



# La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés

Jazmín Camacho Hernández<sup>1</sup>, Montserrat Duarte Moreno<sup>2</sup>, Sandra Pàmies Tejedor<sup>3</sup>,  
Serena del Pino Sisteré<sup>4</sup>, Iván Sánchez Martínez<sup>5</sup>

## Resumen

*Las BBPP Buenas Prácticas en el Servicio de Atención a Domicilio son el eje principal de la Calidad del Servicio: del bienestar de las personas mayores así como del de las personas cuidadoras – cuidadores formales e informales –, contemplando des de Técnicos/as Sociosanitarios, Técnicos/as en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Psicólogos/as, Enfermeros/as, Integradores/as Sociales, Técnicos/as en Atención a Personas en Situación de Dependencia hasta familiares prójimos a la persona en situación de dependencia.*

*La figura del profesional especializado en Gerontología es imprescindible en los Servicios de Atención a Domicilio con tal de desarrollar una metodología basada en el Modelo Internacional de la Atención Integral y Centrada en la Persona y en el Modelo Innovador Baluchon Alzheimer, paliando con el Efecto Burnout o Síndrome del Trabajador Quemado. Se considera una revisión posterior (2019/2020) respecto al impacto mundial en Home Care así como al abordaje de las distintas manifestaciones neurocognitivas y las BBPP Buenas Prácticas en el Domicilio en UK, EEUU, México, España y Francia.*

*PALABRAS CLAVES: Startups, Home Care, Servicio de Atención a Domicilio, Baluchon Alzheimer, gerontólogos, cuidadores de personas mayores en el domicilio.*

## Abstract

The BPIPs Best Practice Intervention Packages in the Home Care Service are the main axis of Service Quality: of the well-being of the elderly as well as of the carers - formal and informal caregivers -, contemplating the socio-technical technicians, Nurse Technicians, Psychologists, Nurses, Social Integrators, Technicians in Attention to People in Situation of Dependency to relatives close to the person in situation of dependency.

The figure of the professional specialized in Gerontology is essential in Home Care Services in order to develop a methodology based on the International Model of Comprehensive and Person Centered Care Planning

and the Baluchon Alzheimer Innovative Model, palliating with the Burnout Effect or Burn-out syndrome among critical care workers.

It is considered a later revision (2019/2020) regarding the global impact in Home Care as well as the approach of the different neurocognitive manifestations and The BPIPs in the Home in the UK, USA, Mexico, Spain and France.

**KEYWORDS:** Startups, Home Care, Home Care Services, Baluchon Alzheimer, gerontologists, caregivers.

**ISSUE N°1**  
**JUNIO**  
2019

**Recibido:**  
20/02/2019

**Aceptado:**  
09/03/2019

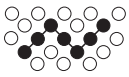
(1) Licenciada en Gerontología. Presidente de Gerontólogos en Acción S.A.S. México. Universidad Estatal del Valle de Toluca.

(2) Licenciada en Gerontología. Vicesidente de Gerontólogos en Acción S.A.S. México. Universidad Estatal del Valle de Toluca.

(3) Psicóloga y Gerontóloga Social. Barcelona, España. Psicogerontóloga activa en Home Care y Formadora del Ciclo Formativo de Grado Medio 'Atención a personas en situación de dependencia' Pauta Centre de Formació – Gerneraltat de Catalunya – Institut Obert de Catalunya.

(4) Psicóloga Forense y Psicogerontóloga, responsable de Protocolo de Maltrato, Diputación de Barcelona, España

(5) Psiogerontólogo y Psicólogo General Sanitario, experto en el Método de Validación, profesor asociado en la Universitat de Vic, estudiante de doctorado en la Universitat de Vic, Barcelona, España.



*La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés*

## INTRODUCCIÓN.

SAD, por sus siglas hace referencia al Servicio de Atención a Domicilio, cuya importancia ha ido en aumento en países como España y Francia, dichos servicios van en función a los requerimientos de las personas adultas mayores, la familia y/o el cuidador.

Las empresas prestadoras de SAD, ofrecen sobretodo el servicio de cuidado a las personas adultas mayores, para lo cual se seleccionan cuidadores sociosanitarios de personas mayores: desde Técnicos/as Sociosanitarios/as a Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Gerocultores Internos con experiencia, Integradores Sociales e incluso licenciados en Gerontología y Médicos.

En España y Francia respecto al Gerontólogo, su formación es meramente especialidad o posgrado, tal es el caso de los Psicogerontólogos, Gerontólogos sociales, etc. Y su participación en el SAD, puede ser un tanto limitada dada su formación principal (Psicología, Derecho, trabajo social, etc), y para quienes han estudiado Gerontología como licenciatura, tal es el caso de Gerontólogos Mexicanos pese a que su formación es holística (biopsicosocial), actualmente en España y Francia éstos desempeñan el rol de cuidador en el SAD, definiendo a cuidador como “Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”(Reyes, 2001).

De ahí a que hoy en día, exista confusión entre el Gerontólogo (a) y Gericultista. Por lo que resulta importante entender que Gerontólogos y Gericultores son diferentes profesionales – que no deben ser confundidos, que no ejercen la misma función – pero que es más, se complementan y son realmente ambos el valor añadido de todo Servicio a Domicilio, que se viene manejando en España y Francia.

Y si bien, brindar cuidados Gerontológicos, son parte de las competencias y habilidades de los Licenciados en Gerontología, éstos también cuentan con otras más, las cuales resultan favorables e importantes en el SAD.

Lo anterior nos ha llevado a exponer la diferencia que existe entre aquellos profesionistas que trabajan en pro del adulto mayor. Por lo que, a continuación. Se da una aproximación teórica y conceptual en torno a estos profesionistas que forman parte del SAD en personas adultas mayores.

