



DEMENCIA: DISCAPACIDAD Y EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS

DEMENTIA: DISABILITY AND THE EXERCISE OF LEGAL CAPACITY WITHIN THE FRAMEWORK OF HUMAN RIGHTS

Francisco Montero Barquero¹

ENSAYO

Resumen

En el presente artículo se analiza la demencia desde la conceptualización clínica predominante y su tratamiento jurídico desde el marco de los derechos humanos en un contexto socio sanitario específico: Costa Rica.

La convergencia de los saberes médico y jurídico se visualizan como una fuente normativa en grado de incrementar la accesibilidad de la población a los servicios generales de salud pública y con ello el mejoramiento de la atención de la demencia desde la atención primaria.

En la conceptualización de la capacidad inherente a la persona para realizar actividades y su desempeño en el entorno real; más allá del tradicional componente exclusivamente individual con énfasis en

la limitación; la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) se convierte en una herramienta viable en la medición de ese desempeño y en un mecanismo de salvaguardia acorde con la Ley 9379 conocida como *Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad* (Ley 9379, 2016)

Palabras clave: Demencia, Clasificación Internacional de la Funcionalidad Discapacidad y Salud (CIF), Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, Costa Rica, evaluación de la discapacidad.

Summary

Dementia: disability and the exercise of legal capacity within the framework of human rights.

¹ Médico Cirujano – Psiquiatra. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Magister en Gerencia de Servicios de Salud (Instituto Centroamericano de Administración Pública ICAP). Bachiller en Derecho (Universidad Autónoma de Centro América UACA). Correo: fmonterobarquero@gmail.com



This article analyzes dementia from the predominant clinical conceptualization and its legal treatment from the human rights framework in a specific socio-health context: Costa Rica.

The convergence of medical and legal knowledge is seen as a normative source to increase the population's accessibility to public health services and thus improve dementia care from the primary health care level. In the conceptualization of the inherent capacity of the person to perform activities and their performance in the real environment; beyond the traditional exclusively individual component with emphasis on the limitation; the International Classification of Functionality (ICF) becomes a viable tool in the measurement of this performance and a safeguard mechanism in accordance with Law 9379 known as the Law for the Promotion of Personal Autonomy of Persons with Disabilities.

Keywords: Dementia, The International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), Law for the Promotion of personal autonomy of persons with disabilities, Costa Rica, disability evaluation.

Introducción

En las naciones en vías de desarrollo, los estudios epidemiológicos señalan que la incidencia de la demencia es cada vez es mayor, siendo en Latinoamérica donde se

estima el más alto crecimiento de casos para 2050 (Ariziga, Magnone, Allegri, & Ollari, 2005). A pesar del crecimiento esperado en esta región del continente americano, la información epidemiológica es escasa tanto en la América Latina (Nitrini, y otros, 2009) como en Costa Rica (Miranda Valverde, y otros, 2015).

El tránsito desde una perspectiva de un modelo individual de la discapacidad, basado en las limitaciones funcionales de la persona, a un modelo social que concibe la discapacidad como una creación del entorno, resultado de la interacción de la persona con las estructuras sociales; se enfrenta con la presencia de múltiples enfoques con valores y actitudes condicionantes de respuestas para la atención de la demencia.

La búsqueda de una gestión y planificación accesible desde los servicios generales de salud pública y con ello la viabilidad de una atención de la demencia desde la atención primaria, encuentra aún barreras organizativas asociadas a la supervivencia del paradigma médico reduccionista; para lo cual el reconocimiento de derechos humanos con la traslación del modelo de discapacidad del Derecho Internacional se constituye en una importante herramienta modificadora de conceptos y prácticas.

El contexto socio demográfico costarricense muestra una transición sanitaria determinada por una longevidad



con características de sociedad desarrollada al alcanzar una esperanza de vida de 83,2 mujeres y 78,1 hombres para el año 2020 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2020); fenómeno que obliga cada vez más a considerar los factores externos al individuo como condicionantes y a las consecuencias sociales de la discapacidad esperable en esa población en términos de la autodeterminación; necesidad de cuidados y protección jurídica.

