

FUNDACIÓN HECTOR BARCELÓ

CARRERA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

PROYECTO FINAL INTEGRADOR (TFI) 2022-2023

TÍTULO DEL PROYECTO.

*“DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD FINANCIERA EN EL TRASTORNO
NEUROCOGNITIVO LEVE Y SU IMPLICANCIA FORENSE”.*

Nota 7. Se recomienda en el apartado metodológico especificar los ejes de análisis trabajados y la manera en que se procesó y con qué método se analizó la información

DIRECTOR: DR. ROBERTO FOYO.

ALUMNO: DIEGO RAFAEL COHON

D.N.I.: 28.863.122

FECHA: 09/03/24.

RESUMEN.

Se experimenta en la actualidad una problemática mundial en relación al envejecimiento poblacional, fenómeno que tiene consecuencias en toda una multiplicidad de ámbitos entre los cuales la salud mental y el derecho deben dar respuestas. La evaluación de la capacidad civil da ejemplo a esta interdisciplina. El objetivo que nos proponemos en el presente trabajo es investigar qué consecuencias tiene sobre la capacidad financiera el constructo denominado actualmente trastorno neurocognitivo leve o menor (también llamado deterioro cognitivo leve) de la Enfermedad de Alzheimer.

PALABRAS CLAVE.

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO LEVE - DETERIORO COGNITIVO LEVE - ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO - QUEJAS COGNITIVAS - CAPACIDAD DE OBRAR - DETERIORO DE LA CAPACIDAD FINANCIERA.

ABSTRACT .

A global problem is currently being experienced in relation to population aging, a phenomenon that has consequences in a multiplicity of areas among which mental health and the law must provide answers. Civilian capacity assessment exemplifies this interdiscipline. The objective we propose in the present work is to investigate what consequences the construct currently called minor neurocognitive disorder (also called mild cognitive impairment) in Alzheimer's Disease has on financial capacity.

KEY WORDS.

MINOR NEUROCOGNITIVE DISORDER - MILD COGNITIVE IMPAIRMENT - PATHOLOGICAL AGING - COGNITIVE COMPLAINTS - ABILITY TO ACT - DECLINING FINANCIAL CAPACITY.

INTRODUCCIÓN.

En el Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (Caramelo G. 2015) se puede observar históricamente una tensión entre la autonomía y la protección cuando nos referimos a la capacidad de ejercicio. En toda decisión del ámbito judicial que suponga una limitación a la capacidad de ejercicio, se deben respetar las reglas orientadoras que establece el artículo 31 donde refiere que la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona, la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, la persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas a su comprensión, la persona tiene derecho a participar en el proceso judicial y siempre deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades. El artículo 37 de la misma fuente se expresa en relación a cuáles son los aspectos centrales sobre los cuales debe expedirse la sentencia, exigiendo la constatación de un diagnóstico y elaborando un posible pronóstico, estableciendo el momento (época) en que la situación se manifestó, los recursos personales, familiares y sociales existentes, y establecer el régimen para la protección, asistencia y promoción de la mayor autonomía posible. Esta información es necesariamente aportada por un equipo interdisciplinario y la sentencia judicial debe además determinar la extensión y el alcance de la restricción, especificar cuáles son las funciones y los actos que se limitan y la designación si es necesario, de una o más personas de apoyo o curadores. Entonces se puede extraer del texto que la regla es la capacidad y debe presumirse que las personas con capacidad restringida pueden realizar todo lo que no fue restringido por la sentencia. En el CCyCN no encontramos una enumeración de los actos que las personas con capacidad restringida pueden hacer, sino que tales limitaciones surgirán de la sentencia (Art. 38). En el caso de las personas mayores con capacidad restringida el principio es la presunción de capacidad de ejercicio y la restricción a la misma surge de la determinación por sentencia judicial. La tendencia a la autonomía no puede ignorar en ciertos casos, que algunas personas

son particularmente vulnerables y que en atención a ello hay que disponer medidas adecuadas de ayuda para que puedan ejercer sus derechos. Existen una serie de medidas de protección (Lafferriere 2017) dispuestas por el CCyCN que son comunes a personas menores de edad y personas con capacidad restringida, entendiendo que estas normas de protección no se limitan a la propia "capacidad de ejercicio" sino que se vinculan con diversos aspectos de la vida de las personas incapaces o de capacidad restringida como ser los sistemas de representación y asistencia, la protección de la vivienda, las contribuciones de los cónyuges, la atribución del uso de la vivienda familiar, el deber de comunicación, la competencia en acciones de filiación, el derecho a ser oídos, el pago a persona incapaz o con capacidad restringida, la nulidad de los actos jurídicos y privilegio del incapaz, la locación, la prohibición de celebrar contrato de comodato, la responsabilidad civil, el pago indebido, las causas de indignidad, las sucesiones, la prescripción, la protección en derecho internacional privado y la sociedad con responsabilidad limitada. Este nuevo Código recogiendo los profundos cambios sociales, culturales, económicos que han impactado en las relaciones humanas y a través de la constitucionalización del derecho privado tutela la persona humana y subraya la coherencia del sistema privado con el sistema de derechos humanos (Toro Martínez 2015). En sintonía con lo mencionado, a pesar de lo excepcional que debería ser la restricción en la capacidad y a considerar siempre la presunción de capacidad, es llamativamente cada vez más frecuente amparados en la puja entre la protección a las personas y la autonomía individual, la solicitud de la evaluación de las capacidades cognitivas y de toma de decisiones en personas mayores, en particular en relación a sus capacidades económicas y financieras, a la vez que se percibe una sobreestimación en relación a la percepción de la conservación de las capacidades en las personas "sanas" (Pachana 2014).