Y finalmente se da una aproximación teórica de temas de interés para el SAD; Maltrato en las personas adultas mayores, Sexualidad en la vejez, y al modelo innovador Baluchon Alzheimer.

Recordemos que una actualización constante de éstos y otros temas en los profesionistas que brindan servicio a las personas adultas mayores, su familia y/o cuidador. Resulta sumamente indispensable para brindar un servicio oportuno y de calidad, logrando así, mejorar la calidad de vida en las personas adultas mayores.

## **La Gerontología y el Gerontólogo: Una ciencia a favor de la Vejez**

Justificación teórica y conceptual sobre la figura imprescindible del gerontólogo. Autores: Duarte, Pàmies, Camacho (2018).

*“Los médicos salvan vidas, los Gerontólogos hacemos que la vida valga la pena”*

*Jazmin Camacho Hernández*

El envejecimiento demográfico global se presenta como un gran reto tanto para los Gobiernos, como para las instituciones. Ante tal situación en distintos países se tomó la decisión de dar apertura a la capacitación y formación de profesionales dedicados al envejecimiento y a la población adulta mayor, que contribuyan a la investigación y planeación de estrategias que permitan cubrir sus necesidades y preparar a la sociedad en general para el futuro que se avecina.

Para ello, ha sido esencial la preparación de médicos con especialidad en geriatría, de Gerontólogos y Gericultores.

En este apartado hablaremos específicamente de la Gerontología y los Gerontólogos.

La Gerontología es nombrada por primera vez en 1903, cuando Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que de acuerdo con él “traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida”. (Secretaría de salud, 2012)



*Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez*

Actualmente es denominada como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores (Prieto, 1999)

El término gerontología proviene etimológicamente del griego, *geron* = viejo y *logos* = estudio. Ésto hace referencia al término *gerontocracia*, con el que se describía en la Grecia antigua al gobierno controlado por los ancianos. Los *Gerontes* eran un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y controlaban el gobierno de la Ciudad-Estado (Ministerio de Salud y Protección social, 2016)

Llegados a este punto, hoy en día existen distintas formas de estudiar gerontología. Algunos lo estudian como carrera técnica, otros como carrera de educación superior (con durabilidad variable), y unos más como especialidad o posgrado. Sin embargo queda claro que el objetivo es el mismo: la triada adulto mayor-vejez-envejecimiento, aunque la manera de intervención será diferente, por ejemplo en México aquellos Gerontólogos con educación en universidades con la oferta de licenciatura en Gerontología a 5 años, van enfocados al servicio integral (biopsicosocial y espiritual) de la persona adulta mayor, mientras que en España estudiar Gerontología es mediante un amplio abanico de posgrados y másters oficiales, tal es el caso de la Psico-gerontología.

En España existen en la actualidad diferentes caminos profesionales con tal de llegar a ser un profesional de la Gerontología, siendo los más relevantes: el Máster oficial en Psicopatología Clínica, el Máster oficial en Psicogerontología, el Máster de Título propio en Gerontología Social, el Máster de Título propio en Dirección y Gestión de Centros Residenciales y otros recursos gerontológicos, etc. Asimismo en Francia también radican diferencias, y es que la especialización en Gerontología pasa por la posgraduación o especialización mediante el Máster oficial en Gerontopsiquiatría o Neuropsicología.

Así pues, se conoce al Gerontólogo como el profesional del área de la salud que atiende, orienta, asesora, apoya al adulto mayor y a la población en general en todos los procesos biopsicosociales que se enfrenta durante el envejecimiento, realiza una evaluación y valoración integral, mediante una batería de instrumentos validados para población adulta mayor, la cual le permite identificar las necesidades reales del paciente y de esta forma diseñar un plan de intervención

que le ayude a desenvolverse en todas sus esferas, aplicando terapias que lo lleven a mejorar su calidad de vida, tomando siempre en cuenta sus recursos y posibilidades.

Su visión es preventiva, de planeamiento y de rehabilitación, propiciando que la persona adulta mayor mantenga sus capacidades o bien logre incorporarse a su medio de manera autosuficiente, trayendo como resultado el favorecer su condición de persona activa. Añadiendo a su visión la gestión y emprendimiento.

De manera breve, dentro del área física valora la funcionalidad, capacidad de desplazarse de un lugar a otro y de realizar actividades de la vida diaria de forma independiente, enfocándose en los desencadenantes de los síndromes geriátricos. También valora el estado emocional, detectando problemas de comportamiento, posible depresión y el estado cognitivo; y finalmente en el área social valora funcionalidad familiar y recursos sociales con los que cuenta el paciente.

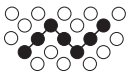
Es importante mencionar que el gerontólogo trabaja de manera cercana con el cuidador primario y/o familiares, capacitándolos para el cuidado de su paciente ya sea o no institucionalizado, además de valorar sobrecarga del cuidador y diseñar planes de intervención que le permitan mantener una salud mental.

Puede realizar sus funciones en diferentes ámbitos, como el administrativo, el clínico, el educativo y el de trabajo comunitario y a domicilio.

En el libro *Principios de abordaje Gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas*, edición 2012, de la Secretaría de Salud de la República Mexicana, se enumeran las actividades y las habilidades que debe realizar y poseer el profesional en Gerontología para desempeñarse correcta y completamente en su área.

Dichas premisas son mencionadas a continuación:

- Determinar de forma integral el estado funcional de la persona adulta mayor.
- Brindar asesoría a las personas adultas mayores tanto a nivel individual como familiar sobre los diversos procesos biopsicosociales inherentes al envejecimiento.
- Sensibilizar al personal que atiende a las personas adultas mayores sobre sus necesidades especiales de atención.
- Realizar acciones de prevención, promoción y atención de la salud, referencia y contra referencia encaminada a la preservación y mejora de la salud en las personas adultas mayores, en los tres niveles y



*La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés*

modalidades intermedias de atención.

