

La curatela

en la enfermedad de Parkinson:

Guía integral para Trabajo Social



Perspectiva legal, psicológica y social desde el enfoque centrado en la persona



La curatela

en la enfermedad de Parkinson:

Guía integral para Trabajo Social



Perspectiva legal, psicológica y social desde el enfoque centrado en la persona

AUTORÍA

UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA

Docentes:

DE PAREDES GALLARDO, Carla

PÉREZ BELTRÁN, Borja

SÁNCHEZ-TARAZAGA MARCELINO, Jorge

REDONDO FLORES, Rita

Alumnado:

MARTÍNEZ GARCÍA, Luis

ORTS MACIÁ, Dulce

REYES DE LUNA, Belén

RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, Irene

SALVADOR GALLARDO, Lucía

FUNDACIÓN PARKINSON VALENCIA

Profesionales:

BERNABEU BERNI, Anna

CONDE SANTIAGO, Carmen

CUENCA PÉREZ, Ana

DE SALAZAR ANTÓN, Concepción

GIL TOMÁS, Bárbara

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. CONTEXTO Y FUNDAMENTOS DE LA GUÍA | 10 |
| 1.1. Elementos clave para el análisis de situaciones de curatela en personas con Parkinson | 11 |
| 2. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DESDE TRABAJO SOCIAL | 16 |
| 2.1. Identificación de apoyos: Genograma y Ecomapa | 16 |
| 2.2. Diagnóstico Social | 16 |
| 2.3. Informe Social | 16 |
| 2.4. Metodología AICP: Documento de Proyecto de Atención y Vida (PAYV) | 17 |
| 2.5. Coordinación | 18 |
| 2.5. Seguimiento del caso | 19 |
| 2.6. Conectar el plan con recursos formales (en los casos 1, 2, 3, 4 y 5) | 19 |
| 2.7. Evaluación | 20 |
| 3. CASOS PRÁCTICOS | 20 |
| 3.1. CASO 01 (J.C.P.) – “Mi padre tiene Parkinson y empieza a tener olvidos, ¿necesita curatela?” | 22 |
| 3.2. CASO 02 (A.Z.P.) – “Ya no puedo atender las necesidades de mi madre en su domicilio, consideramos que la mejor opción es un recurso residencial, pero ella no quiere” | 32 |
| 3.3. CASO 03 (R.P.M.) – “¿Qué pasa si una persona usuaria no tiene familia o red de apoyo que pueda ayudarle en los trámites legales?” | 44 |
| 3.4. CASO 04 (R.T.M.) – “Riesgo patrimonial y conflicto familiar” | 54 |
| 3.5. CASO 05 (L.M.R.) – “Dificultad en la toma de decisiones médicas y sanitarias” | 62 |
| 3.6. CASO 06 (A.L.R.) – “Adicción, impulsividad y riesgo económico” | 70 |
| 4. ANEXO I. ÍTEMS ORIENTATIVOS PARA ELABORAR UN PROYECTO/PLAN DE VIDA | 76 |
| 5. ANEXO II. PROCEDIMIENTO DE TRAMITACIÓN DE LA CURATELA DESDE TRABAJO SOCIAL (COMUNIDAD VALENCIANA) | 77 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA | 80 |
| I. Marco metodológico – Trabajo Social | |
| II. Marco metodológico – Psicología | |
| III. Marco metodológico – Derecho | |
| 7. GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA SOCIOSANITARIA-ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS | 82 |

MARCO INSTITUCIONAL

El proyecto se desarrolla en el marco de colaboración entre la Fundación Parkinson Valencia y la Universidad Europea de Valencia, entidades con funciones diferenciadas pero complementarias.

La Fundación Parkinson Valencia es organización especializada en la atención integral a personas con enfermedad de Parkinson y enfermedades neurodegenerativas y sus familias con implantación en el territorio desde hace más de 30 años. Su intervención se centra en la prestación de servicios sociales y sanitarios de promoción de la autonomía y atención a la dependencia, el acompañamiento psicosocial y la defensa de derechos.

Desarrolla una labor directa con las personas usuarias y sus entornos, así como en coordinación con el sistema público de servicios sociales y sanitarios. Esta experiencia práctica permite identificar necesidades

reales y situaciones complejas que emergen en la vida cotidiana.

Por su parte, la Universidad Europea de Valencia es una institución académica orientada a la formación de profesionales y a la generación de conocimiento aplicado. A través de iniciativas como la Clínica Jurídica y la participación de alumnado y profesorado, contribuye al análisis de problemáticas sociales desde una perspectiva técnica y multidisciplinar, facilitando la integración del conocimiento jurídico, psicológico y social.

La colaboración entre ambas entidades permite conectar la práctica profesional con el conocimiento académico, generando herramientas útiles para la intervención y favoreciendo un enfoque interdisciplinar en el abordaje de procesos complejos como la curatela.

1. CONTEXTO Y FUNDAMENTOS DE LA GUÍA

La curatela es hoy una de las principales medidas de apoyo reconocidas por la legislación española, tras la aprobación de la Ley 8/2021, para garantizar el ejercicio pleno de la capacidad jurídica de las personas adultas que lo precisen. Este cambio normativo supone un avance significativo, al pasar de un modelo basado en la sustitución en la toma de decisiones a otro centrado en el respeto a la voluntad, deseos y preferencias de la persona.

Sin embargo, en la práctica profesional hemos detectado que su comprensión sigue siendo compleja y, con frecuencia, se aborda principalmente desde una perspectiva jurídica. Esto provoca que, en muchos casos, se deje en un segundo plano su impacto en la vida cotidiana de las personas: en sus relaciones, en su bienestar emocional, en su autonomía real y en la forma en que participan en la toma de decisiones sobre su propia vida.

Además, estos procesos no son neutros.

La implementación de medidas de apoyo como la curatela se encuentra vinculada a factores sociales, familiares y también por desigualdades estructurales, como las vinculadas al género o a la disponibilidad de redes de apoyo. Todo ello influye en cómo se identifican las necesidades, quién impulsa la solicitud y cómo se ejerce finalmente el apoyo.

Desde la práctica en intervención social, especialmente en el ámbito de las enfermedades neurodegenerativas como el Enfermedad de Parkinson, se evidencia la necesidad de contar con herramientas que integren esta mirada más amplia, que no solo expliquen el marco legal, sino que ayuden a comprender y acompañar estos procesos desde un enfoque centrado en la persona y basado en derechos.

Conscientes de esta necesidad, desde Parkinson Valencia y la Universidad Europea de Valencia se propone la elaboración de una Guía sobre la Curatela que permita ofrecer una visión interdisciplinar, práctica y accesible. Para ello, se plantea la participación de estudiantes de diferentes másteres de la Universidad Europea, favoreciendo un espacio de trabajo conjunto entre disciplinas como el derecho, la psicología y el trabajo social.

El objetivo es construir un recurso útil para profesionales que acompañan estos procesos, incorporando no solo el marco normativo, sino también claves de intervención, análisis de situaciones reales y herramientas que permitan situar a la persona en el centro, garantizando así un acompañamiento respetuoso, ajustado y coherente con los principios de la legislación vigente.

1.1. Elementos clave para el análisis de situaciones de curatela en personas con Parkinson

Los siguientes puntos constituyen aspectos transversales a la mayoría de los casos y /o situaciones de valoración o intervención en el ámbito de la curatela con personas con Parkinson. Tenerlos presentes permite contextualizar cada situación particular y fundamentar líneas de actuación ajustadas, proporcionales y centradas en la persona.

1) **Conciencia de la persona y vivencia subjetiva:**

El grado de conciencia que la persona tiene sobre su propio deterioro es dinámico y puede fluctuar. Explorar cómo interpreta su situación y cómo percibe la ayuda permite anticipar mayor apertura o resistencia ante posibles medidas de apoyo.

2) Perfil de la persona cuidadora:

Las características de la persona cuidadora influyen en la calidad del cuidado. Factores como la edad, género, la relación con la persona, la formación o el nivel de sobrecarga condicionan la forma en que se prestan los cuidados.

3) Detonantes de la decisión:

Las medidas de apoyo o curatela no surgen porque sí: aparecen cuando algo cambia. Detrás suele haber situaciones como deterioro de salud, caídas, ingresos, dificultades económicas o tensiones familiares. Detectar qué ha pasado permite entender la demanda y acompañar desde una intervención más ajustada y con sentido.

4) Historia de vida y valores personales (enfoque AICP):

Conocer la historia de vida, los valores y las relaciones de la persona es clave para comprender sus conductas y darles sentido. Esto permite ajustar la intervención a lo que realmente es importante para ella. El objetivo no es solo atender, sino preservar su identidad y respetar su trayectoria vital, incluso cuando existe una pérdida de capacidades.

5) Incorporación de la perspectiva de género:

El género, en interacción con el contexto social y cultural, influye de manera significativa en cómo se vive la enfermedad, en la organización de los cuidados y en los procesos de toma de decisiones. Estas diferencias no son neutras, sino que responden a roles y mandatos de género socialmente contruidos que pueden generar desigualdades.

En este sentido, se observa una feminización de los cuidados, donde las mujeres asumen con mayor frecuencia el rol de cuidadoras principales, lo que puede conllevar situaciones de sobrecarga física, emocional y social, a menudo invisibilizadas o normalizadas. Asimismo, cuando son ellas quienes reciben el diagnóstico, pueden experimentar con mayor intensidad sentimientos asociados a la pérdida de rol, especialmente si su identidad ha estado vinculada al cuidado de otras personas.

En el caso de los hombres, la necesidad de apoyo puede vivirse como una amenaza a la autonomía o a la identidad construida en torno a roles tradicionales, como el de proveedor, lo que puede generar resistencias a la aceptación de ayuda.

A tener en cuenta

Para incorporar la perspectiva de género, se proponen una serie de parámetros de análisis del contexto de intervención, con el fin de que nuestra estrategia de intervención contribuya a no perpetuar mecanismos de desigualdad o exclusión y a mejorar la calidad de vida de mujeres y hombres:

a. Roles de género, condición y posición de las mujeres.

Cómo los mandatos de género influyen en los roles asumidos, las oportunidades y la posición que ocupan hombres y mujeres en su entorno familiar, social, laboral, etc.

¿Nuestra intervención contribuye a la eliminación o aminoración de los estereotipos de género identificados?

b. Análisis de los espacios de toma de decisiones en el ámbito de la persona con la que se interviene.

Diagnóstico de participación real (cuantitativa y cualitativa) en la toma de decisiones, tanto en el ámbito privado (familiar) como público (social, ámbito sanitario o laboral) y de las relaciones de poder que la condicionan diferenciado entre hombres y mujeres.

¿Se prevé incorporar estrategias específicas que potencien la participación de las mujeres en el proceso de toma de decisiones de las acciones y apoyos establecidos en el transcurso de la intervención?

c. Participación social.

