

## **AVANCES Y EXIGENCIAS DE LA PRUEBA PERICIAL EN EL PROCESO DE MODIFICACION Y DELIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD DE OBRAR. LA CAPACIDAD EN LOS TRASTORNOS MENTALES**

Enrique Esbec Rodríguez<sup>1</sup>  
*Consejería de Justicia de Madrid*

### **Resumen**

En los últimos años, ha evolucionado mucho la valoración pericial y judicial de las personas con discapacidad psíquica. Se profundiza en el examen forense, se valoran las potencialidades de la persona, su funcionamiento en múltiples áreas, la motivación y adherencia a tratamientos y en las personas mayores o con demencia, las aptitudes restantes en relación a sus necesidades. Se ha pasado en los últimos tiempos de una dicotomía «capaz» -«incapaz» a una incapacitación diferencial con deslindamiento de cada competencia y proponiendo los apoyos específicos que necesita cada persona.

A raíz de la *Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad* (ONU, Nueva-York, 13 de diciembre de 2006, vigente en España desde el 3 de Mayo de 2008) y legislación posterior, se derivan cambios profundos en la prueba pericial, que debe ser más exhaustiva y completa.

La Convención hace alusión a la prueba pericial y señala que en todos aquellos momentos en que se requiera, la autoridad correspondiente deberá solicitar, con la prontitud debida, la colaboración de los médicos forenses, especialistas en psicología, trabajo social, comunicación, educación especial y discapacidad (del Poder Judicial o, en su defecto, de otras instituciones). Para la valoración de las habilidades adaptativas del paciente, se propone el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF, OMS, 2001) especialmente respecto al apartado de *Actividad y Participación*. También se proponen ciertas directrices éticas, a la luz de la citada Convención, legislación y jurisprudencia posterior. Asimismo, son resumidas las áreas más importantes de funcionamiento respecto al autocuidado, actos o negocios jurídicos, habilidades instrumentales de la vida diaria y competencias en las áreas laboral, sanitaria y social.

Respecto a la actual fórmula de internamiento involuntario prevista en nuestra legislación, no sufrirá grandes modificaciones (aunque si exigencias). Lo

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Enrique Esbec Rodríguez. Médico Forense de Madrid y Doctor en Psicología.  
E-mail: [esbec@estudiosforenses.com](mailto:esbec@estudiosforenses.com)  
*Fecha de recepción del artículo:* 18-09-2012.  
*Fecha de aceptación del artículo:* 27-11-2012

interesante es la posible inclusión en la reforma de la figura del tratamiento ambulatorio involuntario. Cabe destacar que en el borrador de modificación de la actual legislación española sobre incapacitación, ya no es imprescindible que el examen sea efectuado por un médico y la inclusión como medida de protección además del ingreso, el tratamiento ambulatorio involuntario [TAI].

Por último, se revisan algunas sentencias del Tribunal Supremo y otros órganos judiciales, sobre diferentes trastornos mentales.

**PALABRAS CLAVE:** *valoración pericial, discapacidad, capacidad de obrar suficiente, capacidad diferencial, trastornos mentales.*

### **Abstract**

In recent years, expert and judicial assessment of persons with psychic disabilities has evolved remarkably. Forensic examination is studied in depth, the potentialities of the persons are assessed, as well as their functioning in multiple areas, their motivation and their adherence to treatment; in the case of elderly people or people with dementia, the rest of the skills are evaluated in relation to their needs. In recent times, there has been a transition from the capable/incapable dichotomy to differential incapacitation, with delimitation of each competence and with a proposal of the specific support each person requires.

The *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (UN, New York, 13 December 2006, in force in Spain since 3 May 2008) and subsequent legislation have led to profound changes in expert evidence, which must be more thorough and complete.

The Convention alludes to expert evidence and indicates that, when required, the competent authority shall request, with due promptness, collaboration of medical examiners specialized in psychology, social work, communication, special education, and disabilities (belonging to the Judiciary or, failing that, to other institutions). For the assessment of the patient's adaptive skills, the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, WHO, 2001) is proposed, especially with regard to the subsection *Activities and Participation*. Certain ethical guidelines, in the light of the Convention and subsequent legislation and jurisprudence, are also proposed. The most important areas of functioning with respect to self-care, legal or business acts, instrumental skills of daily life, and skills related to work, health and social areas are also summarized.

Regarding the current formula of involuntary admission established in our legislation, there will not be important changes (although some requirements will be included). The possible inclusion in the reform of the concept of involuntary outpatient treatment is specially interesting. It is noteworthy that the draft of amendment of the current Spanish legislation on incapacitation establishes that it is no longer essential that the examination is performed by a doctor; moreover, involuntary outpatient treatment is included as a protective measure in addition to admission.

Finally, some sentences of the Supreme Court and other judicial bodies, concerning different mental disorders, are reviewed.

KEYWORDS: *expert assessment, disability, sufficient capacity to act, differential capacity, mental disorders.*

### Introducción

La prueba pericial en el proceso de incapacitación está plenamente justificada en la Ley de Enjuiciamiento Civil [LEC]. Así, *nunca se decidirá sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial, acordado por el tribunal.* (Artículo 759.1 LEC). *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* (Artículo 752 LEC). *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* (Artículo 759 LEC).

La capacidad mental que hace a la persona capaz de obrar, se presume siempre mientras no se destruya por una prueba concluyente (Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de febrero de 1986 y 28 de junio de 1990).

La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU, Nueva-York, 13 de diciembre de 2006, vigente en España desde el 3 de mayo de 2008), se refiere a las pruebas periciales y señala que *en todos aquellos momentos en que se requiera, la autoridad correspondiente, deberá solicitar, con la prontitud debida, la colaboración de los médicos forenses, especialistas en psicología, trabajo social, comunicación, educación especial y discapacidad (del Poder Judicial o, en su defecto, de otras instituciones).*

En el mismo artículo dedicado a la capacidad de obrar incluyó un último párrafo sobre esta cuestión, diciendo que: *«Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes [EP] tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria».*

Cabe resaltar que en el *Anteproyecto de Ley de reforma del Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil*, se modifica la exigencia de dictamen médico, abriendo la puerta a otros profesionales. Entendemos que se refiere especialmente a psicólogos o equipos psico-sociales.

*La Guía de buenas prácticas* de la Consejería de educación, política social y deporte de Madrid, establece la necesidad de que los Juzgados especializados en incapacidades y tutelas cuenten todos ellos con equipos psicosociales específicos y dentro de ellos con médicos especialistas en Neurología y Geriatría.

*La Convención de la ONU* exige la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial, penitenciario. (Art. 13.2) y trabajadores sociales. (Art 4.1).

Las peritaciones sobre asuntos de incapacitación resultan extremadamente difíciles, ya que se trata de valoraciones prospectivas o de pronóstico, es decir, que el perito se enfrenta a la tarea de asesorar sobre la aptitud de la persona para enfrentarse a cualquier hipotético acto o negocio jurídico en la actualidad y en el futuro. Es también compleja por la frecuente falta de colaboración y tendencia hacia la deseabilidad social en los pacientes, y en ocasiones, por la presión de la familia.

Recordemos que en la modificación de la capacidad de obrar, convergen tres factores:

1. *Factor psicopatológico*. Existencia de un trastorno mental, cuya naturaleza y profundidad sean suficientes para justificar dichas repercusiones.
2. *Factor cronológico*. Permanencia o habitualidad del mismo.
3. *Factor adaptativo*. Que como consecuencia de dicho trastorno, resulte el enfermo incapaz de proveer a sus propios intereses, que le impida gobernarse por sí mismo.

El objeto de la prueba pericial incluye:

- Diagnóstico (a ser posible con códigos CIE-10 / CIE-11; DSM-V).
- Profundidad del trastorno, deficiencia o deterioro mental. Grado de afectación de las facultades cognitivas y volitivas.
- Pronóstico (buen o mal pronóstico, cronicidad o permanencia).
- Capacidad de autogobierno. Descripción minuciosa de las habilidades adaptativas, competencias en actividad y participación de la persona con discapacidad.
- Medidas cautelares (urgentes) incluida la necesidad de internamiento o tratamiento ambulatorio y la protección patrimonial.
- En su caso, análisis de la idoneidad para ser tutor o curador: examen de la personalidad, circunstancias personales, interacción con el incapaz, proyecto de tutela de los candidatos, permanencia de la persona con

discapacidad en su entorno habitual, actitud del candidato frente a la familia extensa y preferencias del discapacitado.