- Favorecer el desarrollo humano de las personas adultas mayores, sus familiares y cuidadores mediante el otorgamiento de información y acciones específicas a sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, en colaboración con otros profesionales que atienden adultos mayores.
- Ofrecer asesoría en materia de envejecimiento a instituciones tanto públicas como privadas para la formulación y puesta en marcha de programas y acciones específicas.
- Planificar, ejecutar y evaluar planes y programas de salud y acción social.
- Cooperar en la creación y puesta en marcha de programas contra la discriminación a las personas adultas mayores.
- Plantear, organizar, implementar y llevar a cabo investigación gerontológica social.
- Coadyuvar en la realización de investigación clínica con contenido geronto-geriátrico.
- A partir del conocimiento generado, impartir y promover el aprendizaje de acciones, que lleven a la persona, en cualquier etapa de la vida, a un envejecimiento activo, saludable y funcional.

Así mismo menciona que el gerontólogo se debe formar en los siguientes aspectos para poder desenvolverse:

- Estudiar los cambios biopsicosociales producidos en las personas adultas mayores.
- Comprender la legislación vigente en materia de protección a la persona adulta mayor y su aplicación dentro de su campo de acción.
- Saber los principios de geriatría, rehabilitación y los fundamentos terapéuticos de medicamentos prescritos en las personas adultas mayores.
- Entender los principios de bioética y su aplicación en la atención de las personas adultas mayores.
- Conocer los principios de tanatología en las personas adultas mayores con enfermedades terminales y pérdidas diversas, concibiendo a estas y sus familiares con una unidad de atención.
- Percibir y analizar los cambios en la sociedad como consecuencia de un envejecimiento poblacional.
- Conocer y analizar los cambios epidemiológicos como consecuencia de un envejecimiento poblacional.
- Aplicar este conocimiento a programas y políticas de

desarrollo individual y social.

- Conocer, promover e innovar los modelos educativos en materia gerontológica.

Definitivamente el trabajo que se aproxima es amplio y pudiera verse bastante complicado, sin embargo, el Gerontólogo en conjunto con el equipo interdisciplinar, deberán realizar todo lo que está a su alcance para lograr el impacto deseado e incidir de manera positiva en la sociedad, en las instituciones y en los gobiernos y, como consecuencia, en las determinantes de la salud y del envejecimiento activo y con calidad.

El profesional en Gerontología tiene el firme compromiso de direccionar su actuación profesional, para dar respuesta a los desafíos que se presentarán contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores y de la población en general, especialmente de aquellos que se encuentran en mayor estado de vulnerabilidad y en condiciones de riesgo, construyendo estrategias y gestionando los recursos para su empoderamiento y corresponsabilidad frente a su propia vejez.

### **La Gericultura, el Gerocultor y otros profesionales**

Justificación conceptual respecto al Gerocultor/a y otros profesionistas necesariamente complementarios.

Autores: Duarte, Pàmies, Camacho (2018).

*“Serán los ojos de los viejos,  
sabrán comprender lo que el paciente  
envejecido experimenta”.*

*Raquel Langarica Salazar.*

Los inicios de la Gericultura, se remontan hasta 1977, cuando “...la Secretaría de Educación Pública tomó la iniciativa de crear la carrera de gericultura y diseñar el plan académico. Las enfermeras en salud pública Raquel Langarica Salazar (ya fallecida) y Gloria Corona Méndez fueron las encargadas de diseñar el currículo... El plan de estudios se reestructuró en 1982, con la denominación de técnico profesional gericultista, y en 1985 se elaboró un nuevo plan de estudios con materias de tronco común y de especialidad.” (Rodríguez, 2011).



*Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez*

El concepto de Gericultura, se fundamenta en la Geriatria que es una rama de la medicina encargada de los problemas de salud en los adultos mayores y en la Gerontología, la cual se especializa en estudiar a las personas de la tercera edad en cada uno de los ámbitos de su vida: en el psicológico, económico, familiar, educativo, demográfico y social.

Por lo tanto al definir qué es Gericultura se integran ambas especialidades, de forma que se busca promover el envejecimiento exitoso, brindar atención al adulto mayor con patologías, pero también a los que se encuentran sanos.

Técnico en Gericultura, fue el primer término utilizado para estos profesionistas, sin embargo tiempo después, ante su desarrollo, sus cambios curriculares y académicos, dicho termino o denominación cambió a lo que hoy en día se conoce como técnico gericulturista.

Según La sociedad Mexicana de técnicos Gericulturistas A.C. “es el personal técnicamente preparado con los conocimientos necesarios para brindar atención particular o institucional al adulto mayor sano o enfermo, aprovechando al máximo sus facultades físicas y mentales para elevar al máximo nivel su calidad de vida.”.

En España y Francia Gericultura tiene estrecha relación con las siguientes profesiones:

- Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería, fue una formación profesional creada en 1995 por el Ministerio Español de Educación y Ciencia y aún vigente. Según la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado Español “es el profesional que proporciona cuidados auxiliares al paciente/cliente y actúa sobre las condiciones sanitarias de su entorno como: miembro de un equipo de enfermería en los centros sanitarios de atención especializada y de atención primaria, bajo la dependencia del diplomado de enfermería o, en su caso, como miembro de un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivada de la práctica del ejercicio liberal, bajo la supervisión correspondiente.

Saber más acerca de la titulación TCAE: BOE Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado Español.