Esta situación se desarrolla inmersa en un marco demográfico y epidemiológico que merece ser señalado. La actual población de América Latina y el Caribe es de alrededor

de 652 millones de habitantes. El 25% de la población de la región tiene menos de 15 años y las personas mayores representan el 12% del total de la población. La región ha experimentado importantes cambios en su dinámica demográfica, con efectos en el crecimiento y estructura etaria de la población (CEPAL 2014 y CEPAL 2015). Las tendencias de fecundidad y la mortalidad, componentes del cambio demográfico, ubican a los países en diferentes etapas de la transición demográfica. Huenchuan (Huenchan 2018) menciona que todos los países de América Latina y el Caribe tendrán tasas de fecundidad por debajo de los niveles de reemplazo o muy cercanas a este en el periodo 2040-2045 y que algunos países experimentaron incrementos de sus tasas brutas de mortalidad como consecuencia de sus estructuras etarias envejecidas. El proceso hacia la disminución del crecimiento vegetativo por la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad, acompañadas de un aumento en la esperanza de vida, ha determinado un aumento de la población de personas mayores. Si se realiza un análisis para conocer en qué etapa del envejecimiento se encuentran los países de América Latina y el Caribe teniendo en cuenta la tasa global de fecundidad y el porcentaje de población mayor de 60 años Argentina se encontraría entre los países en situación de envejecimiento avanzado que presentan tasas de fecundidad por debajo o al límite del nivel de reemplazo (Huenchuan 2018). El proceso de envejecimiento poblacional se evidencia en la Argentina por el aumento en la proporción de personas de 60 años con una tendencia que se profundiza de manera tal que se estima que para el año 2040 la proporción de personas mayores ascenderá al 20,6%. El aumento descrito de la longevidad y la supervivencia ha generado un crecimiento inusitado en la prevalencia de enfermedades crónicas y de comorbilidad en edades avanzadas. La enfermedad de Alzheimer, junto con otros tipos de demencias resulta altamente frecuente a partir de los 65 años y generalmente ostenta un acelerado y persistente deterioro de las funciones mentales superiores necesarias para la autonomía y la vida social (Cervigni 2021). Las patologías crónicas no transmisibles incrementan su incidencia con el aumento del porcentaje de adultos mayores, porcentaje que en la estadística mundial se ve reflejado

con un aumento sostenido alcanzando en la población mayor de 65 años cercano al 9% del total mundial y que en Argentina en particular representan alrededor del 10% de sus habitantes (Arizaga 2005). La prevalencia de las demencias a nivel mundial se estima que es del 1% entre la franja etaria de 60 a 65 años, con un crecimiento exponencial del 5% entre los 75 y 79 años, del 10% entre 80 y 84 años y finalmente cercano al 20% entre los 85 y 89 años (Cervigni 2021). Los datos en Argentina muestran un 23,2% de deterioro cognitivo en mayores de 60 años, 16,9% entre 60 y 69 años, 23,3% entre 70 y 79, y 42,5% en mayores de 79 años (Arizaga 2005). En nuestro país se estima que aproximadamente 500.000 pacientes padecen demencia, y en la ciudad de Buenos Aires 50.000 tienen demencia y 100.000 deterioro cognitivo (Bartoloni 2014).

El trastorno neurocognitivo menor (también llamado en forma indistinta trastorno neurocognitivo leve o deterioro cognitivo leve) puede definirse como una entidad caracterizada por quejas cognitivas referidas por la persona o un informador fiable, entendiendo por fiable a una persona que mantiene contacto habitual con el paciente y puede informar sobre cambios sutiles. Además, estas quejas son objetivables mediante test neuropsicológicos, son persistentes en el tiempo y no cumplen criterios de demencia. Estas personas preservan sus habilidades funcionales o existen mínimas interferencias que pueden compensar (Hermenegildo Bueno 2019). La cognición está compuesta por diferentes dominios como ser la memoria, la atención, el lenguaje, las funciones perceptivas y motoras, las funciones ejecutivas, la capacidad de aprendizaje y la cognición social.

Existen diferentes actos que las personas realizan y ámbitos donde se desarrollan. Hay algunos tipos de actividades que son comunes a distintos pueblos y culturas, generalmente se mantienen en el tiempo y están relacionados con la supervivencia y el cuidado personal. Otras conductas son rutinarias, esperables y, a veces, responden a las

responsabilidades personales en función de los distintos roles sociales. A estas actividades se las menciona habitualmente y a modo general como actividades de la vida diaria (también conocidas como AVD). Dentro de éstas últimas algunos autores las suelen dividir en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las actividades básicas de la vida diaria se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente, con el fin de lograr la independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. En cambio, las actividades instrumentales de la vida diaria conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias (Romero Ayuso 2007).

La capacidad financiera es una actividad que puede incluirse dentro de las actividades instrumentales de la vida diaria e involucra una amplia gama de habilidades conceptuales, de procedimiento y de juicio. Consiste en la habilidad de administrar las propias finanzas y podría definirse (Álvaro L.C. 2014) como la capacidad que permite al individuo actuar de manera independiente en sus asuntos económicos y hacerlo, además, de manera solvente y consistente con sus propios intereses y valores que se adquieren a lo largo de la vida, quiere decir que no es en general aplicada a un momento específico sino una función que opera en forma continua. Está asociada con la

autonomía personal y es fundamental para una vida independiente exitosa (Lindsay M. Niccolai 2017). La capacidad financiera es muy sensible de afectarse en el deterioro cognitivo (Triebel 2009).

OBJETIVOS.

El objetivo que nos proponemos en el presente trabajo es investigar y brindar un análisis bajo la lupa médico-legal del constructo denominado actualmente *trastorno neurocognitivo leve o menor (también llamado deterioro cognitivo leve) dentro de la Enfermedad de Alzheimer en relación a la capacidad financiera y su implicancia en el ámbito forense.*

METODOLOGÍA.

El método empleado es la revisión bibliográfica. Se han consultado revisiones sistemáticas y estudios científicos sobre el tema a tratar en PUBMED y MEDLINE, también en buscador Scielo y revistas nacionales como VERTEX. Los descriptores fueron: trastorno neurocognitivo leve-capacidad financiera-deterioro cognitivo leve-quejas cognitivas-capacidad de obrar. Se plantearon criterios de inclusión. La selección del material se realizó en base al hallazgo en el material de 1 o más de las variables de investigación propuestas. La búsqueda de los artículos se planteó entre el año 1996 hasta el 2023 que tengan en su desarrollo resumen, discusión y conclusiones. Criterio de exclusión: que la muestra de personas sea de pacientes institucionalizados. La muestra quedó conformada por 48 artículos de los cuales 14 pertenecen al ámbito local y 34 de investigadores internacionales.

DESARROLLO.

