

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Análisis de las valoraciones forenses de incapacidad del
partido judicial de San Lorenzo de El Escorial (2006-2018)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Ovidio Fernández Martín

Directores

Andrés S. Santiago Sáez
Ángel Felipe García Martín

Madrid

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología



**ANÁLISIS DE VALORACIONES FORENSES DE INCAPACIDAD
DEL PARTIDO JUDICIAL DE SAN LORENZO DE EL ESCORIAL
(2006-2018)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR POR

Ovidio Fernández Martín

Bajo la Dirección de los Doctores:

Prof. Dr. Andrés S. Santiago Sáez

Prof. Dr. Ángel Felipe García Martín

Madrid 2019



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./Dña. OVIDIO FERNÁNDEZ MARTÍN,
estudiante en el Programa de Doctorado INVESTIGACIONES CC MÉDICO-QUIRÚRGICAS,
de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de
Madrid, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y
titulada:

ANÁLISIS DE VALORACIONES FORENSES DE INCAPACIDAD EN EL PARTIDO JUDICIAL DE SAN LORENZO DE EL ESCORIAL (2006-2018)

y dirigida por: Dr. ANDRÉS S. SANTIAGO SÁEZ y Dr. ÁNGEL FELIPE GARCÍA MARTÍN

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita.

Del mismo modo, asumo frente a la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Madrid, a 15 de julio de 2019

Fdo.: OVIDIO FERNÁNDEZ MARTÍN

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en
la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

EXERGO

"El olvido está lleno de memoria"

Mario Benedetti

AGRADECIMIENTOS

A María Teresa Castanedo Sierra, mi esposa, por su paciencia, comprensión y sacrificio ante la ingente cantidad de tiempo que supone la realización de una tesis doctoral, con la consiguiente reducción de actividades en común.

A mis directores de tesis, los Doctores. D. Andrés Santiago Sáez y D. Ángel F. García Martín, sin cuya ayuda no hubiera visto la luz esta tesis doctoral.

Al Matemático D. Pedro Cuesta Álvaro, quien ha supuesto otra ayuda imprescindible para esta tesis doctoral.

Al Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología, por el soporte y formación recibidos del mismo.

A mi buen amigo el Ilmo. Sr. Juez D. Emiliano Grajera, quien en todo momento me infundió ánimos para perseverar en la lucha por conseguir la materialización de este trabajo de investigación.

A la Dra. Loreto E. Fillat de Acosta, compañera de los estudios de doctorado, por los ánimos que me ha infundido.

ABREVIATURAS

- AA: Alcohólicos Anónimos
- ABC: Actividades Básicas cotidianas
- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria
- ACG: Adjusted Clinical Groups
- ACM: Arteria Cerebral Media
- ACP: Arteria Cerebral Anterior
- ACVA: Accidente Cerebrovascular Agudo
- ACVI: Accidente Cerebro Vascular Isquémico
- AD: Alzheimer's disease
- ADEV: Adicto a Drogas Endovenosas
- AEP: Appropriateness Evaluation Protocol
- AICA: Anterior Inferior Cerebellar Artery
- AJ: Autorización Judicial
- BDI: Beck Depression Inventory
- BDZ: Benzodiazepina
- BHE: Barrera Hematoencefálica
- BOE.: Boletín Oficial del Estado.
- BOTE: Buena Orientación TemporoEspacial
- CC: Código Civil
- CCO: Consciente, Colaborador y Orientado
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
- CGPJ: Consejo General del Poder Judicial
- DOTE: Desorientación tempore espacial
- DPM: Desarrollo Psicomotor

- DV: Demencia vascular
- DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
- EA: Enfermedad de Alzheimer
- EACA: Enfermedades Asociadas al Consumo de Alcohol
- EEF: Estudio Electrofisiológico
- EEG: Electroencefalograma
- FR: Factor de Riesgo
- GRD: Grupos relacionados por el diagnóstico
- GRT: Geriatría
- HIC: Hemorragia intracraneal
- ICP: Incapacidad
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- IPA: Incapacidad Permanente Absoluta
- IPP: Incapacidad Permanente Parcial
- JHF: Jaqueca Hemipléjica Familiar
- LEC: Ley de Enjuiciamiento Civil (y también Ley de Enjuiciamiento Criminal)
- LO: Ley orgánica
- n: Número de elementos
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OR: Odds Ratio, razón de ventajas o razón de productos cruzados
- ORi: Intervalo de confianza inferior de Odds Ratio
- ORs: Intervalo de confianza superior de Odds Ratio
- RD: Real Decreto
- RM Retraso Mental
- RMN: Resonancia Magnética Nuclear

- SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography
- SPSS: Paquete Estadístico para Ciencias Sociales
- TAC: Tomografía Axial Computarizada.
- TC: Tribunal Constitucional
- TS: Tribunal Supremo
- TSJ: Tribunal Superior de Justicia
- χ^2 : Prueba de Chi-cuadrado

ÍNDICE DE CONTENIDOS

EXERGO	1
AGRADECIMIENTOS	2
ABREVIATURAS	3
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE FIGURAS	9
SUMARIO	
<hr/>	
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
I. INTRODUCCIÓN	13
I.1. Generalidades. Concepto y clasificación	13
I.2. Marco jurídico. El código civil	16
II. JUSTIFICACIÓN	28
III. HIPÓTESIS	30
IV. OBJETIVOS	32
IV.1. General	32
IV.2. Específicos	32
V. MATERIAL Y MÉTODO	34
V.1. Material	34
V.1.1. Fuentes de datos	34
V.1.2. Universo del estudio	34
V.1.3. Diseño del estudio y tipo de investigación	34
V.1.4. Definición de variables y sus categorías	34
V.2. Método	36
V.2.1. Procedimiento. Obtención y elaboración de datos	36
V.2.2. Técnicas estadísticas y de análisis de contenido	36

V.2.3. Series temporales y análisis cualitativo	37
VI. RESULTADOS	39
VI.1. Caracterización de las valoraciones de incapacidad	39
VI.2. Contrastes de hipótesis	40
VI.3. Evaluación de las variables asociadas con la valoración de incapacidad	41
VI.4. Series temporales	42
VI.5. Análisis de contenido	42
VII. DISCUSIÓN	46
VIII. CONCLUSIONES	51
IX. RECOMENDACIONES	53
X. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA	55
XI. GLOSARIO DE TÉRMINOS	68
XII. ANEXOS	71
XII.1. Ficha de recogida de datos	71
XII.2. Tablas	72
XII.3. Figuras	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valoración de incapacidad judicial según edad.....	72
Tabla 2. Valoración de incapacidad judicial según sexo.....	72
Tabla 3. Clasificación del estado de capacidad judicial	72
Tabla 4. Incapacidad judicial total según patología.....	72
Tabla 5. Incapacidad judicial parcial según patología.....	73
Tabla 6. Capacidad judicial según revisión médico forense.....	73
Tabla 7. Año de valoración del estado de capacidad judicial.....	73
Tabla 8. Grupo de edad vs Valoración de incapacidad judicial.....	74
Tabla 8 bis. Pruebas de chi-cuadrado (χ^2).....	74
Tabla 9. Grupo de edad (de 18 a 59 años y de 60 y más años) vs Valoración de incapacidad judicial	74
Tabla 9 bis. Pruebas de chi-cuadrado (χ^2).....	75
Tabla 10. Grupo de edad (de 18 a 79 años y de 80 y más años) vs Valoración de incapacidad judicial	75
Tabla 10 bis. Pruebas de chi-cuadrado (χ^2).....	75
Tabla 11. Sexo/Género vs Valoración de incapacidad judicial	76
Tabla 11 bis. Pruebas de chi-cuadrado (χ^2).....	76
Tabla 12. Patología vs Valoración de incapacidad judicial.....	76
Tabla 12 bis. Pruebas de chi-cuadrado (χ^2).....	77
Tabla 13. Resumen de los resultados de la evaluación de las variables consideradas como posibles factores de mayor ocurrencia de incapacidad judicial	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Valoración de incapacidad judicial según edad	78
Figura 2. Valoración de incapacidad judicial según sexo.....	78
Figura 3. Clasificación del estado de capacidad judicial.....	79
Figura 4. Incapacidad judicial total según patología	79
Figura 5. Incapacidad judicial parcial según patología.....	80
Figura 6. Capacidad judicial según revisión médico forense	80
Figura 7. Año de valoración del estado de capacidad judicial.....	81

RESUMEN

Título: Análisis de valoraciones forenses de incapacidad del partido judicial de San Lorenzo de El Escorial (2006-2018).

Introducción: La incapacitación judicial es un procedimiento destinado a determinar si el explorado se encuentra o no en estado de incapacidad a fin de velar por los derechos del mismo. Hay dos intervinientes principales, además del presunto incapaz a valorar: el juez y el médico forense. La decisión final es del juez en su sentencia, pero después del informe no vinculante del médico forense.

El objetivo principal es establecer las características de la persona incapacitada en el partido Judicial de San Lorenzo de El Escorial. Como resultados se han encontrado diferencias de género, relación con la mayor longevidad y con las patologías degenerativas del sistema nervioso central. Existe un crecimiento vegetativo ligero de las incapacidades con el transcurso de los años desde el año 2006 hasta el 2018.

Conclusiones: Los determinantes de la incapacitación son el género femenino, la edad mayor de 80 años y la patología relacionada con toda clase de demencias.

ABSTRACT

Title: Analysis of disability forensic evaluations of the judicial district of San Lorenzo de El Escorial (2006-2018).

Introduction: Judicial incapacitation is a procedure designed to determine if the explored person is in a state of incapacity or not in order to ensure the rights of the same. There are two main interveners, in addition to the alleged incapable to assess: the judge and the forensic doctor. The final decision is of the judge in his sentence, but after the non-binding report of the forensic doctor.

The main objective is to establish the characteristics of the incapacitated person in the Judicial District of San Lorenzo de El Escorial. As results have been found gender differences, relationship with greater longevity and degenerative pathologies of the central nervous system. There is a slight vegetative growth of disability over the years from 2006 to 2018.

Conclusions: The determinants of incapacitation are the female gender, the age over 80 years and the pathology related to all kinds of dementias.

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

I.1. GENERALIDADES. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN

La incapacidad judicial de una persona pertenece al ámbito del Derecho Civil en lo relativo al proceso judicial, y al de la Medicina Legal y Forense en lo referente a la valoración médico forense previa. Aunque los informes médico forenses no son vinculantes en un tribunal, la valoración médico forense suele ser decisiva a la hora de dictarse sentencia por parte del juzgador.

El proceso de incapacidad judicial tiene una gran trascendencia humanitaria y social ya que su finalidad es la protección de quienes no tienen capacidad para gobernar su vida, o para gobernar algunos aspectos de su existencia, como lo relativo a sus bienes, a su salud, o a cualesquiera otros apartados importantes de su vida, cuya falta de dominio le acarrearía un grave perjuicio.

Tal es la importancia del proceso de incapacidad, que incluso viene recogido en la Constitución Española de 1978 en su artículo número 49 al expresar literalmente: «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».

Además, la incapacidad está ampliamente recogida en nuestro Código Civil (artículos 199 y siguientes), y en la Ley de Enjuiciamiento Civil (artículos 756 a 763).

Ese marco legal incluye las causas de la incapacidad y los efectos derivados de la misma (tutela, curatela...) (Uriarte, 2017, Varela, 2013. Marrero, 2010).

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española incapacitar es:

- 1.- Privar de la capacidad o aptitud para algo.
- 2.- Decretar la falta de capacidad civil de personas mayores de edad (en el Derecho).

Definición de Incapacitación informada en la web de la Universidad Complutense de Madrid:

La incapacitación es el mecanismo jurídico previsto para aquellos casos en que enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico impiden a una persona gobernarse por sí misma, teniendo como objetivo la protección de los intereses y derechos del incapacitado, tanto a nivel personal como patrimonial

Varios estudios abordan el concepto de incapacidad (Varela, 2004. Prince, 2000 y 2013. Reitz, 2011).

El Código Civil regula la incapacitación en el Título IX del Libro Primero, intitulado «De la incapacitación».

Concepto de incapacitación (definición de incapacitación dada por la Enciclopedia Jurídica):

“Estado civil de la persona caracterizado por la limitación en la capacidad de obrar y por la sujeción a tutela o curatela. Debe ser declarada judicialmente en virtud de las causas establecidas y tasadas por la ley. El artículo 200 del Código Civil establece como causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma,

Es el acto jurídico por el que una persona es declarada incapaz. La incapacitación sólo puede ser declarada por sentencia judicial fundándose en que el incapacitado, a causa de enfermedad o deficiencia de carácter físico o psíquico, está impedido para gobernarse a sí mismo.

Incapacidad jurídica: “es la carencia de la aptitud para la realización del ejercicio de derechos o para adquirirlos por sí mismo”.

La protección de los derechos del incapacitado puede ser por tutela o por curatela. (Constitución Española de 1978. Artículo 24). (Legislación de la Comunidad de Madrid. Ley 4/1995) (Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 1997) (Campo, 2014. De Castro, 2012. Palacios, 2008).

Tutela: Es el cargo de representación que protege y guarda a los incapaces.

Curatela: es el sistema de protección por el que el curador interviene en los actos en los cuales los menores o el incapaz parcial no puedan realizar por sí solos (Olmedo, 2012, Olmeda, 2004).

En el caso del cargo de curador de un menor: "las resoluciones judiciales sobre los cargos tutelares y de curatela deberán inscribirse en el Registro Civil".