La valoración psicopatológica incluye:

- Una completa anamnesis. Habitualmente se necesita la colaboración de informadores. El estudio de antecedentes debe ser completo, pero esencialmente centrado en el comienzo de la patología, evolución, tratamientos, conciencia de trastorno o enfermedad, adherencia a los tratamientos, descompensaciones y sus causas así como consumo de sustancias psicotrópicas y medicamentos.
- Estudio de informes previos (clínicos, discapacidad, incapacidad laboral, internamientos voluntarios e involuntarios, etc.)
- Solicitud de información complementaria (por ejemplo a un centro residencial, centro de salud, policía, servicios sociales, etc.).
- Entrevistas semi-estructuradas con el peritado. Se siguen ciertas directrices que se comentan más adelante.
- Entrevistas con familiares. Normalmente con cónyuge y familiares de primer y segundo grado. En ocasiones son necesarias las entrevistas con miembros de la familia extensa y amigos.
- Comprobación de la interacción discapacitado-familia: vínculos, alianzas, posibles influencias indebidas, proyectos para el paciente por parte de cada miembro de la familia.
- Pruebas complementarias. Tanto las que practique el perito como las que sea necesario efectuar por otros profesionales (por ejemplo, pruebas de neuro-imagen). Las pruebas más frecuentemente utilizadas son las baterías de valoración neuro-psicológica, los tests de inteligencia y los de personalidad.

### **La exploración psicopatológica**

En primer lugar, efectuamos un *examen general* que incluye aspecto, higiene general, bucodental, etc., vestimenta y limpieza, estado de nutrición e hidratación, coloración de piel y mucosas, estigmas de consumo de drogas o enfermedades, halitosis, signos de fatiga. Un *examen neurológico básico* puede mostrar la existencia de temblor de reposo (parkinsonismo), temblor intencional (síndrome cerebeloso), temblor inespecífico, ataxia de la marcha y cojera, paresias evidentes, atrofia muscular, deficiencia de los sentidos, etc.

*La valoración cognitiva* para la toma de decisiones circunscribe a los siguientes elementos fundamentales: 1) Nivel de conciencia. 2) Percepción de

estímulos. 3) Nivel de atención y concentración. 4) Orientación personal, y témporo-espacial. 5) Cálculo (especialmente referido al manejo de la moneda). 6) Inteligencia por apreciación clínica (vocabulario, nivel cultural y de información, capacidad de abstracción, cubos, capacidad denominativa o anomia). 7) Memoria de fijación, de trabajo y evocativa. Memoria autobiográfica y episódica. 8) Curso del pensamiento y fluencia de ideas. 9) Contenido del pensamiento (ideación delirante, deliroide, obsesiva, etc.). 10) Lenguaje (aspectos semánticos, sintácticos, prosódicos, parafasias, neologismos, afasia, etc.). Expresión y recepción. Conversación. 11) Lecto-escritura. 12) Conciencia de la realidad. 13) Funciones ejecutivas. Razonamiento abstracto. 14) Praxia ideo-motora, praxia constructiva y otras praxias. 15) Gnosias.

En la valoración cognitiva en las demencias, son de amplio uso las pruebas Mini Mental State Examination (MMSE) y su adaptación española (Mini-Examen cognoscitivo); Alzheimer's Disease Assesment Scale (ADAS); Cambridge Index of Mental Disorder in the Ederly (CAMDEX); Test Barcelona; Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD); Severe Impairment Battery (SIB). Para la valoración de la inteligencia, se utiliza fundamentalmente el test WAIS (Wechsler Adults Intelligence Scale) que fue diseñado en 1939 por David Wechsler (desarrollador, también, del test de inteligencia WISC para niños), en sus diferentes versiones.

*La valoración del sistema afectivo-motivacional*, debe centrarse en los siguientes elementos: 1) Conciencia de enfermedad y motivaciones generales y hacia el tratamiento. 2) Estado de ánimo (eutímico, disfórico, depresivo, maniaco, etc.). 3) Afectividad apropiada o inapropiada. 4) Ansiedad (estado-rasgo). 5) Fobias. 6) Impulsividad y autocontrol. 7) Sentimientos y emociones. 8) Valores.

*Los principales rasgos de personalidad*, pueden ser valorados con frecuencia según apreciación clínica, como el paranoidismo, extraversión-introversión, ansiedad-rasgo o neuroticismo, apertura a nuevas experiencias y búsqueda de sensaciones, evitación de riesgos y miedos, responsabilidad-obsesividad, espiritualidad, cooperación, rarezas o extravagancias (psicoticismo), impulsividad, inestabilidad afectiva y dependencia.

Los tests de personalidad más utilizados como pruebas complementarias son el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) de Hataway & Mckinley (1942) y versiones posteriores; el cuestionario de los 16 factores de Personalidad (16 PF) de Cattell (1957) y sus adaptaciones posteriores; Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) (Eysenck, 1967); Inventario de los Cinco Factores (NEO-PI-R) [Costa y McCrae, 1992]; el BFQ (Caprara, Barbarenelli y Borgogni, 1993); Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI) en sus diferentes versiones; TPQ Cuestionario Tridimensional de la Personalidad. Tridimensional Personality Questionnaire de Cloninger (1987); Inventario de la

evaluación de la personalidad. Personality Assessment Inventory PAI (Morey 1991). No obstante, la prueba más útil hasta el momento es el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad de la OMS (IPDE) especialmente si se cuenta con un informador externo válido.

*El análisis del autogobierno* de una persona implica analizar:

- Que es lo que la persona necesita ordinariamente hacer.
- Que es lo que puede hacer / procurarse por sí misma.
- Que es lo que no puede hacer / procurarse por sí misma.

Es decir, hay que aclarar, cuales son las facetas de autonomía total, de ausencia de autonomía y de autonomía parcial.

### **Capacidad de obrar suficiente y capacidad diferencial**

El concepto de «capacidad de obrar suficiente» se encuentra en la Ley de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad: la constitución y administración del patrimonio protegido.

Junto con la introducción del nuevo concepto jurídico «persona con discapacidad», la Ley 41/2003 alude a otra cuestión de enorme importancia cual es la «capacidad de obrar suficiente» que puede poseer dicha persona para constituir por sí sola el patrimonio protegido. Y también en este tema ha trascendido la regulación de dicha Ley al Código Civil, el cual alude a la expresada capacidad en el artículo 223 con motivo de la autotutela, autorizando a «cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente» para constituir la en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, pudiendo adoptar en documento público notarial cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor. Previsión que a su vez se extiende a otras leyes, como por ejemplo la Ley de Dependencia de 2006, cuyo artículo 4.2.f reconoce a la persona dependiente el derecho a decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno (García Pons, 2008).

La capacidad mental que hace a la persona capaz de obrar, se presume siempre mientras no se destruya por una prueba concluyente (Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de febrero de 1986 y 28 de junio de 1990).

A efectos de una incapacitación, la competencia mental de una persona no es necesario que sea perfecta, sino suficiente para sus necesidades de la vida cotidiana en su entorno habitual. Esto nos lleva en muchísimas condiciones intermedias a plantear dudas razonables sobre las competencias del demandado.

Aunque la tendencia habitual es a incapacitar «por si acaso...», en caso de duda el Juez podría aplicar el principio *in dubio pro capacitate*.

Carnelutti, en 1953 propuso el constructo «*semicapacidad*» o «*hipocapacidad*» (capacidad restringida, no anulada) para designar la situación de ciertos menores de edad y de algunos incapacitados a los que se les limita tan solo en algunas esferas de actuación, lo que significa la aceptación del carácter graduable y desarrollable de la capacidad de obrar.

La capacidad restringida o limitada es el grado intermedio de la capacidad de obrar. La persona con esta capacidad actúa por sí misma en el mundo jurídico pero precisa de un complemento de capacidad para la validez de ciertos actos jurídicos, complemento que el Código Civil denomina como consentimiento, autorización u otras expresiones parecidas. Es un tipo de capacidad propia de los menores emancipados y del incapacitado de forma parcial por sentencia.

En este punto hay que diferenciar una *Capacidad general* y otra *Capacidad especial*. La capacidad general hace referencia a la posibilidad de actuar válidamente en la totalidad de los actos y negocios jurídicos, prescindiendo de su clase y naturaleza. Frente a esta capacidad general podemos hablar de una *Capacidad especial*, que es aquella que el ordenamiento exige en supuestos concretos atendiendo a la específica naturaleza o efectos propios de un acto o negocio determinado, sin que por ello se entienda que el sujeto es incapaz, simplemente no podrá realizar con eficacia un determinado acto jurídico. Esta capacidad puede significar tanto una ampliación de los requisitos exigidos por la *Capacidad general* (por ejemplo en la adopción) o una disminución de tales requisitos (como es que para otorgar testamento abierto o cerrado sea suficiente haber cumplido los catorce años, aunque el testador sea menor de edad).

En la valoración de la competencia para la toma de decisiones de la persona con discapacidad mental, debe tenerse en cuenta la complejidad de las decisiones que debe tomar habitualmente y los problemas que se le pueden presentar excepcionalmente. Por eso, salvo en los casos severos, no se puede hablar de una capacidad de autogobierno genérica y es necesario puntualizar.