El llamado deterioro cognitivo se puede dividir a grandes rasgos en dos categorías según el grado de *compromiso de la funcionalidad* causado por *alteraciones cognitivas* (DSM-5 2014). Ubicamos al deterioro cognitivo leve (DCL) cuando no hay *compromiso evidente* para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) ni

para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En el caso de las demencias éstos rasgos se caracterizan por el compromiso en sus estadios iniciales de las AIVD y a medida que progresa el cuadro en las ABVD. El DSM-5 especifica como posibles etiologías de trastornos neurocognitivo a la Enfermedad de Alzheimer, la Demencia Fronto-Temporal, la Demencia por Cuerpos de Lewy, la demencia de origen vascular, el traumatismo encefalocraneano, consumo de medicamentos, consumo de sustancias, al virus de la inmunodeficiencia humana, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Pasioness, Enfermedad de Huntington, etc. El DCL corresponde en la Enfermedad de Alzheimer, a un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano del trastorno neurocognitivo mayor (antes llamadas demencias). Es considerado como una *condición patológica*, no como un proceso normal asociado a la edad, y se utiliza específicamente para referirse a un grupo de individuos que presentan cierto grado de déficit cognitivo cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de una demencia (González Palau 2015). En varios estudios longitudinales en población general de individuos mayores de 70 años muestran una prevalencia entre 14% a 18%, con una incidencia de 8 a 77/1.000 personas por año (Roberts RO 2008). La variante del DCL de tipo amnésica es la forma más frecuente, constituyen un riesgo de conversión a demencia del 10-15% anual y un porcentaje de pacientes estables o que revierten en cuadro a la normalidad del 25-30 % (Petersen et al., 2013). El concepto de DCL y demencia ha evolucionado en el tiempo, siendo la última modificación publicada en la 5° edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5 2014), el cual incluye una sección denominada “trastornos neurocognitivos”, que reemplaza a la antigua categoría de “Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos”, establecida en la edición anterior. El DSM-5 establece el término trastorno neurocognitivo leve (TNm) y trastorno neurocognitivo mayor (TNM), en reemplazo del DCL y demencias respectivamente basado en la evaluación de distintos dominios cognitivos: atención compleja, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades

perceptuales motoras y reconocimiento social. Estudios longitudinales han demostrado que las personas con trastorno neurocognitivo leve tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno neurocognitivo mayor en comparación con la incidencia en población general en EE. UU (Petersen RC 2004). El trastorno neurocognitivo menor en el DSM-5 es definido a partir de la verificación de los siguientes síntomas: evidencia de un declive cognitivo moderado a criterio del evaluador y una declinación en el desempeño neurocognitivo, sobre la base de la constatación de desvíos estándar en test formales; *Los déficits cognitivos no impiden el desempeño independiente del individuo en sus actividades diarias, pero exigen un mayor esfuerzo, estrategias de compensación, y adecuación de rutinas para mantenerlo*; Los déficits cognitivos no se presentan exclusivamente en el contexto de delirio; Los déficits cognitivos no son atribuibles a otro tipo de desórdenes mentales.

Tal vez el dilema mencionado sobre la tensión constante entre la preservación de la autonomía como principio ético jurídico y la protección de derechos en relación a la capacidad de ejercicio, sea el más adecuado hilo conductor que nos guíe en el presente desarrollo para lograr interconectar los conceptos de médico-jurídicos. El padecimiento de una enfermedad mental, en este caso el trastorno neurocognitivo leve (TNm) podría provocar una serie de fallas cognitivas que deriven en una alteración de la conducta y del funcionamiento autónomo en menor o mayor medida. Este espectro de posibles alteraciones cognitivas da como resultado en el ámbito de la evaluación psiquiátrica y psicológica forense un abanico de posibilidades diagnósticas donde los polos de dicha evaluación resultarían tal vez más evidentes, o sea la referencia es a fallas groseras en un extremo y a fallas existentes pero mínimas en el otro. Claro está que en el caso de los cuadros leves prevalece de alguna manera toda defensa posible de la autonomía y del extremo de los cuadros graves el accionar de protección al tener en resguardo personas altamente vulnerables. Otra cuestión a mencionar es que la declinación de las facultades mentales se presenta en las personas mayores de edad que

padece este tipo de enfermedades como un proceso progresivo que comienza con la aparición de síntomas que se presentan leves o sutiles, pero cuyo progreso es normalmente rápido y en proporciones exponenciales, con fluctuaciones a lo largo del tiempo y que algunos autores describen con cierto patrón estacional (Stern 1996) con mesetas y reagudizaciones. Estudios muestran que en pacientes de edad avanzada que presentan un deterioro cognitivo leve, aun en forma previa a su conversión en Alzheimer, se observan disminuciones en la aptitud para la realización de negocios de índole económico-financiera (Muñiz 2014). En pacientes con Alzheimer, la capacidad financiera ya se encuentra seriamente comprometida en el nivel de base y se observan en plazos cortos deterioros sustanciales en dicha aptitud, tanto para la realización de operaciones simples como complejas (Martin R 2008). Se han creado diferentes legislaciones tanto nacionales como internacionales para que justamente velen por que esta fórmula en disputa entre autonomía y protección sea la más justa posible con soluciones ágiles y flexibles que den respuesta a la dinámica de la propia evolución de la persona que padece.

En lo relativo al procedimiento de evaluación de la capacidad mental por parte de los equipos interdisciplinarios clínicos y forenses (profesionales) que luego puede ser o no vinculante al dictamen judicial (juez) de restricción de capacidad, algunos principios generales que podrían regir la evaluación pericial pueden ser los siguientes (Álvaro L.C. 2018): el examen de la capacidad es consecuencia de la evaluación de cada cuadro en particular y no determinada por un diagnóstico; puede verse afectada una capacidad y no otra, por lo que se considera específica de una tarea; las capacidades pueden tener fluctuaciones asociadas a múltiples causas por lo tanto es necesaria a parte de una visión transversal, una valoración longitudinal; la complejidad creciente de la decisión debería ir acompañada por un mayor umbral de exigencia; una decisión que no se considere la apropiada no es criterio de incapacidad siempre y cuando esté conservada la lucidez mental; la evaluación de la capacidad debiera implicar un análisis minucioso

del proceso y no solo del resultado, analizando las instancias de una toma de decisiones: comprensión, apreciación, razonamiento y elección; los exámenes cognitivos deben complementarse con pruebas específicas de capacidad.