Según la encuesta nacional de discapacidad (ENADIS) del año 2018; el 18,2 % de personas de 18 años y más que residen en el país están en situación de discapacidad; correspondiendo con un total de 670.640 personas (INEC CONAPDIS, 2019). El 88% de las personas cuentan con algún tipo de seguro (asalariado, voluntario, por el Estado, familiar de asegurado directo, entre otros), mientras que cerca del 83 % de las personas sin discapacidad están aseguradas. Según aumenta la edad, el porcentaje de población por grupo etario en situación de discapacidad es mayor. Para la población de 65 años y más, alrededor del 35 % presentan una condición de discapacidad; mientras que en el grupo de 18 a 35 años el 9,6 % corresponde a personas con discapacidad. En el grupo de 65 años y más; 213.094 personas (40.1%) presentan un grado de discapacidad severa (INEC CONAPDIS, 2019). No se dispone aún de datos estadísticos específicos sobre demencia y discapacidad. En la estadística

de la encuesta nacional de discapacidad se señala que la estimación de discapacidad y diagnóstico o condición de Alzheimer es poco confiable por haberse obtenido un coeficiente de variación mayor al 20% (INEC CONAPDIS, 2019).

Demencia general o particular

El peso de la demencia como problema de salud pública ha sido ampliamente reconocido. En la revisión de Nitrini, Bottino, Albala, & Nilton Santos (2009) de 8 estudios en población realizados en 6 países de la América Latina, los autores identificaron una prevalencia global de la demencia en población adulta mayor o igual a 65 años de 7.1% (95 CI: 6.8-7.4); reflejando las tasas de países desarrollados. Sin embargo, la prevalencia en sujetos relativamente jóvenes (65-69 años) fue mayor en los estudios latinoamericanos. La enfermedad de Alzheimer fue la causa más frecuente de demencia (Nitrini, y otros, 2009). El predominio de la enfermedad de Alzheimer y la baja escolaridad en la población estudiada es similar a los observados en Costa Rica por Miranda E. y otros (2015); donde de los 1092 casos costarricenses, el 42,9% correspondió a enfermedad de Alzheimer con una media de escolaridad de 4,95 + 4,09 años (rango 0-28 años); con una media de edad de los pacientes de 79,6 + 6,7 años (rango 60-98 años), estando la mayoría en el rango entre los 70 y 89 años (87,1%) (Miranda Valverde, y otros, 2015).



Diagnóstico médico en los distintos niveles de atención

La formulación diagnóstica se ha constituido en uno de los elementos diferenciadores de las capacidades de atención. De la experiencia acumulada, se han propuesto aproximaciones diagnósticas con criterios generales y otras con criterios más específicos. La diferenciación se ve influenciada principalmente por la disponibilidad de recursos; así como por la organización de servicios; orientación o interés en la enfermedad; investigación científica; atención de la población en los servicios generales; servicios públicos o privados; especializados; etc. (Maestre, 2012)

El Instituto Nacional sobre Envejecimiento y la Asociación Nacional de Alzheimer de los Estados Unidos encargó a un grupo de expertos la tarea de revisar los criterios para diagnosticar la demencia por Alzheimer vigentes desde 1984 (McKhann, y otros, 2011) teniendo en consideración que la revisión de los mismos fueran lo suficientemente flexibles para ser utilizados por los prestadores de servicios de atención primaria sin acceso a la evaluación neuropsicológica; así como a exámenes de gabinete con imágenes; medición de fluidos cefalorraquídeos y procurando que los investigadores especializados involucrados en estudios o ensayos clínicos tuviesen

también esos criterios a mano (McKhann, y otros, 2011).