La capacidad no es un paradigma «sí / no» sino que puede ser situacional y variar en grado. En un extremo del espectro están las personas que tienen «capacidad completa» y en el otro extremo se encuentran las personas absolutamente incapaces. En medio están los individuos con mayor o menor grado de capacidad. Decir que la capacidad es «situacional» significa que la capacidad depende del acto o problema concreto al que se enfrenta la persona.

Según el fiscal J. Mayor (2011), una gran mayoría de sentencias se limitan a declarar la incapacitación, sin más, y a establecer el mecanismo de protección tutelar, sin graduar ni lo uno (los límites a la capacidad de obrar que se establecen en el caso concreto), ni lo otro, (las facultades que se le atribuyen

al tutor), recurriendo a fórmulas tales como «incapacidad total» o «incapacidad absoluta» resultando de aplicación en la posterior ejecución de la tutela la regulación legalmente prevista para el grado máximo de incapacitación. El artículo 760 de la ley procesal civil precisa entonces de una reforma en el sentido de enfatizar aún más el *principio de especialidad* en orden a establecer, claramente, en la ley, la necesidad de que la sentencia haga una concreta delimitación de la capacidad de obrar del sujeto y en consecuencia, una especificación de las facultades que el mismo conserva de forma íntegra, aquéllas que requieren de la asistencia de la figura de protección tutelar y aquéllas en las que resulte estrictamente necesario sustituir la actuación de la persona por la de su representante legal nombrado a tal efecto (Mayor, 2011).

Es necesario explicar que una persona puede realizar las tareas A y B, pero no en C, porque los requerimientos cognitivos y volitivo-motivacionales son diferentes (Frolik y Radford, 2006). Por ejemplo, la aptitud cognitiva necesaria para hacer un testamento («capacidad testamentaria») es inferior a la requerida para efectuar en un contrato válido y una compra-venta de un bien inmueble puede requerir mayores aptitudes y conocimientos mercantiles que el manejo del dinero de bolsillo. Muchas personas con discapacidad psíquica, solo con una discreta ayuda pueden hacer frente a cuestiones económicas de escasa cuantía como pago a suministradores, compras, utilización de ciertos servicios (peluquería, transporte, etc.), y efectuar pequeñas donaciones.

El grado de capacidad legal puede ser pensado como existente en un espectro de manera que la capacidad legal suficiente para llevar a cabo ciertos actos pueden ser considerados insuficientes para realizar otras. Muchas personas mayores con cierto deterioro cognitivo relacionado con la edad e incluso en casos de demencias incipientes, pueden cuidarse de sí mismas de forma óptima (vestirse, hacer la compra, comer, evitar los peligros, pedir ayuda, tomar su medicación, etc.); son aptos para efectuar contratos cotidianos de baja cuantía (teléfono, agua, luz, agencias de viajes, transportes, servicio doméstico, etc.) y tienen conocimiento y voluntad para adquirir bienes o servicios.

En esta línea, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia define la dependencia en su art. 2 *como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal*. En el art. 26 define y concreta los grados de dependencia en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiera:

- Grado I (Dependencia moderada): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II (Dependencia severa): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo externo para su autonomía personal.
- Grado III (Gran dependencia): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varia

En el *informe mundial sobre la discapacidad (2011)* se pone el acento en los derechos de la persona con discapacidad, asistencia, apoyos y potenciación n de facultades. Ello supone dejar de ver a las personas como problemas para pasar a considerarlas titulares de derechos.<sup>1</sup>

Respecto a las medidas de protección, en la Convención de la ONU de 2006 se sostuvo que el sistema de sustitución en la toma de decisiones (que generalmente se plasma a través de la tutela) protege, en teoría, a las personas con discapacidad de los abusos, pero que en la práctica precisamente abre la puerta a los abusos. Entre otras consecuencias, se resaltó que la tutela facilita la institucionalización, dado que el representante puede otorgar el consentimiento incluso cuando la persona se opone a ser insitucionalizada. Pero asimismo, se remarcó que mediante el procedimiento de incapacitación, en gran parte de los países, la persona pierde el derecho de decidir dónde vivir, pierde el derecho al voto, el derecho a elegir con quién casarse, el derecho a abrir un negocio, y a decidir sobre múltiples cuestiones que el resto de personas deciden a diario. En

---

1 El informe se centra en medidas destinadas a mejorar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades; fomentar la participación y la inclusión, y reforzar el respeto a la autonomía y dignidad de las personas con discapacidad. En el capítulo 1 se definen términos tales como «discapacidad»; se analizan la prevención y sus consideraciones éticas; se presentan la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y la CDPD, y se abordan los temas de discapacidad y derechos humanos, y discapacidad y desarrollo. En el capítulo 2 se pasa revista a los datos sobre la prevalencia de la discapacidad y la situación de las personas con discapacidad a nivel mundial. En el capítulo 3 se estudia el acceso de las personas con discapacidad a los servicios generales de atención de salud. En el capítulo 4 se trata el tema de la rehabilitación, con inclusión de las terapias y los dispositivos asistenciales. En el capítulo 5 se investigan los servicios de apoyo y asistencia. En el capítulo 6 se analizan los ambientes inclusivos, tanto en términos de acceso físico a los edificios y el transporte, por ejemplo, como de acceso a los entornos virtuales de la tecnología de la información y las comunicaciones. En el capítulo 7 se aborda la educación y en el capítulo 8, el empleo de personas con discapacidad. Cada capítulo incluye recomendaciones, que se recopilan en el capítulo 9 para formular consideraciones generales sobre políticas y prácticas.

este sentido, la tutela, sería aplicable solo a un porcentaje reducido de discapacitados psico-sociales (Palacios, 2008).

### **Principios éticos de la evaluación forense**

Hay unos principios inexcusables que el perito debe seguir durante su examen:

1. *Principio de Información veraz.* Debe dejar claro a la persona con discapacidad, cual es el motivo del examen y el objeto de su función. Debe utilizar todo su esfuerzo para que la persona con posible discapacidad psíquica pueda comprender tales aspectos. Debe explicarle que como perito queda en parte liberado de la obligación de secreto.
2. *Principio de autonomía.* Debe mantener un trato de máximo respeto y comprensión, teniendo en cuenta que el peritado con frecuencia tratará de ocultar información que le perjudique, no colaborará, o se mostrará desconfiado u hostil. También nos referimos aquí al derecho que tiene toda persona con discapacidad física o psíquica a tomar sus iniciativas sobre cómo quiere vivir de acuerdo a su estilo personal, creencias y valores así como a la forma de desarrollar sus actividades de la vida diaria.  
Tanto en relación con las competencias, como en la elección de tutor o curador, la persona objeto de examen tiene derecho a ser oído, y en lo posible, a tenerse muy en cuenta su voluntad. La persona con discapacidad, habitualmente quiere estar bien informado, participar activamente en el proceso de toma de decisiones que afectan a su bienestar, salud, y autogobierno.  
La Convención de la ONU exige que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida. y que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona.
3. *Principios de Confidencialidad y Reducción de daños.* El informe forense debe limitarse a la función encomendada, evitando excederse en asuntos irrelevantes. Evitar etiquetas devaluadoras en sus informes. Procurar la máxima discreción en los datos obtenidos de la historia clínica, u otros, que no afecten al proceso. Recordemos que el perito está exento del deber de confidencialidad pero de una forma relativa y que el

legítimo propietario de la historia clínica es el paciente (Ley 41/2002 de autonomía del paciente), aunque pueda utilizarse con fines judiciales (Art. 16.3 de la citada Ley).

4. *Principio de Rigor.* Las consideraciones deben estar basadas en evidencias (no solo en referencias), diferenciando lo que es claro y se puede acreditar de lo simplemente especulativo. Recordemos, que en la incapacidad, según doctrina reiterada del Tribunal Supremo, las pruebas deben ser rotundas y concluyentes.  
Tanto en el anciano con deterioro cognitivo como en las enfermedades mentales más significativas, hay que tener presente siempre que la evaluación pericial constituye una situación de estrés severo para el evaluado. En consecuencia, los resultados de las pruebas puede cambiar de un día a otro y las competencias cambian con el transcurso del tiempo, por lo que es imprescindible la colaboración de informadores fiables, y frecuentemente efectuar varias evaluaciones.
5. *Principio de accesibilidad.* En la práctica, los peritajes son efectuados en un despacho. Tanto el examen judicial como el examen de facultativo, son un gran escollo por el desplazamiento del presunto incapaz y el estrés (y el miedo) al que es sometido. Sería preciso contar con más medios para poder favorecer que estas pruebas se hicieran en el hábitat del presunto incapaz, ya que su valoración cambia radicalmente fuera de su entorno, donde se siente más nervioso y desorientado. Esto, unido a las largas esperas en los pasillos que muchas veces irremediamente se dan y que contribuyen a que el estado anímico en el que se practican estas pruebas no sea el más idóneo. Sería igualmente necesario dotar de más recursos y más equipos de valoración psicosocial que, en muchos Juzgados o no existen o están totalmente saturados [Guía de buenas prácticas en los procesos de incapacidad].