- Técnico/a en Atención a Personas en Situación de Dependencia, fue una formación profesional actualizada en 2011 por el Ministerio Español de Educación y Ciencia y aún vigente. Según la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado Español la

competencia general de este título consiste en atender a las personas en situación de dependencia, en el ámbito domiciliario e institucional, a fin de mantener y mejorar su calidad de vida, realizando actividades asistenciales, no sanitarias, psicosociales y de apoyo a la gestión doméstica, aplicando medidas y normas de prevención y seguridad y derivándolas a otros servicios cuando sea necesario.

Saber más acerca de la titulación Técnico/a en Atención a Personas en Situación de Dependencia: BOE Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado Español.

- Técnico/a Superior en Integración Social, fue una formación profesional actualizada en 2013 por el Ministerio Español de Educación, Cultura y Deporte y aún vigente. Según la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado Español “es el profesional que programa, organiza, implementa y evalúa las intervenciones de integración social aplicando estrategias y técnicas específicas, promoviendo la igualdad de oportunidades, actuando en todo momento con una actitud de respeto hacia las personas destinatarias y garantizando la creación de entornos seguros tanto para las personas destinatarias como para el profesional.

Saber más acerca de la titulación Técnico/a Superior en Integración Social: BOE Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado Español.

- Diplôme d’Etat Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) / Auxiliar de Vida, fue actualizado según el Ministerio des Affaires de Francia (Le Service Public de la Diffusion du Droit) en 2002 y aún vigente. Según ‘le Service Public de la Diffusion du Droit) el profesional Auxiliar de Vida Social interviene directamente en las familias, sobretodo en las personas mayores con enfermedades y en situación de dependencia. Su principal función es compensar el estado de fragilidad de la persona beneficiaria sobrellevando una ayuda cotidiana en el domicilio de la persona y por lo tanto evitando su soledad. El/la auxiliar de vida vela por la preservación de la autonomía que implica el mantenimiento de la autonomía de la persona y el acompañamiento de en la vida social e interpersonal.

Saber más acerca de la titulación Auxiliaire de Vie / Auxiliar de Vida: Le Service Public de la Diffusion du Droit / Ministerio des Affaires de Francia.



*La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés*

**Psicogerontología y Maltrato en el domicilio :  
Home Care**

Aproximación teórica al Maltrato en personas mayores y a las BBPP Buenas Prácticas en el domicilio.

Autora: Del Pino (2018).

El objetivo de este apartado es el concienciar de la importancia del Psicogerontólogo/a en las organizaciones destinadas al cuidado de las personas mayores. En concreto, en la función de prevención, detección y derivación que puede aportar ante el maltrato de las personas mayores.

Seguidamente se exponen las dos definiciones de maltrato más consensuadas:

Declaración de Toronto, 2002: «La acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que sucede en una relación en que existe una expectativa de confianza y en la que se produce daño o ansiedad en una persona mayor»

Declaración de Almería, 1995: «Maltrato es todo acto u omisión sufrido por una persona que vulnera la integridad física, psíquica, sexual o económica, el principio de autonomía o de un derecho fundamental del individuo que se percibe o se constata objetivamente con independencia de la intencionalidad y del medio dónde tiene lugar: familia, comunidad o instituciones».

El maltrato hacia las personas mayores es una realidad poco visible por las estadísticas que revelan el bajo porcentaje de casos que acaban en manos de los juzgados. Por otro lado, se debe tener en cuenta el engranaje psicológico, social y los factores de personalidad que interfieren en una persona para denunciar una situación de maltrato.

Debemos tener en cuenta que el maltrato en la vejez puede darse en el ámbito familiar, institucional y estructural. El ámbito familiar es el más inaccesible por las murallas infranqueables del que dirán, la culpa, la justificación, la protección de un ser querido y la falta de confianza en la justicia y los servicios sociales.

Es por ello que el papel del Psicogerontólogo/a es crucial para identificar situaciones donde existe un riesgo para sufrir un maltrato. Su función principal es formar a todos los trabajadores que tengan acceso al domicilio y contacto con la persona usuaria, para que se identifiquen como potenciales detectores de situaciones de maltrato. No importa cuál es su tarea

como profesional, siempre que se tenga contacto con el usuario se puede detectar una situación de riesgo.

La formación debe tener dos objetivos diferenciados, por un lado, sensibilizar al profesional ante el maltrato en la vejez y, por otro lado, formarlo para reconocer las tipologías de maltrato existentes. Es decir, el maltrato físico, psicológico, sexual, económico, la negligencia, la vulneración de derechos y el abandono. Procurar a los profesionales información sobre los indicadores de riesgo es básico para poder saber qué se debe detectar.

Por otro lado, se debe destacar la importancia de los factores de riesgo. Puede que no se identifique un tipo de maltrato de forma clara, pero los factores de riesgo que rodean la situación en el domicilio puedan desencadenar una situación de riesgo a largo plazo.

Existen factores de riesgo propios de la persona beneficiaria del Servicio de Atención a Domicilio y de la persona a su cuidado.

El hecho de ser mujer es un factor de riesgo para sufrir maltrato a lo largo de toda la vida, pero de forma más abrupta en la vejez.

El aislamiento tanto de la persona mayor como del cuidador/a, la falta de apoyo social tanto formal como informal, la agresividad de la persona hacia el cuidador/a, sufrir demencia y/o la dependencia económica o de vivienda son factores de riesgo de maltrato. El trastorno mental y el consumo de estupefacientes en el cuidador/a, asimismo, es un factor de riesgo que puede provocar una situación de maltrato.

También existen factores de riesgo relacionales como el parentesco o convivir con familiares. Vivir solo en la vejez puede ser un factor de protección. La cultura de la violencia y el edadismo son factores de riesgo a nivel social que dificultan la empatía de la sociedad ante la vejez.

