

CAPACIDAD TESTAMENTARIA Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA FORENSE RETROSPECTIVA DE UN CASO

Coral Ariño Jordán¹

Asociación de Neuropsicología Forense (ANFO)

Amaya Nagore Casas

Asociación de Neuropsicología Forense (ANFO)

Antonio Gheorghe

Universidad de Valencia

RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una patología neurodegenerativa progresiva que impacta en las capacidades cognitivas y funcionales de los individuos, afectando a su autonomía y capacidad legal. Este artículo presenta un estudio de caso retrospectivo enfocado en la evaluación de la capacidad testamentaria de un varón diagnosticado con EA moderadamente grave, quien modificó su testamento en una fase avanzada de la enfermedad. A través de una metodología rigurosa que integró el análisis de la historia clínica completa, múltiples evaluaciones neuropsicológicas previas, estudios de neuroimagen, la aplicación de las escalas específicas y entrevistas con informantes clave, se reconstruyó el perfil cognitivo del paciente en el momento de la firma notarial. Los hallazgos revelaron que, en la fecha crítica, el paciente se encontraba en un estadio GDS-FAST que excedía los umbrales establecidos por los consensos científicos, como el Documento Sitges 2009, para la toma de decisiones patrimoniales complejas. Se concluye que el paciente no cumplía con los cuatro requisitos legales fundamentales para la capacidad testamentaria. Se subraya la relevancia de la pericia neuropsicológica forense retrospectiva y la triangulación de fuentes de información para la impugnación fundamentada de disposiciones sucesorias en contextos de deterioro cognitivo avanzado.

Palabras clave: capacidad testamentaria; enfermedad de Alzheimer; neuropsicología forense; pericia retrospectiva.

ABSTRACT

Alzheimer's disease (AD) is a progressive neurodegenerative pathology that significantly impacts individuals' cognitive and functional abilities, affecting autonomy and legal capacity. This article presents a retrospective case study focused on evaluating the testamentary capacity of a male diagnosed with moderately severe AD, who amended his will during an advanced stage of the disease. Through a rigorous methodology that integrated the analysis of the complete medical history, multiple prior neuropsychological evaluations, neuroimaging studies, the application of the specific's scales and interviews with key informants, the patient's cognitive profile at the time of the notarial signing was reconstructed. Findings revealed that, on the critical date, the patient was at GDS-FAST stage, that exceed the thresholds established by scientific consensuses, such as the Sitges Document, for complex patrimonial decisions. The conclusions demonstrate that the patient did not meet the four fundamental legal requirements for testamentary capacity. It is emphasized the relevance of retrospective forensic neuropsychological expertise and the triangulation of information sources for the well-founded challenging of testamentary dispositions in contexts of advanced cognitive decline.

Keywords: testamentary capacity; Alzheimer's disease; forensic neuropsychology; GDS-FAST; retrospective assessment.

Correspondencia: Coral Ariño Jordán

Correo electrónico: coral.arino@gmail.com

Fecha de recepción: 17 de junio de 2024

Fecha de aceptación: 17 de octubre de 2024

INTRODUCCIÓN

La capacidad testamentaria, entendida como la aptitud legal y mental para otorgar un testamento válido, constituye un pilar fundamental del derecho sucesorio. Sin embargo, esta capacidad puede verse comprometida por diversas condiciones médicas, siendo las enfermedades neurodegenerativas, y en particular la enfermedad de Alzheimer (EA), una de las causas más frecuentes de litigios relacionados con la validez de las últimas voluntades.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) representa una patología neurodegenerativa caracterizada por un inicio insidioso y un curso progresivo e irreversible. Se manifiesta inicialmente con un síndrome amnésico que compromete de forma preferente la memoria episódica anterógrada, con una progresión que afecta a múltiples dominios cognitivos, funcionales y conductuales (Scheltens et al., 2021).