Tipos de incapacidad

- 1.- Incapacidad de ejercicio.
- 2.- Incapacidad de derecho
- 3.- Absoluta.
- 4.- Relativa de hecho.

1. INCAPACIDAD DE EJERCICIO

“La Ley priva a las personas físicas de la facultad de obrar por sí misma, declarándolos incapaces, fundamentándose en la falta o insuficiencia de su desarrollo mental (caso de las personas por nacer, los menores impúberes y los dementes) o la imposibilidad de poder manifestar su voluntad (caso de los sordomudos que no pueden darse a entender por ningún método), considerando que el elemento volitivo (voluntad) es básico en la formación de todo acto jurídico.

2. INCAPACIDAD DE DERECHO

“Es aquella que impide ser titular de determinados derechos. Es siempre relativa, y está establecida expresamente por la Ley. Los padres no pueden contratar con sus hijos menores de edad que se encuentren bajo su patria potestad; el curador respecto de adquirir los bienes de su pupilo” (Yáñez, 2018).

3. INCAPACIDAD ABSOLUTA

La Ley priva a las personas físicas de la facultad de obrar por sí mismas, declarándolos incapaces, fundamentándose en la falta o insuficiencia de su desarrollo mental (caso de las personas por nacer, los menores y los dementes) o la imposibilidad de poder manifestar su voluntad (caso de los sordomudos que no pueden darse a entender por ningún método), considerando que el elemento volitivo (voluntad) es básico en la formación de todo acto jurídico, como ya se ha expuesto anteriormente.

4. INCAPACIDAD RELATIVA DE HECHO

“La incapacidad de hecho relativa implica que aquellos a quienes alcanza, pueden realizar por sí mismos algunos actos jurídicos” (Mesa, 2017) (BOE de 21 de abril de 2008 y de 29 de noviembre de 2018).

I.2.1. MARCO JURÍDICO. EL CÓDIGO CIVIL

En el ámbito jurídico lo concerniente a la incapacitación viene determinado por el Código Civil en sus siguientes artículos:

Artículo 199

Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley.

Artículo 200

Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden a la persona gobernarse por sí misma.

Artículo 201

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.

Artículo 202 a 214 Derogados

Artículo 215

La guarda y protección de la persona y bienes o solamente de la persona o de los bienes de los menores o incapacitados se realizará, en los casos que proceda, mediante:

1. La tutela.
2. La curatela.
3. El defensor judicial.

Artículo 216

Las funciones tutelares constituyen un deber, se ejercerán en beneficio del tutelado y estarán bajo la salvaguarda de la autoridad judicial.

Las medidas y disposiciones previstas en el artículo 158 de este Código podrán ser acordadas también por el juez, de oficio o a instancia de cualquier interesado, en todos los supuestos de tutela o guarda, de hecho o de derecho, de menores e incapaces, en cuanto lo requiera el interés de éstos.

Si se tratara de menores que estén bajo la tutela de la Entidad Pública, estas medidas sólo podrán ser acordadas de oficio, o a instancia de ésta, del Ministerio Fiscal o del propio menor. La Entidad Pública será parte en el procedimiento y las medidas

acordadas serán comunicadas a la Entidad Pública, la cual dará traslado de dicha comunicación al Director del centro residencial o a la familia acogedora.

El **artículo 158**, aludido en este artículo 216, dice lo siguiente: “El Juez, de oficio o a instancia del propio hijo, de cualquier pariente o del Ministerio Fiscal, dictará:

1. Las medidas convenientes para asegurar la prestación de alimentos y proveer a las futuras necesidades del hijo, en caso de incumplimiento de este deber por sus padres.

2. Las disposiciones apropiadas a fin de evitar a los hijos perturbaciones dañosas en los casos de cambio de titular de la potestad de guarda.

3. Las medidas necesarias para evitar la sustracción de los hijos menores por alguno de sus progenitores o por terceras personas y, en particular, las siguientes:

a) Prohibición de salida del territorio nacional, salvo autorización judicial previa.

b) Prohibición de expedición del pasaporte al menor o retirada del mismo si ya se hubiere expedido.

c) Sometimiento a autorización judicial previa de cualquier cambio de domicilio del menor.

4. La medida de prohibición a los progenitores, tutores, a otros parientes o a terceras personas de aproximarse al menor y acercarse a su domicilio o centro educativo y a otros lugares que frecuente, con respeto al principio de proporcionalidad.

5. La medida de comunicación con el menor, que impedirá a los progenitores, tutores, a otros parientes, o a terceras personas establecer

Artículo 217

Sólo se admitirá la excusa de los cargos tutelares en los supuestos legalmente previstos.

Artículo 218. 6

Las resoluciones judiciales sobre los cargos tutelares y de curatela habrán de inscribirse en el Registro Civil.

Dichas resoluciones no serán oponibles a terceros mientras no se hayan practicado las oportunas inscripciones.

Artículo 219. 7

La inscripción de las resoluciones a que se refiere el artículo anterior, se practicará en virtud de testimonio remitido al Encargado del Registro Civil.

Artículo 220. 8

La persona que en el ejercicio de una función tutelar sufra daños y perjuicios, sin culpa por su parte, tendrá derecho a la indemnización de éstos con cargo a los bienes del tutelado, de no poder obtener por otro medio su resarcimiento.

Artículo 221. 9

Se prohíbe a quien desempeñe algún cargo tutelar:

Recibir liberalidades del tutelado o de sus causahabientes, mientras que no se haya aprobado definitivamente su gestión.

Representar al tutelado cuando en el mismo acto intervenga en nombre propio o de un tercero y existiera conflicto de intereses.

Adquirir por título oneroso bienes del tutelado o transmitirle por su parte bienes por igual título.

I.2.2. MARCO JURÍDICO. LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL

Artículo 752. La Prueba

1. Los procesos a que se refiere este Título se decidirán con arreglo a los hechos que hayan sido objeto de debate y resulten probados, con independencia del momento en que hubieren sido alegados o introducidos de otra manera en el procedimiento.

Sin perjuicio de las pruebas que se practiquen a instancia del Ministerio Fiscal y de las demás partes, el tribunal podrá decretar de oficio cuantas estime pertinentes.

2. La conformidad de las partes sobre los hechos no vinculará al tribunal, ni podrá éste decidir la cuestión litigiosa basándose exclusivamente en dicha conformidad o en el silencio o respuestas evasivas sobre los hechos alegados por la parte contraria. Tampoco estará el tribunal vinculado, en los procesos a que se refiere este título, a las disposiciones de esta Ley en materia de fuerza probatoria del interrogatorio de las partes, de los documentos públicos y de los documentos privados reconocidos.

3. Lo dispuesto en los apartados anteriores será aplicable asimismo a la segunda instancia.

4. Respecto de las pretensiones que se formulen en los procesos a que se refieren este título, y que tengan por objeto materias sobre las que las partes pueden disponer libremente según la legislación civil aplicable, no serán de aplicación las especialidades contenidas en los apartados anteriores.

Artículo 759 Ley de Enjuiciamiento Civil: Pruebas y audiencias preceptivas en los procesos de incapacitación

En los procesos de incapacitación, además de las pruebas que se practiquen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 752, el tribunal oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí mismo y acordará los dictámenes periciales necesarios o pertinentes en relación con las pretensiones de la demanda y demás medidas previstas por las leyes. Nunca se decidirá sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial médico, acordado por el tribunal.

En relación con la última frase de este artículo podríamos reseñar el dicho que reza “Los médicos forenses son los ojos y las manos del juez”. En efecto, aunque los informes médicos forense no son vinculantes, generalmente son determinantes

CAPÍTULO II de la LEC:

De los procesos sobre la capacidad de las personas

Artículo 756 Competencia

Será competente para conocer de las demandas sobre capacidad y declaración de prodigalidad el Juez de Primera Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiera la declaración que se solicite.

Artículo 757 Legitimación en los procesos de incapacitación y de declaración de prodigalidad

1. La declaración de incapacidad puede promoverla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes, o los hermanos del presunto incapaz.

Número 1 del artículo 757 redactado por el artículo 14 de la 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 («B.O.E.» 19 noviembre) Vigencia: 20 noviembre 2003

2. El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.

3. Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

4. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, la incapacitación de menores de edad, en los casos en que proceda conforme a la Ley, sólo podrá ser promovida por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.

5. La declaración de prodigalidad sólo podrá ser instada por el cónyuge, los descendientes o ascendientes que perciban alimentos del presunto pródigo o se encuentren en situación de reclamárselos y los representantes legales de cualquiera de ellos. Si no la pidieren los representantes legales, lo hará el Ministerio Fiscal.

Artículo 758 Personación del demandado

El presunto incapaz o la persona cuya declaración de prodigalidad se solicite pueden comparecer en el proceso con su propia defensa y representación.

Si no lo hicieren, serán defendidos por el Ministerio Fiscal, siempre que no haya sido éste el promotor del procedimiento. En otro caso, el Secretario judicial les designará un defensor judicial, a no ser que estuviere ya nombrado.

Párrafo segundo del artículo 758 redactado por el apartado siete de la disposición final tercera de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria («B.O.E.» 3 julio) Vigencia: 23 julio 2015

Artículo 759 Pruebas y audiencias preceptivas en los procesos de incapacitación

1. En los procesos de incapacitación, además de las pruebas que se practiquen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 752, el tribunal oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí mismo y acordará los dictámenes periciales necesarios o pertinentes en relación con las pretensiones de la

demanda y demás medidas previstas por las leyes. Nunca se decidirá sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial médico, acordado por el tribunal.

2. Cuando se hubiera solicitado en la demanda de incapacitación el nombramiento de la persona o personas que hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él, sobre esta cuestión se oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, a éste, si tuviera suficiente juicio, y a las demás personas que el tribunal considere oportuno.

3. Si la sentencia que decida sobre la incapacitación fuere apelada, se ordenará también de oficio en la segunda instancia la práctica de las pruebas preceptivas a que se refieren los apartados anteriores de este artículo.

Artículo 760 Sentencia

1. La sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado, y se pronunciará, en su caso, sobre la necesidad de internamiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 763.

2. En el caso a que se refiere el apartado 2 del artículo anterior, si el tribunal accede a la solicitud, la sentencia que declare la incapacitación o la prodigalidad nombrará a la persona o personas que, con arreglo a la Ley, hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él.

3. La sentencia que declare la prodigalidad determinará los actos que el pródigo no puede realizar sin el consentimiento de la persona que deba asistirle.

Artículo 761 Reintegración de la capacidad y modificación del alcance de la incapacitación

1. La sentencia de incapacitación no impedirá que, sobrevenidas nuevas circunstancias, pueda instarse un nuevo proceso que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación ya establecida.

2. Corresponde formular la petición para iniciar el proceso a que se refiere el apartado anterior, a las personas mencionadas en el apartado 1 del artículo 757, a las que ejercieren cargo tutelar o tuvieran bajo su guarda al incapacitado, al Ministerio Fiscal y al propio incapacitado.

Si se hubiera privado al incapacitado de la capacidad para comparecer en juicio, deberá obtener expresa autorización judicial para actuar en el proceso por sí mismo.

3. En los procesos a que se refiere este artículo se practicarán de oficio las pruebas preceptivas a que se refiere el artículo 759, tanto en la primera instancia como, en su caso, en la segunda.

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.

Artículo 762 Medidas cautelares

1. Cuando el tribunal competente tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, adoptará de oficio las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio y pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal para que promueva, si lo estima procedente, la incapacitación.

2. El Ministerio Fiscal podrá también, en cuanto tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación de una persona, solicitar del tribunal la inmediata adopción de las medidas a que se refiere el apartado anterior (Pampin, 2019).

Las mismas medidas podrán adoptarse, de oficio o a instancia de parte, en cualquier estado del procedimiento de incapacitación.

3. Como regla, las medidas a que se refieren los apartados anteriores se acordarán previa audiencia de las personas afectadas. Para ello será de aplicación lo dispuesto en los artículos 734, 735 y 736 de esta Ley.

Artículo 763 Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico

1. 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 por el internamiento.

El inciso «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» del párrafo primero del artículo 763.1, ha sido declarado inconstitucional por STC 132/2010, de 2 diciembre (Sala Pleno), con el efecto establecido en el Fundamento Jurídico 3.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del

centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

El inciso «la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida» del párrafo segundo del artículo 763.1, ha sido declarado inconstitucional por STC 132/2010, de 2 diciembre (Sala Pleno), con el efecto establecido en el Fundamento Jurídico 3.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente (Elósegui, 2008).

He de añadir a lo anterior que el hecho de la intervención judicial en el proceso de incapacitación es una garantía de que se respetan los derechos del presunto incapaz y de que se cumple la legislación en material de los derechos de paciente, fundamentalmente la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica y 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.

Pero la determinación de una calificación de incapacidad no sólo tiene la finalidad de velar por los derechos e interés del incapacitado, sino que también tiene una finalidad de protección de la sociedad, por ejemplo, retirando la autorización para conducir vehículos a motor a fin de evitar que quien ya no está capacitado para conducir pueda provocar accidentes.

También puede tener repercusiones políticas. Por ejemplo, la capacidad para votar de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias fue cuestionada en las elecciones presidenciales estadounidenses del año 2000, en las cuales George Bush fue elegido presidente gracias los resultados electorales del Estado de Florida, en el cual reside un alto porcentaje de personas mayores, y, por tanto, se estima la prevalencia de demencia entre los votantes de Florida sea igualmente alta (Álvaro 2011).

El asunto fue debatido en revistas de muy alto impacto (JAMA y Neurology).