Por todo ello, es imprescindible la figura del Psicogerontólogo/a en las startups prestadoras de Servicio de Atención a Domicilio en el cuidado de las personas mayores. A pesar de la formación y la tarea de sensibilización, los cuidadores/as deben tener presente una figura de apoyo con la que puedan compartir dudas, sospechas de maltrato y sientan que están respaldados ante situaciones de riesgo.

Una vez se identifica una situación de riesgo se debe saber cómo actuar, teniendo en cuenta las circunstancias de la persona y respetando sus decisiones, aunque no sean compartidas y provoquen frustración al/



*Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez*

la cuidador/a. Siempre se debe actuar provocando la menor perturbación posible a la persona víctima de maltrato.

Si se forma a los trabajadores sobre las etapas del cambio y la violencia de género, pueden entender por qué se debe ser prudente ante una situación de maltrato y qué dañino puede llegar a ser, actuar de forma alarmista o paternalista ante una confesión de maltrato.

El Psicogerontólogo debe velar por la buena práctica de los/las cuidadores/as. Es decir, procurar que no existan situaciones de Efecto Burnout o sobrecarga, que puedan inducir a provocar situaciones de riesgo. También es el encargado de formar a los/las cuidadores/as, en relación al cuidado a personas con deterioro cognitivo, demencia y/o limitaciones físicas o psíquicas, porque puede provocarse un maltrato si no se sabe actuar correctamente.

Por último, una vez se ha detectado una posible situación de riesgo es el Psicogerontólogo/a el encargado de trasladar la información a los organismos que procedan. Que según el caso pueden ser los servicios sociales de cada municipio, fiscalía, los juzgados de primera instancia o la policía. Se deberá seguir el protocolo establecido en la organización para estandarizar el proceso facilitando la derivación de una información válida y confidencial, para que pueda utilizarse en dichos organismos.

**Sexualidad en la vejez: BBPP Buenas prácticas en el domicilio (Home Care)** Aproximación teórica a la Sexualidad en personas mayores y a las BBPP Buenas Prácticas en el domicilio.

Autores: Sánchez, Pàmies (2018).

Según Villar, Triadó, Celdrán, Fabà (2017), en su reciente investigación sobre sexualidad y personas mayores institucionalizadas, hacen hincapié en la importancia de tener en cuenta tanto la perspectiva de la persona mayor como la de los profesionales de atención directa que los acompañan, coincidiendo así, con las valiosas aportaciones de Teresa Martínez sobre esta temática.

Envejecer es un fenómeno natural, universal y progresivo que ocurre al final del ciclo vital. Durante este proceso suceden cambios biológicos, fisiológicos, modificaciones psicológicas y alteraciones sociales, que inevitablemente afectan al ser humano como ser

integral. El cambio no es sinónimo de enfermedad, aunque es cierto que algunas capacidades pueden mermarse con el transcurso de los años, otras muchas se mantienen, mejoran, o simplemente, se modifican. Estos cambios se hacen visibles también en la sexualidad. Envejecer no tiene que significar el final de la actividad sexual.

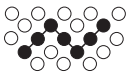
Hablar de sexo durante la vejez es una tarea ardua por ser una cuestión poco conocida y, en multitud de ocasiones, maltratada e incomprensida por la sociedad. Es un tema que se considera tabú y, en la mayoría de los casos, se prefiere no hablar del tema, incrementando así los prejuicios relacionados con la sexualidad durante la vejez e incentivando en los mayores sentimientos de culpabilidad y vergüenza ante su deseo sexual por considerar que lo que siente no es normal (Leyva, 2008).

**¿Qué es la Sexualidad exactamente y cuáles son los beneficios de la actividad sexual?**

La sexualidad es una dimensión del ser humano que nos acompaña durante toda nuestra vida. Es la forma en que nos expresamos y nos experimentamos como seres sexuados, por lo que no sólo se limita a la actividad sexual. Abarca también aspectos como la identidad, roles de género, la orientación sexual, el erotismo, la intimidad, nuestros pensamientos, creencias, actitudes y valores sobre la sexualidad, el deseo, las fantasías.

El deseo de sentir, ser seducido, expresar afectos o alcanzar una fantasía sin soñar, son sensaciones inalterables, permanentes en el tiempo, y posibles a cualquier edad. En las personas mayores, los afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) y los sociales (apego, amistad y cuidados) permanecen activos toda la vida, tanto como la posibilidad de amar o ser amado (López, 2012). El mantenimiento de la actividad sexual en la vejez contribuye a la salud y calidad de vida. Entre los beneficios encontrados existen (López, 2012):

- Activación cerebral positiva de sustancias que mejoran el humor y dan ganas de vivir.
- Es una actividad respiratoria y muscular adecuada, salvo en momentos de contraindicación médica.
- Aportan momentos de gozo y placer.
- Mejora la relación con la pareja.
- Provoca sentimientos de ternura, cariño, afectos amorosos, comunicación, etc., contrarrestando el sentimiento de soledad.



*La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés*

- Mejora el sueño.
- Se liberan endorfinas que neutralizan las hormonas del estrés y protegen de enfermedades cardiovasculares.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la “salud sexual” es: un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad; no es sólo la ausencia de enfermedad o disfunciones. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia.

**¿Qué y cómo podemos favorecer el derecho a la sexualidad en las personas mayores?**

Con este artículo, no pretendemos incrementar la práctica sexual de las personas mayores en las residencias e intentar normalizar un tema que para la población mayor de ahora ha sido un tema muy cerrado por el tipo de educación represiva de antaño. No obstante, pretendemos poner en valor una dimensión humana que muchas veces se ha omitido e ignorado como un derecho de todas las personas, incluidas las personas mayores y que aporta grandes niveles de bienestar y consecuencias positivas para el ser humano.