Uno de los aspectos relevantes de la evaluación de la capacidad tiene aristas particulares relaciones con cada enfermedad. Las funciones neurocognitivas se pueden apreciar desde un aspecto dimensional desde el envejecimiento considerado normal hasta el enfoque categorial cuando realizamos un diagnóstico. El concepto de DCL nacido en el grupo de investigación de la Mayo Clinic en contexto de describir las etapas más precoces de la Enfermedad de Alzheimer fue ampliamente aceptado y se ve plasmado en las clásicas descripciones de Petersen que describía al cuadro como una alteración de la memoria corroborada por una persona cercana, alteración objetiva de la memoria comparada con personas de misma población, edad y nivel educativo, un funcionamiento cognitivo general conservado relativamente dentro de límites normales, AVD esencialmente preservadas y ausencia de diagnóstico de demencia (Petersen 1999). Posteriormente a este trabajo, el grupo de trabajo de Petersen en conjunto con la International working group on mild cognitive impairment (IWG-MCI) propusieron una nueva clasificación del DCL (Winbland 2004):

- ★ *Amnésico*: es la presentación más frecuente y más estudiada, afecta solo a la memoria.
- ★ *Dominio múltiple amnésico*: caracterizada por un leve deterioro de más de un área cognitiva, siendo la memoria un requerimiento necesario y otras áreas como el lenguaje, las habilidades visuoespaciales o las funciones ejecutivas. Presenta leve compromiso en las AVD.
- ★ *Dominio único no amnésico*: afección de un área cognitiva distinta de la memoria.

★ *Dominio múltiple no amnésico*: afecta varias áreas con relativa preservación de la memoria o afectarse en forma secundaria.

Otro grupo de estudio a cargo de la European Consortium on Alzheimer's Disease propone criterios similares a los mencionados por la IWG-MCI con la posibilidad de manifestar su queja cognitiva por parte del paciente o informador, conciencia por parte del paciente o su informador de los cambios cognitivos en relación a un periodo anterior, cambios en pruebas neuropsicológicas en relación a población de mismo grupo etario y educación con ausencia de alteración de las AVD y posibles dificultades leves en la AIVD (Portet 2006).

Por su lado los criterios clínicos de la National Institute of Aging (NIA) y la Alzheimer's Association (AA) en relación específica al DCL (Knopman 2018):

- ★ Aparición de preocupación del paciente, informador cercano o profesional sobre cambios cognitivos en relación a un estado anterior.
- ★ Alteración en uno más dominios cognitivos.
- ★ Independencia de las AIVD con posibilidad de mecanismos compensatorios en relación a dificultades leves para realizar tareas.
- ★ Sin presencia de demencia.

Como se mencionó ut supra, el trastorno neurocognitivo leve en el DSM-5 es definido a partir de la verificación de los siguientes síntomas: evidencia de un declive cognitivo moderado a criterio del evaluador y una declinación en el desempeño neurocognitivo, sobre la base de la constatación de desvíos estándar en test formales; *Los déficits cognitivos no impiden el desempeño independiente del individuo en sus actividades diarias, pero exigen un mayor esfuerzo, estrategias de compensación, y adecuación de rutinas para mantenerlo*; Los déficits cognitivos no se presentan exclusivamente en el

contexto de delirio; Los déficits cognitivos no son atribuibles a otro tipo de desórdenes mentales. Además de estos criterios de enfoque clínico plantea otros aspectos de relevancia como el etiológico y las alteraciones conductuales. La forma amnésica del deterioro cognitivo leve es la más frecuente, constituyendo un riesgo de desarrollar Enfermedad de Alzheimer con porcentaje de conversión anual estimado en 10-15% y con un porcentaje de permanencia estable o que revierten del 25-30%, y con predominio en hombres, personas con bajo nivel cultural, factores de riesgo vascular y aumento con la edad (Petersen 1999). Otra novedad es la necesidad de especificar dominios cognitivos afectados como ser la atención, las funciones ejecutivas, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidades visuoperceptivas y la cognición social (AAP 2014).

Dentro de los dos grandes grupos de investigación mencionados en relación a la forma de deterioro cognitivo leve asociada en la Enfermedad de Alzheimer hay algunos aspectos relevantes a mencionar. El grupo de la NIA-AA reconoce 3 estadios de la EA: pre-clínico, deterioro cognitivo leve y demencia. El diagnóstico es por criterio clínico. El grupo de la IWG-MCI describe varias formas de enfermedad como típica, atípica, prodrómica, mixta, estados pre-clínicos y deterioro cognitivo leve. Con 2 criterios imprescindibles para el diagnóstico como ser la batería neuropsicológica y la necesidad de realizar estudio de biomarcadores.

En contexto de hacer referencia al diagnóstico en psiquiatría no es posible dejar de mencionar lo que es considerado como la piedra angular que sostiene los aspectos clínicos como lo es el método de la entrevista psiquiátrica y la semiología psiquiátrica. Para un funcionamiento cognitivo óptimo se requiere integridad de la mayoría de las funciones mentales. Aspectos como la atención, la orientación, la memoria, la sensopercepción, el pensamiento con el juicio y el razonamiento, así como las esferas afectiva y volitiva, al alterarse pueden dar como resultado una afectación, disminución

o detrimento del funcionamiento mental. La construcción un diagnóstico psiquiátrico-forense deriva en principio de esos primeros bloques aportados por la semiología de los cuales luego se construirán síndromes y finalmente diagnósticos específicos. Si bien el enfoque desde la medicina legal puede percibirse diferente (y lo es en cierto modo) la base sobre la que se sustenta la búsqueda de una verdad (puntos periciales por ejemplo o diagnóstico para realizar un tratamiento) es la misma.

Para la evaluación neuro-cognitiva de las personas mayores se cuenta con baterías diagnósticas con distinta sensibilidad y especificidad, logrando destacar el Mini Mental State Examination (MMSE) validado en Argentina (Bruno D 2017), tiene como ventaja ser fácil de aplicar y breve (< 10 min). Posee una sensibilidad del 93% y especificidad del 46% para demencia. Evalúa cinco dominios cognitivos que son esencialmente la orientación témporo-espacial, la memoria diferida, atención y cálculo, el lenguaje y la capacidad visuo-constructiva de dibujo. También se cuenta con el Montreal Cognitive Assessment (MOCA) validado en Argentina (González Palau F. 2018), mostró ser una mejor herramienta para detectar trastorno neurocognitivo menor con una sensibilidad del 91,67% y especificidad del 72,93%. Evalúa los siguientes dominios: atención y cálculo, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuo-espaciales, razonamiento conceptual y orientación témporo-espacial. Otro test utilizado en los últimos años es el Addenbrooke`s Cognitive Examination (ACE-R) en su versión revisada es una batería breve, desarrollada y validada en inglés por Mathuranath et al. (2000) y validada en nuestro medio por Sarasola y col. (2004). El ACE-R evalúa seis dominios cognitivos. El puntaje máximo es 100: orientación (10), atención (8), memoria (35), fluencia verbal (14), lenguaje (28) y habilidades visuoespaciales (5). A su vez, permite calcular los 30 puntos del MMSE, ya que están incluidos en el cuestionario. En personas con alta educación el punto de cohorte de 86/100 arrojó una sensibilidad del 92% y especificidad del 96,2% para discriminar entre grupo control y demencia. Estos test se utilizan como tamizajes para la detección de deterioro