Grado de participación en la vida comunitaria, social y relacional diferenciado entre hombres y mujeres. ¿Existen barreras estructurales en el acceso a espacios de participación social en relación con el género? ¿En qué actividades emplean el tiempo libre los hombres? ¿En qué horarios? ¿En qué espacios? ¿En qué actividades emplean el tiempo libre las mujeres? ¿En qué horarios? ¿En qué espacios? ¿Qué actividades comunitarias realizan los hombres

d. Corresponsabilidad en el ámbito productivo y reproductivo.

Cómo se distribuyen las tareas productivas (empleo) y reproductivas (cuidados), así como su impacto en el uso del tiempo. ¿Los apoyos propuestos en la intervención van a aumentar la carga de trabajo de las mujeres? ¿Se establecen medidas consensuadas que contribuyan a la conciliación de la vida laboral, familiar y personal? ¿Qué acciones formativas o de asesoramiento son necesarias para contribuir al fortalecimiento de las competencias en la elaboración de consensos para la corresponsabilidad y la conciliación?

e. Acceso a recursos económicos y sociales

Acceso, control y uso de recursos, el análisis previo es clave para entender situaciones de desigualdad estructural.

Medidas de apoyo que generan equidad. ¿Quiénes gestionan el control de los recursos y apoyos que se proponen en la intervención?

f. Sesgos inconscientes profesionales

Revisión crítica de cómo las propias creencias y prácticas profesionales pueden influir en la intervención. Contar con formación y competencias específicas que nos permitan tomar conciencia de su existencia, de cómo influyen en nuestras decisiones y estrategias de intervención y de las herramientas para manejarlos. Este parámetro de análisis sería una herramienta de análisis transversal en todas nuestras intervenciones.

6) Intervención con las familias y redes de apoyo:

Es indispensable proporcionar información, escucha activa y acompañamiento emocional a la familia y a la red de apoyo. Asimismo, conviene facilitar herramientas y espacios de apoyo que fortalezcan su capacidad de cuidado. Clarificar los roles y responsabilidades contribuye a desarrollar un cuidado óptimo para la persona.

2. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DESDE TRABAJO SOCIAL

La intervención desde Trabajo Social en los casos prácticos se guía por un enfoque biopsicosocial, centrado en la persona (AICP) y orientado a la protección de derechos.

2.1. Identificación de apoyos: Genograma y Ecomapa

En cada caso se incorporará un genograma (estructura familiar y roles reales) y un ecomapa (recursos y vínculos con entorno: servicios, comunidad, entidades sociales). El cual nos sirve para detectar quién apoya y qué apoyos faltan antes de escalar a medidas más restrictivas.

2.2. Diagnóstico Social

Elaborar una valoración profesional, evitando juicios personales e identificando fortalezas y necesidades, incorporando una mirada crítica sobre la propia práctica.

2.3. Informe Social

El informe social se integra en el procedimiento como el instrumento técnico que organiza y sustenta la valoración profesional, permitiendo justificar de forma objetiva la necesidad y el alcance de los apoyos. Asimismo, junto con el informe clínico, fundamenta una intervención integral con el objetivo de promover la mejora de la calidad de vida de la persona y su entorno de cuidados.

Su función es aportar una visión global de la situación, incorporando los determinantes sociales de la salud, riesgos sociales, necesidades y capacidades, situando a la persona como sujeto de derechos, teniendo en cuenta su voluntad, preferencias y contexto. Desde el enfoque AICP, el informe debe evitar una mirada centrada únicamente en el déficit,

incorporando el papel del entorno, los apoyos disponibles y posibles dinámicas que puedan estar condicionando la situación.

En personas con enfermedades neurodegenerativas, como el Parkinson, resulta especialmente relevante incorporar una valoración dinámica, teniendo en cuenta la progresión de la enfermedad, las posibles fluctuaciones funcionales y cognitivas, y su impacto en la toma de decisiones y en las actividades de la vida diaria. Esto implica analizar no solo la situación actual, sino también la previsión de necesidades de apoyo a corto y medio plazo.

No define el proyecto de vida, sino que lo contextualiza y orienta, sirviendo de base para el desarrollo posterior del Plan de Atención y Vida (PAyV).

2.4. Metodología AICP: Documento de Proyecto de Atención y Vida (PAyV)

Desde el enfoque de la Atención Centrada en la Persona, esta continuidad implica considerar cómo los elementos identificados en la valoración pueden estar condicionando tanto la situación de las personas cuidadoras como la propia vivencia, expresión y reconocimiento de la voluntad de la persona sobre la que se plantea la medida de apoyo.

En este sentido, se traduce en la necesidad de concretar dicha mirada en herramientas operativas, que no se limiten a enunciar el respeto a la autonomía, sino que definan cómo sostener, en la práctica, el proyecto de vida de la persona con los apoyos adecuados.

El Plan de Atención y Vida es un documento breve que traduce la AICP a un plan operativo: no se queda en “respetar la autonomía”, sino que concreta cómo se sostiene la vida que la persona quiere con los apoyos adecuados.

- a) ¿Qué quiere mantener? (rutinas, hogar, relaciones, autonomía concreta).
- b) ¿Qué necesita para sostenerlo? (apoyos en ABVD/AIVD, seguridad, acompañamiento).
- c) ¿Qué límites o alertas obligan a revisar el plan? (ajustar apoyos, aumentar supervisión, activar recursos, etc.)

El PAyV funciona como “mapa de ruta” para que el apoyo no sea improvisado ni cambie según quién atienda ese día. Además, el PAyV se completa con un resumen de: red y círculo de apoyos, perfil personal y aspectos importantes para la persona, gustos y preferencias, capacidades (y capacidades con apoyos), metas y apoyos necesarios, así como obstáculos y oportunidades.

Con el fin de facilitar su elaboración de forma homogénea y práctica, se ha incorporado un anexo de ítems orientativos que sirve como guía para construir y revisar el PAyV.

2.5. Coordinación

La coordinación tiene como finalidad evitar solapamientos y sostener un plan común. En curatela se centra en garantizar una intervención coherente entre profesionales de Trabajo Social, mediante comunicación unificada, acuerdos claros con la red, intercambio de información con consentimiento informado y revisión periódica de los recursos de apoyo.

La coordinación es especialmente relevante cuando:

- Existen conflictos familiares.
- Se plantea curatela institucional.
- Hay riesgo patrimonial.
- La persona rechaza apoyos.

2.6. Seguimiento del caso

El seguimiento es el proceso que garantiza que el Plan de Atención y Vida (PAyV) se convierta en una intervención estable y coherente. Su función es sostener la continuidad, detectar cambios tempranos y ajustar los apoyos de forma proporcional, evitando que la respuesta dependa de urgencias, de la persona cuidadora principal o de quién esté acompañando el caso en ese momento.

2.7. Conectar el plan con recursos formales (en los casos 1, 2, 3, 4 y 5)

El seguimiento sirve para comprobar si el sistema formal sostiene lo que se pretende:

- La posible necesidad de iniciar el procedimiento de reconocimiento de la Dependencia, cuando se observa que las dificultades en ABVD/AIVD aumentan, se requiere más supervisión o apoyo continuado, o la red informal no puede sostener sola la situación. Iniciar este trámite puede facilitar el acceso a recursos y servicios que garanticen continuidad, seguridad y calidad de vida.
- Si el PIA (cuando existe) se ajusta a la necesidad actual: intensidad, tipo de recurso, frecuencia.
- Si procede, activar apoyos vinculados al reconocimiento de Diversidad funcional: ajustes y accesibilidad, apoyos para la toma de decisiones y productos de apoyo, especialmente en perfiles con dificultades ejecutivas o fluctuaciones que impactan en las AIVD.

Caso 6 (ámbito laboral): En este caso, si puede mantenerse activa laboralmente, esto favorecería y reforzaría su autonomía. No obstante, si presenta sintomatología que limita su desempeño, sería necesario acompañar y orientar el proceso de incapacidad laboral, valorando recursos, trámites y apoyos disponibles.

2.8. Evaluación

Implica valorar si los apoyos han mejorado/estabilizado ABVD/AIVD, si han disminuido riesgos, si la red es sostenible y si el plan está alineado con la AICP (proporcionalidad y respeto a preferencias).

Valoraremos también, a través de datos desagregados por sexo y el análisis de las variables cualitativas recogidas a lo largo de toda la intervención, cuál ha sido el impacto relacionado con la incorporación de la perspectiva de género. En concreto analizaremos si la intervención ha contribuido a promover el acceso a derechos con equidad entre las personas que confirman la unidad familiar o entorno directo de cuidados y/o a fortalecer competencias y capacidades de comunicación y toma de decisiones acordes con la corresponsabilidad del sistema de cuidados.

2.9. Procedimiento de tramitación de la curatela

En los casos en los que, tras la valoración social, se identifique la posible necesidad de una medida de apoyo formal, la persona profesional de Trabajo Social deberá orientar y acompañar el proceso de tramitación de la curatela.

Dado que se trata de un procedimiento judicial, el papel del Trabajo Social no es iniciar directamente la medida, sino fundamentar, orientar y acompañar, garantizando que se han explorado previamente alternativas menos restrictivas y que la propuesta se ajusta a los principios de proporcionalidad, individualización y respeto a la voluntad de la persona.

Para ello, se incorpora el Anexo 2, donde se recoge de forma práctica el procedimiento a seguir en la Comunidad Valenciana, incluyendo los pasos clave, agentes implicados y documentación necesaria desde la intervención social.

3. CASOS PRÁCTICOS

Los casos prácticos incluidos en esta guía tienen como finalidad traducir la teoría a la realidad profesional, aportando ejemplos representativos de las situaciones que con mayor frecuencia se plantean en el acompañamiento a personas con enfermedades neurodegenerativas, especialmente Parkinson. Cada caso expone dilemas reales que implican dimensiones éticas, jurídicas, familiares y emocionales.

CASO 01 (J.C.P.)

“Mi padre tiene Parkinson y empieza a tener olvidos, ¿necesita curatela?”



Situación:

Hombre de 74 años. Hasta hace pocos meses, mantenía una vida relativamente autónoma, realizando las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y algunas actividades instrumentales (como hacer compras, cocinar o gestionar citas). En los últimos meses, la familia ha observado un deterioro cognitivo progresivo. Presenta olvidos frecuentes, repite las mismas preguntas varias veces en un corto período, y ha perdido objetos importantes como la cartera o el teléfono móvil. También olvida citas importantes, lo que genera cierta desorganización en la rutina diaria. La familia también ha notado descuidos, como dejar el gas encendido o los grifos abiertos.

Red de apoyo:

Vive con su mujer de 70 años, con buen estado de salud, que asume gran parte del cuidado diario.

Tiene dos hijas: una vive en el mismo barrio, la otra en otra ciudad. Ambas se implican en el acompañamiento dentro de sus posibilidades.