Dicho esto, para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos con total libertad. Esa libertad debe ser asumida con responsabilidad y ética con uno mismo y con los demás.

Se entiende que pueden existir situaciones, donde la preservación de la salud sexual se vea dificultada. Como por ejemplo, en el caso de personas mayores que viven en residencias y la tendencia a desarrollar una actitud paternalista en el cuidado por parte del entorno familiar y de los profesionales de la salud.

Por este motivo, es importante que tanto las organizaciones que atienden a personas mayores, ya sean residencias o servicios de atención a domicilio, adopten una visión global, integral, centrada en la persona, donde haya calidad asistencial. Para conseguirlo, es fundamental que se orienten los servicios a la calidad de vida de las personas y se ofrezcan planes formativos especializados en esta materia para proporcionar herramientas tanto a los profesionales como a las propias familias y, así, poder gestionar de la

forma más digna posible estas situaciones.

Así pues, según lo que Villar et al. (2017) exponen en sus conclusiones es verdaderamente importante conocer todo el proceso vital por el que ha pasado la persona, así como retardar el proceso de institucionalización y fomentar la comunicación entre profesionales. De hecho, una de las opiniones que tienen los participantes de su estudio es que la normativa de los centros residenciales en relación a la sexualidad “debería ser planteada entre los diferentes agentes implicados en la vida en una residencia: profesionales, familiares y residentes.”

En resumen, los profesionales podemos hacer lo siguiente:

1. Conocer la Historia de vida: comprender la biografía de las personas es fundamental en primer lugar para ofrecer un trato personalizado pero en segundo lugar y en relación al tema que tratamos es imprescindible para entender el comportamiento de los adultos mayores e intervenir si es necesario.
2. Retardar el Ingreso: el ingreso en un centro residencial depende claramente de la situación por lo que es muy importante contemplar las necesidades personales así como las dificultades contextuales, familiares y clínicas; así pues, es una cuestión decisiva que influye directamente en el bienestar personal -tanto de la propia como de la familia cuidadoras- por lo que en la medida de lo posible es recomendable preservar la autonomía del adulto mayor en su propio contexto con el fin de favorecer también su intimidad.
3. Fomentar la comunicación y participación de los equipos: la participación de los equipos en la gestión y funcionamiento del recurso, es fundamental para generar dinámicas de mejora continua. Para ello, es crucial que el equipo de trabajo desarrolle una metodología adecuada y sistematizada, acordes a los objetivos de trabajo. La participación de los equipos, proporciona una mayor motivación y fidelización, permitiendo mejorar la calidad de las relaciones y una mejor calidad asistencial y calidez humana. Algunas técnicas a tener en cuenta serían las reuniones interdisciplinarias, actividades informales socializadoras, de ocio, etc (Bermejo, et al., 2009).

Para profundizar más sobre el tema, se recomienda que se consulten:

- Guía nº3 de Fundación Pilares. Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores. Guía de actuación para Profesionales (Villar, Celdrán, Fabà, Serrat, Martínez, 2017)





*Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez*

•Guía de Buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia (Bermejo, et al., 2009).

### **Sexualidad y Demencia: ¿Qué es el comportamiento sexual inapropiado?**

En relación a las enfermedades neurodegenerativas, según Johnson, Knight y Alderman (2006) citado por Villar et al. (2017), “la demencia puede facilitar la aparición de lo que se conoce como comportamientos sexualmente inapropiados”, dicho comportamiento hace referencia a “actos verbales o físicos de naturaleza sexual explícita o percibida que resultan inaceptables en el contexto en el que se dan”. Y es que, en numerosas ocasiones puede estar relacionado con los tratamientos psicofarmacológicos. De hecho, los autores Series y Décano (2005), hace 12 años, expusieron ya en aquél entonces que las benzodiazepinas podían ocasionar una desinhibición sexual tanto en personas sanas como en personas con demencia, además de la levodopa cuyo efecto podría desencadenar hipersexualidad en personas con la Enfermedad de Parkinson.

### **La Asistencia Sexual: la Figura del Asistente Sexual**

La asistencia sexual es una realidad con más de veinte años de experiencia en Alemania, Holanda, Dinamarca, Suiza; Francia está en proceso de legalizarla, aseverando la viabilidad de la propuesta.

Muchos Estados consideran la asistencia sexual como un servicio más a favor de la salud integral, cubriendo los costes en su totalidad o financiando emprendimientos de asociaciones en tal sentido. Sin embargo, en muchos otros países, el tema es completamente desconocido o rechazado sin las previas y necesarias consideraciones (Mateos, 2013; Arnau Ripollès, 2017).

Según Asistencial Sexual (2017): ¿Qué entendemos por asistencia sexual?

Es un tipo de trabajo sexual que consiste en prestar apoyo para poder acceder sexualmente, al propio cuerpo o al de una pareja. La persona asistente no es alguien con quien tener sexo si no alguien que te apoya para tener sexo contigo mismo o con otra persona. La persona asistida decide en qué y cómo recibe apoyo.

En definitiva, tiene como objetivo explícito favorecer el empoderamiento de la persona, con necesidad de apoyos generalizados permanentes, en su ámbito sexual, entiéndase a lo largo de su ciclo vital.

¿Qué tipo de tareas lleva a cabo el asistente sexual?

Aquellas que la persona asistida no puede hacer por sí misma: explorar su cuerpo, masturbarse, conseguir posiciones y/o movimientos en prácticas sexuales con otra persona.