En esa línea diferenciadora de niveles o capacidades diagnósticas y de una creciente evidencia desde los instrumentos internacionales se inscriben las guías de intervención del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OMS; las cuales se fundamentan en la factibilidad de intervenciones farmacológicas y psicológicas en el nivel de atención sanitaria no especializada; contribuyendo con ello al desmantelamiento de la creencia de que las intervenciones de salud mental son sofisticadas y que solamente pueden ser ofrecidas por personal altamente especializado. Las guías están basadas en una revisión del conocimiento científico disponible en esta área y presenta las intervenciones recomendadas para su aplicación en los países con ingresos bajos y medios-bajos (WHO, 2008) (OMS, 2020)

Criterios clínicos básicos para el diagnóstico de todas las causas de demencia

A pesar de la dificultad en la obtención de un consenso internacional respecto a la definición de la discapacidad asociada a la demencia; se han desarrollado en el campo médico distintos sistemas clasificatorios (ver tabla 1), en los cuales sin embargo; se puede apreciar la convergencia de criterios



diagnósticos de demencia tales como la interferencia en la funcionalidad cotidiana (laboral) o actividades domésticas o sociales; así como un deterioro en los niveles previos de funcionamiento y ejecución de las actividades o funcionalidad cotidiana (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982) (O'Bryant, et al., 2010) (OMS, 2000). Se ha establecido convencionalmente un periodo de presencia de la disfunción o deterioro durante al menos 6 meses. El historial de la persona evaluada se compila con información proveniente principalmente de dos fuentes principales: familiares o cuidadores y la evaluación del profesional de la salud que procede a identificar los varios síntomas (Petersen, et al., 2001) (OMS / OPS, 2001) (OMS, 2020)

El diagnóstico de demencia realizado por el profesional de la salud comprende un amplio espectro de síntomas cognitivos y conductuales, que pueden oscilar en un abanico de severidad: leve, moderado y severo. Los estudios epidemiológicos han demostrado que el uso de criterios de investigación para la clasificación diagnóstica de la demencia ha identificado tres grupos de sujetos: los que están dementes; los que no están dementes, y un tercer grupo de individuos que no pueden ser clasificados como normales o dementes pero que presentan por lo general un deterioro cognitivo; frecuentemente memoria

(Petersen, et al., 2001) (McKhann, y otros, 2011).

La demencia establecida o aparente (moderada o severa) es la categoría diagnóstica que cuenta con las mejores definiciones operativas, evaluaciones clínicas, datos psicométricos, entrevistas a informadores, no así la demencia leve y el deterioro cognitivo sin demencia por la carencia de datos y recomendaciones (Petersen, et al., 2001).



Tabla 1 Grados de intensidad de la demencia según sistema clasificatorio

Sistema clasificatorio	CIE -10 (OMS / OPS, 2013)	Clasificación clínica de la demencia CDR (Hughes, Berg, Dazinger, Coben, & Martin, June 1982)	Escala de deterioro global (GDS) (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982)
Sano		Independencia en trabajo, compras, finanzas y actividad social.	No hay alteración cognitiva objetiva ni subjetiva, ni en funcionamiento social o laboral
Cuestionable – posible Normal para la edad		0,5 alteración leve o dudosa en las actividades reseñadas	Normal para la edad – solo déficit subjetivo
Cuestionable incipiente			Declive en las actividades sociales o laborales difíciles o exigentes
Leve	No pueden efectuarse actividades domésticas complicadas	Pérdida de la independencia en las actividades reseñadas, aunque puede realizar algunas. Abandona aficiones complicadas. Precisa ayuda ocasional en higiene personal	Dificultad en dirigir sus finanzas
Moderada	Solo conserva actividades domésticas muy sencillas	Precisa ayuda en higiene y efectos personales	Puede tener dificultad en elegir vestimenta
Moderada / severa			Requiere alguna ayuda en actividades de la vida diaria; puede existir incontinencia.
Severa	Dependencia absoluta	Requiere asistencia en cuidado personal	Incontinencia urinaria. Precisa ayuda en higiene y alimentación. Pérdida de habilidades verbales.