Esta enfermedad se define por un deterioro cognitivo generalizado, con un patrón continuo de pérdida funcional, y cuya evolución neuropatológica incluye la acumulación de placas β -amiloides, degeneración neurofibrilar y atrofia cerebral localizada, especialmente en regiones temporales y parietales (Dubois et al., 2007; Jack et al., 2018).

Desde un punto de vista neurocognitivo, la EA presenta alteraciones tempranas en la memoria episódica reciente, seguidas de déficits en el lenguaje, las funciones visuoespaciales, las funciones ejecutivas y la conciencia de enfermedad (anosognosia) (Amanzio et al., 2011; Bolognini & Zago, 2021).

Esta anosognosia, síntoma característico de las fases intermedias y avanzadas, afecta de forma directa a la capacidad de autopercepción y por tanto interfiere gravemente en la toma de decisiones informadas (Duke et al., 2002).

Desde fases precoces, el paciente puede mantener cierta apariencia funcional gracias a rutinas automatizadas, lo que dificulta su detección clínica, especialmente para no especialistas o en contextos no estructurados.

A medida que avanza el deterioro, se comprometen también la memoria autobiográfica, la memoria semántica, la orientación temporal y espacial, y las funciones de razonamiento abstracto y juicio. Se deterioran asimismo la planificación, la inhibición de respuestas automáticas y la capacidad para adaptarse a situaciones nuevas, es decir,

procesos ejecutivos superiores esenciales para la toma de decisiones complejas (Diamond, 2013).

Estas alteraciones tienen un impacto crítico sobre la autonomía de la persona, afectando su competencia legal y funcional en múltiples ámbitos, incluyendo la capacidad para otorgar testamento (Mart, 2016).

La EA no cursa con períodos de mejoría espontánea, y aunque pueden existir oscilaciones atencionales, estas no constituyen verdaderos "intervalos de lucidez" desde el punto de vista neuropsicológico, por lo que difícilmente podrían permitir la toma válida de decisiones jurídicas complejas (Shulman et al., 2015). Las fluctuaciones breves en el nivel de atención no revierten el deterioro mnésico ni ejecutivo característico de esta enfermedad.

Criterios Diagnósticos Internacionales

Para la correcta contextualización del caso, es fundamental comprender los criterios diagnósticos de la Enfermedad de Alzheimer y otros trastornos neurocognitivos. Actualmente, se utilizan distintos criterios internacionalmente consensuados.

Los criterios del National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA) definen la demencia como la presencia de síntomas cognitivos que interfieren con la autonomía funcional, afectan al menos dos dominios cognitivos, y no se explican por otras causas psiquiátricas o médicas (López Álvarez & Agüera Ortiz, 2015; McKhann et al., 2011).

Estos criterios se actualizaron en 2018, incorporando un enfoque biológico basado en biomarcadores (amiloidosis, proteína tau y neurodegeneración) que permite un estadiaje más preciso (Jack et al., 2018).

En paralelo, los criterios de Dubois et al. (2007) enfatizan la presencia de alteraciones cognitivas reveladas por pruebas neuropsicológicas (ver Tabla 1), especialmente en memoria episódica, como indicador principal de la EA.

Tabla 1*Criterios diagnósticos de EA probable de Dubois et al. (2007)*

Criterio principal	<p>A. Presencia de un trastorno de memoria, episódica, inicial y significativo, que incluye las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pérdida de memoria progresiva y gradual durante al menos seis meses comunicada con el paciente o un informador fiable.</i> 2. <i>Objetivar mediante test neuropsicológicos la pérdida de memoria episódica. Fallos en reconocimiento que no mejoran o no se normalizan con claves.</i> 3. <i>El defecto de memoria episódica puede ser aislado y o asociarse a otras alteraciones cognitivas.</i>
Criterios adicionales	<p>B. Presencia de atrofia en el lóbulo temporal medial: de volumen del hipocampo, amígdala y corteza entorrinal, evidenciada por resonancia magnética, utilizando medidas visuales directas por técnicas de volumetría.</p> <p>C. Alteraciones de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo: disminución o aumento de la concentración de tau total o tau fosforilada, o combinaciones de ellos. Otros posibles marcadores futuros.</p> <p>D. Alteraciones características de neuroimagen funcional con tomografía por emisión de positrones (PET).</p> <p>E. Evidencia de una mutación autosómica dominante en un familiar de primer grado.</p>

Nota. Debe cumplirse necesariamente el criterio A más al menos alguno de los criterios B, C, D y E.