El objetivo principal del asistente sexual es promover un “capacitismo con apoyo”, centrándose en el plano sexual.

### **¿Por qué el interés de esta figura en la vejez?**

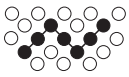
De igual modo que las personas con diversidad funcional institucionalizadas, las personas mayores que viven en una institución, son también víctima de una construcción de su existencia percibida desde una cultura de sumisión y asistencialismo que le ha privado de su plena ciudadanía. Es una realidad que, tanto las personas mayores como las personas con diversidad funcional, conviven con limitaciones que les dificulta y restringe su participación en la comunidad, así como ejercer su derecho de disfrutar de su sexualidad. En éste sentido, la figura del asistente sexual es imprescindible para romper con dichas limitaciones en el desarrollo como seres sexuados.

En nuestro país, afloran proyectos que van en ésta línea. La asociación Tandem Team Barcelona[1], es un ejemplo a seguir. Ésta es miembro de la European Platform Sexual Assistance y se definen como “una asociación sin ánimo de lucro cuya meta es impulsar, colaborar y promover proyectos en pro de la defensa de la diferencia y la diversidad en cualquiera de los dominios de expresión humana (social, cultural, sexual, laboral o económica) con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con diversidad funcional”. Asimismo, también existe en nuestro país la Sex Assistant Europa -coordinado por Rafa Reoyo-, que además tiene repercusión en Francia, Italia y Latinoamérica.

Tal y como expresan Malón Marco (2009), no puede haber una dignidad humana si no es una dignidad sexuada. En éste sentido, determinadas prácticas sexuales que tienen que ver con el autoerotismo y la realización de acto sexual entre personas diversas, es un derecho humano.

Marcelo Nuss, decía “reconocer la sexualidad de las personas con discapacidad es reconocer su humanidad y la plena legitimidad de su ciudadanía” (Arnau Ripollès, 2017).

Finalmente, es importante evitar edadismos y descartar falsos mitos anclados en la vejez que no tienen ningún tipo de fundamento, más allá de centrarse en prejuicios



*La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés*

y valores culturales represores.

Es imprescindible que se reconozca un modelo basado en los derechos humanos en vez de un modelo meramente asistencial.

Conclusión: La Sexualidad no tiene fecha de caducidad y debemos formar parte para su solución.

En el presente artículo hemos hablado de personas mayores y de diversidad funcional, y en ambos casos todo lo relacionado con la sexualidad es un tabú y son los profesionales de atención directa (auxiliares de enfermería, gerocultores, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, etc.), quienes se encuentran con situaciones difíciles de gestionar dónde intervienen, en muchas ocasiones, conflictos éticos puesto que quedan en juego la identidad, las creencias, los valores y sobretodo, la intimidad. Es verdaderamente importante tomar conciencia para con el objetivo de reaccionar adecuadamente, puesto que los afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) y los sociales (apego, amistad y cuidados) permanecen activos toda la vida, no tienen fecha de caducidad y no se deteriora con el curso de la demencia.

En éste sentido, no se trata pues de propiciar un incremento de las prácticas sexuales, puesto que somos conscientes que sería incongruente a causa del gran tabú intrapersonal e interpersonal, a la educación represiva de antaño. No obstante, sí que se trata de reivindicar el derecho a ejercer la libertad de cada uno para decidir si quiere o no expresarse como ser sexuado. ¿A caso ese derecho se pierde cuando estás institucionalizado o estás en situación de dependencia? ¿Dejás de ser persona?. Se deben de fomentar cambios en las startups de atención a domicilio, centros de atención diurna...) hacia modelos de calidad de vida, donde se garanticen los derechos humanos, la personidad, la intimidad y se enfatice por encima de todo, la libertad de la persona mayor para tomar decisiones en su vida cotidiana, incluyendo su plano sexual como una dimensión influyente en el bienestar personal.

Según aportaciones de Villar et al. (2015<sup>a</sup>, 2014b), había dos medidas imprescindibles a tomar en cuenta para tomar acción:

1. “Formar mejor a los profesionales” en cuestiones relacionadas con la sexualidad en la vejez y con la sexualidad en entornos residenciales. Porque hemos de tener en cuenta que son los profesionales (dirección, equipo técnico, auxiliares, etc.) quienes están en

contacto directo con los mayores y deben asesorarlos y apoyarlos en relación con su sexualidad. Puesto que ellos deben velar por satisfacer cualquier tipo de necesidad que incremente su bienestar.

2. “La formación debe tener lugar en un entorno institucional adecuado. Hemos de avanzar hacia la presencia de políticas y regulaciones, por parte de la dirección de las residencias y de las instancias que las supervisan, que explícitamente recojan medidas para formar, informar, garantizar y promover los derechos sexuales de los residentes, así como la aceptación de la diversidad sexual dentro de las residencias, dentro de un contexto de respeto mutuo y convivencia.”

3. Elaborar directrices y protocolos formales de actuación en relación a la expresión sexual en los centros institucionales.

En éste sentido y llegados a éste punto, no hay que olvidar que es imprescindible que haya un trabajo interdisciplinar, con vías de comunicación fluidas y horizontales, en el que el eje central de su trabajo, sea el empoderar a las personas en situación de dependencia a ejercer plenamente sus derechos, incluyendo el derecho a disfrutar de una vida sexual plena. Para concluir dicho artículo, recordar unas palabras de uno de los investigadores que lleva más años estudiando el desarrollo sexual, afectivo y social de las personas, Félix López

“Las personas mayores también pueden tomar decisiones, su sexualidad está en el reino de la libertad. Por eso estamos contra los modelos represivos y contra los modelos prescriptivos” (López, 2012).