Fuente: autor

Concepto de discapacidad en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)

Discapacidad es un término general para las deficiencias, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación (OMS / OPS, 2001). De manera que la CIF se refiere a la discapacidad, no como un componente, sino como un término genérico global que determina el fenómeno multidimensional resultante de la interacción

de las personas con su entorno físico y social (OMS / OPS, 2001). En la evaluación se busca una visión global del funcionamiento de la persona, mediante la presentación de los resultados obtenidos en los componentes del funcionamiento humano; factores ambientales y personales (OMS / OPS, 2001).

Se desarrolla un módulo evaluativo que contiene: a) un “diagnóstico CIF” con información sobre función mental (corporal);



b) actividad y participación y c) factores ambientales (OMS / OPS, 2001).

Para la evaluación se toman en cuenta cuatro dimensiones:

- Dimensión de la deficiencia (mental)
- Dimensión de la funcionalidad general
- Dimensión de los factores de contexto
- Dimensión de la capacidad para el trabajo, estudio

La CIF ofrece definiciones operacionales tales como (OMS / OPS, 2001):

a) Las funciones (mentales) corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas.

b) Las deficiencias: son problemas en las funciones (mentales) o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “pérdida”.

c) La actividad: es la realización de una tarea o acción por una persona.

d) La participación: es el acto de involucrarse en una situación vital.

e) Limitaciones en la actividad: son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades.

f) Restricciones en la participación: son los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

g) 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 positiva o negativa en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo para realizar acciones o tareas, o en la estructura o función corporal del individuo.

h) Los factores personales: constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida, y 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.

Definición del estado de funcionalidad

Se establece una lista prioritaria de síntomas por medio de la CIF como guía para la evaluación multidisciplinaria con el fin de describir el estado funcional de la persona. La evaluación con la CIF es usada



para describir los cambios en el estado del funcionamiento de la persona y los valores meta asignados para el seguimiento y evolución. De manera que disponiendo de información sobre el grado de dificultad en las actividades; así como de los factores facilitadores y barreras es posible medir no solo la frecuencia en la cual se experimentan

mejoras, sino también en la intensidad de estas; información de vital importancia para el clínico y para el operador jurídico en la comprensión de la evolución que presenta la persona (OMS / OPS, 2001).

Los calificadores genéricos son:

Tabla 2: Calificadores genéricos de la CIF (2001)

Funciones, estructuras corporales, actividades y participación:		Calificación
0 = No hay problema (ausente, insignificante)		0-4%
1= Problema LIGERO (poco, bajo)		5-24%
2= Problema MODERADO (medio, regular)		25-49%
3= Problema GRAVE (mucho, extremo)		50-95%
4 = Problema Completo (total)		96-100%
Factores ambientales		
0 = No hay barrera	0-4%	+0= No hay facilitador
1 = Ligera barrera	5-24%	+1 = Ligero facilitador
2 = Moderada barrera	25-49%	+2 = Moderado facilitador
3 = Grave barrera	50-95%	+3 = facilitador Importante
4 = barrera Completa	96-100%	+4 = facilitador Completo

Capacidad en la Clasificación Internacional de Funcionalidad (CIF)

Capacidad es un concepto que indica, como calificador (CIF), el máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un momento dado, en alguno de los dominios incluidos en actividad y participación, considerando estrictamente sus condiciones de salud. La capacidad se mide en un entorno uniforme o normalizado, reflejando las capacidades del individuo ajustadas en función del ambiente

(OMS / OPS, 2001). Las capacidades son las aptitudes inherentes de los individuos para realizar actividades derivadas estrictamente de su estado de salud, sin considerar ninguna ayuda técnica o humana. Esta sección trabaja detectando la autopercepción de los individuos sobre su potencialidad para realizar actividades derivadas de su condición de salud, las cuales se traducen en dificultades para desarrollar su vida en dominios determinados de la realidad (OMS / OPS, 2001).



Las personas encuestadas deben evaluar sus dificultades considerando el efecto de su estado de salud en su capacidad para desenvolverse, sin tomar en cuenta el efecto de medicamentos, asistencia personal, o dispositivos asistenciales ni modificaciones.