### **Directrices generales para la valoración pericial**

El perito debe seguir las siguientes directrices:

1. **Valoración detallista y dimensional.** La aptitud de una persona para las habilidades de la vida diaria y actos o negocios jurídicos requiere especificaciones. Esto permite hablar de una capacidad o *competencia diferencial*. Es decir, una persona puede ser inhábil para manejar una empresa pero no para utilizar su cuenta corriente personal; inhábil para

el autocuidado pero no para ejercer su derecho de sufragio. En algunas áreas, también se puede establecer un criterio dimensional, por ejemplo, los gastos de bolsillo diarios permitidos, según la renta y circunstancias particulares de la persona con discapacidad.

2. **Estudio de los procesos mentales.** Para la valoración de la capacidad de obrar, se deriva necesariamente una más meticulosa evaluación de los procesos vs. productos mentales. La simple emisión de un diagnóstico, puede resultar insuficiente ya que la categorización radical poco dice del «como» la persona explorada procesa la información, siente o se relaciona con su ambiente, «de que manera» se ve afectada su capacidad de adaptación, o «en que facetas» la persona fracasa y necesita ayuda o supervisión.

En los casos de retraso mental, por ejemplo, ofrece enorme interés este tipo de análisis. Algunas pruebas de inteligencia pueden estar muy saturadas de factores viso-espaciales o culturales pero nada dicen del *razonamiento informal*<sup>2</sup> de la persona y su capacidad para desenvolverse dentro de su medio habitual.

3. **Valoración de las potencialidades y posibilidades terapéuticas.** Queda claro que en la incapacitación, el trastorno o discapacidad debe ser de carácter permanente. «*Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma*» (Art. 200 del Código Civil).

En algunas ocasiones, el paciente está recibiendo tratamientos rehabilitadores, estimuladores, medicación u otro cualquiera. En alguno de estos casos, el perito no podrá pronunciarse rigurosamente hasta ver

---

2 El razonamiento informal se pone en juego para resolver nuevos problemas surgidos en la vida cotidiana, y por lo tanto se aplica al margen de los modelos matemáticos y de la lógica. El razonamiento de la vida cotidiana está implicado en las decisiones diagnósticas que toma el médico, en los argumentos del letrado a la hora de defender a su cliente o en las decisiones que toma un mecánico para reparar un coche (Carretero y otros, 1995). Se caracteriza por los siguientes elementos: 1) Se trata de un conjunto de heurísticos o atajos mentales; 2) Se aplica a cuestiones de la vida cotidiana; 3) Se ve sesgado por las creencias y opiniones del sujeto; 4) Está muy relacionado con la capacidad de elaborar argumentos y defenderlos frente a otros posibles; 5) Es un tipo de razonamiento dinámico, muy dependiente del contexto situacional; 6) Se aplica a tareas abiertas (con más de una solución plausible) y mal definidas; 7) Se aplica a tareas no deductivas (las premisas no aparecen e incluso el sujeto debe generarlas); 8) No utiliza un lenguaje formal o simbólico, sino un lenguaje cotidiano.

la evolución del paciente, evaluar la discapacidad final y potencialidades restantes.

4. **Enfoque ecosistémico.** Focaliza su atención en ver a la persona y a la familia como un sistema abierto, dinámico y en constante interacción con otros contextos comunitarios en el proceso de transformación de sus estructuras, creando un modelo de atención en diferentes niveles, encaminado a entender las creencias de la familia sobre el evento y explorar con ella las áreas en las que puede haber conflicto, por el momento de vida, su cultura y sus tradiciones y una vez ahí, ayudarle a explorar las alternativas que pudieran ser útiles (Sanz, 2010).<sup>3</sup>
5. **Evaluación contextual** («medio» o «entorno»). La capacidad de autogobierno frecuentemente no puede extrapolarse del despacho al entorno y es, sin duda, a este contexto, al que debe hacer referencia. La situación de examen, constituye una circunstancia artificial, muy alejada de la práctica diaria, plagada de sesgos y asiduamente impregnada de interferencias. Lamentablemente, la organización actual de los servicios forenses del Estado y las limitaciones de todo género, impiden efectuar un adecuado análisis de la *persona en su entorno*.

La actual formulación del proceso de modificación de la capacidad de obrar exige minuciosidad en la valoración de habilidades adaptativas, con el objetivo de delimitar claramente las áreas de competencia total, de competencia parcial y de incompetencia absoluta. Ya no se admiten los informes forenses breves, generales o estereotipados.

De acuerdo con las conclusiones de las Jornadas de Fiscales especializados en la protección de las personas con discapacidad / tutelas y de la Instrucción 3/2010 de la Fiscalía General del Estado (ampliados y modificados), el perito deberá explicar con mayor exhaustividad y rigor las áreas de funcionamiento que habitualmente más interesan y cuya valoración le puede ser solicitada:

- **AREA PERSONAL:** Autocuidado y habilidades instrumentales de la vida diaria (limpieza de la casa, aseo personal, compra de comestibles u otros enseres, compra o preparación de comida, uso del transporte,

---

<sup>3</sup> Los modelos con más impacto son: (a) el Modelo Cibernético del grupo MRI (El Centro Terapia breve del Instituto Investigación Mental de Palo Alto, California), (b) el Modelo Cibernético-Evolutivo del grupo de Milán, (c) El Modelo Estructural (Salvador Minuchin), (d) el Modelo Estratégico (Jay Haley y Madanes) y (e) el Modelo Existencial- Comunicacional (Virginia Satir).

vestirse, independencia de movimientos; compras habituales, uso del teléfono y otros medios de comunicación, competencia para pedir ayuda). Aptitud para la conducción de vehículos a motor y uso de armas. Competencia para efectuar capitulaciones matrimoniales y reconocimiento de filiación. Competencia para donación de órganos. Ocio y tiempo libre.

• **AREA ECONOMICO-ADMINISTRATIVA:**

- ✓ Actos más sencillos: Conocimiento de su situación económica y patrimonial. Identificación de moneda. Conocimiento de los precios y manejo del cambio. Definición básica de conceptos financieros (intereses, gastos, comisiones, etc.). Manejo de cuenta bancaria, cheque, cartilla, transacciones y activos financieros. Administración del dinero, gastos habituales (señalar cuantía), gastos de bolsillo al día (señalar cuantía), pequeños cobros y pagos. Efectuar gastos extraordinarios y pequeñas donaciones.
  - ✓ Actos más complejos: Competencia para otorgar poderes a terceros. Aptitud para aceptar o repudiar herencia, donaciones o indemnizaciones. Actos de disposición de patrimonio (compraventa de inmuebles, compraventa de bienes muebles, compraventa de objetos preciosos) y obtención de un justiprecio. Administración de patrimonio (arrendamiento, gravamen de inmuebles, establecimientos mercantiles o industriales, gravamen de objetos mobiliarios). Aceptación o partición de herencia. Competencia para dar o tomar dinero a préstamo especificando cantidades. Competencia para donaciones importantes (señalar cuantía). Constitución de avales o fianzas. Pago de impuestos debidos. Constitución de patrimonio protegido (Ley 41/2003).
- **AREA PROCESAL:** Capacidad procesal general (capacidad para pleitear o entablar demanda, para otorgamiento de poderes, elección de representantes legales). Capacidad para conocer el alcance del procedimiento de incapacitación y sus repercusiones. Competencia para otorgar testamento (se puede plantear en general, pero puede requerir evaluación pericial puntual). Competencia para la autotutela (Ley 41/2003).

- **AREA CONTRACTUAL:** Aptitud para realizar todo tipo de contrato, desde los más sencillos (por ejemplo, contratar servicio doméstico o personal asistencial) hasta los más complejos.
- **AREA LABORAL Y APREDIZAJE:** Competencia específica para efectuar un contrato laboral. Aptitud para el desempeño de un puesto de trabajo. Competencia para otros actos de ámbito laboral (indemnizaciones, jubilaciones, solicitud de bajas o incapacidad permanente parcial, total o absoluta). Posibilidades educativas y de formación.
- **AREA SANITARIA:** Competencia para solicitud de ayuda. Competencia para consentimiento informado, aceptar o rechazar un tratamiento. Competencia general o específica para cuidado de la salud (aptitud para el seguimiento de pautas alimentarias e higiénicas, manejo de medicamentos, etc.). Adherencia al tratamiento.
- **AREA SOCIO-POLITICA.** Conocimiento de la realidad social y normativas fundamentales. Habilidades para comunicarse y establecer relaciones sociales. Civismo. Interacciones sociales simples y complejas. Interacciones con la familia extensa. Competencia para sufragio.