No obstante, es imprescindible destacar que El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR), por su parte, utiliza el término *trastorno neurocognitivo mayor* para referirse a estos cuadros, exigiendo la presencia de un deterioro objetivo, medido mediante pruebas estandarizadas, en al menos dos desviaciones estándar por debajo de la media normativa, y que interfiera en la autonomía funcional (APA, 2022). Los criterios se describen con mayor detalle en la Tabla 2.

El Uso De Las Escalas GDS Y FAST En La Enfermedad De Alzheimer

La Global Deterioration Scale (GDS) desarrollada por Reisberg (1982), constituye una de las herramientas clínicas más utilizadas para describir la evolución de la EA y otras demencias primarias degenerativas. Esta escala permite clasificar la progresión del deterioro cognitivo en siete fases, desde la normalidad cognitiva (GDS 1) hasta un deterioro muy grave (GDS 7), y ha demostrado ser útil tanto en contextos clínicos como en investigaciones longitudinales.

Tabla 2*Criterios DSM-5-TR para el trastorno neurocognitivo mayor*

A. Evidencia un declive cognitivo sustancial, desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos. <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.</i> 2. <i>Declive en el desempeño de neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación psicológica, reglada o ante una evaluación clínica equivalente.</i>
B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p.ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas, manejo de medicación o dinero).
C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un <i>delirium</i> .
D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Según Reisberg (1982), la GDS proporciona un marco útil para la identificación clínica de los diferentes estadios de deterioro en los pacientes con demencia, facilitando tanto la comunicación entre profesionales como la planificación del cuidado. Se centra en las alteraciones cognitivas, especialmente en los dominios de memoria, orientación, juicio y razonamiento. A medida que el paciente progresa en la escala, aparecen limitaciones más marcadas en funciones ejecutivas, lenguaje y capacidad de adaptación al entorno. En las fases más avanzadas, se evidencian déficits severos en todos los dominios cognitivos, acompañado de un creciente deterioro funcional.

En complemento a la GDS, Reisberg y su equipo desarrollaron la *Functional Assessment Staging Tool* (FAST), que ofrece una evaluación detallada del deterioro funcional adaptativo, con especial énfasis en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Esta escala se ha mostrado particularmente útil para describir el impacto de la EA en la autonomía del paciente. Esta permite una descripción más precisa del deterioro funcional en las fases moderadas y avanzadas de la demencia, especialmente cuando la GDS resulta menos discriminativa en esos estadios. La escala FAST divide la progresión funcional en siete fases, con subestadios intermedios en las fases 6 y 7, lo cual permite observar con mayor especificidad la pérdida de habilidades como el vestido, la higiene personal, la continencia y la movilidad.

La combinación de GDS y FAST se ha consolidado como una estrategia eficaz para establecer un perfil clínico evolutivo integral del paciente con EA, considerando

tanto la dimensión cognitiva como la funcional. En los informes forenses, como en el caso de evaluaciones retrospectivas de capacidad, la aplicación conjunta de ambas escalas resulta especialmente relevante, al permitir inferir de forma más ajustada el nivel de autonomía y de conciencia del paciente en momentos clave, como el otorgamiento de actos jurídicos relevantes (Boada & Robles, 2009; López Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

Capacidad Testamentaria y Dominios Neuropsicológicos

Todo lo anterior resulta de crucial importancia en términos de la capacidad testamentaria. En este contexto, resulta pertinente valorar el impacto específico de la EA sobre la capacidad decisoria, en particular sobre la capacidad testamentaria.