En España los incapaces ya pueden votar desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 2/2018, promulgada el 5 de diciembre, para la modificación de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General para garantizar el derecho de sufragio de

todas las personas con discapacidad (BOE: Boletín Oficial del Estado, Núm. 294 jueves 6 de diciembre de 2018). La Ley anterior en virtud de la cual no podían votar (L.O. 5/1985 del Régimen Electoral General) está recogida en el B.O.E núm. 147, de 20 de junio de 1985.

Esto no ocurre en todos los países, pues España es uno de los pocos países europeos en eliminar todas las restricciones al derecho al voto de los discapacitados.

Es significativo el hallazgo de que la incidencia de deterioro cognitivo es mayor en el género femenino que en el masculino, lo cual no sólo está determinado por la mayor longevidad del sexo femenino, según se desprende de este estudio y de los de otros autores al valorar los diferentes rangos de edad.

Las demencias y el retraso mental pueden estar asociadas a otras patologías mentales, como la depresión (Martínez-Mendoza, 2007. Novell, 2003, Carulla, 2003, Russell, 2003. Schenck, 1999. Lazarus, 1987. Reifler, 1982) o alteraciones de la conducta (Sultzer, 1992.)

La irreversibilidad de la Enfermedad de Alzheimer supone un importante problema social, por lo que en algunos estudios se analizan los métodos de detección precoz para una pronta actuación terapéutica paliativa a fin de enlentecer la evolución (Organización Mundial de la Salud. Moser, 2019. Livingston, 2017. Martínez Lage, 2017. Niu, 2017. Puga, 2007. Lobo, 2007. Velasco, 2005. McGregor, 2003. López, 2002. Martínez de la Iglesia, 2001. Morris, 2001. Maly, 1997. Peña-Casanova, 1999. Fierro, 1984. Pfeifer, 1975). Algunos estudios e informes abordan el estudio del envejecimiento (Naciones Unidas: Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002).

Los antecedentes históricos de la protección de los discapacitados se remontan al Paleolítico, por lo que podemos hablar incluso de antecedentes prehistóricos, de acuerdo con lo que se deduce del hallazgo de restos fósiles humanos de hace más de 200.000 años, es decir en el final del Pleistoceno (Trinkaus, 1993), con graves deficiencias por las cuales no podrían haber sobrevivido sin ayuda, y menos aún llegar a la vejez, en una sociedad cazadora (Horgan, 1988).

En la sociedad del Homo Neanderthalensis ya se practicaban cuidados de salud y de protección al enfermo (Spinkins 2018).

Para los grupos humanos del final del Pleistoceno ofrecer ayuda a los demás era la norma (Tilley, 2015).

La compasión por el deficiente y el débil en general es un sentimiento presente en toda la Historia de la humanidad, aunque siempre ha habido individuos que no experimentan ese sentimiento.

II. JUSTIFICACIÓN

II. JUSTIFICACIÓN

Con el progresivo incremento de la longevidad está aumentando exponencialmente la incidencia de enfermedades incapacitantes, especialmente las relacionadas con el deterioro cognitivo. Pero el deterioro cognitivo no es la única causa de incapacidad.

Las enfermedades incapacitantes suponen una gran carga para la familia del incapaz y para la sociedad, en una época en la que casi ha desaparecido la figura del cuidador perteneciente a la familia, por lo que el destino más frecuente de estos enfermos es la institucionalización en un centro adecuado.

Menos frecuentemente, el enfermo es cuidado en el seno familiar, opción elegida cuando algún o algunos componentes de la familia se consideran capaces y con las necesarias energías y tiempo para tal cometido.

En otras ocasiones se contrata a cuidadores profesionales a domicilio encargándose éstos de la totalidad del cuidado del incapaz, o bien compartiendo dicho cuidado con la participación en el mismo de algún miembro o miembros de la familia.

Como médico forense que desarrolla la actividad profesional en el Partido Judicial de San Lorenzo de El Escorial, situado en el Noroeste de la Comunidad de Madrid, he observado casos muy diversos de incapacitación. Se trata de una zona en la cual, debido, entre otros motivos, al entorno privilegiado de la Sierra Noroeste de Madrid, proliferan las residencias de Personas Mayores buscando un entorno tranquilo, generalmente ubicadas en poblaciones de pequeño tamaño, por lo que el entorno natural de la Sierra se encuentra a escasa distancia de la residencia, prácticamente a partir del límite externo de dichas poblaciones.

La enorme repercusión de la incapacidad de una persona para su entorno familiar y para la sociedad justifica un estudio sobre este fenómeno sanitario y social.

Asimismo, diversos estudios (Maust, 2015. Meguro, 3014. Nordström, 2013. Rizzuto, 2012. Brodaty, 2012. Haupt, 2006. Newcomer, 2005. Gasper, 2005. Brookmeyer, 2002. Roig, 1998) constatan una mayor mortalidad en los casos de demencia que en la población general, por lo que todo estudio sobre las demencias, y especialmente los dirigidos a buscar nuevas terapias pueden secundariamente incidir en un posible descenso de la mortalidad de la población (Roberson, 2005).

III. HIPÓTESIS

III. HIPÓTESIS

La presencia de incapacidad está muy influida por el género (sexo), pues la incidencia de incapacidad es mayor en el sexo femenino. Aunque aparentemente es debido a la mayor longevidad de las mujeres, sólo lo es parcialmente, pues además está determinada por otros determinantes fisiológicos y también contribuyen otras variables tales como el tipo de patología, y el año de pronunciamiento del estado de capacidad judicial de la persona.

IV. OBJETIVOS

IV. OBJETIVOS

IV.1. GENERAL

Determinar las características y causas médico-legales principales relativas a los casos de incapacidades judiciales valorados por este médico forense en el partido judicial de San Lorenzo de El Escorial durante el periodo 2006-2018 con ocasión de su ejercicio profesional como médico forense.

IV.2. ESPECÍFICOS

1. Identificar las características fundamentales para la valoración de la capacidad judicial, considerando la edad, el sexo y el tipo de patologías que conforman la esencia del informe médico forense.
2. Conocer la influencia de las variables del estudio extraídas de las valoraciones médico forenses para la determinación de la incapacidad judicial.
3. Evaluar la tendencia temporal de las valoraciones de la capacidad judicial.
4. Efectuar un análisis de contenido de las valoraciones de capacidad judicial.

V. MATERIAL Y MÉTODO

V. MATERIAL Y MÉTODO

V.1. MATERIAL

V.1.1. FUENTES DE DATOS

El material a estudiar lo conforman los informes médico forenses sobre valoración de capacidad judicial, emitidos en soporte papel, en el Partido Judicial de San Lorenzo de El Escorial, durante un periodo de trece años.

V.1.2. UNIVERSO DEL ESTUDIO

El universo del estudio está constituido por la totalidad de los informes médico forenses emitidos por el autor de la tesis en su propio ejercicio profesional como médico forense sobre capacidad judicial en el Partido Judicial de San Lorenzo de El Escorial, desde el año 2006 hasta el año 2018, ambos inclusive.

Las cifras comprendieron 305 casos informados en los trece años.

V.1.3. DISEÑO DEL ESTUDIO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo y un análisis transversal de todos los informes médico forenses realizados por el autor de la tesis para la valoración de la capacidad judicial en el partido judicial de San Lorenzo de El Escorial durante los trece años del estudio.

V.1.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES Y SUS CATEGORÍAS

Las variables independientes empleadas en el presente trabajo y su codificación para tratamiento estadístico son las siguientes:

1. Grupos de edad: Referido al tramo de tiempo de existencia, en años, transcurrido desde la mayoría de edad de los sujetos que intervienen en el estudio.

1 = De 18 a 29 años

2 = De 30 a 59 años

3 = De 60 a 79 años

4 = De 80 años y más

2. Sexo/Género: Referido al dimorfismo de la especie humana en dos categorías: hombre o mujer.

1 = Hombre

2 = Mujer

3. Estado de capacidad judicial: Referido a la capacidad jurídica de la persona en el Derecho

- 1 = Capacitado
- 2 = Incapacidad parcial
- 3 = Incapacidad total

4. Tipo de patología: Referido a la presencia de enfermedad diagnosticada, según la codificación CIE-10.

- 1 = No tiene patología causante de incapacidad
- 2 = Retraso mental
- 3 = Demencias
- 4 = Trastorno de la personalidad
- 5 = Psicosis no orgánicas
- 6 = Drogodependencias (incluye alcoholismo)
- 7 = Lesión cerebral traumática

5. Capacidad plena: Referido a la cualidad jurídica de la persona que determina la eficacia de los actos realizados. Se aplica a quien es capaz de gobernar su vida y sus bienes.

- 1 = Sí
- 2 = No

6. Incapacidad parcial: Referido a quien sólo es incapaz para algunos aspectos de la vida.

- 1 = Sí
- 2 = No

7. Incapacidad total: Referido a quien es incapaz de gobernar su vida y sus bienes.

- 1 = Sí
- 2 = No

8. Año de pronunciamiento: Referido al año en que tuvo lugar la sentencia judicial sobre el estado de capacidad del sujeto: 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018.

V.2. MÉTODO

V.2.1. PROCEDIMIENTO. OBTENCIÓN Y ELABORACIÓN DE DATOS

Se estudiaron los 305 casos correspondientes a todos los informes médico forenses de valoración de capacidad judicial, elaborados por el autor de esta tesis, en el Partido Judicial de San Lorenzo de El Escorial, desde el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2018.

La recogida de datos se efectuó mediante fichas elaboradas al efecto (Anexo I), numeradas por orden de fecha de elaboración del informe médico forense. Se procesaron en una base de datos específica de la aplicación informática “Microsoft Office Excel 2013”. El tratamiento estadístico de los datos de este trabajo se realizó en una microcomputadora “HP Windows 10”, y los cálculos se ejecutaron empleando el paquete de programas estadístico “SPSS versión 23.0”. Todos los gráficos se elaboraron con el programa informático “Microsoft Office Excel 2013”.

V.2.2. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS Y DE ANÁLISIS DE CONTENIDO

Se realizó la estadística descriptiva de todas las variables incluidas en el estudio, utilizando medidas de frecuencia absoluta y relativa. Se construyeron tablas de frecuencia y porcentaje de todas esas variables recogidas en las fichas para el estudio de la valoración de la capacidad judicial.

El estudio analítico se planteó en aquellas variables que arrojaron diferencias porcentuales entre sus categorías para conocer la posible relación entre las diferentes variables antecedentes o independientes y la variable consecuente o dependiente (=“valoración de la capacidad”). Se elaboraron tablas para establecer la comparación de las distribuciones de frecuencia para las distintas variables, a las que se aplicó el “estadístico de prueba” χ^2 con k-1 grados de libertad y el test exacto de Fisher para determinar si se encuentran diferencias significativas entre las sentencias y las variables antecedentes.

Se utilizaron técnicas estadísticas de análisis univariante y bivariante. Para todas las variables se utilizó el test de las diferencias cuadráticas relativas (chi-cuadrado). Se sometieron todas las variables estudiadas a este estadístico de prueba para establecer posibles asociaciones entre las mismas. Se han considerado como estadísticamente

significativos, aquellos valores de los test que implican valores de p iguales o inferiores a 0,05.

Cuando se obtuvo asociación estadística y dado que el diseño del estudio es transversal y todas las variables pueden ser dicotomizadas, se calculó como medida de riesgo la Odds Ratio (OR) o razón de productos cruzados. Una vez hallado el valor de OR, se calculó el intervalo de confianza para OR con una confiabilidad del 95%.

V.2.3. SERIES TEMPORALES Y ANÁLISIS CUALITATIVO

Se efectuó un análisis de tendencia, mediante la técnica estadística de series cronológicas o series temporales de todas las valoraciones practicadas entre 2006 y 2018 en el universo competencial del partido judicial de El Escorial.

Otro análisis ejecutado en esta investigación fue el estudio pormenorizado del contenido de las valoraciones de la capacidad judicial, que se verificó de forma metódica para cada valoración de capacidad judicial, sobre la base del resultado de las mismas: capacitado o con incapacidad (parcial o total), a fin de unificar los criterios de este análisis cualitativo.

VI. RESULTADOS

VI. RESULTADOS

VI.1. CARACTERIZACIÓN DE LAS VALORACIONES DE INCAPACIDAD

En el periodo de tiempo del estudio, comprendido entre los años 2006 y 2018, se produjeron un total de 305 valoraciones de incapacidad judicial, emitidas por el médico forense del partido judicial de El Escorial.

Según se observa en la tabla 1 y figura 1, el 60% de las incapacidades judiciales correspondieron a los mayores de 80 años, el 40% restante se distribuye en orden de frecuencia en la franja de 60-69 años (22,6%), de 29-59 años (10,8%) y de 18-29 años (6,6 %).

Respecto a la valoración de la incapacidad según sexo (ver tabla 2 y figura 2), prácticamente el 70% son mujeres y el 30% hombres.

La clasificación del estado de capacidad judicial se distribuye, según muestra la tabla 3 y figura 3, la gran mayoría como incapacidad total (88,5%), la incapacidad parcial (8,2%) y capacitados (3,3%).

En relación a la distribución de patologías sobre las que se basa la incapacitación total destaca la demencia en enfermedad de Alzheimer (38,7%), hay una distribución homogénea en torno al 10-12% de demencia mixta (10,2%), retraso mental (11,1%), demencia no filiada (11,5%), no incapacitados (11,5%) y demencia vascular (12,5%). El resto de patologías oscilaron entre el 0,3% por lesión cerebral traumática al 2,2% del deterioro cognitivo secundario a alcohol u otras drogas (ver tabla 4 y figura 4).