Esta valoración pericial minuciosa (sin que le sea vinculante), permite al Juez dictar una sentencia que sea adecuada y útil para la persona con discapacidad psíquica, sin excederse más de lo necesario. Por ejemplo, la Sentencia del Juzgado de Primera Instancia nº 8 de Gijón de 13 de octubre de 2009 concluye que *procede modificar la capacidad de obrar de D. X pues no tiene capacidad de obrar suficiente, para actuar por sí solo y de forma autónoma a la hora de tomar decisiones, referidas a: 1.- lugar de residencia, 2.- toma de decisiones y otorgar consentimiento informado válido para cualquier intervención o tratamiento médico, con especial atención al tratamiento necesario para su esquizofrenia paranoide 3.- para realizar actuaciones complejas o de administración de su patrimonio; si puede manejar dinero de bolsillo; 4.- no puede tomar por sí solo la decisión de salir al extranjero, 5.- No puede otorgar testamento; 6.- no puede entablar acciones judiciales, 6.- No puede otorgar por sí solo consentimiento válido en contratos o negocios jurídicos que afecten a su persona o a su patrimonio; 7.- no puede obtener permiso de conducir ni permiso de armas.*

Para la estimación básica de las actividades de la vida diaria son útiles ciertos instrumentos como Índice Barthel; Índice de Katz; Escala de Lawton y Brody originalmente conocida como Philadelphia Geriatric Center-Instrumental Activities Daily Living (PGC-IADL); Escala de Blessed; Test del Informador (TIN) o Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE); Cuestionario de Actividades Funcionales (Funcional Activities Questionnaire, FAQ); Graduación Clínica de la demencia o Clinical Dementia Rating (CDR). No obstante, se recomienda como guía la utilización de la Clasificación Internacional Del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF, OMS, 200).

### **La clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y salud (CIF, OMS, 2001): una herramienta útil para el perito**

Para la valoración de habilidades o competencias en múltiples áreas, resulta muy útil utilizar la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud o CIF (OMS, 2001), especialmente en lo que se refiere al apartado de actividades y participación, junto a factores contextuales<sup>4</sup> (tabla 1).

Además de su utilidad unificadora, estadística, herramienta de investigación, política y educativa, está previsto el uso de la CIF como herramienta clínica en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados.

Algunas categorías de los componentes Funciones y Estructuras Corporales y otras de la CIE-10 parecen superponerse, especialmente en cuanto a síntomas y signos. Sin embargo, los propósitos de las dos clasificaciones son diferentes. La CIE-10 clasifica los síntomas en capítulos especiales para documentar la morbilidad o la utilización de servicios, mientras que la CIF los muestra como parte de las funciones corporales que pueden ser utilizados para programas de prevención o para identificar las necesidades de los pacientes. Es muy importante considerar que la clasificación de Funciones y Estructuras Corporales de la CIF ha sido concebida para ser utilizada junto con las categorías Actividades y Participación.

---

4 La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2001 la nueva versión se llama «Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud», conocida con las siglas CIF. Es la heredera de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) del año 1980. La CIF pertenece a la «familia» de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información.

**Tabla 1.** Áreas de valoración de Actividad y Participación en la CIF

<b>d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento</b> d 110 Mirar d 115 Escuchar d 140 Aprender a leer d 145 Aprender a escribir d 150 Aprender a calcular d 175 Resolver problemas	<b>d6.Vida doméstica</b> d620 Adquisición de bienes y servicios (comprar) d630 Preparar comidas (cocinar) d640 Realizar los quehaceres de la casa (limpiar la casa, lavar) d660 Ayudar a los demás
<b>d2. Tareas y demandas generales</b> d210 Llevar a cabo una única tarea d220 Llevar a cabo múltiples tareas	<b>d7. Interacciones y relaciones interpersonales</b> d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones interpersonales complejas d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas
<b>d3. Comunicación</b> d310 Comunicación – recepción de mensajes hablados d315 Comunicación – recepción de mensajes no verbales d330 Hablar d335 Producción de mensajes no verbales d350 Conversación	<b>d8. Áreas principales de la vida</b> d810 Educación informal d820 Educación escolar d830 Educación superior d850 Trabajo remunerado d860 Transacciones económicas básicas d870 Autosuficiencia económica
<b>d4. Movilidad</b> d430 Levantar y llevar objetos d440 Uso fino de la mano d450 Caminar d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento d470 Utilización de medios de transporte d475 Conducción	<b>d9.Vida comunitaria, social y cívica</b> d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio d930 Religión y espiritualidad d940 Derechos humanos d950 Vida política y ciudadanía Otra actividad y participación
<b>d5. Autocuidado</b> d510 Lavarse (bañarse, ducharse, lavarse las manos) d520 Cuidado de partes del cuerpo (lavarse los dientes) d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción d540 Vestirse d550 Comer d560 Beber d570 Cuidado de la propia salud	

Los *Factores Contextuales* representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados «relacionados con la salud» de esta persona.

Los *Factores Ambientales* constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales.

Los Factores Ambientales están organizados en la clasificación contemplando dos niveles distintos:

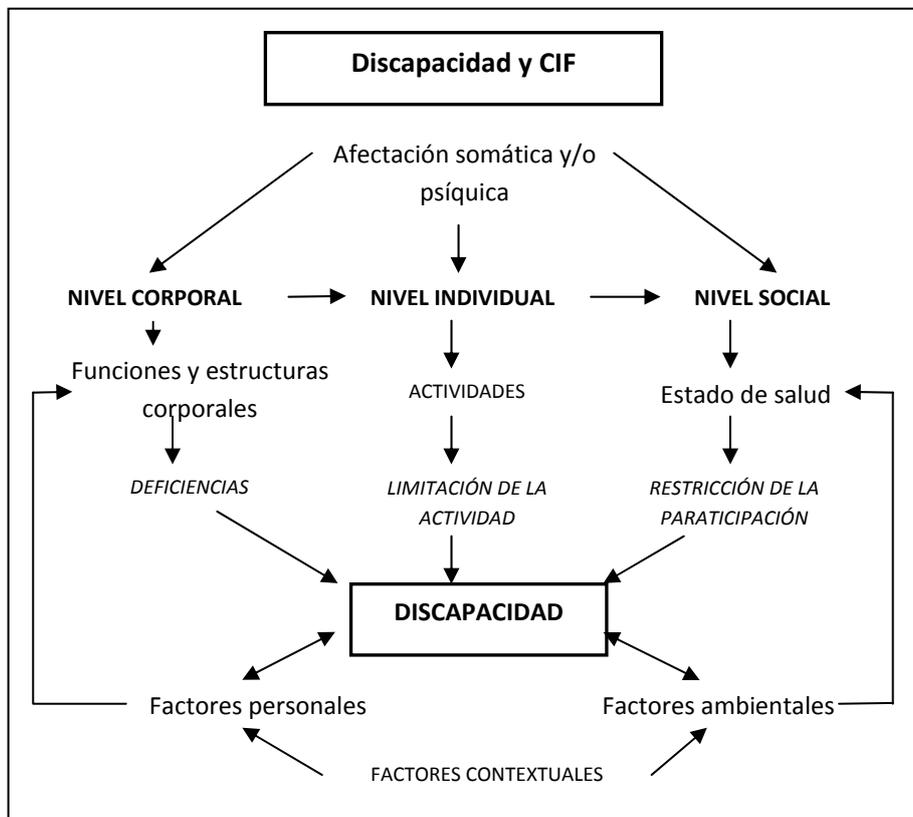
(a) *Individual* – en el contexto/entorno inmediato del individuo, incluyendo espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela. En este nivel están incluidos las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.

(b) *Social* – estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tienen un efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

Los factores ambientales interactúan con las funciones corporales, como en la interacción entre la calidad del aire y la respiración, la luz y la visión, los sonidos y la audición, los estímulos que distraen la atención y la propia atención, la textura del suelo y el mantenimiento del equilibrio, la temperatura ambiental y la regulación de la temperatura corporal.

Los *Factores Personales* constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los «estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos», el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras característica.

Los dominios para el componente *Actividades y Participación* aparecen en una *única lista* que cubre todo el rango de áreas vitales (ej. desde el aprendizaje básico o la mera observación, hasta otras áreas más complejas tales como interacciones interpersonales o empleo). El componente puede utilizarse para indicar actividades (a) o participación (p) o ambos. Los dominios de este componente son calificados por los dos calificadores de *desempeño/realización* y *capacidad*. Así, la información recogida mediante esta lista proporciona una matriz de datos que no tiene ni superposiciones ni redundancias.