El testamento es un acto jurídico personalísimo que exige que el testador comprenda la naturaleza del acto, conozca sus bienes y herederos potenciales, y pueda formar un plan coherente de distribución patrimonial (ABA y APA, 2021; Boada & Robles, 2009). Para ello, es preciso conocer las condiciones cognitivas necesarias, según la literatura científica, para que una persona pueda ser considerada capaz de tomar una decisión compleja de carácter patrimonial (Marson et al, 2011):

1. En primer lugar, el testador debe conservar un nivel adecuado de conciencia y alerta, pero, sobre todo, autoconciencia: la capacidad de percibir sus propios déficits y de emplear esa información al tomar decisiones. Cuando la EA alcanza fases intermedias aparece la anosognosia, una negación o subestimación de los propios errores que impide al sujeto calibrar los riesgos de sus actos (Darzins et al., 2000). Sin esa capacidad de introspección es imposible que la voluntad testamentaria sea plenamente deliberada.
2. El segundo requisito exige comprender la naturaleza del acto testamentario y poder expresarla con claridad. Dicha comprensión descansa en la memoria semántica, el depósito de conceptos tales como muerte, herencia o propiedad, y en las competencias lingüísticas de abstracción y comprensión verbal. A medida que la EA avanza, la degradación semántica y la pobreza léxica dificultan la elaboración de razonamientos complejos; el simple asentimiento o la firma automática no demuestran entendimiento genuino. Por tanto, la mera capacidad de repetir una fórmula notarial no basta para acreditar que el testador comprende el alcance de su disposición.

3. En tercer lugar, el sujeto debe conocer la extensión y situación de sus bienes. Esta tarea exige la interacción de tres sistemas:
 - a. la memoria semántica (categorías de bienes, nociones de valor),
 - b. la memoria episódica (recuerdos específicos de compras, ventas o deudas) y
 - c. las funciones ejecutivas, que planifican, organizan y jerarquizan la información patrimonial. En la EA la memoria episódica reciente es el primer gran ámbito dañado y las funciones ejecutivas (planificación, juicio, control inhibitorio) se deterioran pronto (Diamond, 2013). Ello impide integrar datos nuevos, actualizar el valor de los activos o resolver conflictos entre alternativas patrimoniales.
4. Por último, el testador ha de reconocer a sus herederos y establecer un plan coherente de reparto. Este punto reclama una memoria autobiográfica íntegra (para identificar relaciones afectivas y contextos vitales) y funciones ejecutivas de alto nivel que permitan anticipar consecuencias, secuenciar acciones y priorizar beneficiarios. Cuando la desorganización ejecutiva propia de la EA intermedia se combina con la pérdida de recuerdos autobiográficos, la capacidad de formular una distribución sensata, y de sostenerla frente a influencias externas, queda severamente mermada (Aravind et al., 2024; Mart, 2016).

En resumen, la convergencia de anosognosia, amnesia episódica y disfunción ejecutiva que caracteriza a la EA a partir del estadio GDS socava los cuatro pilares neuropsicológicos de la capacidad testamentaria, haciendo necesaria una evaluación pericial exhaustiva antes de atribuir plena validez a cualquier disposición sucesoria.

El Documento Sitges 2009, elaborado bajo el auspicio de la Sociedad Española de Neurología, establece un consenso sobre las funciones mentales imprescindibles para la toma de decisiones complejas y un marco para graduar su deterioro. Este documento correlaciona el grado de alteración de cada dominio cognitivo con la capacidad decisoria efectiva, estableciendo el límite máximo de deterioro compatible con decisiones patrimoniales de alta complejidad, como el otorgamiento de un testamento (Aravind et al., 2024; Darzins et al., 2000; Mart, 2016).

Cuando alguno de estos dominios presenta un deterioro moderado o grave, como ocurre habitualmente en las fases intermedias de la EA (GDS 5), se compromete la validez de los actos jurídicos suscritos y es incompatible con la capacidad para realizar actos jurídicos complejos de forma autónoma y consciente (Marson et al., 2011).