La aplicación de la CIF es creciente tanto en número de publicaciones como en el carácter internacional, por coparticipación y medio de comunicación (Comín Comín, 2011). Uno de los hallazgos más importante del estudio epidemiológico realizado en seis países europeos (Buist-Bouman, y otros, 2006) es el hecho que los trastornos mentales se relacionan con una igual o mayor discapacidad que los trastornos físicos; así como por una mayor desvinculación de las personas con trastornos mentales de las actividades laborales en comparación con los trastornos físicos. Los resultados son de vital importancia para el diseño y aplicación de la política socio sanitaria (Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2011) (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2016) (INEC CONAPDIS, 2019); la cual, en los países de la región de las Américas presentan un rezago en su implementación para la población afectada por el Alzheimer y demencia (Sun, Chima , Wharton, & Iyengar, 2020).

Implicaciones médico-legales del diagnóstico

En el marco jurídico internacional; las Naciones Unidas han ejercido un rol de

liderazgo en la regulación de los derechos de las personas con discapacidad; con instrumentos normativos internacionales que han dejado de concebir a la persona con discapacidad como un mero objeto necesitado de protección y asistencia, para reconocer su estatus de sujeto y por tanto titular de derechos. Este desarrollo alcanza un punto culminante con la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006); además de ser un tratado sobre Derechos Humanos se constituye como primer instrumento jurídico vinculante (Artículo 4, párrafo 1 a) de la Convención)² que protege de manera general los derechos de las personas con discapacidad (Biel Portero, 2011).

El artículo 33 inciso 2 de la Convención señala que:

“Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención.” (Naciones Unidas, 2006).

² “Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a: a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención”.



El estudio temático preparado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la estructura y la función de los mecanismos nacionales de aplicación y vigilancia del cumplimiento de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad; reiteró que con el fin de evitar que esa *“responsabilidad se difumine entre los distintos estamento gubernamentales o que las medidas adoptadas no se coordinen debidamente, la Convención establece que los Estados partes designarán uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la Convención y considerarán la posibilidad de establecer un mecanismo de coordinación”* (Naciones Unidas, 2009).

Entre las acciones pendientes en el año 2011; en el informe país de Costa Rica se señaló:

“el cumplimiento de la meta de sensibilizar y capacitar a las instituciones en el desarrollo del nuevo modelo de atención, a los funcionarios de los servicios de salud y a la población en el desarrollo del modelo para la atención de la salud mental a nivel comunitario, además de ampliar la cobertura de las capacitaciones tanto en número de participantes, como en área geográfica de manera que esta llegue a las diferentes regiones del país” (Naciones Unidas, 2011)

En las conclusiones se evidenció la persistencia de:

“una visión médica de la discapacidad, enfocando la situación de la población con discapacidad en la funcionalidad del sujeto sin considerar otras aristas que tienen que ver con políticas nacionales e institucionales de inclusión a partir de la diversidad y el diseño universal en toda su expresión” (Naciones Unidas, 2011).

Conceptos jurídicos de capacidad, incapacidad y discapacidad

En Costa Rica, el 30 de agosto de 2016 entró a regir la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (Ley 9379, 2016). Los principios generales que fundamentan la aplicación de dicha ley se encuentran establecidos en el artículo 3 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad Ley 8661, Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 19 de agosto de 2008 (Asamblea Legislativa, 2006); produciendo con ello una reforma legislativa de carácter sustancial y procesal de gran trascendencia relativa la tema de la discapacidad de las personas (Tribunal de familia, 2016).

El paradigma antecesor a la citada ley, asumía una visión de la *discapacidad* de naturaleza *tutelar* y se entendía entonces



que el deber del Estado consistía en proteger a estas personas en todos los ámbitos de su vida, y para ello consideraba pertinente suprimir todas las responsabilidades pero a cambio de un precio muy alto: perder todas sus libertades; y para hacer materialmente efectiva esa protección, la *persona con discapacidad* debía ser declarada *incapaz, insana o en condición de interdicción*, al tiempo que se debía designar a otra persona para que la *sustituyera*. Esta otra persona era *el curador* y debía actuar *en lugar de* la persona con discapacidad. La declaratoria de insania producía *ipso facto* los efectos de una muerte civil para la persona con discapacidad (Tribunal de familia, 2016).

