y persona.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ b) Reconocimiento de personas y caras familiares. ▪ c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidad para realizar tareas complejas. ▪ La negación es el mecanismo de defensa dominante. ▪ Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.
<p>▪ GDS-5, Defecto Cognitivo Moderado-Grave</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (MEC de Lobo entre 10 y 19 puntos). Demencia en estadio moderado:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia. ▪ No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc. ▪ Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar. ▪ Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos. ▪ Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros. ▪ Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos. ▪ No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.
<p>▪ GDS-6, Defecto Cognitivo Grave</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (MEC de Lobo entre 0 y 12 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir. ▪ Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida. ▪ Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario. ▪ Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc. ▪ Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante. ▪ Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. ▪ Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares. ▪ El ritmo diurno está frecuentemente alterado. ▪ Casi siempre recuerda su nombre. ▪ Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno. ▪ Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo. ▪ b) Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza. ▪ c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente. ▪ d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.
<p>▪ GDS-7, Defecto Cognitivo Muy Grave</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (MEC de Lobo = 0 puntos, impracticable). Demencia en estadio grave:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos. ▪ Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación. ▪ Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulación. ▪ El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer. ▪ Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