Esto justifica la necesidad de realizar una reconstrucción retrospectiva minuciosa, que integre datos clínicos, funcionales, neuropsicológicos y testimoniales, a fin de valorar adecuadamente si el testador conservaba, en el momento de los hechos, las capacidades cognitivas necesarias para entender, decidir y expresar válidamente su voluntad.

Presentación del Caso

El Sr. Lazo, nacido en 1930 en un entorno rural y con escasos recursos, cursó únicamente una escolarización básica, logrando un nivel funcional de alfabetización. Tuvo dos hijos, quienes, ante el deterioro progresivo de sus padres, asumieron roles de supervisión y apoyo. A lo largo de su vida fue descrito por su entorno como una persona afable, trabajadora y comprometida con su familia, con la que residió hasta su fallecimiento en 2024.

Los primeros signos de deterioro cognitivo, apreciados por su hija y esposa, se manifestaron a la edad de 76 años, con olvidos cotidianos y dificultades en la conducción, lo que llevó a la restricción de su permiso de conducir 5 años después. Este inicio temprano del deterioro, aproximadamente 12 años antes del acto notarial impugnado, es un factor crucial en la evaluación retrospectiva.

Con el transcurso de los años las quejas a niveles neuropsicológico eran mayores hasta que se confirmó el deterioro cognitivo y múltiples funciones cognitivas alteradas. A pesar de estas alteraciones, la incidencia funcional en su vida diaria era limitada debido a la escasa exigencia de sus actividades y al apoyo externo, lo que enmascaraba la verdadera extensión de su deterioro.

A la edad de 85 años los estudios de neuroimagen ya documentaron la progresión de la enfermedad revelando una degeneración neuronal asociada a la EA. No obstante, la enfermedad siguió avanzando, mermando todavía más sus capacidades cognitivas y autonomía.

Tras su fallecimiento a la edad de 90 años, la hija del causante tuvo conocimiento de que dos años antes de fallecer habría otorgado diversos documentos notariales, incluyendo testamento, lo cual motivó la solicitud, a través de su representación letrada, de una valoración retrospectiva de la capacidad cognitiva y volitiva de su padre en ese momento.

Objeto de la Pericial

Realizar una valoración retrospectiva del estado neuropsicológico en cuanto a la capacidad testamentaria, basada en la toma de decisiones referida a la esfera patrimonial en el momento de testar y firmar documentos notariales, y cómo dicho estado pudo afectar a su capacidad y lucidez para hacerlo.

METODOLOGÍA

Se ha analizado pormenorizadamente la documentación clínica disponible y se ha procedido a la asimilación de la información a los principales sistemas diagnósticos:

- Escala de Deterioro Global (GDS; Reisberg et al., 2022) que se complementa con la Evaluación Funcional por Etapas (FAST; Reisberg, 1988).
- DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014).
- Criterios Dubois (Dubois et al., 2007).
- Criterios NINCDS-ADRDA. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares y Asociación de la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Relacionados (McKhann et al., 2011)

Así mismo, se han realizado entrevistas periciales semiestructuradas con la allegada sobre la historia familiar, los cuidados prestados y la evolución del causante, así como sobre la percepción personal de su evolución patológica, las recomendaciones técnicas dadas al entorno y los apoyos necesarios. Por último, se han revisado numerosas fuentes bibliográficas específicas en el área de la capacidad cognitiva para otorgar testamento.

RESULTADOS**Reconstrucción Cronológica De La Evolución Clínica, Funcional Y Neuropsicológica Del Causante**

La revisión sistemática de la documentación clínica disponible, informes médicos, pruebas cognitivas y observaciones funcionales por parte de familiares cercanos permite establecer un curso evolutivo de deterioro cognitivo compatible con una enfermedad de Alzheimer de al menos 13-14 años de evolución, con un inicio estimado a los 76 años y

diagnóstico formal referido tres años después, tal y como se recoge en un informe neurológico.