El Tribunal de familia (2016); señaló que a pesar de la vulnerabilidad en que se encuentra la persona con discapacidad, la Ley 9379 destaca que:

“esta persona no es un objeto de protección ni de lástima, sino sujeta de derechos y de obligaciones. Por este motivo no se puede ni se debe olvidar que no está en igualdad de condiciones con otras personas, por lo que, en un ejercicio respetuoso de su condición, la concepción del nuevo modelo es sencilla, pero muy dinámica: A menor discapacidad, mayor libertad; a mayor discapacidad, mayor protección. Y todo esto sujeto a constantes actualizaciones” (Tribunal de familia, 2016).

En esa misma resolución el Tribunal de familia (2016) describe las diferencias que existen en los conceptos jurídicos sobre *capacidad, incapacidad y discapacidad*; mencionando que:

“la capacidad es la aptitud legal que tienen todas las personas para adquirir derechos y contraer obligaciones civiles, la cual se divide en capacidad jurídica o de goce, en sentido estricto, y capacidad de ejercicio, de actuar o de obrar. Esta última es la aptitud que tiene una persona de obligarse por sí misma y de disponer de sus bienes. La imposibilidad de ejercer o de gozar de la capacidad de obrar se denomina incapacidad y, en tal sentido, no se debería considerar como un término peyorativo. Por otro lado, está la discapacidad, que -como veremos- es definida como un concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas (Tribunal de familia, 2016).

Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad

El día treinta de agosto de dos mil dieciséis entró a regir la Ley 9379, *Ley para*



la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, la cual produjo un cambio radical en las instituciones jurídicas relacionadas con la discapacidad física, sensorial, mental, intelectual y psicosocial de las personas y dentro de los grandes cambios que se produjeron se encuentra la eliminación del ordenamiento jurídico costarricense de la figura de la *insania* y, con ello, también de la figura del *curador* o *curadora* que se designaba para que actuara en nombre y representación de la persona declarada en estado de interdicción o de insania.

Con la Ley 9379 se instauran las figuras jurídicas de la *salvaguardia para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad* y la del *garante*; ambas diseñadas para garantizar *la igualdad jurídica de las personas con discapacidad*. En el artículo 2 inciso g) de la Ley 9379, se define la salvaguardia como:

“mecanismos o garantías adecuadas y efectivas establecidas por el Estado costarricense, en el ordenamiento jurídico, para el reconocimiento pleno de la igualdad jurídica y del derecho a la ciudadanía de todas las personas con discapacidad. La salvaguardia mitiga que las personas con discapacidad sufran abusos, de conformidad con los derechos humanos, y/o de influencias indebidas, en detrimento de su calidad de vida” (Ley 9379, 2016).

El término de salvaguardia se conceptualiza como un término abierto, un apoyo para la persona. El diseño e implementación de la salvaguardia en el marco de la Ley 9379 debe fundamentarse en el *“respeto a los derechos, voluntad, preferencias e intereses de la persona con discapacidad, además de ser proporcionales y adaptadas a las circunstancias de cada persona, aplicarse en el plazo más corto posible y estar sujetas a exámenes periódicos, por parte de autoridad competente, independiente, objetiva e imparcial”* (Ley 9379, 2016).

El garante para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad es definido en la Ley 9379 como:

“persona mayor de dieciocho años que, para asegurar el goce pleno del derecho a la igualdad jurídica de las personas con discapacidad intelectual, mental y psicosocial, le garantiza la titularidad y el ejercicio seguro y efectivo de sus derechos y obligaciones. Para los casos de personas con discapacidad que se encuentren institucionalizadas en entidades del Estado, el garante podrá ser una persona jurídica”. (Ley 9379, 2016).