Preocupación de la familia:

Temen que pueda comprometer su seguridad y se preguntan si ya deberían iniciar un proceso de curatela para protegerlo. Les preocupa en especial la gestión de dinero: J.C.P sigue yendo al banco a retirar dinero y a veces no recuerda qué hizo con él.

1. ¿Cómo puede afectar la medida a su autonomía percibida y a la confianza en su entorno?

Impacto en la autonomía percibida

- Puede experimentarse como una reducción del sentido de control y, con ella, la pérdida de independencia.
- Puede generar sentimientos de pérdida de rol e identidad ("ya no soy capaz") al ver que antes era autónomo en ciertos aspectos de su vida y ahora no.
- Puede provocar malestar si se produce infantilización donde observa que otros toman las decisiones por él.

Impacto en la confianza de su entorno

- Puede generar frustración y desconfianza: el hecho de no entender por qué su familia lo supervisa puede generar desconfianza en él. Es clave diferenciar entre personas con pérdida de conciencia del déficit (donde pueden aparecer interpretaciones erróneas y suspicacia, siendo necesaria una supervisión que no siempre será comprendida) y aquellas que mantienen conciencia, quienes suelen aceptar mejor el apoyo cuando se les explican los motivos.
- Pueden aparecer diversas reacciones emocionales, especialmente de carácter defensivo (agresividad, irritabilidad o enfado). No obstante, en algunos casos la persona puede llegar a sentir cierto alivio cuando no se percibe la medida como imposición, favoreciendo que tanto la ansiedad como la sensación de carga disminuya.

2. ¿Qué estrategias permiten que participe en su propio proceso de apoyo, evitando la sensación de pérdida de control?

- Transmitir la información teniendo en cuenta el estado cognitivo de la persona y, especialmente, su capacidad de calibrar las consecuencias (grado de conciencia).
- Hacer hincapié en implicar a la persona en las decisiones que se toman promoviendo acuerdos consensuados que permitan establecer medidas de supervisión como el seguimiento de compras o la gestión económica.
- Ayudar solo a la persona **en los casos que sean totalmente imprescindibles**, donde la persona mantenga la máxima responsabilidad posible. Es importante determinar con la persona qué es lo que se considera "totalmente imprescindible" ya que puede variar dependiendo de una persona u otra.
- Explorar con la persona cómo le gustaría que se actuara y qué decisiones preferiría adoptar en caso de que el deterioro progrese
- Favorecer la comunicación entre la mujer y las hijas para evitar discursos contradictorios. Es importante que la persona vea **cohesión entre sus figuras de apoyo**.
- **Proporcionar apoyos externos** (notas escritas, horarios, guía de pasos para realizar las diferentes tareas, etc.), teniendo en cuenta que las dificultades suelen estar más relacionadas con alteraciones ejecutivas que con fallos puramente amnésicos.

3. ¿Cómo equilibrar protección y autonomía sin caer en un paternalismo preventivo?

- Aplicando el principio de proporcionalidad en el apoyo donde se actúe más como supervisor que como ayudante. Ver en qué cosas aun es autónomo y en cuáles no (ideal acudir al médico de cabecera para interconsulta con neurología y hacerle una evaluación cognitiva).
- Optando por medidas de menos a más invasivas. Se puede empezar con supervisión, adaptaciones dentro del hogar, ayudas tecnológicas como alarmas o localizadores, etc.
- Favoreciendo la participación activa en la toma de decisiones, reforzando la sensación de competencia y control sobre su propia vida.
- Validando y normalizando las emociones asociadas al proceso (miedo, incertidumbre, tristeza), evitando que la protección se base exclusivamente en la anticipación del riesgo¹.

A tener en cuenta

Cuando abordamos el análisis de la infantilización, sentido de la independencia, supervisión o sistema de cuidados podemos contar como guía inicial algunas de las preguntas a las que hacemos alusión en los parámetros de acceso de recursos económicos y sociales y análisis de espacios de toma de decisiones, que se recomiendan para incorporar la perspectiva de género en la intervención.

¹ Tened en cuenta además que, en casos como este, es frecuente que la familia experimente miedo a "invadir" el espacio personal de la persona con Parkinson. Aunque sean conscientes del deterioro y permanezcan atentos, tienden a posponer la toma de decisiones hasta que aparece un detonante claro. Cuando este se produce, la intervención suele vivirse como urgente e inevitable, lo que puede llevar a decisiones unilaterales y a un aumento del conflicto y del malestar emocional en ambas partes.

¿Cómo redefine la Ley 8/2021 la figura de la curatela en el Código Civil frente al régimen anterior de incapacitación?

La Ley 8/2021, de 2 de junio, publicada el 3 de junio de 2021 y con entrada en vigor general el 3 de septiembre de 2021, hace referencia expresa al artículo 249 del Código Civil, en el que se recogen los principios de necesidad y proporcionalidad, así como el respeto a la voluntad, deseos y preferencias de la persona. En virtud de esta norma, se suprime la incapacitación y se apuesta por un modelo de apoyos para las personas con diversidad funcional.

De este modo, la capacidad jurídica se mantiene en todo momento y, para su ejercicio, se establecen medidas de apoyo únicamente cuando sean necesarias, definiendo exclusivamente la forma en que dicha capacidad ha de ejercerse. Su finalidad es regular las medidas judiciales de apoyo para las personas con diversidad funcional.

La curatela constituye una medida de apoyo dirigida a personas con diversidad funcional, basada en el respeto a su voluntad, deseos y preferencias, dando prioridad a las medidas voluntarias e informales, bajo el marco del artículo 249 CC.

Asimismo, el Convenio de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Diversidad funcional, integrado en el ordenamiento jurídico español, promueve la igualdad y prohíbe cualquier tipo de discriminación, incluida la basada en el género. diversidad funcional.

4. ¿Qué criterios jurídicos determinan cuándo aplicar una curatela representativa frente a una asistencial, atendiendo a la evolución cognitiva y las necesidades de apoyo?

1. Curatela como medida formal de apoyo (art. 250 CC)²

La curatela se concibe como una medida de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica, que en ningún caso puede implicar la sustitución de la voluntad de la persona. Su modalidad ordinaria es la asistencial, mediante la cual el curador acompaña a la persona en la toma de decisiones para aquellos actos que la resolución judicial determine, sin reemplazar su actuación sino complementándola.

Esta modalidad resulta adecuada cuando la persona conserva la capacidad de formar y expresar su voluntad, aunque precise orientación o apoyo para ello. El criterio determinante no es el diagnóstico clínico ni el grado abstracto de afectación cognitiva, sino la constatación funcional de que la persona puede actuar por sí misma, con asistencia, para el acto concreto de que se trate.

Es clave diferenciar entre personas con pérdida de conciencia del déficit (donde pueden aparecer interpretaciones erróneas y suspicacia, siendo necesaria una supervisión que no siempre será comprendida) y aquellas que mantienen conciencia, quienes suelen aceptar mejor el apoyo cuando se les explican los motivos.



2. Curatela representativa como excepción (art. 269 C)

La atribución de facultades representativas al curador no constituye la regla del sistema, sino una excepción que exige motivación específica y justificación expresa. Conforme al artículo 269 CC, sólo procede cuando la persona no puede actuar por sí misma ni siquiera contando con asistencia, esto es, cuando le resulta imposible formar o expresar su voluntad para un acto o categoría de actos determinados.

La representación no puede configurarse con carácter general o indeterminado: debe delimitarse a los actos concretos para los que la asistencia se haya revelado insuficiente, de modo que el curador actúe únicamente en lo estrictamente necesario. La finalidad no es proteger objetivamente los intereses de la persona desde una lógica tutelar externa, sino garantizar el ejercicio de sus derechos allí donde su autonomía no alcanza, aun con apoyo.

² Incompatibilidad de quienes prestan servicios asistenciales o residenciales de naturaleza análoga para ejercer medidas de apoyo.

3. Actos de especial trascendencia sujetos a autorización judicial (art. 287 CCQ)

Con independencia de la modalidad de curatela adoptada, determinados actos de especial trascendencia patrimonial o personal quedan sujetos a autorización judicial previa conforme al artículo 287 CC, incluso cuando el curador actúa con facultades representativas. Este control adicional constituye una garantía estructural del sistema: su finalidad es someter a escrutinio judicial aquellas decisiones de mayor impacto sobre la esfera jurídica de la persona, reduciendo el riesgo de actuaciones lesivas o abusivas. Conviene precisar que la exigencia de autorización no depende del estado cognitivo de la persona ni de su grado de dependencia, sino del tipo de acto en cuestión: es la naturaleza y trascendencia del acto lo que activa el control judicial, con independencia de la evolución de las circunstancias personales de quien recibe el apoyo.

5. ¿Qué efectos jurídicos tienen los poderes notariales frente a la curatela formal en casos de deterioro leve?

Los poderes notariales, cuando son suficientes, prevalecen frente a la constitución de una curatela judicial en casos de deterioro leve, evitando así la judicialización. Solo cuando el poder no exista o resulte insuficiente se justifica la adopción de la curatela. El poder notarial resulta especialmente protector en fases leves, ya que permite la continuidad en la gestión, la libre designación de la persona de apoyo y una menor restricción de derechos.

Debe precisarse, no obstante, que tras la reforma la afirmación de que la curatela “debe ser excepcional” y estar “solo permitida para representar” es técnicamente inexacta. La curatela es, conforme al artículo 250 del Código Civil, una medida formal de apoyo de carácter ordinario y naturaleza predominantemente asistencial, destinada a complementar la capacidad de la persona en aquellos actos para los que precise auxilio.

Lo verdaderamente excepcional, según el artículo 269 del Código Civil, es la atribución al curador de facultades representativas. Esta atribución requiere motivación específica y debe quedar delimitada a actos concretos, sin que pueda operar como una habilitación general. Solo procede cuando la persona con diversidad funcional no pueda actuar por sí misma ni siquiera con asistencia.

Además, existe un tercer nivel de control: determinados actos de especial trascendencia (entre ellos los enumerados en el artículo 287 del Código Civil) quedan sujetos, incluso cuando el curador actúa con facultades representativas, a autorización judicial previa, reforzando así las garantías frente a posibles abusos o decisiones que afecten de manera relevante a los intereses de la persona.

CASO 02 (A.Z.P.)

“Ya no puedo atender las necesidades de mi madre en su domicilio, **consideramos que la mejor opción es un recurso residencial, pero ella no quiere**”



Situación:

Mujer de 82 años, viuda, con diagnóstico de Parkinson avanzado y grado 2 de dependencia reconocido. Reside en su domicilio habitual, situado en el centro de Valencia. Su casa tiene un fuerte valor emocional: es donde formó su familia, crio a sus hijas y conserva recuerdos muy felices.

En la actualidad, su movilidad se encuentra notablemente reducida y presenta rigidez muscular, temblor y lentitud motora, lo que le dificulta realizar tareas básicas sin ayuda. Necesita apoyo diario en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): aseo, preparación de comidas y control de la medicación.