cognitivo, sin embargo, no son sustitutos de una evaluación cognitiva formal de la capacidad de toma de decisiones para una situación clínica o legal específica. Por ejemplo, ningún componente tanto del MMSE como del MOCA (Cares 2020) son lo suficientemente flexible como para permitir una evaluación de la comprensión de los pacientes de circunstancias clínicas o legales particulares ni las decisiones específicas que deben tomarse. Tanto el ACE-R como el MoCA son respaldados en estudios para la detección del DCL en etapas tempranas (Wang 2019). La Financial Capacity Interview o FCI (Marson et al 2000) es instrumento de evaluación consistente en una entrevista semiestructurada de evaluación de competencia financiera que consta de 8 ítems y no consta de entrenamiento necesario para su aplicación, aunque su aplicación se encuentra protocolizada. Conceptualizan la capacidad financiera como una amplia gama de actividades y habilidades específicas más que como un dominio único. Este modelo tiene 2 niveles, uno de dominios generales de actividad financiera y el otro de habilidades o tareas financieras específicas. Esta batería ha sido utilizada en estudios de investigación posteriores (ANEXO 1).

En fin, de lo que realmente estamos discutiendo tiene relación con la toma de decisiones que podría pensarse como una vía final común a la mayoría de los cuestionamientos bioéticos como ser consentimiento informado, internación involuntaria, directivas anticipadas, capacidad de testar, etc. Karlawish (Karlawish 2008) refiere en relación a valoración de la capacidad de tomar decisiones, que existen 4 habilidades o estándares para medirla. *Comprensión* como la capacidad para comprender el significado de la información, *apreciación* (valoración) como una capacidad para reconocer como se aplica esta información, *razonamiento* como la capacidad de comparar opciones e inferir las consecuencias de las elecciones de una manera consistente y la *expresión* de esa elección como la capacidad de poder transmitir la decisión de forma clara y razonada. En la búsqueda de herramientas que nos ayuden a comprender y evaluar las capacidades J. Drane en su clásico artículo referido a la

capacidad de consentir tratamientos médicos (Drane 1985) propone una solución relacionando y adaptando la exigencia de la capacidad a la decisión a tomar intentado equilibrar valores como la beneficencia y la autonomía. Refiere que la determinación de competencia en general se focaliza en las capacidades mentales del paciente y que no es necesario que un paciente tenga una patología psiquiátrica grave para ser considerado incompetente para tomar decisiones y que no toda perturbación mental constituye incompetencia. El autor propone una escala móvil de competencia donde en la medida en que las decisiones a tomar se vuelven más difíciles y serias los estándares de competencia para aceptar o rechazar cierta propuesta se tornan más estrictos y exigentes. El estándar I correspondería a la instancia de menor exigencia y se aplica a decisiones que no son riesgosas y que responden objetivamente al interés del paciente. Se necesita una conciencia básica de la situación actual y asentir a las opciones que se le proponen. El estándar II donde la persona debe entender las opciones propuestas, valorar riesgos y beneficios y tomar una decisión deliberada. Necesita comprender la situación médica y el tratamiento propuesto con capacidad de elección basada en expectativas médicas. El estándar III solicita los criterios más estrictos y elevados de competencia por tratarse de tratamientos riesgosos y que pueden ir contra la racionalidad pública y profesional. Requiere comprensión técnica, personal, intelectual y emocional. Necesidad de una comprensión crítica, capacidad de reflexión, con una toma de decisiones racional acorde a valores y creencias propios.

Los pacientes con deterioro cognitivo son vulnerables a la pérdida de la capacidad de tomar decisiones (Lui VW 2009). La capacidad de toma de decisiones generalmente se conceptualiza como una capacidad de cuatro componentes que incluyen comprender la información relevante, apreciar la información, razonar la información y expresar una elección (Dunn 2006, Karlawish 2008). Una evaluación adecuada de la capacidad mental para la toma de decisiones financieras puede contribuir a la protección del bienestar, la prevención del abuso financiero de las personas mayores y la promoción

de su autonomía. La capacidad de gestionar asuntos financieros se ha conceptualizado como un recurso asociado a un grupo de dominios que comprenden un amplio conjunto de habilidades simples y complejas, incluido el conocimiento conceptual financiero, contar monedas, realizar compras diarias, administrar una chequera, realizar inversiones y ejercer el juicio financiero (Marson DC 2000). Algunos estudios han sugerido que los pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) o demencia pueden tener capacidades y habilidades financieras deterioradas y en declive (Griffith 2003). Marson y colaboradores (Marson et al 2000) desarrollaron un instrumento de evaluación consistente en una entrevista semiestructurada de evaluación de competencia financiera que se conoce como Financial Capacity Interview o entrevista de capacidad financiera (FCI) que consta de 8 ítems y no requiere de entrenamiento necesario para su aplicación y la misma se encuentra protocolizada. Conceptualizan la capacidad financiera como una amplia gama de actividades y habilidades específicas más que como un dominio único. Este modelo tiene 2 niveles, uno de dominios generales de actividad financiera y el otro de habilidades o tareas financieras específicas. Esta batería ha sido utilizada en estudios de investigación posteriores. Un estudio del 2003 (Griffith et al 2003) se propuso evaluar la capacidad financiera de pacientes con DCL utilizando una metodología estandarizada psicométrica (FCI, instrumento de capacidad financiera). El grupo de pacientes con DCL demostró deficiencias en comparación con los controles normales, principalmente en la memoria episódica y en el conocimiento semántico, la función ejecutiva, funciones aritméticas escritas y atención espacial. En cuanto al FCI fallaron principalmente en los ítems de conocimiento conceptual, transacciones en efectivo y extractos bancarios, gestión y pago de facturas y en la capacidad financiera general. Sherod y Colaboradores (Sherod et al 2009) realizaron un estudio que a través del desarrollo de modelos cognitivos de capacidad financiera en personas mayores sanas y pacientes con DCL. Se les administró a todos los pacientes la escala FCI y una batería neuropsicológica estándar. Los resultados del estudio concluyeron que la capacidad financiera dentro las AIVD estaría mediada por