Otros estudios también reseñan la incidencia de enfermedad de Alzheimer en el contexto de las demencias (CIE-10. Fundación Pasqual Maragall, DSM-5. Knopman, 2019, Garre-Olmo, 2018. Esteba-Castillo, 2017. Gavria, 2009. Gascón-Bayarri, 2007. Jeffrey, 2002. Katzman, 1993).

La tabla 5 y figura 5 muestra la distribución de incapacidades parciales según el tipo de patología y se observa que el 92% son no incapacitados, frente al resto de patologías que son residuales, con la mayor frecuencia en el deterioro cognitivo incipiente o leve-moderado con un 4,6%.

En la revisión médico forense no llega al 4% los considerados capaces frente a los casos de incapacidad (96,6%) (tabla 6 y figura 6).

En la figura 7 se observa la serie temporal a lo largo de los 13 años de estudio, con un pico máximo (11,1%) en el año 2011 y un pico mínimo en el 2009 (3,9%). Se observa una tendencia oscilante los primeros 4 años, un incremento importante en los dos años siguientes, se mantiene estable dos años hasta un declive en el año 2014 (6,2%) y un posterior incremento con un máximo en el año 2017. Existe una tendencia lineal al alza con una pendiente suave.

VI.2. CONTRASTES DE HIPÓTESIS

Se presentan a continuación los resultados de las tablas de contingencia para aquellas variables en las que se encontró asociación estadísticamente significativa con la valoración de la incapacidad judicial y, que en nuestro estudio resultaron ser 305. En la práctica, para dotar de mayor robustez a los resultados, se han transformado las distintas categorías de las variables en dicotómicas.

Según se observa en las tablas 8 y 8 bis, las mayores diferencias entre grupos etarios aparecen en las personas de 80 y más años frente al resto de grupos. Existe asociación altamente significativa ($p < 0,001$).

Con el fin de cualificar con mejor precisión el impacto de la edad en la valoración de la capacidad judicial de la persona, se ha dicotomizado esta tabla de edad en otras dos tablas diferentes, que emanan de ella:

Una, las tablas 9 y 9 bis, que configura dos grupos:

- De 18 a 59 años.
- De 60 y más años.

Otra, las tablas 10 y 10 bis, que forma también dos grupos de modo distinto:

- De 18 a 79 años.
- De 80 y más años.

Se aprecia que existe una relación muy significativa entre tener 60 años o más y la valoración de incapacidad total ($p < 0,001$). Del mismo modo, se advierte prácticamente idéntico resultado cuando se contrasta la edad superior a 80 años frente al resto de grupos etarios ($p > 0,001$).

Las tablas 11 y 11 bis muestran diferencias porcentuales entre las mujeres con incapacidad total judicial (92,0%) y los hombres (80,4%), existiendo asociación entre

ser mujer y la valoración como incapacidad total judicial, con un nivel muy elevado de significación estadística ($p < 0,001$).

En la tabla 12 y 12 bis se observa que la incapacidad total judicial se halla presente en el 72,8% de los casos con cualquier tipo diagnosticado de demencia frente al 15,7% de aquellos que tienen cualquier otro tipo de diagnóstico distinto o carecen de patología diagnosticada. Existe asociación entre incapacidad total judicial y tener cualquier tipo de demencia, con una significación estadística muy elevada ($p < 0,001$).

VI.3. EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES ASOCIADAS CON LA VALORACIÓN DE INCAPACIDAD

Todos los valores de *odds ratio* (OR) obtenidos de las variables dicotómicas del estudio mediante el análisis univariante, y que están asociadas a la incapacidad total judicial, se presentan en la tabla 13, donde se puede observar que el grupo de mayor probabilidad (riesgo) de tener incapacidad total judicial lo componen los pacientes con edad superior a 60 u 80 años, del género femenino y diagnosticado de cualquier tipo de demencia.

En la evaluación de riesgos se han obtenido los siguientes resultados:

- Las *personas con edad inferior a 60 años (de 18 a 59 años)* tienen una asociación negativa (OR = 0,32) con la incapacidad total. Esto significa, que las personas con edad inferior a 60 años tienen mayor probabilidad de no tener incapacidad total. También se puede interpretar diciendo que las personas con 60 años cumplidos o más tienen 3,12 veces más riesgo de tener incapacidad total 60 años o más ($1 / 0,32 = 3,12$). OR = 0,32 (intervalo de confianza del 95% entre 0,15 y 0,71).
- Las *personas con edad inferior a 80 años (de 18 a 79 años)* tienen una asociación negativa (OR = 0,32) con la incapacidad total. Por tanto, las personas con 80 o más años presentan un riesgo 3,12 veces mayor de tener incapacidad total ($1 / 0,32 = 3,12$). OR = 0,32 (intervalo de confianza del 95% entre 0,15 y 0,67).

El obtener idénticas OR en edades inferiores a 60 años y en edades menores de 80 años, significa que el riesgo real se da en los mayores de 80 años.

- Las *personas del género femenino* tienen más del doble de probabilidad, casi el triple, de tener incapacidad total judicial que aquellos que son tienen incapacidad parcial o son capaces (OR = 2,80, con un intervalo de confianza del 95% bien ajustado, entre 1,37 y 5,73).
- Los *casos de demencia* tienen una probabilidad 157 veces superior (OR = 157,25) de tener incapacidad total judicial frente a aquellos otros con incapacidad parcial o capacidad (OR = 157,25, con un intervalo de confianza del 95% entre 21,00 y 1177,01, muy disperso). La existencia de tan elevada dispersión hace pensar en la heterogeneidad de la muestra.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas y por lo tanto no encontramos asociación alguna entre valoración de incapacidad judicial y el año en que se produjo tal valoración.

VI.4. SERIES TEMPORALES

Si efectuamos una curva de tendencia (tabla 7 y figura 7) y verificamos el ajuste lineal de la ecuación de regresión, obtenemos una $R^2 = 0,32$ que permite pronosticar la evolución de las valoraciones médico legales y las sentencias sobre la incapacidad judicial en la escala del tiempo; de tal forma que se puede considerar que en el futuro próximo existe una elevada tendencia al incremento de las valoraciones de incapacidad judicial.

En el presente estudio sólo el 32 % de la tendencia al alza de las valoraciones sobre la capacidad judicial de los sujetos se explican por el paso del tiempo, y el 68% restante de la variabilidad en el comportamiento al alza de las valoraciones se debe a otras causas, como podrían ser el incremento de la longevidad, específicamente mayor en mujeres, el aumento en la prevalencia de determinadas patologías, el ámbito geográfico, la mayor y mejor información del sujeto a la hora de demandar una valoración de capacidad, la legislación vigente en ese momento, y otras variables, incluso el azar.

VI.5. ANÁLISIS DE CONTENIDO

De las 305 valoraciones de capacidad judicial totales, el 3,3% (n = 10) fueron informadas como “capacitado”, el 8,2% (n = 25) como “incapacidad parcial”, y el 88,5% (n = 270) como “incapacidad total” (ver tabla 3 y gráfico 3).

1.- Análisis de contenido de valoraciones con resultado judicial de capacitado

Las valoraciones con resultado de “capacitado” (tabla 6 y figura 6) lo fueron principalmente y en mayor medida por entender que:

- Estaba capacitado y carecía de antecedente de incapacidad. Era un caso en el cual, tras la revisión de la incapacidad no había motivo para mantenerla.
- Estaba capacitado tras reversión de su incapacidad. Fueron dos casos que habían superado un ACVA isquémico transitorio.
- La patología aún no era incapacitante y/o tenía leves síntomas (6 casos).
- Ligero retraso mental no incapacitante y psicosis no especificada (1 caso).

2.- Análisis de contenido de valoraciones con resultado judicial de incapacidad parcial

Las valoraciones estimadas finalmente como “incapacidad parcial” (tabla 5 y figura 5) lo fueron mayoritaria y esencialmente por padecer o estar diagnosticado de:

- Deterioro cognitivo incipiente leve-moderado (14 casos), incluyendo un caso de deterioro leve secundario a esclerosis múltiple.
- Deterioro cognitivo secundario al uso de alcohol u otras drogas (5 casos).
- Demencia vascular (2 casos).
- Psicosis no orgánica (2 casos).
- Retraso mental (1 caso).
- Síndrome de Asperger (1 caso).

3.- Análisis de contenido de valoraciones con resultado judicial de incapacidad total

Las valoraciones más numerosas, de mayor gravedad y con superior trascendencia para las actividades básicas de la vida diaria o para las actividades instrumentales y sociales más cotidianas, fueron las catalogadas como “incapacidad total” (tabla 4 y figura 4), de las cuales destacamos las más importantes (de un total de 46 diferentes diagnósticos) y en orden de frecuencia, a lo largo de los trece años de estudio:

- Demencia en la Enfermedad de Alzheimer (n = 118).

- Demencia vascular (n = 38).
- Demencia no filiada (n = 35).
- Retraso mental (n = 34).
- Demencia mixta (n = 31).
- Deterioro cognitivo secundario al abuso de alcohol u otras drogas (n = 7).
- Retraso mental y psicosis no orgánica. (n = 4).
- Trastorno límite de personalidad (n = 2).
- Lesión cerebral traumática (n = 1).

VII. DISCUSIÓN

VII. DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados en este estudio coinciden con los resultados de otros autores (Almazán, 2017. Tola, 2013. Romano, 2007). Se observa entre la población con enfermedad mental predominio de mujeres, edad superior, porcentaje institucionalizado, y mayor proporción con discapacidad (Alzheimer's Association, 2019).

Como datos más relevantes desde un punto de vista estadístico hallados en este estudio se reseña que la incapacidad está asociada con la edad (Ashman, 1999) y con el género (Brooks, 2019).

El 60% de los casos de incapacidad corresponden a personas con una edad superior a los 80 años (tabla 1). El envejecimiento cursa con un deterioro progresivo de las funciones fisiológicas del organismo (Iraizoz, 1999). No todas las personas envejecen del mismo modo y con la misma intensidad. Cuando dicho envejecimiento es más acusado en las funciones intelectivas, ello desemboca en un estado de deterioro cognitivo progresivo e irreversible que requiere una protección judicial mediante la resolución de incapacidad.

Otro factor importante en el desarrollo del deterioro cognitivo es el sexo al que pertenece la persona: el 69,8 % de casos de incapacidad corresponden a mujeres (tabla 2). Es decir, teniendo en cuenta que el porcentaje de incapacidad entre los varones es del 30,2 %, y el de mujeres, como ya se ha expuesto, es del 69,8, por tanto, hay más del doble de casos de incapacidad entre las mujeres que entre los hombres.

Dicha mayor incidencia de incapacidad en el sexo femenino no sólo está relacionada con la mayor longevidad de la mujer, por lo que influyen condicionantes fisiológicos y patologías específicas, así como otros posibles factores que se recomienda investigar en futuros estudios (Bastida, 2015).

En la mayor parte de los casos de valoración de médico forense destinados a determinar la capacidad o incapacidad de una persona se obtiene un resultado de incapacitación total (8,5 % de los casos estudiados). Los casos de incapacidad parcial representan un 8,2 %, y aquellos casos en los cuales se detecta capacidad son un 3,3 % (tabla3) (Álvaro, 2011).

Estos datos son indicativos de que en la mayor parte de los casos presentados en los juzgados como presuntos incapaces, dicha sospecha es acertada, siendo pocos (3,3%)

los casos en los cuales la sospecha es infundada (Baena, 2017. Burgos del Pino, 2014. De la Vega, 2003) .

El estado patológico con mayor incidencia de incapacitación total son las demencias (Confederación Española de Alzheimer, 2017), entre las que destacan la demencia vascular (12,5 % de los casos), las demencias no filiadas 11,5 %), y, sobre todo, las demencias degenerativas (Fiest, 2016), fundamentalmente la enfermedad de Alzheimer (38,7 %). las dos situaciones con menor incidencia de incapacitación total son la lesión cerebral traumática (0,3 %) y el trastorno límite de la personalidad (0,7%) (tabla 4)

La incidencia de traumatismos craneoencefálicos de suficiente entidad como para provocar lesiones cerebrales permanentes que deriven en incapacidad es menor que la incidencia de procesos biológicos incapacitantes (Vermeer, 2003).

En el caso del trastorno límite de la personalidad es poco frecuente que los familiares o la sociedad presente demanda de incapacitación judicial, pues generalmente, el entorno cercano les consideran simplemente como personas peculiares con un comportamiento que no es totalmente compatible con las normas sociales, pero se perciben más como personas asociales, que como sujetos que requieren un tutor.

En los refernte a las incapacitaciones judiciales parciales (tabla 5) la mayor incidencia corresponde al deterioro cognitivo incipiente o leve moderado (4,6 %) pues se trata de personas válidas para la mayoría de las actividades, tanto básicas como instrumentales (Torrellas, 2011) pero ya presentan incapacidad para una o unas actividades concretas, más frecuentemente para el gobierno de cuenta bancaria.

La menor incidencia de incapacidad judicial parcial se presenta tanto en los casos de retraso mental (0,3 %) como en el síndrome de Asperger, con idéntico porcentaje. Los primeros son incapaces de realizar al menos una actividad instrumental imprescindible para gobernar su vida o su economía al no tener suficiente capacidad intelectual para llevarla a cabo, y, en el de los segundos, pese a tener un cociente intelectual superior a la media, su interés está focalizado en uno o unos temas, desinteresándose por lo demás, incluido el interés por la propia supervivencia.