Durante los últimos meses se han registrado varias caídas en el domicilio, especialmente durante la noche, cuando A.Z.P. se levanta de la cama para ir al baño. Aunque no ha habido lesiones graves, los episodios han generado temor en la familia y han incrementado la preocupación por su seguridad.

Su hija mayor, de 55 años, es la cuidadora principal. Reconoce que cada vez le resulta más difícil sostener el nivel de atención que su madre requiere.

Los otros dos hijos de A.Z.P. viven fuera de la ciudad y, aunque mantienen contacto telefónico, no participan activamente en los cuidados.

A.Z.P., por su parte, se opone firmemente a abandonar su hogar. También muestra desconfianza hacia la idea de que otros tomen decisiones por ella, especialmente si percibe que la motivación de sus hijos es aliviar la carga familiar.

Red de apoyo:

- Tiene tres hijos, pero solo su hija participa activamente.
- Los otros dos viven lejos y dicen “no poder” implicarse.

Preocupación de la familia:

Sus hijos consideran que un recurso residencial sería la mejor opción para garantizar la atención y la seguridad de su madre. Por lo que plantean la necesidad de iniciar un proceso de curatela, especialmente si la oposición de su madre continúa.

1. El derecho de la persona a decidir dónde vivir, frente a la sobrecarga de la familia cuidadora

- Debe priorizarse el derecho a decidir dónde vivir siempre y cuando se haga en condiciones de seguridad. Si realmente, mantenerla en casa supondría un peligro para ella misma o para su hija, es conveniente buscar otras opciones.
- Debe considerarse que la elección de querer vivir en su casa es un derecho vinculado a su identidad y bienestar emocional que expresa una preferencia clara la cual hay que respetar siempre y cuando no haya riesgo. Trasladar su domicilio a una residencia puede generar sentimientos de abandono y pérdida del espacio **emocional con el hogar**.
- Debe garantizarse una comunicación clara sobre el recurso residencial, explicando que será un espacio de cuidado y que podrá mantener el vínculo con su hogar.
- Debe evitarse que la sobrecarga de la hija sea la única variable decisoria. Necesario diferenciar entre riesgos objetivos (caídas, dificultad para deambular, incapacidad para realizar las ABVD) con el riesgo percibido (miedo de los hijos, anticipación de deterioro).

2. Dimensión emocional: miedo de a perder su hogar, ¿qué riesgos comporta un cambio forzoso?

- **Vivir en su casa representa su historia personal**, al igual que sensación de control. Cambiar forzosamente de entorno puede generar sentimiento de desarraigo manifestado a través de enfado o llanto.
- Puede provocar **sentimiento de abandono** por parte de sus hijos al igual que sensación de traición.
- Puede desencadenar **síntomas de ansiedad/depresión** y como consecuencia, un **posible empeoramiento de la sintomatología**.
- Puede favorecer **rechazo por el nuevo entorno**, perjudicando la adaptación, e incluso **propiciando aislamiento emocional**.
- Puede intensificar la **frustración por pérdida de control**, aumentando la desconfianza hacia sus hijos si percibe que las decisiones se toman sobre ella y no con ella.

3. ¿Qué estrategias psicológicas podrían implementar para reducir su miedo y resistencia, preservando su autonomía?

- Explorar las resistencias que le impiden el cambio, **identificando pensamientos catastróficos y entendiendo qué temores existen**, con el fin de poder reemplazarlos por otros pensamientos más realistas.
- Dar la oportunidad a la persona de marcar el itinerario de adaptación a la residencia o cualquier otro nuevo recurso, en coordinación y comunicación con la familia.
- **Validar sus sentimientos de pertenencia hacia el hogar**, reconociendo el miedo sin minimizarlo y normalizando la preocupación ante el cambio.
- **Proponer visitas previas a residencias para conocer el entorno y trabajar conjuntamente la aceptación del cambio**. También puede valorarse que profesionales del centro acudan al domicilio para presentarse y desmontar posibles estereotipos.
- Ofrecer **acompañamiento emocional a la familia** ante el cambio de rol y funciones (duelo psicológico), entendiendo que la familia también es sujeto de intervención social.



- **Introducir apoyos de manera progresiva o medidas intermedias** como es teleasistencia, localizadores personales, adaptación del hogar, SADs, Centros de día... como pasos previos a medidas más intensas.
- Realizar **psicoeducación para la familia** sobre cómo manejar la información con A.Z.P, orientándoles en la comunicación del inicio del proceso de curatela y, en caso de ingreso residencial, en la preparación conjunta del traslado (por ejemplo, decidir qué objetos personales llevar), favoreciendo su implicación y sensación de control.

En este sentido, se recomienda también ofrecer servicios de soporte a través de grupos de apoyo psicoeducativos y de ayuda mutua, tanto desde la Fundación como desde otras organizaciones, favoreciendo espacios de acompañamiento, información y sostén emocional para la familia.

A tener en cuenta

La situación de sobrecarga de la persona cuidadora principal puede estar provocada por la ausencia de consensos familiares en relación con la corresponsabilidad. Podemos incorporar este análisis plantando algunas de las preguntas relacionadas con este parámetro de incorporación de la perspectiva de género.

¿Qué criterios jurídicos determinan cuándo aplicar una curatela representativa o por otro lado un internamiento no voluntario para un ingreso residencial? ¿Qué diferencia jurídica existe entre ambos? (Base normativa)

La curatela representativa sólo procede con carácter excepcional, conforme a lo dispuesto en el artículo 269 del Código Civil, cuando la persona no puede manifestar o conformar su voluntad ni siquiera con apoyos adecuados. La curatela delimitada por actos en la resolución judicial permite que el juez atribuya al curador funciones de representación únicamente en aquellos ámbitos concretos en los que resulte imprescindible, debiendo justificarse de manera expresa la excepcionalidad de dicha representación por la imposibilidad efectiva de ejercicio de la capacidad con medidas menos restrictivas.

La curatela representativa parcial puede tener carácter patrimonial o sanitario y queda sujeta a requisitos similares a los de la curatela asistencial. En el ámbito patrimonial, además, deber constar la existencia de una alteración relevante de las facultades para el autogobierno, un riesgo cierto y grave de perjuicio patrimonial, la insuficiencia de medidas de apoyo menos intensas, la delimitación precisa del alcance de la representación y la previsión de una revisión periódica de la medida.

En todo caso, los actos de especial relevancia quedarán sometidos al régimen de autorización judicial previsto en el art. 287 del Código Civil, sin que la representación pueda extenderse más allá de lo estrictamente necesario.

Los internamientos involuntarios, por otro lado, solamente se encuentran permitidos en virtud de razones higiénicas o sanitarias para la protección, o bien para el bien del perjudicado o de terceras personas, con prescripción de necesidad de la autorización judicial previa, salvo caso de urgencia, cuando se informará al juez en un plazo máximo de 24 horas.

Se hace una revisión de manera periódica, al menos cada seis meses, y sensible al cese inmediato del internamiento si fueran erradicadas las causas que lo habían determinado. El juez conocerá personalmente el caso de la persona y oír la información del ministerio fiscal y del facultativo correspondiente. Coordinación con las redes de servicios sociales. Todo ello regulado en el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

El juzgado y los servicios sociales tienen la obligación de coordinar el seguimiento del caso. Los servicios sociales pueden informar sobre modificaciones en relación con las necesidades de asistencia, o si existe peligro de una institucionalización innecesaria.

5. ¿Cómo se coordinan las medidas de apoyo judicial con los servicios sociales para garantizar apoyos que eviten institucionalizaciones no deseadas?

I. Base: expediente de provisión de medidas judiciales de apoyo (art. 42 bis LJV)

El procedimiento se articula mediante un expediente que sigue cuatro etapas:

Solicitud

Puede iniciarla la persona interesada, familiares o profesionales sociales y sanitarios. Asimismo, se dirige al juez o tribunal competente, solicitando la adopción de medidas de apoyo adaptadas a sus necesidades.

Informes

Los servicios sociales elaboran informes sobre la situación social, familiar y de autonomía de la persona. También se incluyen informes médicos o psicológicos que valoren la capacidad cognitiva y funcional. Estos informes permiten al juez conocer qué apoyos son suficientes para evitar una institucionalización innecesaria.

Resolución

El juez decide la medida de apoyo más adecuada: asistencial, representativa o mixta, según la evaluación de capacidad y riesgos. Junto a ello, se determinan los actos que requieren intervención del apoyo judicial y los que la persona puede realizar por sí misma.

Actos y salvaguardas

Se ejecutan las medidas establecidas, coordinando al curador o tutor judicial con los servicios sociales para facilitar apoyos en domicilio, comunidad o centros de día. Además, se implementan salvaguardas, como revisiones periódicas y control judicial sobre actos de especial trascendencia, asegurando que los apoyos se mantengan ajustados a la evolución de la persona.

II. Coordinación práctica con los servicios sociales

El procedimiento se articula mediante un expediente que sigue cuatro etapas. Los servicios sociales proporcionan apoyos materiales, asistencia domiciliaria, orientación familiar y recursos comunitarios. El juez asegura que las medidas de apoyo se respeten y se limiten a lo estrictamente necesario, evitando decisiones que conduzcan a institucionalizaciones innecesarias. En la revisión periódica se ajustan los apoyos según la evolución cognitiva y funcional, garantizando la permanencia en su entorno siempre que sea posible.

El juzgado y los servicios sociales tienen la obligación de coordinar el seguimiento del caso. Los servicios sociales pueden informar sobre modificaciones en relación con las necesidades de asistencia, o si existe peligro de una institucionalización innecesaria.

6. ¿Qué mecanismos de control judicial y seguimiento existen para proteger su autonomía?

Según el Artículo 282 del Código Civil el curador deberá mantener contacto con la persona y conocer su situación y ayudar a tomar decisiones y fomentar la autonomía y autodeterminación poco a poco.

De conformidad con el artículo 292 del Código Civil, el curador con funciones representativas está obligado a la rendición periódica de cuentas en la forma y con la periodicidad que determine la autoridad judicial, que, con carácter general, será anual, sin perjuicio de la obligación de presentar cuenta general al tiempo del cese, cualquiera que sea su causa.

Asimismo, como salvaguarda adicional, el juzgado podrá acordar otros controles, tales como la exigencia de informes complementarios, comparecencias periódicas, comprobaciones

específicas o auditorías, especialmente cuando existan indicios de abuso, mala gestión o conflicto de interés. El Ministerio Fiscal ejercerá de oficio la supervisión del respeto a la voluntad, deseos y autonomía de la persona apoyada y, si lo considera necesario, podrá promover la revisión de la medida o el cese del curador. Igualmente, cualquier persona con interés legítimo podrá solicitar ante el juez la revisión de la curatela o la sustitución del curador.

CASO 03 (R.P.M.)

“¿Qué pasa si una persona usuaria **no tiene familia o red de apoyo** que pueda ayudarle en trámites legales?”