El tribunal de familia (2019) señala que se debe de establecer el grado de discapacidad de la persona en favor de quien se solicita la designación de un garante y establecer en



qué persona ha de recaer esa designación (Tribunal de familia, 2019). El juzgador es claro al señalar que:

“la labor jurisdiccional en este tema, no se limita a declarar genéricamente si una persona es discapacitada o no, sino que debe analizarse en cuáles campos requiere de la figura del garante. En este sentido, se debe entender que la participación del garante es precisamente velar porque se respete esa igualdad, y sus obligaciones están delimitadas por la citada ley en su artículo 11, lo cual deberá valorar la persona juzgadora a la hora de emitir su fallo.” (Tribunal de familia, 2019).

Conclusiones

La definición de la discapacidad constituye un término genérico global que ha evolucionado hacia un fenómeno multidimensional; pasando desde un interés explicativo inicialmente centrado en el propio individuo como origen de los problemas, heredado de un modelo médico y causal, hasta la inclusión del entorno y las consecuencias mismas de la discapacidad como son la dependencia y su impacto. El modelo social de la discapacidad basado en los derechos la considera como *un concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y el entorno que*

evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas (Naciones Unidas, 2006).

Progresivamente los instrumentos normativos internacionales como la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF); dentro del concepto amplio de salvaguardia, son una herramienta o garantía adecuada compatible con un paradigma en el cual se privilegia la visión de capacidad por encima de las dificultades; establece un lenguaje común y la posibilidad de la estandarización de información epidemiológica y de una aplicación transectorial en el espacio médico-jurídico. Particularmente evidente, cuando la flexibilización en el tratamiento jurídico de la persona con discapacidad establece el concepto de intensidad de los apoyos en el ejercicio de la capacidad de actuar y con ello la comprobación de los supuestos de variaciones y compromisos del estado de conciencia de la persona con discapacidad (Decreto Ejecutivo No 41087, 2018); además de la coadyuvancia en procedimientos multidimensionales, tales como trayectoria de vida o historia familiar, el contexto social, al igual que en la futura generación de estadísticas de instituciones del sector salud como la Caja Costarricense de Seguro Social principal ente asegurador y prestador de servicios de salud del país.



Referencias Bibliográficas

1. Ariziga, R., Magnone, C., Allegri, R., & Ollari, J. (2005). Vascular dementia: The Latin American perspective. *Alzheimer Disease Association Disorders*.
2. Asamblea Legislativa. (2006). Reseña histórica de la aprobación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo, Ley 8661. Departamento de servicios bibliotecarios, documentación e información. Obtenido de http://www.asamblea.go.cr/ci/Doc_Relevantes_cmd/Convenci%C3%B3n%20sobre%20los%20derechos%20de%20las%20personas%20con%20discapacidad%20y%20su%20protocolo%20facultativo%20Ley%208661.pdf
3. Biel Portero, I. (2011). *Los derechos humanos de las personas con discapacidad*. Recuperado el sábado 9 de setiembre de 2021, de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r31004.pdf>
4. Buist-Bouman, M. A., De Graaf, R., Vollebergh, W. M., Alonso, J., Bruffaerts, R., & Ormel, J. (2006). Functional disability of mental disorders and comparison with physical disorders: a study among the general population of six European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 492-500. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00684.x
5. Comín Comín, M. (Diciembre de 2011). Producción científico-profesional española sobre discapacidad según el modelo CIF. Revisión de la literatura, 2001-2011. *Gaceta Sanitaria*, 25(suplemento 2), 39-46. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.004>
6. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. (2011). Política Nacional en Discapacidad para 2011-2021. Heredia, Costa Rica: CNREE.
7. Decreto Ejecutivo No 41087. (2018). Reglamento a la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. Alcance 108. Costa Rica: Gazeta No 90 del 23/05/18. Obtenido de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=86554&nValor3=112370&strTipM=TC