Durante esos primeros años se documentan alteraciones mnésicas leves, con quejas subjetivas de pérdida de memoria y dificultades para la conducción y el manejo de dispositivos cotidianos (p. ej., teléfono móvil). Las pruebas cognitivas aplicadas en este periodo (Test de Pfeiffer = 0; Memory Impairment Screen [MIS] = 3 puntos) se encuentran en rango normal o limítrofe, pero ya se objetivan signos funcionales de olvido en tareas cotidianas, fallos en la denominación y dificultades de aprendizaje de nuevas rutinas. En esta etapa, el deterioro se clasifica como GDS 2-3, en el rango de déficit cognitivo muy leve a leve, con una fase clínica considerada "normal para su edad" o de "deterioro límite".

A partir de los 81 años se observa un cambio cualitativo. El paciente comienza a recibir asistencia neurológica por "pérdida de memoria" (diagnóstico 780.93), con informes sucesivos que recogen deterioro cognitivo leve tipo amnésico y alteraciones incipientes de otras funciones cognitivas. Un año después, el MIS vuelve a dar una puntuación de 3/8 (por debajo del punto de corte de 4), y el test del reloj muestra errores significativos, indicando afectación visoespacial y ejecutiva. Las neuroimágenes evidencian signos atróficos corticales compatibles con edad, aunque en años posteriores se detectará una leucoaraiosis periventricular moderada.

Por otro lado, ese mismo año se emite un informe de neuropsicología clínica que especifica: "*Deterioro Cognitivo Leve, subtipo amnésico, con múltiples funciones cognitivas alteradas*", con una puntuación en MMSE (Mini-Mental State Examination) de 22/30 y Pfeiffer: 4 errores. La afectación funcional ya exige apoyo domiciliario diario, aunque limitado a 4h/día, principalmente por la enfermedad de su esposa.

Tras el fallecimiento de su cónyuge cuando D. Lazos tenía 85 años, se describe un deterioro significativo de la autonomía personal y del ajuste cognitivo, con dificultades para elaborar la pérdida, desorientación situacional, pérdida de reconocimiento de entornos familiares y falta de conciencia de enfermedad. Se inicia un proceso de supervisión más intensivo y aparece la necesidad de asignación económica semanal al paciente por incapacidad para autogestionarse. Se posiciona clínicamente en un GDS 4-5, y funcionalmente en una fase de deterioro cognitivo moderado con dependencia creciente.

Durante los próximos dos años (86-87 años) se constata agravamiento progresivo: alteraciones conductuales (agresividad nocturna, insomnio), mayor desorientación, fallos mnésicos y ausencia de conciencia sobre fechas significativas (e.g., Navidad). Se infieren puntuaciones de MEC-Lobo entre 10 y 16 puntos, correspondientes a deterioro cognitivo moderado-grave.

La familia manifiesta que ya no reconoce al entorno próximo ni recuerda eventos recientes. Se inicia tratamiento con neurolépticos y antidepresivos, y se tramita el reconocimiento oficial de dependencia.

Firma de Testamento y Documentos Notariales

En la fecha cuando se firman los documentos notariales el causante contaba con 88 años y presentaba una evolución de al menos nueve años desde el diagnóstico clínico y más de once desde la aparición de síntomas.

Según el análisis retrospectivo, en el momento de la firma se encontraba en GDS 5, con múltiples indicadores de deterioro moderado: Pfeiffer: 6 errores y Test Barthel: 95/100 (baja repercusión física, pero dependiente en organización de actividades). Los informes recogen sintomatología como: desorientación, alteraciones conductuales, incapacidad para manejo económico, progresiva desconexión del entorno y dependencia instrumental y decisional.

A nivel funcional y neuropsicológico, no se evidencian capacidades conservadas para comprender, razonar, deliberar o anticipar consecuencias de actos jurídicos complejos como un testamento.