predictores neurocognitivos similares en todo el espectro desde el envejecimiento cognitivo normal hasta la demencia, el DCL tipo amnésico y la Enfermedad de Alzheimer leve. El principal factor de predictibilidad fue una medida aritmética escrita. Refieren que el conocimiento conceptual de los números, las operaciones aritméticas y las habilidades de cálculo son habilidades cognitivas fuertemente asociadas a disminución de la capacidad financiera en personas con estos padecimientos. Otro estudio (Triebel 2009) se propuso investigar el cambio durante 1 año en la capacidad financiera de los pacientes y su relación en la conversión de DCL de tipo amnésico a demencia de tipo Alzheimer. Los resultados arrojaron una disminución en las habilidades financieras en los pacientes con DCL en el año previo a su conversión a Enfermedad de Alzheimer. Lui y colaboradores en un estudio de investigación (Lui 2013) se propusieron probar un método clínicamente aplicable para examinar la capacidad mental para tomar decisiones financieras y sus componentes entre pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia temprana. Para este estudio se reclutaron a un total de 90 pacientes con EA leve, 92 participantes con DCL y 93 participantes de control cognitivamente normales. La capacidad mental para tomar decisiones financieras cotidianas (se evaluaron cuatro componentes de la capacidad de toma de decisiones) se evaluó mediante calificaciones de médicos y la versión china de la Evaluación de la capacidad para la toma de decisiones cotidianas (ACED). Según las calificaciones de los médicos, sólo el 53,5% eran mentalmente competentes en el grupo con EA, en comparación con el 94,6% en el grupo con deterioro cognitivo leve. Sin embargo, los participantes con deterioro cognitivo leve tenían un deterioro leve pero significativo en las capacidades de comprensión, apreciación y razonamiento medidas por el inventario ACED. La ACED proporcionó un marco estructurado confiable y clínicamente aplicable para la evaluación de la capacidad mental para tomar decisiones financieras. Resulta interesante otro estudio (Lindsay et al 2016) que se propuso identificar predictores cognitivos de disminución de la capacidad financiera en personas con DCL. Los participantes completaron pruebas neuropsicológicas y el

Instrumento de Capacidad Financiera (FCI) al inicio del tratamiento y a los 2 años. Se encontraron que las personas con DCL mostraron una disminución significativa en el FCI y en la mayoría de las variables cognitivas al compararlo con los controles que arrojaron resultados de un rendimiento estable. Hubo en este estudio varias correlaciones principales entre las pruebas cognitivas y el FCI a mencionar como la aritmética escrita, la denominación de las confrontaciones, la memoria visual de inmediata y la atención visual. Estos hallazgos permitieron concluir que el conocimiento aritmético semántico y la memoria son predictores cognitivos longitudinales claves en la disminución de habilidades financieras en personas con DCL. Martin y colaboradores (Martin 2019) investigaron como era la disminución de las habilidades financieras durante un periodo de 6 años en personas con DCL debido a Enfermedad de Alzheimer. Los participantes realizaron evaluaciones de seguimiento de hasta 6 veces por año que incluyen mediciones estandarizadas de habilidades financieras con el Instrumento de Habilidades Financieras (FCI)). Concluyeron que, durante el periodo de 6 años examinado, las personas con DCL demostraron disminuciones significativas en múltiples habilidades financieras y en particular en el juicio financiero.

CONCLUSIONES.

Las personas que padecen cuadros de afectación cognitiva son más vulnerables al entorno dependiendo de su grado de compromiso, yendo de cuadros leves a enfermedades incapacitantes. Las etiologías posibles de estas afecciones son variadas siendo la Enfermedad de Alzheimer de las más frecuentes. El examen de la capacidad de obrar de las personas que padecen cuadros de deterioro cognitivo leve es complejo y existen actualmente algunas herramientas estandarizadas para su evaluación en el

país. La evaluación de la toma de decisiones es imprescindible para valorar aspectos cognitivos que podrían afectar el desempeño de la autonomía y habilitar la implementación de medidas de protección. Dentro de esta toma de decisiones se encuentran las financieras, que de menor a mayor complejidad implican exigencias al funcionamiento psíquico. Las implicancias psico-jurídicas ponen en tensión la díada autonomía-protección ya que abarca aspectos como la autonomía y el cuidado de sí mismo y sus bienes, con repercusión en las familias y los allegados. El trastorno neurocognitivo leve la mayoría de las veces puede pasar inadvertido, hay una subestimación de las quejas cognitivas de las personas por parte de los profesionales y sus familiares, así como también una negación y ocultamiento por parte de la persona que lo padece. La situación se complejiza ante la falta actual de un tratamiento eficaz para estas enfermedades y las implicancias en costos para la familia y la sociedad.

Hasta el momento no existe ninguna forma de evaluación o de estudio cien por ciento certera al momento de examinar las capacidades financieras, pero una evaluación óptima y completa no puede dejar de incluir lo que proponemos como esquema general con las principales herramientas de valoración como la entrevista clínica, el examen cognitivo de cribado, estudios neurocognitivos específicos y la escala de capacidad financiera (FCI), de sentido creciente en especificidad y que podría resultar interesante aplicar y de utilidad a tener en cuenta al momento de la evaluación profesional, sea esta clínica, forense o neuropsicológica.

ENTREVISTA CLÍNICA ABIERTA - EXAMEN COGNITIVO GENERAL (SCREENING) -
EXAMEN NEUROCOGNITIVO EXHAUSTIVO - EXAMEN CON INSTRUMENTO DE
EVALUACIÓN FINANCIERA – REEVALUACIÓN.

Surgirá de acuerdo al diagnóstico y principalmente de la capacidad evaluada en la persona la necesidad de especificar cuál es la afección dentro la gama de operaciones afectadas y que elementos se pondrán en juego para proteger la autonomía y los

mecanismos que puedan compensar la falla. Las medidas de protección asignadas por el juez y sugeridas por el equipo interdisciplinario, están destinadas a implementarse cuando del examen se evalué la existencia de una toma de decisiones inadecuada, el riesgo de pérdida de bienes, la evidente influenciabilidad por terceros y la posibilidad de abusos. La extensión de los cuadros y sus respectivos matices ubicados entre dos polos serían el foco donde habría que prestar más atención y realizar los exámenes mas exhaustivos y completos desde la interdisciplina, ya que allí es donde aparenta estar el meollo de la situación de tironeamiento entre autonomía y protección.