Al ser considerados en muchas ocasiones como personas brillantes, su entorno no siempre adopta la decisión de presentar demanda judicial de incapacidad. Importantes científicos e intelectuales de la Historia de la humanidad padecían síndrome de Asperger como, por ejemplo, Isaac Newton.

En ocasiones se realiza una revisión del incapacitado, generalmente solicitada al juzgado por parte de la familia, al considerar según su apreciación que el incapacitado ya no se encuentra en dicho estado, por mejoría (López, 2012).

A este respecto se han encontrado los siguientes resultados (tabla 6):

Capacitado sin antecedentes de incapacidad: 1 caso, lo que representa un 0,3%

Capacitado tras revisión de su incapacidad: 2 casos. Es decir, un 0,7%

Patología aún incipiente y no incapacitante: 6 caso, lo que se traduce en un 2,1 %

Retraso mental ligero no incapacitante: 1 caso (0,3%).

De los datos obtenidos se desprende que sólo un 0,7 de los casos obtienen suficiente mejoría como para poder superar su categorización como incapacitado judicial. Este bajo porcentaje se debe principalmente al hecho de que el deterioro cognitivo que padecen la mayoría de los incapacitados es de naturaleza progresiva e irreversible.

La evolución de las incapacitaciones judiciales durante los 13 años que comprende este estudio es ligeramente al alza, con un pico de máxima incidencia en los años 2011, 2012 y 2013 con unos porcentajes del 11,1 %, 10,5 % y 10,5 % respectivamente, coincidiendo con los años de la remontada de la crisis económica nacional. En el año 2009, segundo año de la crisis económica, pero primer año en el cual la sociedad fue tomó conciencia real de la crisis, se registró la menor incidencia de incapacitaciones judiciales (3,9%), aunque al año siguiente (2010) se recuperó la cifra repuntando al 7,5 %. (Tabla 7). Pese a que hay muchas plazas concertadas en las residencias, no obstante, como es sabido, el coste mensual de un residente es de una cuantía significativa, y teniendo en cuenta que la mayor parte de las decisiones familiares de incapacitar a un pariente tienen como finalidad el ingreso del incapaz, la cuestión económica es en parte decisiva.

A destacar los siguientes estudios cuyas conclusiones coinciden con las del presente estudio:

Estudio de 18 años de duración (de 1990 a 2008) realizado por De Pedro-Cuesta et al. (2009) acerca de la prevalencia de demencia y enfermedad de Alzheimer en el centro y noreste de España, del cual se desprende que el deterioro cognitivo es mayor en las mujeres y aumenta con la edad.

Almazán et al (2017) en su estudio sobre la prevalencia de las enfermedades mentales observó que entre la población con enfermedad de Alzheimer hay un predominio de mujeres. Concluye en su estudio: “se observa entre la población con enfermedad mental predominio de mujeres, edad superior, porcentaje institucionalizado, y mayor proporción con discapacidad”.

Alzheimer Association: casi dos tercios de los enfermos de Alzheimer en los Estados Unidos de América son mujeres.

BREVE REVISIÓN de las teorías acerca de la diferencia entre ambos géneros:

De acuerdo con los datos de la Alzheimer’s Association casi dos tercios de los enfermos de Alzheimer de los Estados Unidos de América son mujeres.

Hay una relación entre el gen ApoE4 y el Alzheimer (Altmann 2014) pero, según su estudio de casi 8.000 casos, mientras que los hombres con el gen sólo tenían un poco más de probabilidad de padecer Alzheimer que los que no lo tenían, en el caso de las mujeres con el referido gen casi duplicaban el riesgo de Alzheimer con respecto a las que no tienen ese gen. Por consiguiente, aunque el gen influye, no es determinante para explicar la diferencia de géneros en relación con la enfermedad de Alzheimer.

Se cree que la causa podría estar en la acción conjunta de los estrógenos y el gen ApoE4, pero no me constan estudios que lo confirmen, aunque la hipótesis es plausible.

El Framingham Heart Study, megaestudio de cohortes de muy larga duración (décadas) y que todavía está marcha, determinó en 2014 que el bajo gasto cardiaco aumenta el riesgo de demencia y de Alzheimer debido a la hipoperfusión cerebral.

Bastida (2015) basándose en el Framingham Heart Study postula que, dado que de acuerdo con las estadísticas el varón tiene una mayor probabilidad que la mujer de morir por una cardiopatía antes de los 65 años, en consecuencia, los hombres que superan esa edad tiene un corazón más sano que el de las mujeres de la misma edad, ya que ellas fallecen menos por enfermedades cardiacas, y al sobrevivir mujeres con bajo gasto cardiaco aumenta la probabilidad de ellas de padecer la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, dicha teoría no está confirmada, aunque no es descartable.

VIII. CONCLUSIONES

VIII. CONCLUSIONES

PRIMERA. Se han encontrado como características fundamentales de las personas con incapacitación judicial en el partido judicial de San Lorenzo de El Escorial: edad superior a los 80 años, de género femenino, con incapacitación total, debida principalmente a patología de tipo Alzheimer.

SEGUNDA. Las personas con mayor riesgo de ser valorados con incapacidad total en el partido judicial son:

- Mujeres.
- Mayores de 80 años.
- Que presentan cualquier tipo de demencia.

TERCERA. Existe en el periodo comprendido entre el 2006 y el 2018 en el partido judicial de San Lorenzo de El Escorial una tendencia lineal al alza que se explica solo con el paso del tiempo. Si en los próximos años hubiera cambios en esta tendencia a mayor alza o a la baja, sería por otros factores ajenos a los estudiados en nuestra serie.

CUARTA. Del análisis de contenido de las incapacidades judiciales totales se desprende que es la demencia por Enfermedad de Alzheimer la causa principal, aunque en segundo lugar se agruparían el resto de las demencias, siendo residual la representación del resto de patologías. Las incapacitaciones parciales y los casos considerados capaces son poco representativos.

X. RECOMENDACIONES

IX. RECOMENDACIONES

Entendemos que las conclusiones propuestas en este estudio deben interpretarse con cierta precaución. El tamaño de la muestra recogido en tan largo periodo de tiempo implica determinadas restricciones para la generalización de los resultados. Otros estudios futuros podrían considerar muestras mayores y más representativas de la población de sujetos con incapacidad judicial para lo cual se podrían realizar más estudios en otros partidos judiciales y así también poder establecer diferencias o comparaciones entre diferentes territorios de nuestro país.

X. BIBLIOGRAFÍA

X. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

1. Almazán, J. et al. Salud Mental y Salud Pública en España. Vigilancia Epidemiológica. Red Nacional de Vigilancia epidemiológica. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Economía, Industria y competitividad. EDITA: CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:
<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>
2. Álvaro, L.C. (2011) Competencia: conceptos generales y aplicación en la demencia. Sociedad Española de Neurología. Elsevier. Volumen 27, Issue 5, June 2012, Págs 290-300, y disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485312000059>
3. Alzheimer Association. Hechos y cifras sobre la enfermedad de Alzheimer de 2019, Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/hechos-y-cifras>
4. Altmann, A. Tian, Henderson, V.W. Greicius, M.D. Sex modifies the APOE- related risk of developing Alzheimer disease. Annals of Neurology American Neurological Association and Child Neurology Society. First published: 13 March 2014 Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ana.24135>
5. Ashman T, Mohs R, Harvey P. Cognition and Aging. En: Hazzard W. et al, ed. Principles of geriatric medicine and gerontology, 4th ed. McGraw Hill, 1999. 1219-1228.
6. Baena, E. Sentencia STS 3925/2017. Tribunal Supremo Madrid Sala de lo Civil Sección 1. Disponible en:
<http://www.poderjudicial.es/search/documento/TS/8211428/Proteccion%20de%20menores/20171120>
7. Bastida, A. ¿Por qué hay más mujeres que hombres que padecen Alzheimer? 18 de noviembre de 2015. Disponible en:
<http://muysaludable.sanitas.es/salud/por-que-las-mujeres-tienen-mas-probabilidades-de-padecer-alzheimer>
8. B.O.E. Boletín Oficial del Estado Núm. 96 lunes 21 de abril de 2008. INSTRUMENTO de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas

con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>

9. B.O.E. Boletín Oficial del Estado, 2013. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>

10. B.O.E. Boletín Oficial del Estado, Núm. 294 jueves 6 de diciembre de 2018 Sec. I. Pág. 119785. Ley Orgánica 2/2018, de 5 de diciembre, para la modificación de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad.

11. Brodaty H, Seeher K, Gibson L. Dementia time to death: a systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2012; 24: 1034-45.

12. Brookmeyer R, Corrada MM, Curriero FC, Kawas C. Survival following a diagnosis of Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2002; 59: 1764-7.

13. Brooks LRK; Mias GI. Data-Driven Analysis of Age, Sex, and Tissue Effects on Gene Expression Variability in Alzheimer's Disease. *Front Neurosci.* 2019 Apr 24;13:392. doi: 10.3389/fnins.2019.00392. eCollection 2019 PMID: 31068785. PMCID: PMC6491842. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31068785>

14. Burgos del Pino D.M.1 y Robles Sánchez J.I. Sobre la incapacitación civil en las demencias: normativa vigente y revisión de sentencias del Tribunal Supremo. *Sanid. Mil.* vol.70 no.3 Madrid jul./sep. 2014. versión impresa ISSN 1887-8571. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712014000300011>

15. Campo, A.L.; Los procesos judiciales de capacidad a la luz de la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Revista jurídica sobre familia y menores*, ISSN-e 2341-0566, N°. 2, 2014 (Ejemplar dedicado a: Protección Jurídica de Personas Vulnerables), págs. 2-7 *La Ley Derecho de Familia*. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4839568>

16. CIE-10. Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, también conocida como Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición. Capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento. Trastornos mentales orgánicos. Demencias. Organización Mundial de la Salud. Naciones Unidas.
17. Claves sobre la Enfermedad de Alzheimer. Fundación Pasqual Maragall. Disponible en:
https://cdn2.hubspot.net/hubfs/3304491/FPM_Descargables/01_Guia_Enfermedad_Alzheimer/Claves_sobre_la_enfermedad_de_Alzheimer.pdf?utm_campaign=FPM%20-%20pop-up%20ebook%20claves&utm_medium=email&_hsenc=p2ANqtz--h5MM66MzIRU_VN1rNlt1PPXTIyQQcVJGIFYvpyMSVD4pLWkEeIU6q9Bzbo9ADbLZg3CHrWMdBziSC6uGSrMzduM3fsQ&_hsmi=70815599&utm_content=70815599&utm_source=hs_automation&hsCtaTracking=82705076-c1b5-41f5-8a4d-f1715470edcc%7Ccba5c3c1-ad66-4ec0-8008-9b8c2f50a797
18. Código Civil Español. De la incapacidad. Tomo IV. Artículos 181 a 332 del Código Civil (2ª edición) Título IX del Libro Primero,
19. Comunidad de Madrid. Tutela de adultos. Disponible en:
<http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/tutela-adultos>
20. Confederación Española de Alzheimer. Una vez diagnosticado el Alzheimer... ¿cómo obrar legalmente? Disponible en: <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/una-vez-diagnosticado-el-alzheimer-como-obrar-legalmente>
21. 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. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 1997. p. 42–7.
22. Constitución Española de 1978. Artículo 24.
23. De la Vega, R.; Zambrano, A. incapacidad judicial de pacientes con demencia. Entrevista temática con el magistrado don Manuel Gutiérrez Luna: Circunvalación del Hipocampo, abril 2003 [Consulta: 11 de mayo de 2019]. Disponible en:
<https://www.hipocampo.org/entrevistas/mgluna.asp>.
24. De Castro, G. Esquema Proceso de Incapacitación (2012). UVaDOC. Universidad de Valladolid. Disponible en:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5639/1/IC1.%20Ficha.%20Procedimiento%20incapacitación.%202012.pdf>

25. De Pedro-Cuesta J, Virués-Ortega J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurol* 2009; 9: 55.

26. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition revised. Discapacidad intelectual. American Psychiatric Association (APA). American Psychiatric Publishing. Washington D.C.

27. Elósegui, A. Aspectos judiciales de la tutela de las personas incapacitadas. http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/12930/CC-100_art_8.pdf?sequence=1

28. Enciclopedia Jurídica. La Ley. Incapacitación. Redacción Wolters Kluwer. Disponible en:
<http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/>

29. Esteba-Castillo, S; Peña-Casanova, J; García-Alba, J; Castellanos, M. A.; Torrents-Rodas, D; Rodríguez, E; Deus-Yela, J; Caixàs, A; Novell-Alsina, R. Test Barcelona para discapacidad intelectual: un nuevo instrumento para la valoración neuropsicológica clínica de adultos con discapacidad intelectual. *Rev Neurol* 2017; 64 (10): 433-444. Disponible en:
Disponible en: <http://www.svnps.org/documentos/test-barcelona.pdf>

30. Fierro, A. Modelos Psicológicos de Análisis del Retraso Mental. Papeles del Psicólogo, 1984. Vol. (14). Disponible en:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=155>

31. Fiest KM, Roberts JI, Maxwell CJ, Hogan DB, Smith EE, Frolkis A, et al. The prevalence and incidence of dementia due to Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Can J Neurol Sci* 2016; 43 (Suppl 1): S51-82.

32. Horgan, J. Paleolithic Compassion. *Scientific American*, 1988 – JSTOR. *Scientific American* Vol. 258, No. 2 (february 1988), pp. 17-20.