Situación:

Hombre de 68 años, diagnosticado de enfermedad de Parkinson hace diez años. Vive solo en un piso en el centro de la ciudad de Valencia.

R.P.M. conserva cierta capacidad funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): puede asearse, vestirse y preparar comidas sencillas, aunque cada vez con más lentitud y fatiga. Sin embargo, experimenta rigidez muscular, temblor en las manos y episodios de bloqueos de la marcha que le dificultan los desplazamientos, especialmente fuera del domicilio.

A nivel cognitivo, presenta disminución de la atención, lentitud en el procesamiento de la información y dificultad para manejar información compleja. Esta situación se ha agravado en los últimos años, generando problemas en la gestión económica: ha olvidado pagos de recibos, acumulado correspondencia sin abrir y perdido el control de sus gastos básicos, sin mostrar conciencia de estos errores ni capacidad para valorar los riesgos asociados o implementar estrategias de afrontamiento eficaces.

R.P.M. no tiene familiares cercanos y su red de apoyo natural es prácticamente inexistente.

Tiende a minimizar sus dificultades y rechazar apoyos formales, alegando que “todavía puede apañarse solo”.

Red de apoyo:

- No cuenta con familiares de referencia.
- Solo mantiene contacto con un vecino que le ayuda puntualmente.
- Acude de manera habitual a terapias en Parkinson Valencia, donde encuentra acompañamiento social y terapéutico.

Preocupación detectada:

Existe riesgo real de pérdida de derechos y corte de servicios esenciales, además de un posible deterioro emocional asociado a la soledad. Se plantea la conveniencia de valorar medidas de apoyo formal, dado que el apoyo informal o familiar no existe.

1. La necesidad de apoyo formal cuando no existe red familiar (papel organizaciones de apoyo)

- **Valorar la activación de apoyo formal a partir de criterios objetivos:** riesgos evidentes (cortes de suministros, dificultades en la autogestión), evaluación de capacidades conservadas y limitadas y ausencia o insuficiencia de red familiar.
- **Establecer un sistema de registro y notificación de incidencias** (asistencia o ausencia a la organización, cambios conductuales, que vaya al centro menos aseado...).
- **Coordinarse con otros servicios como CMSS y sanitarios** (emitir informes que pongan de manifiesto la necesidad de determinadas medidas).
- **Diseñar un plan de apoyo progresivo, incorporando recursos** como teleasistencia o ayuda a domicilio según la evolución de la situación.
- **Detectar precozmente situaciones de soledad o aislamiento**, que desencadenan en algún riesgo. Ya que en algunos casos podemos encontrar un apoyo intermitente (en este caso un vecino de la persona con Parkinson), pero no es suficiente para paliar el deterioro emocional; por lo que es importante buscar redes sociales.
- **Facilitar acompañamientos y apoyos directos**, ya sea desde la propia organización o mediante recursos externos (acompañamiento domiciliario, seguimiento telefónico, derivación a asociaciones o centros de día)

2. El papel de la curatela en ausencia de familia extensa

Valorar la designación de un curador institucional para la gestión económica y toma de decisiones sobre la persona, previa evaluación clínica y funcional y elaboración de informes psicológicos, médicos y sociales que fundamenten la medida, con posterior.

Esto puede generar en la persona diferentes sensaciones como:

- **Rechazo y negación**, minimizando las dificultades y negando cualquier tipo de ayuda.
- **Peor autoconcepto reflejado en:**
 - Estigmatización (sensación de pérdida de derechos).
 - Sentimientos de incompetencia y/o vergüenza, al verse limitado en la toma de decisiones.
- **Miedo a perder el control** y la autonomía de su propia vida.
- **Sentimientos de soledad** por percibir dichas medidas como control. Es importante que por parte de la fundación se promueva la asistencia a las terapias y a los grupos.

3. Cómo garantizar autonomía y derechos cuando la soledad es un factor de vulnerabilidad.

- Realizar una **evaluación interdisciplinar** que permita una visión integral de la situación clínica, funcional, cognitiva y social de la persona.
- Aplicar una escalera consecutiva de apoyos (de menor a mayor intensidad).
- **Preservar la capacidad de decisión en aspectos personales**, registrando sus preferencias y voluntades, acompañando en la toma de decisiones sin sustituir su criterio cuando no sea necesario.
- **Reducir el aislamiento**, fomentando la participación social en grupos de apoyo, actividades comunitarias, mantener el vínculo con asociaciones especializadas.
- **Garantizar transparencia en los apoyos**, especialmente en la gestión económica, explicando siempre las actuaciones y promoviendo la comprensión y participación de la persona.

A tener en cuenta

Se debe tener en cuenta que los espacios para expresar sentimientos y/o pedir ayudar suelen estar más feminizados, por lo que sería conveniente facilitar estos espacios de socialización, enmarcados en los parámetros de participación.

4. ¿Quién puede iniciar el procedimiento de curatela y qué papel asumió el Ministerio Fiscal cuando no hay familiares ni tutores naturales? (Base normativa)

El procedimiento de curatela (como medida judicial estable de apoyo a personas con diversidad funcional) puede iniciarse conforme a lo dispuesto en el artículo 42 bis a) de la Ley de Jurisdicción Voluntaria. Están legitimados para promover el expediente:

- El Ministerio Fiscal.
- La propia persona con diversidad funcional.
- Su cónyuge no separado de hecho ni legalmente o quien se encuentre en situación de hecho asimilable.
- Sus descendientes, ascendientes o hermanos.

Además, cualquier persona puede poner en conocimiento del Ministerio Fiscal hechos que puedan justificar la adopción de medidas judiciales de apoyo. Las autoridades y funcionarios públicos que conozcan tales hechos por razón de su cargo están obligados a comunicarlos al Ministerio Fiscal, quien, en su caso, iniciará el expediente.

La competencia corresponde al Juzgado de Primera Instancia del lugar de residencia de la persona con diversidad funcional.



Cuando no existan familiares ni apoyos naturales que promuevan el procedimiento, el Ministerio Fiscal asume un papel esencial: puede instar directamente la constitución de la curatela y actúa como garante del interés y los derechos de la persona con diversidad funcional. Asimismo, le corresponde supervisar la actuación de la entidad o persona que ejerza el apoyo y promover la revisión o el cese de la curatela cuando resulte necesario.

En todo caso, la persona con diversidad funcional puede actuar con su propia defensa y representación. Si no se prevé que pueda designarlas por sí misma, se solicitará el nombramiento de un defensor judicial, que actuará asistido de Abogado y Procurador.

Además, el Letrado de la Administración de Justicia debe realizar los ajustes y adaptaciones necesarias para garantizar que la persona comprenda el objeto, finalidad y trámites del expediente.

5. ¿Qué efectos jurídicos tienen los poderes preventivos y poderes notariales en casos sin red familiar? ¿Podrían prevenir la judicialización? (Base normativa)

Cuando una persona carece de familiares cercanos que puedan acompañar o asistirle, los poderes preventivos y notariales adquieren especial relevancia como mecanismos de anticipación y autonomía. Su eficacia se analiza según la legislación vigente, considerando la posibilidad de prevenir la judicialización.

a) Poder preventivo (art. 256 CC)

Definición y función

El-poder preventivo permite que una persona anticipadamente otorgue facultades a un tercero para que la represente o la asista en caso de incapacidad futura.

Efectos jurídicos

Habilita al apoderado a actuar en nombre de la persona en determinados actos jurídicos cuando esta pierda capacidad de obrar. Permite que la persona conserve cierta autonomía al planificar con antelación quién tomará decisiones importantes. Puede reducir o incluso evitar la necesidad de intervención judicial si está claramente definido y aceptado por el notario o registro correspondiente.

Limitaciones

Solo cubre los actos expresamente previstos en el poder. Si el poder no es suficiente para ciertos actos de especial trascendencia, podría ser necesaria la intervención judicial.

b) Autocuratela (art. 271 CC y ss.)

Definición

La autocuratela es la posibilidad de que la propia persona, mientras aún tiene capacidad suficiente, prevea y organice medidas de apoyo para sí misma en caso de disminución futura de sus facultades.

Efectos jurídicos

La autocuratela es la posibilidad de que la propia persona, mientras aún tiene capacidad suficiente, prevea y organice medidas de apoyo para sí misma en caso de disminución futura de sus facultades.

Prevención de judicialización

Si la autocuratela y los poderes otorgados son suficientes para cubrir las necesidades futuras, se puede evitar o retrasar la apertura de un expediente judicial de curatela, especialmente en ausencia de red familiar.

c) Insuficiencia de medidas voluntarias y procedencia de curatela judicial (art. 269 CC)

Situación

Si los poderes preventivos o la autocuratela no cubren todas las decisiones necesarias, o la persona pierde la capacidad de gestionar actos importantes y no existen familiares para asumir apoyos, se requiere intervención judicial.

Efectos jurídicos

Si los poderes preventivos o la autocuratela no cubren todas las decisiones necesarias, o la persona pierde la capacidad de gestionar actos importantes y no existen familiares para asumir apoyos, se requiere intervención judicial.

Conclusión sobre prevención de judicialización

Los poderes preventivos y la autocuratela pueden minimizar la necesidad de intervención judicial, pero no siempre la eliminan, especialmente cuando la persona carece de red familiar y se presentan situaciones complejas que exceden los poderes otorgados.

CASO 04 (R.T.M.)

“Riesgo patrimonial y conflicto familiar”



Situación:

R.T.M es una persona sociable y cercana, pero en los últimos años su entorno se ha ido reduciendo y ha desarrollado una tendencia a relacionarse con personas nuevas —vecinos, conocidos de comercios o personas que le ofrecen ayuda ocasional—.

En los últimos meses, ha realizado movimientos bancarios poco habituales: retiradas frecuentes de dinero en efectivo y pequeños préstamos que no llegan a recuperarse. Este patrón de uso desmedido del dinero ha despertado la preocupación de su prima, que es el único familiar que mantiene contacto frecuente con ella. Esta lleva tiempo ayudando con las gestiones económicas y administrativas, al principio con el consentimiento de R.T.M. y posteriormente mediante poderes notariales otorgados por la propia interesada. Sin embargo, la relación se ha deteriorado: R.T.M. ha empezado a desconfiar, la acusa de “querer quedarse con su dinero” y niega que necesite ayuda. La situación ha llegado a tal punto que la prima ha dejado de asumir la gestión económica, alegando que la tensión y las acusaciones son insostenibles.

A esto se suma que la prima ha denunciado varios episodios de hurto cometidos por personas del entorno de R.T.M., que se habrían aprovechado de su confianza. Aunque las denuncias constan, no se ha podido demostrar de forma concluyente la autoría en todos los casos.

Ante este contexto, la prima considera que existe un riesgo real de vulnerabilidad económica, y teme que R.T.M. pueda quedarse sin recursos suficientes para cubrir los apoyos de atención y cuidado que necesita. Por ello, plantea iniciar los trámites para una curatela representativa patrimonial, preferiblemente asumida por la administración pública

Red de apoyo:

Cuenta con una prima como único apoyo, quien actualmente gestiona a nivel económico y administrativo mediante poderes notariales otorgados por R.T.M.