Las alteraciones en juicio, orientación y memoria son incompatibles con los criterios mínimos de capacidad volitiva y cognitiva exigidos para tal acto.

Sobre su evolución posterior (88-90 años)

El paciente alcanza fases GDS 6 y 7, con un deterioro cognitivo global severo inferido, MEC-Lobo entre 0 y 12 puntos, alteraciones neuropsiquiátricas, agresividad, incontinencia, dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria ABVD y pérdida de conciencia situacional.

DISCUSIÓN FORENSE

El análisis retrospectivo descrito permite inferir que D. Lazo se encontraba en la Fase 5 de la escala GDS, es decir, presentaba un deterioro cognitivo moderadamente grave. Esta progresión, dada la naturaleza ya discutida del síndrome degenerativo que constituye la EA, así como de los datos objetivos que la sustentan, no está sujeta a la posibilidad de mejoría ni de lucidez.

Siguiendo la metodología del citado Documento Sitges 2009, se destacan las áreas cognitivas (12 de 16) que superan el máximo nivel de deterioro cognitivo permisible, indicativo de falta de capacidad en la fecha en que se ejecutó el acto testamentario: nivel de conciencia de enfermedad, atención, gnosias, lenguaje comprensivo, cálculo, memoria episódica de hechos recientes, memoria episódica autobiográfica, funciones ejecutivas, razonamiento abstracto, motivación autocontrol introspección, ideación espontánea y en afectividad estado emocional.

Tras la integración de datos, se tiene la razonable seguridad neuropsicológica de que el evaluado padecía una Enfermedad de tipo Alzheimer de unos 12 años de evolución. La Enfermedad de Alzheimer, patología diagnosticada tardíamente, deterioró clínicamente su capacidad testamentaria con una alta probabilidad, y también previsiblemente limitó y condicionó la comprensión de la naturaleza y características de los actos con implicaciones testamentarias que realizó.

Tras el análisis realizado de las áreas cognitivas permisibles para preservar la validez del acto testamentario, el conjunto de capacidades cognitivas y volitivas del testador habría superado el máximo nivel de deterioro cognitivo permitido por los documentos de consenso y diagnóstico referidos en el ámbito. Por todo ello, D. Lazo no cumplía los criterios aconsejados por los estándares científicos.

LIMITACIONES Y FUTURAS DIRECCIONES

Aunque la evaluación retrospectiva se realizó con la máxima rigurosidad, es importante reconocer las limitaciones inherentes a este tipo de estudios. La dependencia de registros médicos preexistentes y de la memoria de los informantes, aunque valiosa, puede introducir sesgos. Sin embargo, la triangulación de múltiples fuentes y la aplicación de criterios diagnósticos y escalas estandarizadas minimizan estos riesgos.

Futuras investigaciones podrían explorar el desarrollo de herramientas y metodologías aún más robustas para la evaluación retrospectiva de la capacidad en contextos forenses, así como la formación de profesionales del derecho en los principios neuropsicológicos subyacentes a la capacidad legal.

La colaboración interdisciplinar entre neuropsicólogos, médicos y juristas es fundamental para garantizar que las decisiones legales reflejen con precisión el estado cognitivo de los individuos.

CONCLUSIONES

El análisis retrospectivo de la capacidad testamentaria del evaluado, un varón con Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave (GDS-FAST 5), ha permitido inferir que no cumplía con los criterios requeridos para otorgar un testamento válido. Específicamente, se concluye que:

1. Su estado en el momento de las firmas notariales queda caracterizado por anosognosia, alteración de la memoria episódica y autobiográfica, y disfunción ejecutiva. Estos déficits comprometen de forma directa los cuatro requisitos fundamentales para la capacidad testamentaria: conciencia de enfermedad, comprensión del acto, conocimiento de los bienes y reconocimiento de los herederos.
2. El nivel de deterioro observado supera los umbrales establecidos por los consensos científicos como el Documento Sitges 2009, siendo incompatible con decisiones patrimoniales complejas.
3. Asimismo, se descarta la posibilidad de un “*intervalo de lucidez*” en el contexto de la enfermedad de Alzheimer, dada su naturaleza progresiva e irreversible.
4. La anosognosia y los déficits cognitivos del paciente dificultaron que promoviera activamente medidas de apoyo, adoptando una actitud pasiva. Su apariencia social preservada y cierta autonomía motora enmascaraban su deterioro, dificultando su detección por personas no especializadas y generando la falsa impresión de que conservaba plena capacidad.