33. Iraizoz I. Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano, Servicio de Geriátrica. Hospital de Navarra. Pamplona. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol 22, Suplemento 1, 1999.

34. Jeffrey, L; Cummings, MD; Greg Cole, PhD. May 8, 2002. Alzheimer Disease. JAMA. 2002;287(18):2335-2338. doi:10.1001/jama.287.18.2335. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/194892>
35. Garre-Olmo, J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Revista de Neurología 2018;66:377-386]. PMID: 29790571. DOI: Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519>
36. Gascón-Bayarri J, Reñé R, Del Barrio JL, De Pedro-Cuesta J, Ramón JM, Manubens JM, et al. Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: the PRATICON Study. Neuroepidemiology 2007; 28: 224-34.
37. Gasper MC, Ott BR, Lapane KL. Is donepezil therapy associated with reduced mortality in nursing home residents with dementia? Am J Geriatr Pharmacother 2005; 3: 1-7.
38. Gavrila D, Antúnez C, Tormo MJ, Carles R, García-Santos JM, Parrilla G, et al. Prevalence of dementia and cognitive impairment in Southeastern Spain: the Ariadna study. Acta Neurol Scand 2009; 120: 300-7.
39. Haupt M, Cruz-Jentoft A, Jeste D. Mortality in elderly dementia patients treated with risperidone. J Clin Psychopharmacol 2006; 26: 566-70.
40. Katzman, R. (1993). Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. Neurology, 43(1), 13-20. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1212/WNL.43.1_Part_1.13
41. Knopman DS, Petersen RC, Jack CR Jr. A brief history of "Alzheimer disease": Multiple meanings separated by a common name. Neurology. 2019 Apr 26. pii: 10.1212/WNL.00000000000007583. doi: 10.1212/WNL.00000000000007583. [Epub ahead of print] Review. PMID: 31028129. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31028129>
42. Lazarus LW, Newton N, Cohler B; Lesser J; Schweon C. Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1987; 144: 41-45.
43. Legislación de la Comunidad de Madrid. Ley 4/1995, de 21 de marzo, de creación de la Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos. Disponible en:

http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&idnorma=463&word=S&wordperfect=N&pdf=S#no-back-button

44. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. DOGC n.º 3303 (11 de enero de 2001); 464–7. BOE 2001;29:4121–5.

45. 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 2002;174:40126–32.

46. Ley de Enjuiciamiento Civil. Libro IV. De los procesos sobre capacidad, filiación matrimonio y menores (Título I).

47. Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General. BOE» núm. 147, de 20 de junio de 1985, páginas 19110 a 19134

48. Ley Orgánica 2/2018, de 5 de diciembre, para la modificación de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad. BOE» núm. 294, de 6 de diciembre de 2018, páginas 119785 a 119787.

49. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390: 2673-734. Key points and recommendations

50. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De-la-Cámara C, Ventura T, et al. Prevalence of dementia in a southern European population in two different time periods: the ZARADEMP Project. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 299-307.

51. López, J.; Losada A.; Romero-Moreno R.; Márquez-González, M.; Martínez-Martín, P.; Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Sociedad Española de Neurología*. Elsevier Volume 27, Issue 2, March 2012, Pages 83-89. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485311001757>

52. Lopez OL, Becker JT, Wisniewski S, Saxton J, Kaufer DI, DeKosky ST. Cholinesterase inhibitor treatment alters the natural history of Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 310-4.

53. López Ebri, G. La Incapacitación 9/1 - 9/22. Disponible en:
https://www.tirant.com/editorial/actualizaciones/Tema09_Todo.pdf
54. Maly RC, Hirsch SH, Reuben DB. The performance of simple instruments in detecting geriatric conditions and selecting community-dwelling older people for geriatric assessment. *Age Ageing* 1997; 26: 223-231.
55. Marrero, R; San Juan, I; Sánchez, O; Toral, P; Molina, P; Bolós, M. Aspectos jurídicos de interés para familiares de personas con Alzheimer. *Afal*. Disponible en:
http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/17/Informe%20Aspectos%20juridicos%20de%20interes%20para%20familiares%20de%20personas%20con%20Alzheimer_final.pdf
56. Martínez-Mendoza, J.A. Martínez-Ordaz, V.A. Esquivel-Molina, C.G. Velasco-Rodríguez, V.M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 45, núm. 1, 2007, pp. 21-28. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745525004>
57. Martínez de la Iglesia, J. Dueñas, R. Onís, M.C. Aguado, C. Albert, C. Luque, R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*. Volume 117, Issue 4, 2001, Pages 129-134. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775301720404>
58. Martínez Lage, P. Know alzheimer. Manual de consulta, pág. 2
59. Maust DT, Kim HM, Seyfried LS, Chiang C, Kavanagh J, Schneider LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 438.
60. McGregor (1993) ¿Debe considerarse la Enfermedad de Alzheimer como una "discapacidad"? Fundación Alzheimer España. Disponible en
<http://www.alzfae.org/fundacion/172>
61. Meguro K, Kasai M, Akanuma K, Meguro M, Ishii H, Yamaguchi S. Donepezil and life expectancy in Alzheimer's disease: a retrospective analysis in the Tajiri Project. *BMC Neurol* 2014; 14: 83.

62. Mesa, C. "La capacidad para testar: Aspectos problemáticos y criterios jurisprudenciales", pág. 99. "Comentario del Código Civil" Ministerio de Justicia, Puig Ferriol, Tomo 1, pág. 1675.
63. Morris, J.C.; Storandt, M; Miller, J; et al. (Marzo 2001) Mild Cognitive Impairment Represents Early-Stage Alzheimer Disease Arch Neurol. 2001;58(3):397-405.
doi:10.1001/archneur.58.3.397.
Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/778838>
64. Moser, E. (Premio Nobel en Medicina). Ahora sabemos dónde mirar para empezar a entender el Alzhéimer. Agencia EFE. Madrid. 29 mayo 2019. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/nobel-moser-ahora-sabemos-donde-mirar-para-empezar-a-entender-el-alzheimer/10004-3987616> Las demencias afectan en el mundo a unos 50 millones de personas, de las que un 60 % viven en los países de ingresos bajos y medios, además cada año se registran diez millones de nuevos casos y de todas ellas la más común es el alzhéimer, según datos de la Organización Mundial de la Salud.
65. Naciones Unidas: Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Disponible en: <https://www.un.org/es/development/devagenda/ageing.shtml>
66. Newcomer RJ, Clay TH, Yaffe K, Covinsky KE. Mortality risk and prospective medicare expenditures for persons with dementia. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 2001-6.
67. Niu H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. Neurología 2017; 32: 523-32.
68. Nordström P, Religa D, Wimo A, Winblad B, Eriksson M. The use of cholinesterase inhibitors and the risk of myocardial infarction and death: a nationwide cohort study in subjects with Alzheimer's disease. Eur Heart J 2013; 34: 2585-91.
69. Novell, R. Rueda, P. Forgas, E. Salvador-Carulla L. Salud mental y alteraciones de la conducta en personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores. Edit. FEAPS. Madrid 2003. 331 pág. Disponible en: http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3215/Salud_mental_y_alteraciones.pdf?sequence=1&rd=0031792753845887

70. Olmeda, M.S., Crespo A. (2004) ¿Psiquiatras o forenses? Estudio de las intervenciones judiciales en un centro de salud mental de Madrid. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2004; 32(1): 23-28. Disponible en: <https://medes.com/publication/13973>
71. Olmedo, A. Mateo, J M. Aspectos críticos de la última doctrina judicial en materia de incapacidad permanente total de los deportistas profesionales. *Revista Aranzadi de Derecho de Deporte y entretenimiento*, ISSN 2171-5556, Nº 35, 2012, págs. 517-527. Idioma: español. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4035636>
72. Organización Mundial de la Salud. Demencia. Datos y cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
73. Palacios, A (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid. Ediciones Cinca, S.A.
74. Pampin, T. Trámites para incapacitar. Procedimiento de Incapacitación. Sanitas. Disponible en: <https://www.cuidarbien.es/te-enseamos/cuando-una-hija-se-convierte-en-tutora-de-su-madre/>
75. Peña-Casanova, J. (1999). Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Edita Fundación La Caixa.
76. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1975; 23 (2): 39-41.
77. Prince M. Dementia in developing countries. A consensus statement from the 10/66 Dementia Research Group. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 14-20
78. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*; Volume 9, Issue 1, January 2013, Pages 63-75.e29. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1552526012025319>

79. Puga, D. Rosero-Bixby, L, Glaser, K, Castro, T. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Volumen 5, Número 1: julio-diciembre 2007. Revista electrónica IISSN 1659-0201. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4545/4360>
80. Reifler BV, Larson E, Hanley R. Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatient. *American journal of psychiatry*, 1982; 139: 623-626.
81. Reitz, C., Brayne, C., Mayeux, R. Epidemiology of Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, volume 7, pages 137–152 (2011). Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrneurol.2011.2>
82. Rizzuto, D. Bellocco, R. Kivipelto, M. Francesca Clerici, Wimo, A. Fratiglioni, L. Dementia After Age 75: Survival in Different Severity Stages and Years of Life Lost. *Journal Name: Current Alzheimer Research*. Volume 9, Issue 7, 2012. DOI: 10.2174/156720512802455421
83. Roberson ED, Hesse JH, Rose KD, Slama H, Johnson JK, Yaffe K, et al. Frontotemporal dementia progresses to death faster than Alzheimer disease. *Neurology* 2005; 65: 719-25.
84. Roig, M. V., Abengózar, M.C., Serra, E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*. Vol 14 nº 1998. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31561>
85. Romano, M. F., Nissen, M.D., Del Huerto Paredes, N.M., Parquet, C.A. Enfermedad de Alzheimer. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37218372/3_175.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1559332507&Signature=JSHktrAdU8QmfM0W%2F0Hj6kYhqtU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER.pdf
86. Russell E, Burns A. Presentation and clinical management of dementia. En: Tallis R, Fillit H. ed. *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*, 6th ed, Churchill Livingstone, 2003. 783796.
87. Salvador-Carulla L. Novell R. Problemas de conducta en el retraso mental. *Revista Siglo Cero* 2003;34(2):78-86. Universidad Complutense de Madrid, Universidad de

Salamanca. Servicios Sociales de Castilla y León. Fundación Síndrome de Down de Madrid. Año: 2003. Volumen: 34. Número: 206. Páginas: 78-86. ISSN: 0210-1696.

88. Schenk, D; Barbour, R.; Dunn, W.; Gordon, G.; Grajeda, H.; Guido, T.; Hu, K.; Jiping Huang, J.; Kelly Johnson-Wood, K.; Khan, K.; Kholodenko, D.; Lee, M.; Liao, Z.; Lieberburg, I.; Motter, R.; Mutter, L.; Soriano, F.; Shopp, G.; Nicki Vasquez, Christopher Vandevent, G.; Walker, S.; Wogulis, M.; Yednock, T.; Games, D & Seubert, P. Immunization with amyloid- β attenuates Alzheimer-disease-like pathology in the PDAPP mouse. *Nature* 400, 173–177 (1999). Disponible en: <https://www.nature.com/articles/22124>

89. Spikins, P. Needham, A. Tilley, L. Hitchens, G. Calculated or caring? Neanderthal healthcare in social context- *World Archaeology*, 2018 - Taylor & Francis

90. Sultzer DL, Levin HS, Mahler ME, High WM, Cummings JL. Assessment of cognitive, psychiatric and behavioral disturbances in patients with dementia: The Neurobehavioral Rating Scale. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 549-555.

91. Tilley, L. *Theory and practice in the Bioarchaeology of care*. Edit. Springer International Publishing. Switzerland. 2015

92. Trinkaus, E. Shipman, P - *The Neandertals: Changing the image of mankind*. 1993 Alfred a Knopf Inc

93. Torrellas, C. Sánchez, J.L. Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. *Revista de Neurología*, ISSN 0210-0010, Vol. 52, Nº 5, 2011, págs. 300-305

94. Tola-Arribas MA, Yugueros MI, Garea MJ, Ortea-Valín F, Cerón-Fernández A, Fernández-Malvido B, et al. Prevalence of dementia and subtypes in Valladolid, Northwestern Spain: the DEMINVALL Study. *PLoS One* 2013; 8: e77688.

95. Uriarte, A. Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia número 14 de Bilbao. Aspectos procesales del juicio de incapacidad. *V/Lex*. Tomo I. Parte sustantiva Tema 13. Aspectos procesales del juicio de incapacidad. Páginas 375-393, Disponible en: <https://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/aspectos-procesales-juicio-incapacidad-323706499>

96. Varela Autran, B. (2013) *Incapacidad, curatela reinterpretada a la luz de la Convención sobre derechos de las personas con discapacidad firmada en Nueva York el*

13 de diciembre de 2006 Comentario a la STS (Sala 1ª) 617/2012, de 11 de octubre, Rec. 262/2012

97. Universidad Complutense. Madrid. Incapacitación y Tutela de adultos. Disponible en: <https://www.ucm.es/incapacitacion-y-tutela>

98. Varela, L. Chávez, H. Gálvez, M. Méndez, F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev. Soc. Per. Med. Inter. 17(2) 2004. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v17n2/a02v17n2>

99. Velasco, M. Guijarro, C. Barba, R. García-Casasola, G. Losa. J.E. Zapatero. A. Opinión de los familiares sobre el uso de procedimientos invasivos en ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Volume 40, Issue 3, June 2005, Pages 138-144. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)74845-9](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)74845-9)

100. Vermeer SE, Prins ND, Den Heijer T, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MMB. Silent brain infarcts and the risk of dementia and cognitive decline. N Engl J Med 2003; 348:1334-42.