BIBLIOGRAFÍA.

Álvaro L.C. Competencia en demencia. Manual de uso clínico. Editorial Panamericana SA. ISBN 978-84-9110-370-7. Año 2018.

Álvaro L.C. Competencia: conceptos generales y aplicación en la demencia. Neurología. 2012; 27(5):290-300.

Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357(18):1834-1840.

Arizaga RL Epidemiología de la demencia. In Mangone C, Allegri RF, Arizaga RL, Ollari JA, eds. Demencia, enfoque interdisciplinario. Buenos Aires; Polemos; 2005.

Arizaga RL, Gogorza RE, Allegri RF, Barman D, Morales MC, Harris P, Pallo V. Deterioro cognitivo en mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina). Resultados del Piloto del Estudio Ceibo (Estudio Epidemiológico Poblacional de Demencia). Rev NeurolArg 2005, 30: 83-90.

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ta Edición, Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ta Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Bartoloni L, Blatt G, Insua I, Furman M, González MA, Hermann B, Kesselman M, Massautis A, Reinado A, Senas P, Yavitz C, Lejarraga H, Nunes F, Arizaga RL, Allegri R. A population-based study of cognitive impairment in socially vulnerable adults in

Argentina. The MatanzaRiachuelo Study. Preliminary Results. *Dement Neuropsychol* 2014, 8(4): 339-344.

Bruno D, et al. Validación argentino-chilena de la versión en español del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia. *Neurología*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.06.004>.

Caramelo, Gustavo. Código Civil y Comercial de la Nación comentado / Gustavo Caramelo ; Sebastián Picasso ; Marisa Herrera. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Infojus, 2015.v. 2, 640 p. ; 23x16 cm. ISBN 978-987-3720-31-4.

Cares V. Aspectos cognitivos y legales en personas mayores: "Sano Juicio". *Rev Med Chile* 2020; 148: 1183-1188.

Cervigni M, Martino P, Alfonzo G, Gallegos M. Cribado de deterioro cognitivo leve en Rosario (Argentina). Resultados por edad, género y nivel educativo. *Neurología Argentina* 2021; 13(2): 95-102.

Código Civil y Comercial de la Nación. 1ra. edición - octubre 2014. 1ra. reimpresión - octubre 2014. ISBN 978-987-3720-13-0.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2645-P), Santiago, 2015.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social de América Latina, 2014, (LC/G.2635-P), Santiago de Chile, 2014.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 11º período de sesiones. Observación general N°1. 31 de marzo a 11 de abril de 2014.

Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias: formación profesional para el equipo socio-sanitario / Mónica Laura Roqué ... [et al.]; contribuciones de Romina Karin Rubin; Leonardo Bartoloni; dirigido por Mónica Laura Roqué; Ricardo Allegri. - 1a edición especial - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Mónica Laura Roqué, 2015.

Drane J. F. "The many faces of competency; The greater the risk, the stricter the standard". *The Hasting Center Report*, vol. 15, 2, (1985), pp. 17-21.

Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1323-1334.

Famá, María Victoria; Pagano, Luz, "La salud mental desde la óptica de la ley 26.657", Adenda de actualización de Famá, María Victoria; Herrera, Marisa; Pagano, Luz; *Salud Mental en el Derecho de Familia*, Hammurabi, Buenos Aires, 2011, p. 84.

González Palau F, González F, Cáceres M. Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina* 2015; 7(1): 51-58.

González Palau F.; Berrios, W.; García Basalo, M.M.; Ojea Quintana, M.; Fernández, M.; García Basalo, M. J.; Fernández, M. C.; et al. Validez de la prueba de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) como una herramienta de screening para detectar Deterioro Cognitivo Leve en población de Buenos Aires, Argentina. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 2018, Vol. XXIX: 261-269.

Griffith HR, Belue K, Sicola A, Krzywanski S, Zamrini E, Harrell L, Marson D. Impaired financial abilities in mild cognitive impairment: A direct assessment approach. *Neurology*. 2003; 60:449–457. [PubMed: 12578926].

Huenchuan S. (ed.), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Libros de la

CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.

Karlawish J. Measuring Decision-Making Capacity in Cognitively Impaired Individuals. *Neurosignals*. 2008 ; 16(1): 91–98. doi:10.1159/000109763.

Knopman D. S. The National Institute on Aging and the Alzheimer's Association Research Framework for Alzheimer's disease: Perspectives from the Research Roundtable. *Alzheimers Dement*. 2018 April ; 14(4): 563–575. doi:10.1016/j.jalz.2018.03.002.

Lafferriere, Jorge Nicolás. Título: La capacidad de ejercicio en el nuevo Código Civil y Comercial: entre la autonomía y la protección. Publicado en: DFyP 2017 (abril), 06/04/2017, 209. Cita Online: AR/DOC/591/2017.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657. Sancionada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013.

Lindsay M. Niccolai, M.A, Kristen L. Triebel, Psy.D., Adam Gerstenecker, Ph.D., Tarrant O. Mc Pherson, M.A., Gary R. Cutter, Ph.D., Roy C. Martin, Ph.D., and Daniel C. Marson, J.D., Ph.D. Neurocognitive Predictors of Declining Financial Capacity in Persons with Mild Cognitive Impairment. *Clin Gerontol*. 2017 ; 40(1): 14–23. doi:10.1080/07317115.2016.1228022.

Lui Victor W.C. Structured Assessment of Mental Capacity to Make Financial Decisions in Chinese Older Persons With Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 26(2) 69-77^a. The Author(s) 2013. DOI: 10.1177/0891988713481268.

Lui VW, Lam LC, Luk DN, et al. Capacity to make treatment decisions in Chinese

older persons with very mild dementia and mild Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(5): 428-436.

Marson DC, Sawrie SM, Snyder S, et al. Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: a conceptual model and prototype instrument. *Arch Neurol*. 2000;57(6):877-884.

Marson, D., Triebel, K., Gerstenecker, A., Martin, R., Edwards, K., Pankratz, V., Swenson-Dravis, D., Petersen, R. Detecting declining functional skills in preclinical Alzheimer's disease: The Financial Capacity Instrument-Short Form; Paper presented at the Clinical Trials Alzheimer's Disease Conference (CTAD); Philadelphia, PA. 2015.