**Fig. 1.** Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud o CIF (OMS, 2001)

El calificador de *desempeño/realización* describe lo que una persona hace en su contexto/entorno actual. Como el contexto/entorno actual incluye un contexto/entorno social, el desempeño/realización puede ser también entendido como «el acto de involucrarse en una situación vital» o «la experiencia vivida» de las personas en el contexto real en el que viven. Este contexto incluye los Factores Ambientales: todos los factores del mundo físico, social y actitudinal que pueden ser codificados utilizando el componente Factores Ambientales.

El calificador de *capacidad* describe la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción. Este «constructo» tiene por objeto indicar el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dado. Para evaluar la habilidad máxima de la persona, resulta necesario disponer de un contexto/entorno «normalizado» que neutralice el diferente efecto de los diversos contextos/entornos en la capacidad del individuo. Este contexto/entorno normalizado puede ser: (a) un contexto/entorno actual comúnmente utilizado para evaluar la capacidad en las situaciones de evaluación; o (b) en los casos en los que esto no sea posible, se asume un contexto/entorno del que se asume que tiene un efecto uniforme. Este contexto/entorno puede ser llamado «uniforme» o «normalizado». Por tanto, capacidad refleja la habilidad ajustada en función del ambiente del individuo. Este ajuste debe ser igual para todas las personas y en todos los países, para que se puedan establecer comparaciones internacionales.

Todos los componentes de la CIF (*Funciones y Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales*) se cuantifican utilizando la misma escala genérica. Tener un problema puede significar tanto una deficiencia, como una limitación, restricción o barrera, dependiendo del «constructo». Se deberán elegir los vocablos calificadores apropiados, tal como se muestra entre paréntesis, dependiendo del dominio relevante de la clasificación (donde xxx representa el número del dominio del segundo nivel). Se incluyen amplios intervalos para aquellos casos en los que se dispone de normas o instrumentos calibrados de evaluación para cuantificar la deficiencia, la limitación de capacidad, el problema de desempeño/realización o la barrera. Por ejemplo cuando se asigna la puntuación «no hay problema» o «problema completo», el código tiene un margen de error de hasta un 5%. Se define como «problema moderado» aquel que está presente como máximo durante la mitad del tiempo o al que se adjudica una puntuación que alcanza como máximo la mitad de la escala de dificultad total. Los porcentajes deben ser calibrados en distintos dominios y con referencia a las normas y percentiles de la población.

- xxx.0 NO hay problema (ninguno, insignificante,...) 0-4 %
- xxx.1 Problema LIGERO (poco, escaso,...) 5-24 %
- xxx.2 Problema MODERADO (medio, regular,...) 25-49 %
- xxx.3 Problema GRAVE (mucho, extremo,...) 50-95 %
- xxx.4 Problema COMPLETO (total,...) 96-100 %
- xxx.8 sin especificar
- xxx.9 no aplicable

La cuestión que aquí más interesa (actividades y participación), se encuentran en una sección con nueve capítulos:

- 1- Aprendizaje y aplicación del conocimiento que abarca desde d110 (mirar) hasta d199 (no especificado).
- 2- Tareas y demandas generales que abarca desde d210 (llevar a cabo una única tarea) hasta d299 (no especificado).
- 3- Comunicación. Desde d310 (comunicación y recepción de mensajes hablados) hasta d329 (no especificado).
- 4- Movilidad. Desde cambios de postura (d410) hasta d499 (sin especificar).
- 5- Autocuidado. Abarca una amplia gama de actividades como lavarse (d510), cuidado de las partes del cuerpo (d520), vestirse (d540), comer (d550), cuidado de la salud (d570), etc.
- 6- Vida doméstica. Incluye las condiciones de adquisición de lo necesario para vivir (d610 a d629), tareas en el hogar (d630 a d649) o cuidado de objetos en el hogar y ayuda a los demás (d650 a d669).
- 7- Interacciones interpersonales (d710 Interacciones interpersonales básicas; d720 Interacciones interpersonales complejas, d730 Relacionarse con extraños, d740 Relaciones formales, d750 Relaciones sociales informales. d760 Relaciones familiares, d770 Relaciones íntimas).
- 8- Áreas principales de la vida. Incluye Educación (d810-d839), trabajo y empleo (d840-d859) y vida económica (d860-d879). Este apartado resulta esencial pues se centra en aspectos tales como la aptitud de la persona para efectuar transacciones económicas básicas, complejas, y autosuficiencia económica.
- 9- Vida comunitaria, social y cívica (d910-d999).

La Lista de la CIF es una herramienta práctica para obtener y registrar la información sobre el funcionamiento y la discapacidad de una persona. La versión 2.1. es un chequeo, formato para el clínico. Esta información puede resumirse para el registro de casos pero también para informes periciales. Debe

ser usada junto con la versión completa ó con la de bolsillo de la CIF. Al rellenar la lista, debe usarse toda la información disponible y anotar la fuente:

- (1) registros escritos,
- (2) encuestado primario,
- (3) otros informantes
- (4) observación directa.

### **La capacidad en las personas con trastorno mental: jurisprudencia**

La *preferencia actual* de muchos peritos, juristas y especialmente de las personas con enfermedad mental así como sus familiares es hacia la incapacitación parcial y curatela en la mayoría de los trastornos mentales, salvo las demencias con menoscabo cognitivo evidente, retrasos mentales a partir de moderado, trastornos orgánicos con deterioro severo de la personalidad, esquizofrenia residual o psicosis crónicas muy descompensadas, con mala conciencia de enfermedad y adherencia a los tratamientos. A pesar de que esta medida es incómoda para las agencias tutelares, es necesario hacer un esfuerzo porque la conservación de la iniciativa en la toma de decisiones y la salvaguarda de áreas de competencia total, supone un grado menor de agresión a la personalidad y estigmatización, muy bien visto actualmente a la luz de la Convención de la ONU de los derechos de personas con discapacidad.

El curador no suple la voluntad del afectado, sino que la refuerza, controla y encauza, complementando su deficiente capacidad, por lo que su función no viene a ser de representación, sino más bien de asistencia y protección en el concurso que presta su apoyo e intervención para aquellos actos que haya de realizar el incapaz y estén especificados en la sentencia, los que no tienen que ser precisamente de naturaleza exclusivamente patrimonial, etc. (Sentencia del Tribunal Supremo de 31 de diciembre de 1991).

Las demencias suelen ser consideradas como el caso prototípico para la incapacitación. En las **demencias evolucionadas**, habitualmente procede la anulación total de la capacidad (sentencias innumerables), pero puede no estar justificada la incapacitación en personas mayores con un simple deterioro cognitivo relacionado con la edad e inicio de las demencias. Hay algunas sentencias de Audiencias Provinciales, que no incapacitan totalmente a personas con demencias incipientes. Sirva como ejemplo la Sentencia de la Audiencia Provincial de Gerona de 3 de marzo de 2000: *No procede la declaración de incapacidad plena, sino únicamente parcial para todos aquellos actos con relevancia económica....deberá ser integrada y asistida sin necesidad de recurrir a la tutela, mediante la institución intermedia de la curatela.*

En un caso de **leve deterioro cognitivo**, en una mujer de 96 años con cierta limitación en su capacidad de juicio, *la capacidad no está anulada, por lo que se considera adecuado una medida que complemente, integre y asista en el aspecto patrimonial mediante la institución intermedia de la curatela y el Tribunal declara que podrá realizar actos de administración y de disposición sobre sus bienes, sin asistencia del curador, cuando no superen los trescientos euros de cuantía* (Audiencia Provincial de Alicante, Sentencia de 3 de marzo de 2009).

En otro caso, una **demencia senil en fase inicial**, se estima que la persona *precisa de asistencia para determinados actos de su vida, limitando su capacidad de autogobierno exclusivamente a la gestión patrimonial de sus bienes e ingresos. Por lo tanto estima procedente proceder al nombramiento de una curadora* (Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 20 enero 2011).

El deterioro ocasionado por una demencia produce muchas alteraciones, pero no todas son iguales ni implican el mismo grado de discapacidad. Por ejemplo, no es lo mismo padecer pérdida de memoria que perder la capacidad del lenguaje o de la toma de decisiones. De tal forma, una persona con demencia que es capaz de realizar determinadas cosas y es incapacitada judicialmente de forma global, puede estar viendo vulneradas su dignidad y su libertad.

Respecto al derecho de sufragio, debe considerarse que la incapacitación no supone *per se* la pérdida del derecho al voto. El artículo 3.1.b) de la LO 5/1985 de 19 de junio, de Régimen Electoral General, establece que «carecen de derecho de sufragio (...) los declarados incapaces en virtud de sentencia judicial firme siempre que la misma declare expresamente la incapacidad para el ejercicio del derecho de sufragio». Tras la Convención de la ONU de 2006, ha de concluirse que la limitación del derecho de sufragio deberá restringirse a los supuestos de grave afectación de las capacidades intelectivas y volitivas del discapacitado. Esto es una clara exigencia del texto internacional que en su artículo 29 reconoce expresamente el derecho de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas (Mayor, 2011).