101. Yáñez de Andrés. Alzheimer e incapacidad para testar. Legal Today, agosto 2018. Disponible en: www.legaltoday.com/opinion/articulos-de-opinion/alzheimer-e-incapacidad-para-testar

XI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

XI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **CAPACIDAD JURÍDICA:** La definición de la capacidad jurídica en el Derecho es la aptitud de una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones por sí misma, sin el ministerio o autorización de otro.

La capacidad jurídica se divide en dos:

Capacidad de goce: es la idoneidad que tiene una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones.

Capacidad de obrar o de ejercicio: es la idoneidad de una persona para ejercer personalmente tales derechos y cumplir las obligaciones.

- **CURATELA:** Se define en Derecho como “la institución jurídica creada por el amparo de la persona y los bienes del mayor de edad incapacitado, así como también de los menores emancipados cuyos padres fallecieron o quedaren impedidos para el ejercicio de la asistencia prevenida en la ley”.

- **DEMENCIA MIXTA:** También denominada demencia multifactorial, se presenta cuando el deterioro cognitivo de la persona se debe a dos o más causas. Por ejemplo, cuando se trata de una demencia degenerativa asociada a una demencia vascular.

- **DEMENCIA NO FILIADA:** Cuando el deterioro cognitivo del paciente no es susceptible de ser clasificado en alguno de los tipos de demencia estándar recogidos en las clasificaciones de enfermedades, como por ejemplo la CIE-10 o el DSM-5.

- **DEMENCIA VASCULAR:** Se trata de una demencia provocada por una alteración vascular, ya sea isquémica o, por el contrario, hemorrágica, que finalmente condiciona hipoperfusión cerebral provocando hipofunción neuronal.

- **DETERIORO COGNITIVO:** Es el descenso de las capacidades intelectivas en una persona previamente capaz intelectualmente.

- **DISOCIACIÓN:** Es una experiencia mental que consiste en un distanciamiento de la realidad sin llegar a perder, caso de las psicosis. Ese distanciamiento de la realidad puede variar desde muy leve, como el caso de soñar despierto hasta grave. Se presenta como un continuo, en el cual los casos leves suponen un mecanismo de defensa consistente en adaptación al estrés y otras situaciones existenciales. En los casos graves incurren en trastorno asociativo, como la fuga disociativa y el trastorno de despersonalización, el cual puede cursar o no con alteración de la identidad personal

o de la autoconciencia. Por el contrario, hay casos muy leves, no patológicos, como el soñar despierto.

- **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:** Se trata de una demencia degenerativa asociada a la edad, cuyo curso es progresivo e irreversible.
- **INCAPACIDAD PARCIAL JUDICIAL:** Se aplica a quien sólo es incapaz para algunos aspectos de la vida, como por ejemplo para gobernar su economía y sus bienes, o para cumplir las pautas sanitarias que se requieren para el mantenimiento de la salud, pero en otros aspectos de la vida goza de autonomía.
- **INCAPACIDAD TOTAL JUDICIAL:** La que se aplica a quien es incapaz de gobernar su vida y sus bienes.
- **LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA:** Toda lesión cerebral secundaria a un traumatismo craneoencefálico.
- **PSICOSIS NO ORGÁNICA:** Es la psicosis cuyos síntomas no derivan de lesiones o enfermedades orgánicas como traumatismos, infecciones o tumores, sino de la psicodinámica de la persona.
- **RETRASO MENTAL:** Se presenta cuando la edad mental es inferior a la edad cronológica. Se considera que el retraso mental presenta un cociente intelectual por debajo de 84 (leve).
- **SÍNDROME DE ASPERGER:** Este síndrome forma parte de los trastornos del espectro autista, pero se diferencia del autismo en que no existe retraso en la adquisición del lenguaje en la infancia, ni en el desarrollo del mismo. Generalmente tienen un cociente intelectual superior a la media. Muestran un interés focalizado y muy intenso hacia temas en los cuales son auténticos expertos, pero se desentienden de cuestiones básicas de la existencia, por lo que si no se les tutela pueden convertirse en lo que comúnmente se entiende como personas “sin techo”.
- **TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD:** También denominado trastorno borderline, es el más común de los trastornos de la personalidad. Forma parte del grupo B de los trastornos de la personalidad, que es el de los trastornos dramático-emocionales. Sus síntomas principales consisten en alteración de la conducta derivada de su impulsividad, inestabilidad emocional y pensamiento extremadamente polarizado y dicotómico, todo lo cual conduce a relaciones interpersonales caóticas.

XII. ANEXOS

XII. ANEXOS

XII.1. FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

1. NOMBRE Y APELLIDOS
2. PROCEDENCIA
3. RESIDENCIA O DOMICILIO PARTICULAR
4. FECHA DE VALORACIÓN MÉDICO FORENSE
5. FECHA DE SENTENCIA JUDICIAL
6. EDAD
7. SEXO
8. PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS

XII.2. TABLAS**Tabla 1. Valoración de incapacidad judicial según edad**

De 18 a 29 años	20	6,6
De 30 a 59 años	33	10,8
De 60 a 79 años	69	22,6
De 80 años y más	183	60,0
Total	305	100,0

Tabla 2. Valoración de incapacidad judicial según sexo

Hombres	92	30,2
Mujeres	213	69,8
Total	305	100,0

Tabla 3. Clasificación del estado de capacidad judicial

Capacitado	10	3,3
Incapacidad parcial	25	8,2
Incapacidad total	270	88,5
Total	278	100,0

Tabla 4. Incapacidad judicial total según patología

No incapacitados (ausencia de patología diagnosticada)	35	11,5
Demencia vascular	38	12,5
Demencia en Enfermedad de Alzheimer	118	38,7
Demencia no filiada	35	11,5
Demencia mixta	31	10,2
Retraso mental	34	11,1
Trastorno límite de personalidad	2	0,7
Deterioro cognitivo secundario a alcohol u otras drogas	7	2,2
Psicosis no orgánica	4	1,3
Lesión cerebral traumática	1	0,3
Total	305	100,0

Tabla 5. Incapacidad judicial parcial según patología

No incapacitados (ausencia de patología diagnosticada)	280	91,8
Demencia vascular	2	0,7
Retraso mental	1	0,3
Deterioro cognitivo secundario a alcohol u otras drogas	5	1,6
Psicosis no orgánica	2	0,7
Deterioro cognitivo incipiente o leve-moderado	14	4,6
Síndrome de Asperger	1	0,3
Total	305	100,0

Tabla 6. Capacidad judicial según revisión médico forense

Incapacidad	295	96,6
Capacitado sin antecedentes de incapacidad	1	0,3
Capacitado tras revisión de su incapacidad	2	0,7
Patología aún incipiente y no incapacitante	6	2,1
Retraso mental ligero no incapacitante	1	0,3
Total	305	100,0

Tabla 7. Año de valoración del estado de capacidad judicial

2006	17	5,6
2007	14	4,6
2008	17	5,6
2009	12	3,9
2010	23	7,5
2011	34	11,1
2012	32	10,5
2013	32	10,5
2014	19	6,2
2015	23	7,5
2016	26	8,5
2017	31	10,2
2018	25	8,2
Total	305	100,0

Tabla 8. Grupo de edad vs Valoración de incapacidad judicial

		Valoración de la incapacidad		Total
		Incapacidad total	Capaz +Incapacidad parcial	
Edad	De 18 a 29 años	17 85,0%	3 15,0%	20 100,0%
	De 30 a 59 años	24 71,9%	9 28,1%	33 100,0%
	De 60 a 79 años	59 85,2%	10 14,8%	69 100,0%
	De 80 y más años	171 93,2%	12 6,8%	183 100,0%
Total		271 88,5%	34 11,5%	305 100,0%

Tabla 8 bis. Pruebas de chi-cuadrado (χ^2)

	χ^2	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,734	5	0,001

Tabla 9. Grupo de edad (de 18 a 59 años y de 60 y más años) vs Valoración de incapacidad judicial

		Valoración de la incapacidad		Total
		Incapacidad total	Capaz +Incapacidad parcial	
Edad	De 18 a 59 años	41 77,4%	12 22,6%	53 100,0%
	De 60 y más años	230 91,3%	22 8,7%	252 100,0%
Total		271 88,8%	34 11,2%	305 100,0%

Tabla 9 bis. Pruebas de chi-cuadrado (χ^2)

	χ^2	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,555	1	0,003		
Corrección por continuidad	7,209	1	0,007		
Estadístico exacto de Fisher				0,007	0,0067

Tabla 10. Grupo de edad (de 18 a 79 años y de 80 y más años) vs Valoración de incapacidad judicial

		Valoración de la incapacidad		Total
		Incapacidad total	Capaz +Incapacidad parcial	
Edad	De 18 a 79 años	100 82,0%	22 18,0%	122 100,0%
	De 80 y más años	171 93,4%	12 6,6%	183 100,0%
Total		271 88,8%	34 11,2%	305 100,0%

Tabla 10 bis. Pruebas de chi-cuadrado (χ^2)

	χ^2	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,731	1	0,001		
Corrección por continuidad	8,607	1	0,003		
Estadístico exacto de Fisher				0,002	0,001

Tabla 11. Sexo/Género vs Valoración de incapacidad judicial

		Valoración de la incapacidad		Total
		Incapacidad total	Capaz +Incapacidad parcial	
Sexo/Género	Mujer/Femenino	196 92,0%	17 8,0%	213 100,0%
	Hombre/Masculino	74 80,4%	18 19,6%	92 100,0%
Total		270 88,5%	35 11,5%	305 100,0%

Tabla 11 bis. Pruebas de chi-cuadrado (χ^2)

	χ^2	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,48	1	0,003		
Corrección por continuidad	7,39	1	0,006		
Estadístico exacto de Fisher				0,005	0,004

Tabla 12. Patología vs Valoración de incapacidad judicial

		Valoración de la incapacidad		Total
		Incapacidad total	Capaz +Incapacidad parcial	
Patología	Demencia	222 72,8%	1 0,4%	223 73,2%
	Resto + +Ausente	48 15,7%	34 11,1%	82 26,8%
Total		270 88,5%	35 11,5%	305 100,0%

Tabla 12 bis. Pruebas de chi-cuadrado (χ^2)

	χ^2	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	99,28	1	0,000		
Corrección por continuidad	95,28	1	0,000		
Estadístico exacto de Fisher				0,000	0,000

Tabla 13. Resumen de los resultados de la evaluación de las variables consideradas como posibles factores de mayor ocurrencia de incapacidad judicial

Variable	X ²	p	Si es significativa			
			Grupo de mayor probabilidad de incapacidad total	OR	ORi	ORs
Edad	9,73	0,002	Mayores de 80 años	0,32	0,15	0,67
Edad	8,55	0,007	Mayores de 60 años	0,32	0,15	0,71
Sexo (Género)	8,48	0,003	Mujer (Femenino)	2,80	1,37	5,73
Patología	99,28	0,001	Demencias	157	21	1177