Preocupación detectada:

La prima está preocupada por los movimientos en las cuentas de R.T.M y por la posibilidad de que se quede sin recursos suficientes para cubrir los apoyos necesarios de atención y cuidado. R.T.M. no ha recibido bien las sugerencias de su prima, acusándola de engañarle para quedarse con su dinero, lo que ha generado conflicto y distanciamiento. Su prima ya no desea seguir asumiendo la responsabilidad de las gestiones, por lo que se plantea que sea la administración pública quien asuma la curatela representativa..

1. ¿Qué ocurre cuando la desconfianza mutua entre familiares aumenta la vulnerabilidad?; ¿Qué impacto emocional genera en ambas partes?

En R.T.M.:

- Puede aparecer **susplicacia, ansiedad y vergüenza**, con riesgo de **aislamiento familiar y pérdida apoyos**.
- Puede aumentar la **hipervigilancia e irritabilidad**.

En la familia:

- Puede surgir tendencia a culpabilizar a la persona cuidadora, favoreciendo la retirada del apoyo y dejando a RTM en situación de desprotección.
- Puede generar carga emocional (agotamiento, resentimiento y miedo), tanto por el abuso económico detectado por otras personas como por las propias acusaciones de R.T.M.
- Puede aparecer culpa y ambivalencia de la persona sobre la que recae la curatela (quiere ayudar, pero no sabe cómo).

2. ¿Cómo detectar si la medida vulnera derechos patrimoniales o relacionales?

- Si se **excluye de las decisiones de forma sistemática**, limitando de más su autonomía.
- Si se **restringen sus relaciones o su participación social**: cuando las medidas apartan a la persona y la excluyen de la participación en su patrimonio, etc.
- Si se **limita** la participación en **ámbitos en los que la persona** puede participar.
- Si no se proporciona **información periódica, clara y comprensible** sobre los movimientos, decisiones y gestión patrimonial.
- Si no se garantiza una **revisión periódica y efectiva** de la medida por parte del organismo competente.
- Si se detecta que la medida impuesta **enriquece más a quien ejerce el apoyo que a la propia persona**.

A tener en cuenta

No necesariamente el diagnóstico de una enfermedad neurodegenerativa nos va a situar en una posición dual de persona cuidada versus persona cuidadora. Las mujeres con diagnóstico de Párkinson pueden vivir como una pérdida de valor personal y de su posición en la familia, la limitación en algunas tareas o roles relacionados con el cuidado de los demás (hijos/as, cónyuge, amistades,...).

En los casos en los que la persona ha establecido un patrón de ayuda a terceras personas de su entorno que trasciende los límites saludables del vínculo, basados en una autoexigencia relacionada

con estereotipos de género, respecto a "la generosidad sin límites" se pueden producir situaciones de vulneración de derechos que podemos abordar en el diagnóstico aplicando algunas preguntas de los parámetros de incorporación de la perspectiva de género acerca de Roles de género, condición y posición de las mujeres.

3. Planificar cómo implementar la medida con un enfoque centrado en la persona

- **Valorar la activación de apoyo institucional** (administración pública) en el caso que su prima no pueda continuar o para evitar tensiones y proteger el vínculo.
- Detectar **riesgo inmediato**: por ejemplo, gastos descontrolados que comprometan los recursos y, si hay riesgo inminente, notificar a servicios sociales.
- Realizar **evaluación tanto psicológica como social**, complementada con entrevistas y observación con R.T.M. y su prima para recabar información relevante.
- Valorar el estado cognitivo/psiquiátrico para determinar las acciones a desarrollar en base a los resultados.
- Preservar la máxima autonomía de R.T.M. mediante una **curatela limitada por ámbitos** (solo económica, por ejemplo), y revisable periódicamente.
- **Trabajar en la reducción de malestar emocional**:
 - Validar sus miedos y abordar la reconstrucción de confianza
 - Evitar aislarlo de la toma de decisiones: explorar qué le gustaría hacer y si hay alguna persona de referencia para que pueda ser su curador
 - Ser transparente en cada paso del proceso.



4. ¿Cuándo se justifica una curatela representativa patrimonial frente a poderes notariales previos?

En el contexto de Parkinson, la curatela representativa patrimonial se justifica cuando el poder notarial previo ya no asegura la protección del patrimonio por deterioro cognitivo o motriz progresivo, garantizando supervisión judicial y respeto a la autonomía residual de la persona.

5. ¿Qué obligaciones de rendición de cuentas tiene el curador/a designado por la administración?

El curador o curadora designado por la Administración tiene las siguientes obligaciones en materia de rendición de cuentas, conforme a los artículos 293 y 294 del Código Civil: según el artículo 293 del Código Civil, los gastos necesarios derivados de la rendición de cuentas serán a cargo del patrimonio de la persona a la que se prestó el apoyo. El saldo de la cuenta general devengará el interés legal, a favor o en contra del curador. Si el saldo es a favor del curador, el interés legal se devengará desde el requerimiento para el pago, previa restitución de los bienes a su titular. Si el saldo es en contra del curador, devengará el interés legal una vez transcurridos los tres meses siguientes a la aprobación de la cuenta.

Por otra parte, el curador será responsable de los perjuicios ocasionados por su culpa o negligencia a la persona a la que preste apoyo. Asimismo, la acción para exigir dicha responsabilidad caduca a los tres años desde la presentación final de cuentas.

CASO 05 (L.M.R)

“Dificultad en la toma de decisiones médicas y sanitarias”



Situación:

Hombre de 86 años, diagnosticado de Parkinson hace 8 años, con movilidad reducida y con deterioro cognitivo leve-moderado. Vive con su mujer, pero en los últimos meses ha mostrado dificultad para entender información médica compleja y ha empezado a rechazar tratamientos indicados, sin justificar claramente su decisión.

Red de apoyo:

Su mujer (77 años) es cuidadora principal y gestiona gran parte de la vida diaria. Tiene un hijo que vive fuera de la ciudad y solo puede implicarse ocasionalmente. Cuenta con seguimiento médico y apoyo de la trabajadora social de la fundación.

Preocupación de la familia:

Esta situación genera inquietud en la familia, que teme que L.M.R. pueda tomar decisiones que pongan en riesgo su salud o aceleren el deterioro. El hijo del matrimonio, que vive fuera de Valencia, sugiere consultar sobre una posible curatela representativa a nivel de decisiones médicas, mientras que la esposa duda, pues teme que una medida legal pueda “quitarle voz” a su marido o generar rechazo en él.

CASO 05 (L.M.R.) “Dificultad en la tomade decisiones médicas y sanitarias”

1. ¿Cómo interpretar el rechazo al tratamiento desde la vivencia subjetiva y la autonomía?

- Puede estar relacionado con la sensación de pérdida de control sobre su propia salud, siendo el rechazo la manera que puede tener L.M.R de reafirmar su autonomía en un contexto donde percibe que cada vez tiene menos capacidad de decisión.
- Puede vincularse al malestar asociado a tratamientos complejos: indicaciones médicas, cambios farmacológicos o la propia dificultad para entender la información sanitaria puede generar en él sobrecarga tanto emocional como cognitiva, favoreciendo la evitación.
- Puede expresar desesperanza hacia la propia salud, con la sensación de que, haga lo que haga, nada va a cambiar.
- Puede reflejar miedo a efectos secundarios (como el dolor físico o emocional), adoptando una actitud defensiva ante nuevas intervenciones terapéuticas.
- Puede estar influido por la desconfianza ante cambios de tratamiento, especialmente si no se comprende plenamente o generan inseguridad.³

³ Es necesario explorar el malestar asociado a la pérdida de autonomía y cómo se asocia esto con el rechazo al tratamiento; el rechazo no siempre debe interpretarse como incapacidad.

Respeto a la autonomía

- Mantiene capacidad para expresar preferencias, aunque tenga dificultades para procesar información compleja. Es importante saber adaptar la información a su nivel cognitivo, de modo que la persona pueda llegar a comprender lo que se le está explicando, sin llegar a infantilizar.
- Es importante favorecer su participación en la toma de decisiones en la medida de lo posible.
- Reconocer su derecho a rechazar tratamientos si comprende las consecuencias básicas.
- Es necesario evaluar capacidades específicas, ya que es posible que pueda decidir entre opciones más simples, aunque presente dificultades para comprender tratamientos complejos.

A tener en cuenta

Valoremos, en una propuesta de intervención que supone la asunción, por parte de las mujeres, de roles, funciones o tareas en la toma de decisiones o representación familiar que habitualmente habían sido desempeñadas por el cónyuge, si la asunción de estos espacios de toma de decisiones o ejercicio de poder de representación pueden ser una alternativa, con o sin apoyos externos, o cuando pueden ser una percibidos como una sobrecarga. Y contemplemos, si es necesario, incorporar medidas de acompañamiento y fortalecimiento de competencias, cuando existen capacidades e interés en asumir esas funciones por parte de las mujeres y las barreras se encuentran en estereotipos y prejuicios de género de otros miembros de la familia (cónyuge o hijos/as). Contemplemos para analizar estos contextos los parámetros relacionados con Roles de género, condición y posición de las mujeres.

2. ¿Hasta qué punto sus rechazos al tratamiento son expresión de una decisión consciente, de desconfianza o de miedo?

Se puede detectar una decisión consciente si:

- Comprende su diagnóstico y es capaz de explicar qué le ocurre y qué implican los tratamientos propuestos.
- Mantiene la decisión en el tiempo y puede argumentarla de forma coherente.
- Expresa emociones al hablar del tratamiento (ansiedad, miedo, enfado o tristeza).
- La decisión se encuentra alineada con sus valores personales, su historia vital o su estilo habitual de afrontar la salud y la autonomía.

Alternativa

- Ofrecer acompañamiento a las consultas médicas, lo que puede ser crucial para reducir la ansiedad y apoyar en la toma de decisiones.
- Adaptar el lenguaje médico, utilizando explicaciones claras, concretas y ajustadas al nivel cognitivo de la persona.
- Favorecer un rol colaborativo en la toma de decisiones, en lugar de imponer indicaciones.
- Proporcionar apoyo psicológico en el proceso, explorando las emociones asociadas al tratamiento y trabajar miedos o resistencias.

- Valorar la elaboración de un documento de voluntades anticipadas, si mantiene capacidad suficiente, como herramienta de planificación y respeto a su autonomía futura.

¿Qué garantías judiciales deben respetarse para evitar que la medida derive en una tutela encubierta o en la pérdida de voz del paciente?

Según el artículo 282 del Código Civil, el curador asistirá a la persona a la que preste apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica respetando su voluntad, deseos y preferencias. La persona tiene el derecho sustantivo a poder expresar su propia voluntad, preferencias o, en su caso, la forma como se ha de comunicar.