8. Hughes, C. P., Berg, L., Dazinger, W. L., Coben, L. A., & Martin, R. L. (June 1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry*(140), 566-572. doi:10.1192/bjp.140.6.566.
9. INEC CONAPDIS. (mayo de 2019). Encuesta Nacional sobre Discapacidad 2018; Resultados Generales. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadísticas. Obtenido de <https://www.inec.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/reenadis2018.pdf>
10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). *Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950 - 2050, CCP - INEC*. San José.
11. Ley 9379. (2016). Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad. San José, Costa Rica: La Gazeta, Alcance 153 No 166 del 30 de agosto de 2016. Obtenido de <https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/promocionautonomiapersonal.pdf>
12. Maestre, G. E. (2012). Assessing Dementia in Resource-Poor Regions. *Curr Neurol Neurosci Rep*(12), 511-519.
13. McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Clifford, R. J., Kawas, C. H., . . . Scheltens, P. (May de 2011). *The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease*. Recuperado el miércoles de setiembre de 2021, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312024/>
14. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2016). Guía para la elaboración de políticas públicas. 59. Costa Rica: MIDEPLAN.
15. Miranda Valverde, E., Valerio Aguilar, D., Hernandez Gabarain, H. J., Chaves Araya, C., Peralta Azofeifa, M., Corrales Campos, L. E., . . . Arias Salazar, A. (julio-setiembre de 2015). Características clínicas de los casos de demencia diagnosticados en la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología. *Acta Médica Costarricense*, 57(3).



16. Naciones Unidas. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental. *Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991*, (pág. 15).
17. Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Resolución de la Asamblea General 61/106, de 13 de diciembre de 2006*, (pág. 42).
18. Naciones Unidas. (2009). Estudio temático preparado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la estructura y la función de los mecanismos nacionales de aplicación y vigilancia del cumplimiento de la Convención. *Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas A/HRC/13/29*, (pág. 18).
19. Naciones Unidas. (2011). Aplicación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Informes iniciales presentados por los estados partes de conformidad con el artículo 35 de la Convención CRPD/c/cri/1*, (pág. 44).
20. Nitrini, R., Bottino, C. M., Abdala, C., Custodio Capuñay, M. S., Ketzoian, C., Lliebre Rodríguez, J. J., . . . Caramelli, P. (2009). Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics*, 21(4), 622-630. doi:10.1017/S1041610209009430
21. O'Bryant, S. E., Lactriz, L., Hall, J., Waring, S. C., DVM, Chan, W., . . . Cullum, C. M. (June de 2010). Validation of the New Interpretive Guidelines for the Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes Score in the NACC Database. *Arch Neurol.*, 67(6), 746-749. doi:10.1001/archneurol.2010.115.
22. OMS / OPS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO.
23. OMS / OPS. (2013). *Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10a revisión*. Washington D.C.: OPS Publicación científica No 154.
24. OMS. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.



- 25.OMS. (2001). Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud . 54a Asamblea Mundial de la Salud WHA54.21 (pág. Resolución; punto13 del orden del día). OMS.
- 26.OMS. (2020). *Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)*. Organización Panamericana de la Salud.
- 27.Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L., & DeKosky, S. T. (2001). Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). *Neurology*, 56, 1133-1142. doi:DOI 10.1212/WNL.56.9.1133
- 28.Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (Sep de 1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. doi:0.1176/ajp.139.9.1136. PMID: 7114305.
- 29.Sun, F., Chima , E., Wharton, T., & Iyengar, V. (2020). National policy actions on dementia in the Americas and Asia-Pacific. *Rev Panam Salud Publica*, 44, 6. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.2>
- 30.Tribunal de familia. (2016). Resolución No. 00933 del 23 de setiembre de 2016 a las 10:46 a.m. Costa Rica. Obtenido de <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0034-680020>
- 31.Tribunal de familia. (2018). Resolución No.00328 del 07 de marzo de 2018 a las 8:19 a.m. Costa Rica. Obtenido de <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0034-742338>
- 32.Tribunal de familia. (2019). Resolución N° 00691 del 22 de agosto de 2019 a las 7:45 a.m. Costa Rica.
- 33.WHO. (2008). *Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva: WHO.