XII.3. FIGURAS

Figura 1. Valoración de incapacidad judicial según edad

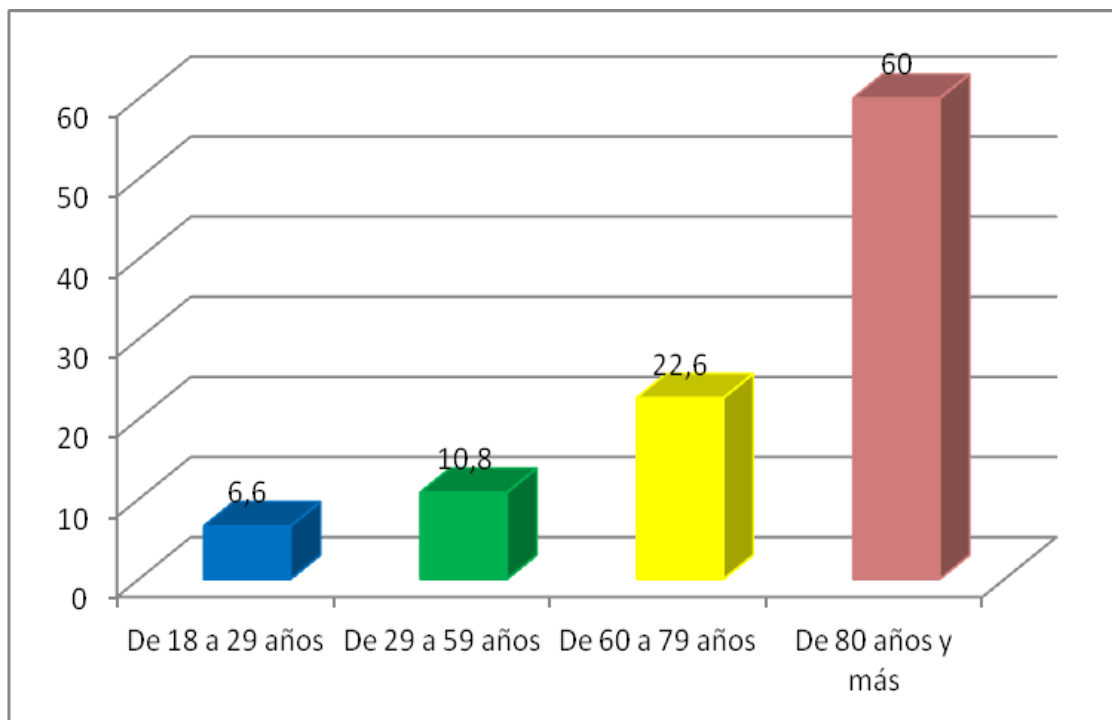


Figura 2. Valoración de incapacidad judicial según sexo

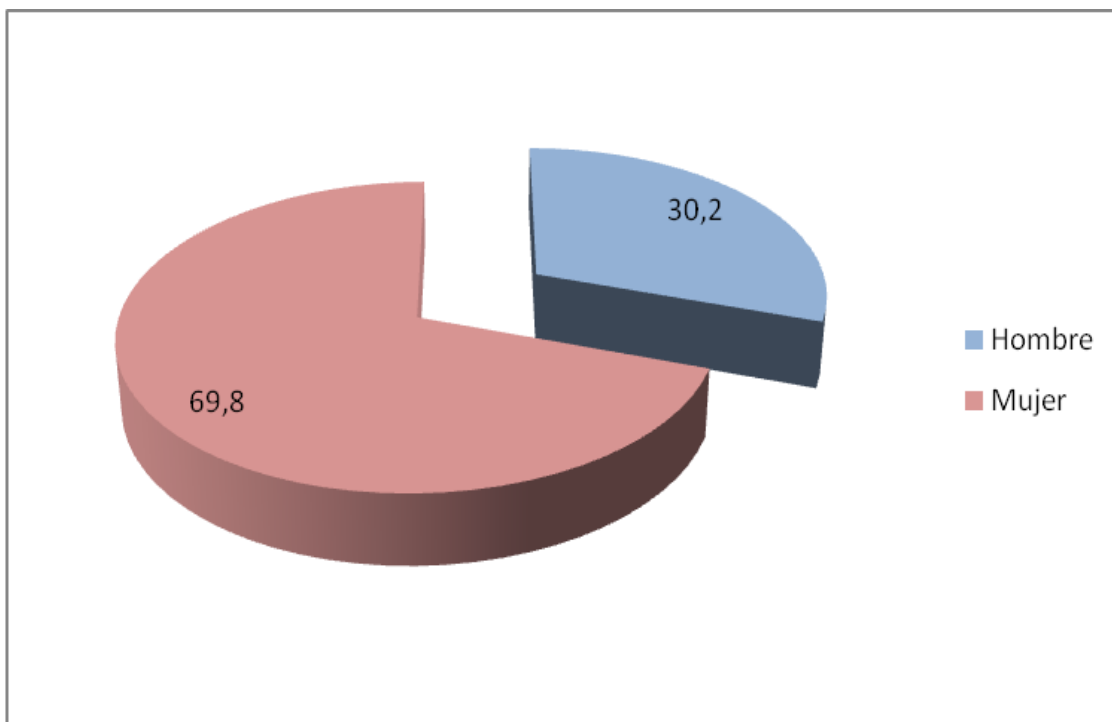


Figura 3. Clasificación del estado de capacidad judicial

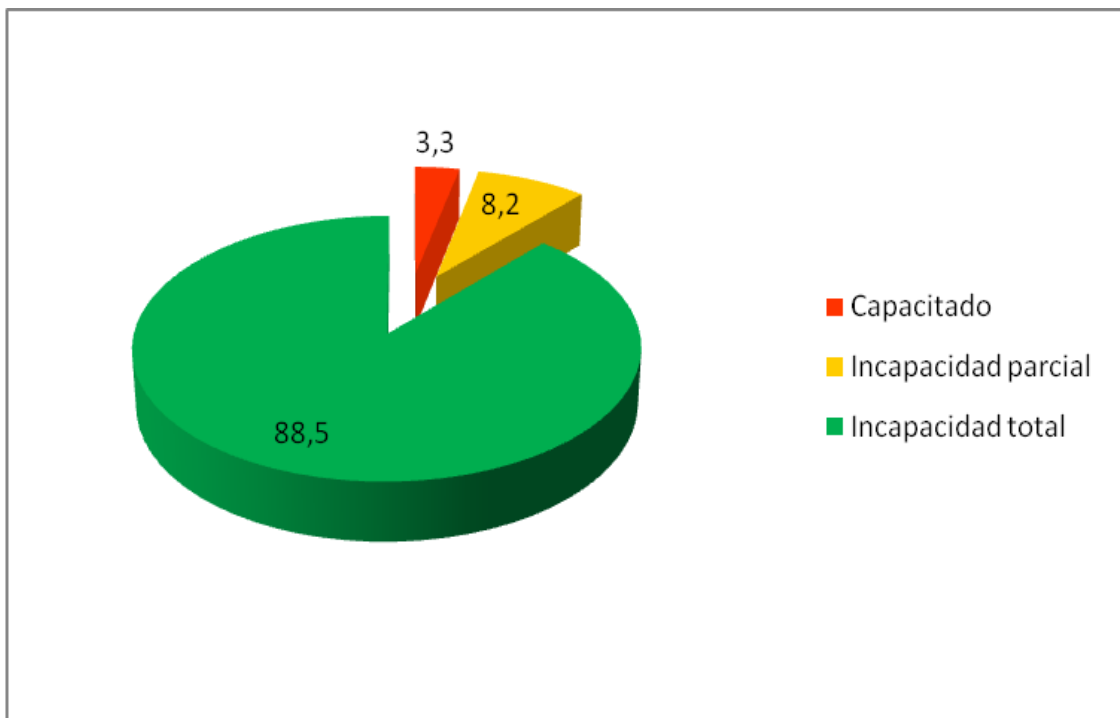


Figura 4. Incapacidad judicial total según patología

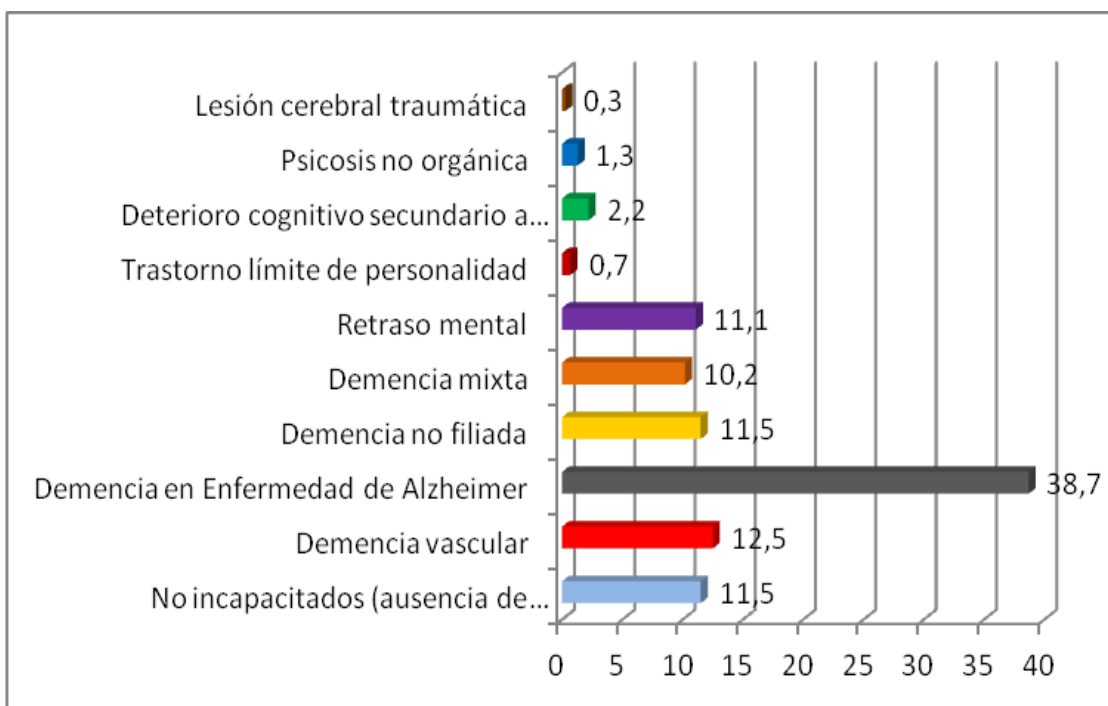


Figura 5. Incapacidad judicial parcial según patología

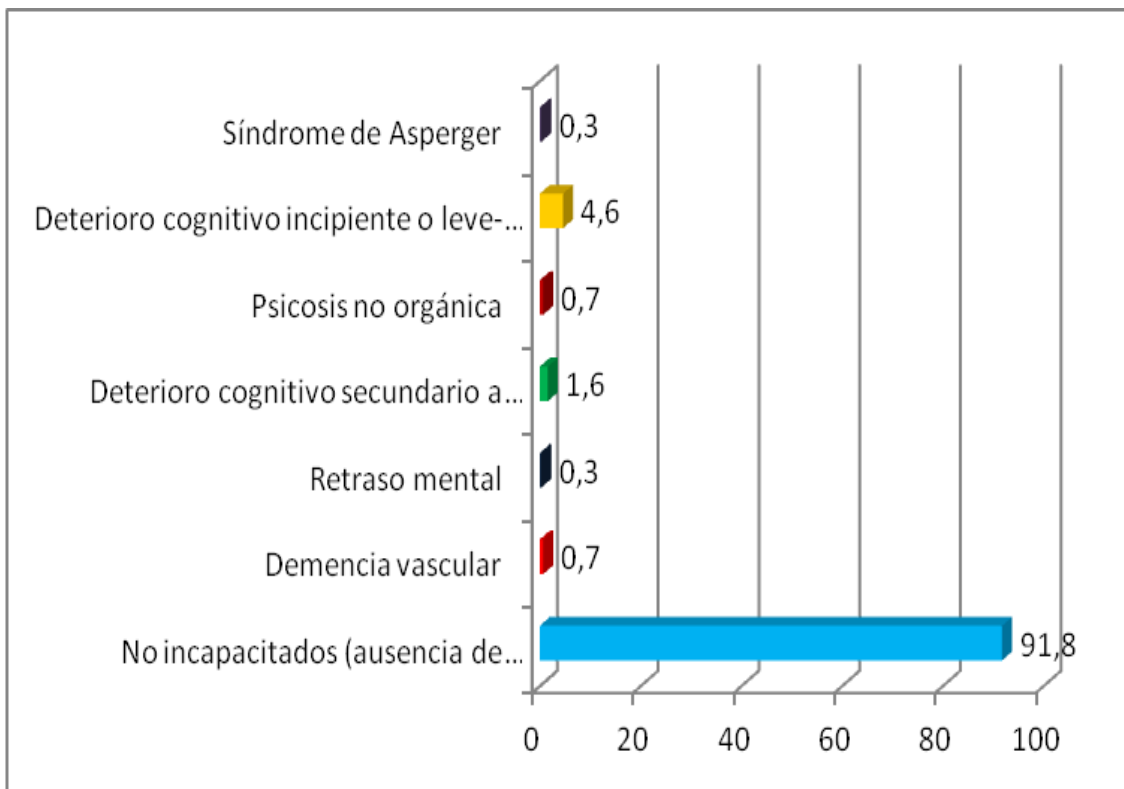


Figura 6. Capacidad judicial según revisión médico forense

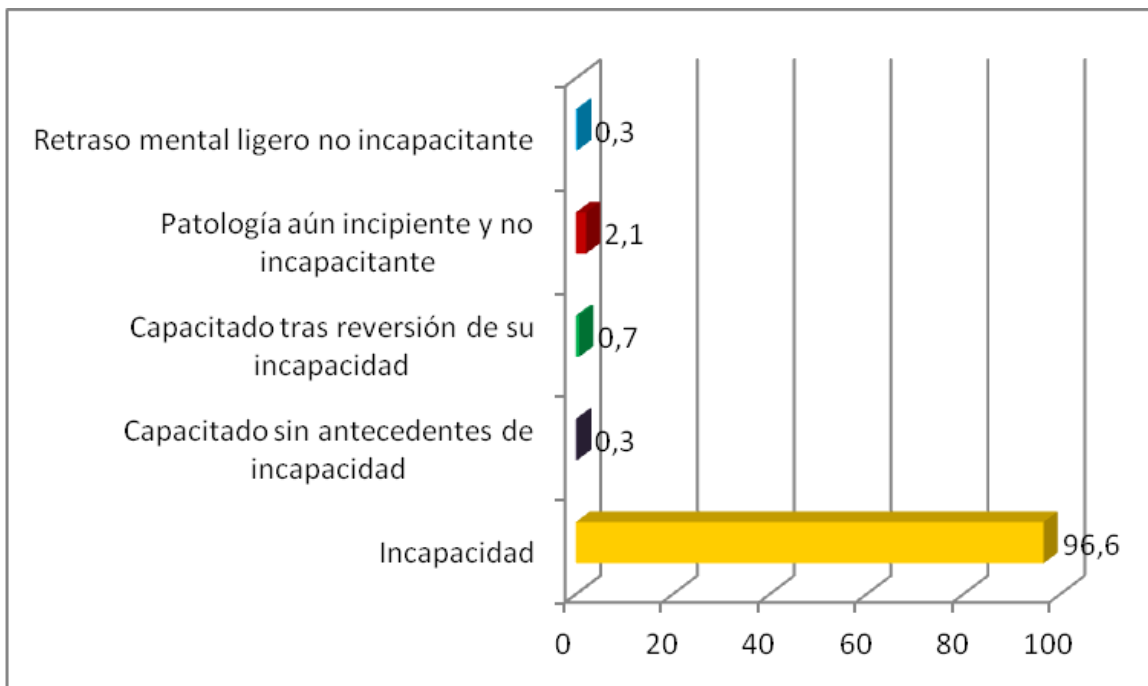


Figura 7. Año de valoración del estado de capacidad judicial