Tampoco debe privarse con carácter general de otros derechos civiles personalísimos cuyo ejercicio no afecte a la conservación y buena gestión de su patrimonio en vida del tutelado, como casarse y formar una familia, lo que por otra parte no impide que pueda comprobarse de modo específico su aptitud para contraer matrimonio.

Respecto de la capacidad para otorgar testamento, la privación de capacidad mediante una sentencia de incapacitación, nunca podrá ser absoluta como para no conservar en cierta medida la capacidad de otorgar testamento en intervalo lúcido.

Hay que graduar los actos de disposición y delimitar las diferentes áreas. La Sentencia de la Audiencia Provincial de Alicante, sec. 6ª, de 3 de marzo de 2009, declara que la persona *podrá realizar actos de administración y de disposición sobre sus bienes, sin asistencia del curador, cuando no superen los trescientos euros de cuantía, dejando sin efecto la declaración de que la incapacidad parcial afecte a su capacidad para testar. La Sala considera que la apelante si bien presenta un leve deterioro cognitivo, en el que debe tenerse en cuenta su edad -96 años- y presenta cierta limitación en su capacidad de juicio, la misma no está anulada, por lo que se considera adecuado una medida que complemente, integre y asista en el aspecto patrimonial mediante la institución intermedia de la curatela, aunque debe excluirse la apreciación de inhabilidad para gobernarse totalmente por sí mismo.*

El deterioro cognitivo a veces no es progresivo. En ciertos casos de **deterioro cognitivo reversible**, no procede la modificación de la capacidad. Por ejemplo, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 16 de febrero de 2012 manifiesta : *Del informe pericial practicado en este rollo por médico forense especialista en Psiquiatría, se desprende que no se detectan en la actualidad síntomas enajenantes de demencia atrófica cerebral ni de tipo psicótico. Las funciones mentales superiores se encuentran esencialmente conservadas, con un mínimo deterioro que no alcanza un rango significativo. Si bien pudo existir pretéritamente un déficit cognitivo atribuible a un déficit de riego vascular y al etilismo, tal déficit habría evolucionado hacia la recuperación de las funciones mentales en función de la mejoría del riego cerebral y de la abstinencia respecto al alcohol. Concluye que no padece enfermedad enajenante ni deterioro cognitivo significativo que le imposibilite para el ejercicio respecto al autogobierno de su propia persona y de sus intereses administrativos.*

En el **deterioro cognitivo propio de la edad** se rechaza la pretensión de que se declare incapaz a determinada persona, considerando desde la libre apreciación del Juzgador de los informes periciales, que no se ha acreditado que la presunta incapaz tenga una demencia senil, o una enfermedad física o psíquica que le impida gobernarse por sí misma, sino tan sólo un deterioro propio de su edad que no ha de conllevar una declaración de incapacidad (Sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga de 6 octubre de 2005).

La restricción de la capacidad de obrar puede no estar justificada en muchos casos de **capacidad intelectual límite** e incluso en el **retraso mental ligero**, si los requerimientos no presentan gran dificultad.

En el **retraso mental ligero**, la persona puede ser competente en relación a sus requerimientos y contexto socio-cultural. En un caso, se afirma que *más que incapacitación, lo que necesita es entrenamiento, porque tiene aptitud para adaptarse a la complejidad de las relaciones humanas. El forense*

*afirma que de esa manera «sería capaz de dar respuestas prácticamente iguales a la de sus congéneres de edad y contexto socio-cultural». Lee y escribe con cierta facilidad y también resta, multiplica, suma y divide; conoce y realiza operaciones de la vida ordinaria como comprar, pagar, esperar la vuelta y repartir entre varios. Identifica las drogas más habituales y conoce que producen daño a la salud (Sentencia de Audiencia Provincial de Cádiz, sec. 1ª, de 4 de mayo de 2000).*

En relación con otras **enfermedades mentales crónicas (especialmente esquizofrenia y trastorno bipolar)**, en la mayoría de los casos es suficiente el control sanitario del paciente, ya que si toma su medicación con regularidad (buena adherencia) y no consume tóxicos, con frecuencia puede hacer una vida muy normalizada. Según el Tribunal Supremo, *aquí es esencial la valoración que el Juez haga de los informes periciales, pues se puede padecer una enfermedad o deficiencia inhabilitante y, sin embargo si su sintomatología externa es excluida mediante el oportuno tratamiento o remedio, de modo que el sujeto pueda comportarse con normalidad, no existirá causa de incapacitación, ya que los avances de la medicina en el terreno psiquiátrico permiten hoy un comportamiento prácticamente normal a enfermos que hace unos años hubieran estado condenados a largas estancias, cuando no reclusiones de por vida en establecimientos psiquiátricos; de donde se infiere que el carácter persistente de la enfermedad no sea suficiente para la incapacitación, sino que se requiere también, como consecuencia de la misma, que el sujeto sea incapaz de gobernarse a si mismo, es decir, cuando el proceso del enfermo o deficiente es de los que no conceden remisiones espontáneas ni terapéuticas.* (Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de abril de 2009). La misma sentencia se refiere a estas enfermedades mentales con descompensaciones, señalando que *la figura vigente más acorde en el derecho español será la del curador, en cuanto se configura como graduable y abierta al apoyo para actos determinados en función de las necesidades del caso y de las circunstancias concretas.*

En la valoración de la esquizofrenia es muy importante analizar los **factores de pronóstico**. Son elementos de mal pronóstico la ausencia de conciencia de enfermedad, ausencia de motivación por el tratamiento por creer que no es necesario o útil, y la mala adherencia a la medicación. Muchos pacientes abandonan la medicación o la toman de forma errática debido a que no la consideran necesaria y porque les producen efectos secundarios importantes (obesidad, somnolencia, impotencia, etc.). Son otros factores de mal pronóstico la aparición insidiosa de la enfermedad sin factores precipitantes y en la juventud, la ausencia de apoyo familiar, la introversión, la existencia de un trastorno de la personalidad de base, el consumo de drogas y las hospitalizaciones múltiples.

En **las esquizofrenias**, desde hace años se viene proponiendo como medida de protección la curatela, complemento de capacidad para determinados actos, como actos principales de gestión patrimonial -enajenación de inmuebles, disposición de muebles de especial valor- y de modo singular para asegurar la regular dispensación y seguimiento del tratamiento médico y farmacológico (Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de mayo de 1994, 28 de julio de 1998; Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona, sección 18, de 15 de diciembre de 1999; Sentencia de la Audiencia Provincial de la Rioja de 12 de mayo de 1999; Sentencia de la Audiencia Provincial de Huelva de 23 de octubre de 2001)

En la **paranoia (Trastorno delirante)** *se ha estimado que la incapacitación debe ser parcial, en un doble sentido: que afecte sólo a los actos de disposición, que son los más trascendentes en su patrimonio y que no produzca su privación de capacidad de obrar, sino su restricción, conservando su iniciativa pero precisando los actos dispositivos del complemento de capacidad que le dará, si procede, un curador* (Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de septiembre de 1999).

El buen control del cuadro clínico, con o sin medicación, desaconseja la incapacitación en las personas con este trastorno. En la Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona, sec. 18ª, de 10 de junio de 2008, *se estima el recurso de apelación revocando la sentencia impugnada en el sentido de dejar sin efecto la declaración de incapacidad parcial de la demandada y la designación de tutor, ya que no se puede afirmar que el trastorno padecido sea persistente sino que, al contrario, el mismo evoluciona hacia la normalidad incluso sin la medicación, y la apelante mantiene plenas facultades de autogobierno, como afirman de forma contundente los dos informes forenses emitidos respectivamente en primera y segunda instancia.*

En otros casos, el trastorno delirante no ha sido considerado subsidiario de limitación de la capacidad. ***El trastorno por ideas delirantes de perjuicio y demencia en estado inicial no le impide gobernarse por sí misma ni limita o reduce la capacidad para administrar sus bienes, sin perjuicio de las limitaciones propias de su edad, por lo que no procede acceder a la incapacitación pretendida*** (Sentencia de la Audiencia Provincial de Castellón de 12 de diciembre de 2005).

Si se trata de una paranoia o **trastorno delirante querulante**, *es suficiente una restricción parcial de la capacidad para el autogobierno de su persona en lo que afecta únicamente al cuidado de su salud y a la facultad para entablar procedimientos judiciales, sometiendo al mismo (el demandado) a curatela* (Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2001).

En otros casos no procede modificar la capacidad por **estabilización** del paciente. *No ha lugar a declarar la incapacidad de la recurrente. De los*

*informes médicos forenses ha quedado acreditado, que en la actualidad, no se aprecia trastorno en la apelante, y que se encuentra totalmente estabilizada, sin necesidad de tomar medicación para mantenerse compensada. Y queda reducido dicho trastorno a determinados rasgos de la personalidad, que en el momento actual no pueden determinar la incapacidad para comparecer ante los tribunales* (Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona, sec. 18ª, de 19 de abril de 2007).