Martin R.C. Declining capacity in mild cognitive impairment: A six-year longitudinal study. *Arch. Clin Neuropsychol*. 2019 Mar 1;34(2):152-161. doi: 10.1093/arclin/acy030.

Martin, R.; Griffith, H. R.; Belue, K.; Harrell, L.; Zamrini, E.; Anderson, B.; Bartolucci, A.; Marson, D.; "Declining financial capacity in patients with mild Alzheimer disease: a one-year longitudinal study", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (3):, 2008, p. 209-19.

Muñiz, C. La capacidad civil y la problemática de los adultos mayores: El constante dilema entre autonomía y protección, a la luz de la ley de salud mental [en línea]. *Cuaderno Jurídico de Familia* 51/-5. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11475>.

Pachana N.A. Predictors of financial capacity performance in older adults using the Financial Competence Assessment Inventory. *International Psychogeriatrics* (2014), 26:6, 921–927 C International Psychogeriatric Association 2014 doi:10.1017/S1041610214000209.

Petersen R.C. Smith G.E., Waring S.C., Ivnik R.J., Tangalos E.G. Kokmen E., “Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol 1999; 56:pp 303-308.

Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. J Intern Med. 2004;256:183–94.

Portet F , P J Ousset, P J Visser, G B Frisoni, F Nobili, Ph Scheltens, B Vellas, J Touchon; Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease (EADC) Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006 Jun;77(6):714-8. doi: 10.1136/jnnp.2005.085332. Epub 2006 Mar 20.

Protocolo de diagnóstico del deterioro cognitivo. Dr. José Hermenegildo Bueno Perdomo, Dr. Francisco Hernández Díaz. Gobierno de Canarias. Consejería de sanidad. Servicio Canario de salud. Dirección general de programas asistenciales. ISBN: 978-84-09-12461-9. Año 2019.

Romero Ayuso, Dulce María. Actividades de la vida diaria. Anales de Psicología, vol. 23, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 264-271 Universidad de Murcia Murcia, España.

Sarasola D. et al. Utilidad del Addenbrooke's Cognitive Examination en Español para el Diagnóstico de Demencia y para la diferenciación entre la Enfermedad de Alzheimer y la Demencia Frontotemporal. Revista Argentina de Neuropsicología 4, 1-11 (2004).

Sherod M. H. Randall Griffith, Jacquelynn Copeland, Katherine Belue, Sara Krzywanski, Edward Y. Zamrini, Lindy E. Harrell, David G Clark¹, John C. Brockington, Richard E. Powers, and Daniel C. Marson. Neurocognitive predictors of financial capacity across the dementia spectrum: Normal aging, mild cognitive

impairment, and Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc.* 2009 March ; 15(2): 258–267. doi:10.1017/S1355617709090365.

Stern Y, Liu X, Albert M, et al. Application of a growth curve approach to modeling the progression of Alzheimer's disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996;51:M179–M184. [PubMed: 8681001].

Tobías, José W., *La Inhabilitación en el Derecho Civil*, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1978, p.13.

Toro Martinez E. El modelo social de la discapacidad en Argentina: paradigma de la toma de decisiones con apoyos y salvaguardas en el nuevo código civil argentino. *Vertex, revista argentina de psiquiatría*, Vol XXVI: 289-291.

Triebel K, Martin R, Griffith HR, Marceaux J, Okonkwo O, Harrell L, Clark D, Brockington J, Bartolucci A, Marson D. Declining financial capacity in mild cognitive impairment: A one-year longitudinal study. *Neurology.* 2009; 73:928–934. [PubMed: 19770468].

Wang BR. Comparative diagnostic accuracy of ACE-III and MoCA for detecting mild cognitive impairment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2019;15 2647–2653.

Winbland B., Palmer K., Kivipelto M., Jelic V., Fratiglioni L., Wahlund L.O., et. al.: Mild cognitive impairment. Beyond controversies, towards a consensus: Report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med* 2004; 256: pp. 240-246.

ANEXO 1. Instrumento de Capacidad Financiera de Marson, modificado por Alvaro (Alvaro et al 2013).

DOMINIOS	PAUTAS
1. HABILIDADES MONETARIAS BÁSICAS	NOMBRAR MONEDAS Y BILLETES
	RELACIONAR MONEDAS Y BILLETES
	CONTAR MONEDAS Y BILLETES
2. CONOCIMIENTO CONCEPTUAL FINANCIERO	DEFINIR CONCEPTOS COMO DINERO, INTERÉS, DEUDA, PAGOS, ACCIONES, PRESTAMOS
	APLICAR CONCEPTOS FINANCIEROS
3. TRANSACCIONES EN EFECTIVO	ADQUIRIR 1 ARTICULO COMESTIBLE
	ADQUIRIR 3 ARTICULOS COMESTIBLES
	RETIRO POR CAJERO AUTOMÁTICO
	PROPINAS R IMPUESTOS
4. COMPRENSIÓN DE LA CHEQUERA	COMPRENDER CONCEPTO DE CHEQUERA
	UTILIZACIÓN DE CHEQUERA
	REGISTROS DE LA CHEQUERA
5. GESTIÓN DE CUENTA BANCARIA	IDENTIFICACIÓN DE CUENTA BANCARIA
	IDENTIFICAR EL SALDO DE LA CUENTA BANCARIA
	IDENTIFICAR EL DEPOSITO
	IDENTIFICAR DIFERENCIAS DE SALDOS
6. JUICIO FINANCIERO	DETECTAR RIESGO DE FRAUDE TELEFÓNICO O DIGITAL
	DETERMINACIÓN DEL VALOR APROPIADO
	PUBLICIDAD DEL PRODUCTO
	OBTENCIÓN DEL PAGO ADECUADO
7. PAGO DE FACTURAS	COMPRENDER CONCEPTO DE FACTURA
	IDENTIFICAR EL MONTO DE LA FACTURA
	CUESTIONAR EL MONTO DE LA FACTURA
	CONSECUENCIAS DE FACTURAS IMPAGAS
8. CONOCIMIENTO DE BIENES PERSONALES Y ACUERDOS PATRIMONIALES	INGRESOS Y PATRIMONIO PERSONAL
	IDENTIFICAR OBJETOS DE VALOR, EXPLICAR TESTAMENTO
9. DECISIONES DE INVERSIÓN	COMPRENSIÓN DEL CONCEPTO. RIESGO Y BENEFICIOS