Los mecanismos de control judicial serían la revisiones periódicas, rendición de cuentas, intervención del Ministerio Fiscal y posibilidad de revisión o cese del curador.

CASO 05 (L.M.R.) “Dificultad en la tomade decisiones médicas y sanitarias”



3. ¿Es posible constituir una curatela limitada al ámbito sanitario sin afectar otras áreas de autonomía? ¿Qué requisitos exige el juzgado para admitir una curatela de este tipo?

En la curatela asistencial sanitaria, la curatela se suscribe al ámbito de la salud, no afectando a lo personal, social o económico, mientras que en la patrimonial protegen a las personas de ser presas de errores económicos o de mala gestión de sus bienes. En ambos casos, para llegar al procedimiento que da lugar a la curatela se hace necesario el interponer la demanda debidamente motivada, el informe médico forense y social o el obrar en la curatela, la propuesta del curador, escuchar a la persona y el control judicial.

4. ¿Qué marco normativo regula en la Comunidad Valenciana la coordinación entre salud, servicios sociales y poder judicial para aplicar medidas de apoyo con enfoque de derechos?

En la Comunidad Valenciana, la coordinación entre salud, servicios sociales y poder judicial para aplicar medidas de apoyo con enfoque de derechos, en casos de Parkinson u otras situaciones de diversidad funcional, se sustenta en:

1. La Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales Inclusivos, que configura un sistema integrado de servicios sociales y sanitarios con obligación de coordinación y colaboración para la atención integral de las personas más vulnerables.
2. El mandato de interacción con la administración de justicia, reconocido expresamente en la misma Ley, aunque sin mecanismos protocolizados obligatorios de comunicación entre servicios sociales y órganos judiciales.

Este marco garantiza, en teoría, que las medidas de apoyo —como la curatela u otras intervenciones— se adopten con respeto a los derechos de las personas y con intervención multidisciplinar, aunque en la práctica la gestión operativa y la coordinación con los órganos judiciales puedan depender de protocolos internos o iniciativas adicionales.

CASO 06 (A.L.R.)

“Adicción, impulsividad y riesgo económico”



Situación:

Hombre de 57 años, con diagnóstico de parkinsonismo y deterioro cognitivo leve-moderado. Presenta problemas de control de impulsos y aumento de la desinhibición sexual, que se manifiestan en conductas de búsqueda de gratificación inmediata y gasto compulsivo en contextos de ocio y relación interpersonal. Estas conductas han generado riesgo económico y conflictos intrafamiliares.

Red de apoyo:

Convive con su esposa, que actualmente asume el cuidado principal y la supervisión de su día a día, y con su hija, que también participa en el acompañamiento y apoyo cotidiano. No se ha identificado una red familiar o social amplia fuera del núcleo conviviente.

Preocupación de la familia:

La esposa se encuentra desbordada ante la situación, especialmente por el riesgo patrimonial que implican las conductas impulsivas de A.L.R. y por el impacto emocional de los conflictos familiares derivados. Existe temor a que se pierdan recursos necesarios para el futuro cuidado y a que las adicciones afecten gravemente a la convivencia.

1. ¿Qué efectos jurídicos tienen los poderes preventivos y poderes notariales en casos sin red familiar? ¿Podrían prevenir la judicialización? (Base normativa)

Garantizando siempre un enfoque centrado en la persona, respetando la dignidad de A.L.R. y protegiendo su bienestar integral. Estas conductas no se deben considerar como adicciones, sino como una alteración conductual derivada del diagnóstico.

- **Favorecer la toma de conciencia del problema** como paso necesario para su abordaje.
- **Revisar el impacto neurológico de posibles fármacos**, valorando ajustes farmacológicos si los efectos secundarios conductuales están influyendo en la sintomatología.
- **Aplicar la Terapia Cognitivo Conductual** incluyendo contratos conductuales revisables, identificación de disparadores como el aburrimiento o el estrés o entrenamiento en demora de la gratificación. Debe ser clara, sencilla, accesible, concreta y visual. Es vital guiar en el proceso y realizar una intervención con objetivos consensuados.
- **Planificar actividades ocupacionales** alternativas en momentos de mayor riesgo de conducta impulsiva.

2. ¿Que estrategias pueden permitir un equilibrio entre autonomía y supervisión, evitando una pérdida total de control sobre su vida?

- Establecer límites de gasto pactados con la persona. En lugar de controlar, supervisar y negociar para poder ayudar en la gestión económica, garantizando que sea responsable.
- Alejar al paciente de contextos de gasto descontrolado, que puedan desencadenar en una pérdida económica grave a largo plazo
- Apoyo en la toma de decisiones y promover que sea capaz de anticipar las consecuencias de sus actos.

3. Explorar las consecuencias emocionales en la pareja y la importancia de ofrecer apoyos a la esposa como cuidadora principal

- Reconocer la sobrecarga física y emocional de la pareja, que ha asumido funciones de cuidadora, asesora económica y responsable del bienestar general, afectando al equilibrio de la relación.
- Identificar el conflicto entre protección y respeto a la autonomía, evitando dinámicas de sobreprotección que limiten capacidades aún conservadas.
- Considerar el desgaste específico de la mujer cuidadora, teniendo en cuenta el peso del rol social asignado y sus implicaciones físicas, sociales y emocionales.

- El gasto impulsivo puede poner en peligro la economía familiar. Por ello, es necesario tener cierto control sobre la actividad económica, sin limitarla, pero conociendo los riesgos que esta puede acarrear.
- Es importante ofrecer apoyo específico:
 - Validar malestar asociado a la enfermedad del marido.
 - Ofrecer herramientas de autorregulación y prevenir el desgaste emocional y físico
 - Herramientas para apoyar al marido.
- La desinhibición sexual puede afectar a la situación de la pareja, al igual que el deterioro del vínculo conyugal en donde hay un cambio de rol en la mujer (pasa de ser su pareja a ser su cuidadora). Es necesario analizar su impacto en la relación, diferenciar el síntoma neurológico de la intencionalidad sin minimizar el daño emocional y establecer límites claros y consensuados adaptados a la situación clínica.

A tener en cuenta

La desinhibición sexual puede afectar a la dimensión relacional de la pareja, al igual que el deterioro del vínculo conyugal en donde hay un cambio de rol en la mujer que pasa de ser pareja a cuidadora. Sería necesario analizar el impacto en la relación, diferenciando el síntoma neurológico de la intencionalidad, sin minimizar o justificar el daño emocional, estableciendo límites claros y consensuados adaptados a la situación clínica, sin que ésta vulnere derechos.

Los parámetros vinculados a este análisis serían los relacionados con roles de género, la corresponsabilidad y el acceso a recursos económicos y sociales.

4. ¿Qué criterios jurídicos determinan cuándo aplicar una curatela representativa patrimonial en situaciones de riesgo económico derivadas de conductas impulsivas o adictivas?

La curatela representativa se da solamente en casos excepcionales. La total permite que el juez le imparta funciones de representación de la persona que no puede manifestar o conformar su voluntad ni con ayudas adecuadas. La curatela representativa parcial puede ser patrimonial o sanitaria, con requisitos similares a los de la curatela asistencial. En el caso patrimonial, además, se debe citar la existencia de una alteración relevante para autogobernarse, riesgo cierto y grave de perjuicio patrimonial, insuficiencia de medidas menos restrictivas, delimitación del alcance de la representación de forma precisa y revisión periódica.

5. ¿Se puede garantizar que la medida sea proporcional y temporal, según evolución médica?

De acuerdo con el artículo 268 del Código Civil, las medidas adoptadas por la autoridad judicial en el procedimiento de provisión de apoyos han de ser proporcionales a las necesidades de la persona que las precise, respetar al máximo su autonomía en el ejercicio de la capacidad jurídica y atender en todo momento a su voluntad, deseos y preferencias.

Asimismo, el citado precepto establece que las medidas de apoyo adoptadas judicialmente deberán revisarse periódicamente en un plazo máximo de tres años. No obstante, de manera excepcional y mediante resolución motivada, la autoridad judicial podrá fijar, en el procedimiento de provisión o de modificación de apoyos, un plazo de revisión superior que no podrá exceder de seis años.

Sin perjuicio de lo anterior, las medidas deberán revisarse en cualquier momento si se produce un cambio en la situación de la persona que haga necesaria su modificación.

4. ANEXO I. ÍTEMS ORIENTATIVOS PARA ELABORAR UN PROYECTO/PLAN DE VIDA

Este anexo ofrece un listado de ítems posibles para apoyar la construcción de un Proyecto/Plan de Vida con personas con enfermedades neurodegenerativas (y, en general, con necesidades de apoyo cambiantes). Su objetivo es orientar y facilitar una visión práctica, no estandarizar la intervención: no es una guía única ni un modelo para seguir al pie de la letra. Además, se recuerda que será necesario realizar un seguimiento y evaluación del plan, ya que las necesidades, demandas o expectativas de la persona pueden cambiar con el tiempo.

1) Identidad y sentido

- Quién es la persona (lo que le importa, valores, roles, lo que la define).
- Qué le da sentido al día a día (lo que disfruta, lo que evita, lo que le calma).

2) Preferencias en el trato y en la comunicación

- Cómo prefiere ser tratada y escuchada: ritmo, tono, privacidad, tiempos.
- Qué facilita la comunicación y qué la dificulta (de forma general).

3) Red de apoyos y coordinación

- Cómo prefiere ser tratada y escuchada: ritmo, tono, privacidad, tiempos.
- Qué facilita la comunicación y qué la dificulta (de forma general).

4) Objetivos de vida

- Qué quiere mantener (prioridades: qué es "lo más importante ahora"), qué le gustaría mejorar y qué le gustaría recuperar.

5) Rutinas y vida cotidiana

- Qué estructura le funciona (rutinas, hábitos, tiempos de descanso/actividad)
- Qué apoyos generales podrían facilitar el día a día (sin entrar en prescripciones).

6) Bienestar y autocuidado

- Qué sostiene su bienestar emocional (motivación, compañía, calma, actividades).
- Señales generales de malestar y qué suele ayudar (de forma orientativa).

7) Autonomía y toma de decisiones

- Qué decisiones quiere seguir tomando y en cuáles acepta apoyo
- Qué tipo de apoyo le resulta más respetuoso (acompañamiento, información

clara, opciones...).

8) Entorno y seguridad

- Aspectos del entorno que facilitan o dificultan su autonomía (espacios, accesibilidad, organización).
- Situaciones que conviene anticipar (sin detallar protocolos clínicos).

9) Relaciones y participación social

- Con quién quiere contar y cómo (frecuencia, espacios, límites).
- Formas de participación significativas (comunidad, actividades, grupos, aportaciones).

10 Derechos, dignidad y límites personales

- Qué es irrenunciable para la persona (intimidad, dignidad, costumbres).
- Límites: qué no desea, qué le incomoda, qué necesita proteger.