En el **Trastorno esquizoafectivo**, si bien nos encontramos ante una enfermedad persistente, ello no le impide gobernarse por sí mismo para prácticamente todos los actos de la vida. La forense indicó que es perfectamente capaz para administrar su patrimonio, sin embargo sí necesita supervisión del control de tratamiento médico-farmacológico prescrito, lo que nos lleva a una incapacidad parcial, nombrándose una curadora (Audiencia Provincial de Lugo, Sentencia de 22 de septiembre de 2009).

En algunos casos de **Trastorno bipolar** severo, es procedente la modificación de la capacidad de obrar. Así, en la el Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª de 17 de julio de 2012, se declara al demandado incapacitado parcialmente para la disposición y administración de sus bienes, quedando sujeto a la tutela de la Comunidad Autónoma. *La Sala considera que en tanto ha quedado probado que la enfermedad que padece el demandado le afecta en el aspecto patrimonial para todo tipo de transacciones y operaciones económicas, que llevan a declarar «la incapacidad total para la administración y disposición de sus bienes», y que solo es capaz de manejar dinero de bolsillo. Además, al no tener parientes y viviendo solo, es necesario someterlo a vigilancia en este terreno económico, no así en lo personal, en el que presenta cierta autonomía y es hábil para gobernarse a sí mismo en el terreno en el terreno personal. La tutela es el mecanismo de protección más idóneo, nombrando tutor a la comunidad autónoma porque «debe primar el interés superior del incapacitado, procurando designar a la persona más idónea», para salvaguardar sus bienes.*

En los **Trastornos de ansiedad**, habitualmente no se da el criterio de profundidad. Así en el trastorno de tipo fóbico que impide relacionarse con otras personas, *no se da el requisito de que no sea capaz de gobernar su persona y bienes, para lo cual está perfectamente capacitado, entendiéndose la Sala que no es esta la vía adecuada para solucionar los problemas de convivencia que puedan darse en el núcleo familiar* (Sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga de 22 de mayo de 2007).

En los **trastornos muy graves de la personalidad** resulta pertinente establecer una mínima restricción en el ámbito personal, circunscrita a la supervisión del control del tratamiento, y en cuanto se refiere a los bienes, circunscribiendo la asistencia que la curatela implica, a aquéllos actos de

*administración y disposición de bienes de especial valor* (Sentencia de la Audiencia Provincial de Badajoz, Sección 3ª, de 27 de Febrero de 2006).

Tal restricción parcial se ha estimada en el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad con afectación de facultades, pero sin afectar al derecho de sufragio (Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 26 de abril de 2007), en el Trastorno Límite de la Personalidad (Sentencia de la Audiencia Provincial de Córdoba de 8 de mayo de 2008; Sentencias de la Audiencia Provincial de Barcelona, sec. 18ª de 24 de marzo de 2009 y de 29 de septiembre de 2009), pero no se ha considerado en el Trastorno Antisocial de la Personalidad (Sentencia de la Audiencia Provincial de Palencia de 26 de julio de 1993; Sentencia de la Audiencia Provincial de Pontevedra de 25 de abril de 2003), en el Trastorno de la Personalidad no especificado (Sentencia de la Audiencia Provincial de Albacete, sec. 1ª, de 31 de julio de 2000), ni en el Trastorno paranoide de la Personalidad con querulancia (Sentencia de la Audiencia Provincial de Tarragona de 30 de julio de 2010).

En significativos casos de trastornos mentales con carácter persistente, se viene proponiendo la ***curatela exclusivamente para el mantenimiento del tratamiento*** por cuanto es la pieza clave en la evolución clínica de los pacientes y permite la modulación del grado de incapacitación de los enfermos (Sentencias de la Audiencia Provincial de Segovia 327/2000 de 20 Diciembre; de la Audiencia Provincial de Barcelona, de fechas 23 de enero de 2001, 20 de diciembre de 2001 y 23 de septiembre de 2002; de la Audiencia Provincial de Baleares, 321/03; de la Audiencia Provincial de Valencia 212/02 de 19 de Abril y 57/03 de 16 Octubre y de la Audiencia Provincial de Madrid, de fechas 10 de enero de 2003 y 5 de marzo de 2003).

En ocasiones, para potenciar la motivación del paciente respecto al tratamiento, se añade un complemento de capacidad en el área económica (actos de administración y especialmente disposición de la pensión contributiva o no contributiva). Es decir que es condición para cobrar la pensión acudir al Centro de Salud para evaluación, ajuste de medicación, control (por ejemplo de consumo de tóxicos) y administración de tratamientos (por ejemplo, neurolépticos de depósito). Así, en la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª de 11 octubre de 2012 *se desestima el recurso de casación interpuesto por el afectado contra la sentencia de la Audiencia Provincial que confirmó designación de curador, a instancias del MF, en razón de su incapacidad parcial, para que pudiera atenderle en el control terapéutico de su enfermedad y tratamiento, así como para la administración y disposición de sus bienes, a excepción de dinero de bolsillo. Para el Tribunal Supremo, queda acreditado que existe una enfermedad psíquica incapacitante -trastorno depresivo y dependencia del alcohol- que limita la capacidad de gobierno de su persona por lo que procede la curatela, de acuerdo a la interpretación de la Convención*

*sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Nueva York 2006; que la concibe como un modelo de protección y asistencial al discapacitado, y como complemento para proteger su personalidad, pero no como una medida discriminatoria.*

Como norma general, **no procede incapacitar** a las personas por sus rarezas y excentricidades, rasgos desadaptativos de personalidad, patrones anormales de conducta, rasgos disociales, por Impulsividad o agresividad difusa, a consecuencia de la diversidad cultural, o por expresar peculiares ideas, por ignorancia o decisiones equivocadas, en la conflictividad familiar, por pequeños fallos en la memoria o en la comunicación, en la depresión, trastornos de ansiedad, del estado anímico u otros trastornos normalmente transitorios, en el consumo de alcohol y otras drogas, ni en las patologías en tratamiento con buena evolución.

### Referencias

- Carretero, M, Almaraz, J, Fernández Pablo, (1995). *Razonamiento y comprensión*. Editorial Trotta SA.
- Clavijo B (2008) [coordinadora]- *Guía de buenas prácticas en los procedimientos de incapacitación*. Fundación Aequitas Consejo General del Notariado. Ministerio de educación, política social y deporte
- Esbec E (1994). La exploración de la personalidad en psiquiatría forense. En Delgado: *Psiquiatría Legal y Forense*. Colex.
- Esbec E (2004). La prueba pericial en el proceso e incapacitación. En: Entrena B (dir): Revisión de los procedimientos relativos a la incapacidad. *Jornadas Fundación Aequitas y Fiscalía General del Estado. Colección La Llave, nº 3*. ISBN: 84-609-3564-7
- Esbec E, Gómez-Jarabo G (2000). *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Edisofer. ISBN: 84-89493-36-7
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (1), pp. 1-11.
- Frolik LA, Radford MF (2006). Sufficient capacity: the contrasting capacity requirements for different documents. *NAELA Journal publication: NAELA Journal*, Vol. 2, p. 303ss
- Ganzenmüller Roig, Carlos (dir.) (2009). La efectiva aplicación de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y sus efectos en el Derecho interno. *Jornadas de fiscales especializados en la protección de personas con discapacidad y tutelas*.
- Gómez-Jarabo G, Esbec Rodríguez E, Olavarrieta Bernardino S (2004). Valoración de la capacidad de obrar: el control de impulsos. *Investigación en Salud*, Vol. IV, nº1, Abril. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara (México). ISSN 1405-7980.

- Gómez-Jarabo G, Esbec Rodríguez E y Olavarrieta Bernardino S (2004). Valoración de la discapacidad en el ámbito judicial. *Psicopatología*, 24 Num. 3-4: 63-89.
- Jornadas de fiscales especializados en la protección de las personas con discapacidad y tutelas celebradas en Madrid los días 18 y 19 de Octubre del 2009. En <http://www.fiscal.es/>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.
- Mayor D (2011). La reforma de la protección jurídica civil de la discapacidad y la convención de nueva york de 13 de diciembre de 2006. *Boletín del Ministerio de Justicia*, 2133.
- Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe mundial sobre la discapacidad Catalogación por la Biblioteca de la OMS. ISBN 978 92 4
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, discapacidad y Salud (CIF)*. Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. ISBN: 84-8446-034-7
- Palacios A (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección CERMI- obra social caja Madrid “discapacidad y derechos humanos” nº 36
- Sanz I (2010). Enfoque ecosistémico en el asesoramiento familiar y la discapacidad. En <http://discapacidaddigital.blogspot.com.es>