Expuestas las características clínicas de la EA y el estadio evolutivo en el que se encontraba, únicamente se podría haber constatado que su capacidad testamentaria estaba deteriorada a través de una evaluación exhaustiva realizada por un profesional experimentado.

REFERENCIAS

- Amanzio, M., Torta, D. M., Sacco, K., Cauda, F., D'Agata, F., Duca, S., y Geminiani, G. C. (2011). Unawareness of deficits in Alzheimer's disease: role of the cingulate cortex. *Brain*, 134(4), 1061-1076.
- American Bar Association & American Psychological Association (2021). *Assessment of Older Adults with Diminished Capacity: A Handbook for Psychologists*.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Aravind, H., Taylor, M., & Gill, N. (2024). Evaluation of testamentary capacity: a systematic review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 93, 101969.
- Boada Rovira, M., & Robles Bayón, A. (Eds.). (2009). *Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación*. Sociedad Española de Neurología.
- Bolognini, N., & Zago, S. (2021). *La capacità di disporre per testamento. Quadro giuridico e valutazione clinica* (pp. 1-160). Hogrefe.
- Darzins, P. J., Molloy, W. D., & Strang, D. (2000). *Who can decide? The six step capacity assessment process*. Memory Australia Press, South Australia.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168.
- Dubois, B., Feldman, H. H., Jacova, C., DeKosky, S. T., Barberger-Gateau, P., Cummings, J., ... & Scheltens, P. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *The Lancet Neurology*, 6(8), 734-746.

- Duke, L. M., Seltzer, B., Seltzer, J. E., & Vasterling, J. J. (2002). Cognitive components of deficit awareness in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, *16*(3), 359.
- Jack Jr, C. R., Bennett, D. A., Blennow, K., Carrillo, M. C., Dunn, B., Haeberlein, S. B., & Silverberg, N. (2018). NIA-AA research framework: toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer's y Dementia*, *14*(4), 535-562.
- López Álvarez, J., & Agüera-Ortiz, L. (2015). *Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría*. *Psicogeriatría*, *5*(1), 3–14.
- Marson, D. C., Hebert, K., & Solomon, A. C. (2011). Assessing Civil Competencies in Older Adults with Dementia: Consent, Capacity, and Undue Influence. *Clinics in Geriatric Medicine*, *27*(1), 59–73.
- Mart, E. (2016). Neuropsychological Assessment of Testamentary Capacity and Undue Influence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *31*, 554–561.
- McKhann, G. M., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the NIA-AA workgroups. *Alzheimer's y Dementia*, *7*(3), 263–269.
- Reisberg, B. (1982). *The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia*. *American Journal of Psychiatry*, *139*(9), 1136–1139.
- Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology bulletin*.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1988). *Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality*. *International Psychogeriatrics*, *1*(1), 55–69.
- Reisberg, B., Vadukapuram, R., & Kenowsky, S. (2022). The global deterioration scale (GDS). *World Alzheimer Report*.
- Scheltens, P., De Strooper, B., Kivipelto, M., Holstege, H., Chételat, G., Teunissen, C. E., ... & Van der Flier, W. M. (2021). Alzheimer's disease. *The Lancet*, *397*(10284), 1577-1590.

Shulman, K. I., Hull, I. M., DeKoven, S., Amodeo, S., Mainland, B. J., & Herrmann, N. (2015). Cognitive fluctuations and the lucid interval in dementia: Implications for testamentary capacity. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 43(3), 287-292.