5. ANEXO II. Procedimiento de tramitación de la curatela desde Trabajo Social (Comunidad Valenciana)

1) Información y orientación a la persona y entorno

- Información y orientación a la persona y entorno
 - Qué implica (acompañamiento en la toma de decisiones)
- Qué implica (acompañamiento en la toma de decisiones)

2) Elaboración y recopilación de documentación

Documentación básica:

- DNI/NIE
- Certificado de empadronamiento
- Libro de familia (si hay familiares implicados)
- Informe clínico y/o Historia Clínica
- Informe psicológico y/o neuropsicológico (opcional pero recomendable, especialmente en Parkinson u otros deterioros cognitivos).

Desde Trabajo Social se deberá elaborar un **informe social**, donde se detalle

- Determinantes sociales de la salud
- Riesgos sociales
- Red de apoyos
- Análisis y justificación de necesidad de apoyos

El objetivo es acreditar la necesidad de apoyos y su alcance, desde una valoración integral.

3) Orientación para el inicio del procedimiento judicial

El/la profesional de Trabajo Social no presenta la demanda como sujeto legitimado, pero puede promover, facilitar y acompañar su tramitación, especialmente en situaciones en las que la persona no dispone de red de apoyo o presenta dificultades para gestionar el proceso.

4) Procedimiento judicial

Una vez presentada la demanda:

- Admisión a trámite
- Audiencia de la persona
- Valoración por equipo psicosocial / forense (si procede)
- Vista judicial
- Sentencia

En la resolución se determinará:

- Tipo de apoyos
- Alcance de la curatela
- Designación de la persona curadora

5) Acompañamiento desde Trabajo Social

Durante el proceso:

- Apoyo a la persona y familia en la comprensión del procedimiento
- Coordinación con recursos sociales y sanitarios
- Seguimiento de la situación

Especialmente importante en casos de:

- Conflicto familiar
- Riesgo económico
- Rechazo de apoyos

6) Seguimiento tras la resolución

Una vez establecida la curatela:

- Valorar el impacto de la medida en la autonomía y en la calidad de vida de la persona
 - Supervisar la adecuación y proporcionalidad de los apoyos establecidos
 - Coordinar con la persona curadora y el resto de la red implicada
 - Detectar posibles cambios en la situación (mejoría, empeoramiento, nuevos riesgos)
 - Ajustar o proponer revisión de la medida cuando sea necesario
- La curatela es una medida revisable y adaptable en el tiempo, por lo que el seguimiento resulta clave para garantizar que se mantiene alineada con las necesidades, preferencias y derechos de la persona.

6 BIBLIOGRAFÍA

I. Marco metodológico – Trabajo Social

España. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con diversidad funcional en el ejercicio de su capacidad jurídica. Boletín Oficial del Estado, n.o 132, 3 de junio de 2021.

Consejo General del Trabajo Social. (2012). Código deontológico de Trabajo Social. Consejo General del Trabajo Social.

Gillis, A., Mitchell, G., & Craig, S. (2025). Mental Health and Well-Being of Residents with Parkinson's Disease in Care Homes: A Scoping Review. *Healthcare*, 13(21), 2791. <https://doi.org/10.3390/healthcare13212791>

Rodríguez Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona (Informes Portal Mayores, n.o 106). IMSERSO.

Soto Esteban, R., Alcázar Ruiz, R., & Villegas Castrillo, E. (2024). El trabajo social y sus intervenciones de apoyo a la capacidad jurídica de las personas, tras la Ley 8/2021. *Siglo Cero*, 55(1), 29–47.

Viscarret Garro, J. J. (2014). Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social (4a reimp.). Madrid: Difusora Larousse – Alianza Editorial.

II. Marco metodológico – Psicología

Martínez Rodríguez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos.

Modelos de atención y evaluación. [Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, n° 3]. Fundación Pilares. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPenserviciosgerontologicos.pdf>

Naik, A. D., Dyer, C. B., Kunik, M. E., & McCullough, L. B. (2009). Patient autonomy for the management of chronic conditions: a two-component re-conceptualization. *The American journal of bioethics*, 9(2), 23–30. <https://doi.org/10.1080/15265160802654111>

Perepezko, K., Hinkle, J. T., Forbes, E. J., Pontone, G. M., Mills, K. A., & Gallo, J. J. (2023). The impact of caregiving on quality of life in Parkinson's disease: A systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 38(1), e5870. <https://doi.org/10.1002/gps.5870>

Pourzinal, D., Brooks, D., Sriram, D., Mitchell, L. K., Pachana, N. A., Shrubsole, K., Wood, B., O'Sullivan, J. D., Marsh, R., Lehn, A., Liddle, J., Tan, E. C. K., Halford, W. K., Page, N., & Dissanayaka, N. N. (2025). Diagnosis, evaluation, and management of cognitive disorders in Parkinson's disease: Consensus recommendations from a modified Delphi process. *Alzheimer's & dementia (Amsterdam, Netherlands)*, 17(3), e70152. <https://doi.org/10.1002/dad2.70152>

Svenningson, P., Weatman, E., Ballard, C. y Aarsland, D (2016). Cognitive impairment in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *The Lancet Neurology*, 11(8), 697–707. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70152-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70152-7)

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open University Press.

III. Marco metodológico – Derecho

Código Civil. (1889). Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Boletín Oficial del Estado, 206, de 25 de julio de 1889. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763>

Glosario

de terminología

sociosanitaria -enfermedades neurodegenerativas

Este Glosario de Terminología Sociosanitaria, centrado en las enfermedades neurodegenerativas, tiene como finalidad favorecer un lenguaje común entre profesionales del ámbito social y sanitario, contribuyendo a mejorar la interpretación de informes, dictámenes y valoraciones que se emplean durante el proceso de curatela. Comprender y utilizar adecuadamente estos términos facilita la toma de decisiones fundamentadas, la elaboración de informes sociales más precisos y la transmisión comprensible de información a las familias.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):

Actividades esenciales para el autocuidado y la vida diaria. El deterioro de estas suele estar relacionado con un mayor grado de dependencia.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):

Tareas más complejas que las ABVD, necesarias para la vida autónoma (gestión económica, uso del teléfono, medicación, transporte, compra, cocina, mantenimiento del hogar...). Suelen ser las primeras que se ven afectadas en fases iniciales de deterioro.

Alteraciones conductuales/emocionales:

Cambios en el comportamiento asociados al proceso neurodegenerativo (apatía, depresión, irritabilidad, inhibición o desinhibición social, delirios, trastorno del control del impulso).

Fluctuaciones:

Variaciones del estado motor y/o no motor por cambios en el efecto de la medicación (especialmente levodopa).

a)Estado ON: Estado en el que la persona está respondiendo óptimamente a su medicación, principalmente una respuesta a levodopa.

b)Estado OFF: Estado en el que la medicación está perdiendo el efecto justo antes de la siguiente.

Apoyo natural:

Ayuda que proviene del entorno cercano (familia, amistades, vecindario) y que complementa la intervención profesional.

Atención Integral Centrada en la Persona (AICP):

Enfoque que sitúa a la persona como protagonista de su vida y de las decisiones sobre su cuidado, respetando su historia, valores y preferencias.

Autonomía:

Capacidad de la persona para decidir y ejecutar acciones de forma independiente en su vida cotidiana.

Capacidad funcional:

Grado en que una persona puede realizar de manera efectiva las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. No depende solo del diagnóstico médico, sino del entorno donde se desarrolle su día a día y los apoyos con los que cuente la persona.

Dependencia:

Necesidad de apoyo continuo o intermitente para realizar actividades básicas o instrumentales.

Se clasifica, según la Ley 39/2006, en los siguientes grados:

A. Grado I (Moderada): La persona necesita ayuda al menos una vez al día o apoyo intermitente para realizar algunas actividades básicas, sin requerir la presencia continua de una persona cuidadora.

B. Grado II (Severa): La persona necesita ayuda dos o tres veces al día para realizar actividades básicas, pero no requiere apoyo permanente durante las 24 horas.

C. Grado III (Gran Dependencia): La persona necesita apoyo indispensable y continuo para realizar las ABVD, dependiendo de manera generalizada de otra persona o de ayudas técnicas constantes.

Deterioro Cognitivo Leve (DCL):

Alteración ligera de la memoria o de otras funciones cognitivas (lenguaje, atención, orientación...). Se mantiene autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.

Deterioro Cognitivo Moderado:

Mayor afectación de la memoria reciente, del lenguaje o de la orientación.

Deterioro Cognitivo Grave:

Afectación severa de las capacidades cognitivas (memoria, comprensión, orientación y comunicación), con dependencia alta para las actividades de la vida diaria. Suele requerir supervisión continua y pueden aparecer alteraciones conductuales o emocionales.

Síndrome disejecutivo:

ejecutivas: planificación, organización, flexibilidad mental, control de impulsos y memoria de trabajo. La memoria y el lenguaje pueden estar relativamente conservados, pero la persona tiene dificultades para gestionar decisiones y tareas cotidianas complejas.

Red de apoyo:

Conjunto de personas, recursos y servicios que contribuyen al bienestar integral de la persona (familia, amistades, profesionales, comunidad).

Fluctuaciones:

Variaciones del estado motor y/o no motor por cambios en el efecto de la medicación (especialmente levodopa).

a) Estado ON: Estado en el que la persona está respondiendo óptimamente a su medicación, principalmente una respuesta a levodopa.

b) Estado OFF: Estado en el que la medicación está perdiendo el efecto justo antes de la siguiente.

Disfagia

Dificultad o imposibilidad parcial para tragar alimentos o líquidos, que puede generar riesgo de atragantamiento o desnutrición. Es una complicación frecuente en fases moderadas y avanzadas de la enfermedad.

Alteraciones de la marcha:

Dificultad para caminar de forma fluida y segura, caracterizada por pasos cortos, lentitud, arrastre de pies y posibles episodios de bloqueo o "freezing" (FoG), en los que la persona se queda momentáneamente inmóvil e incapaz de avanzar

Inestabilidad postural:

Pérdida o disminución de los reflejos posturales que permiten mantener el equilibrio y reaccionar ante desequilibrios. Esta alteración conlleva un alto riesgo de caídas, especialmente en las fases avanzadas del Parkinson.

Apatía:

Síndrome comportamental que se caracteriza principalmente por falta de motivación e indiferencia emocional. Es muy frecuente en el diagnóstico del Parkinson, con una prevalencia que oscila en el 16-48% entre las personas que padecen la enfermedad padecen la enfermedad

Esta guía utiliza un lenguaje inclusivo y no sexista.

Edita: Parkinson Valencia.
Diseño y maquetación: Parkinson Valencia.

© Todos los derechos reservados 2026



FUNDACIÓN PARKINSON VALENCIA
www.parkinson-valencia.com

Carrer de Nicolau Primitiu Gómez, 15, Patraix, 46014 València

963 82 46 14 | 601 30 08 85