### **Baluchon Alzheimer-Québec : La nueva ley en Francia**

Recopilación y revisión teórica posible gracias a Frederique LUCET – Psicóloga y Doctora en Sociología del Trabajo, Conservatorio Nacional de las Artes y de las Profesiones de Francia LISE CNRS UMR 3320 – Secretaria General de APFEL ‘Acting to Promote Foster Care at the European Level’.

AUTORES: Camacho, Pàmies (2018).

La Doctora en Sociología y Psicóloga experta en envejecimiento Frederique LUCET defiende el Modelo Baluchon Alzheimer® actualmente considerado en Francia por importantes entidades como la ‘Société



*Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez*

Alzheimer de Québec, 'Le réseau Euro Québec de Coopération autour de Baluchon Alzheimer' y APFEL 'Acting to Promote Foster Care at the European Level'.

Lucet recoge el año 2012 en <<Le Modèle du Baluchon Alzheimer® est-il adaptable en France?>> el desarrollo de BBPP Buenas Prácticas en el Servicio de Atención a domicilio dirigido a las personas mayores en situación de dependencia. Así mismo, el año 2014 publica << Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer >>.

BBPP Buenas Prácticas en el Servicio de Atención a Domicilio | Home Care

- Integración entre los actores clave en el Servicio – empresa prestadora del servicio de atención a domicilio <<coordinador/a>>, profesional cuidador en el domicilio y familia beneficiaria del servicio.

- Cuidados adecuados a la persona y a la enfermedad, cuidados institucionales y financieros: atención a las ventajas del convenio vigente de contratación del/la profesional cuidador/a así como protección financiera y administrativa de la persona beneficiaria del servicio.

- Reclutamiento de profesionales cuidadores formales basado en su motivación y experiencia así como en sus conocimientos adquiridos en relación a las enfermedades neurocognitivas. Reclutamiento basado en su calidad humana <<care>>.

- Formación, marco y acompañamiento: formación especializada sobre enfermedades neurocognitivas vinculadas al envejecimiento, vínculo de apego, técnicas de cuidado y supervisión, reconocimiento, prevención del Síndrome del Trabajador Quemado – efecto Burnout – seguimiento en la evolución. Jornadas de reunión de equipo, para realizar formación y analizar las BBPP Buenas Prácticas.

- Coordinación | Rol del coordinador: crucial para el buen funcionamiento del servicio (contacto con las familias, manejo de equipo, contacto con partners del sector). El éxito de este puesto es un factor clave en el desarrollo exitoso de la estructura empresarial. El/la coordinador/a evoluciona en su rol conociendo y tratando in situ el <<baluchonage>> la carga de la persona cuidadora.

- Gestión de plannings y de desplazamientos: simplicidad y exigencia de la fórmula 24h/24. Para la entidad Baluchon Alzheimer Québec la fórmula adecuada es 14 días de trabajo seguidos de 14 días de recuperación, lo que implica una gestión de planning

en equipo y reemplazo entre trabajadores.

- Plan de trabajo: un continuo entre vigilancia e intervención de un equipo social, según las partes interesadas – familia y profesional cuidador/a – considerando el posicionamiento estratégico de la estructura empresarial. Se trata de un enfoque de calidad esencial.

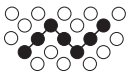
- Accesibilidad: metodología expandida, accesible al mayor número de familias, poniendo en valor la profesión de las personas cuidadoras y la Atención Integral y Centrada en la Persona en las personas mayores con deficiencias cognitivas y/o físicas vinculadas al proceso de envejecimiento.

**Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer y los derechos de los/las cuidadores/as.**

“El modelo del Baluchon Alzheimer, y los demás servicios de respiro, pierden su dimensión ética si proporcionan un servicio que encierra al cuidador en su papel acerca de la persona enferma. El respiro, como el apoyo o el acompañamiento, no debe contradecir el derecho del cuidador a escoger, día a día, su carga: la de cuidar a la persona amada, en cuanto sea posible. Con un servicio inclusivo, beneficioso tanto para la persona cuidada como para el cuidador, creemos que el respiro fortalece la capacidad del cuidador de elegir la carga del cuidado, si es así, y de poder realizarla con menos dificultad. Sostiene así su deseo de continuar la convivencia con el cuidado: se trata de proporcionar al cuidador más herramientas, más confort y menos aislamiento a lo largo del proceso de acompañamiento de su pareja o de su familiar. La prevención del agotamiento es un efecto secundario de la intervención, pero la intención nunca es de juzgar o heroizar su papel: Baluchon Alzheimer recomienda que las baluchonneuses – profesionales cuidadores/as que ejercen bajo los fundamentos de Baluchon Alzheimer – no se involucren en las cuestiones familiares y la toma de decisiones (institucionalización...), más bien que ofrezcan una validación (en el sentido de Naomi Feil, 1982) de lo que está viviendo el cuidador.” Frederique Lucet (2014).

Los 4 principios fundamentales e interrelacionados de Baluchon Alzheimer®.

- El respeto de su dignidad (respeto de sus derechos fundamentales, la actitud es cortés y amable hacia la



*La figura del Gerontólogo/a en el servicio de atención a domicilio (SAD) Home Care: Temas de interés*

persona cuidada y su familia, el ambiente es cálido y tranquilo).

- El respeto de su privacidad (deber de discreción, la injerencia en los asuntos personales de paciente o su familia se evita - excepto por razones de salud o seguridad).

- El respeto de su autonomía (valorando las habilidades y los recursos de las personas afectadas, el reconocimiento de su derecho a tomar decisiones : la práctica de la <<baluchonneuse>> resulta en un cuidado lo más « invisible » posible, que no afecta a la persona a su condición de minusválido o ayudado : dándole la oportunidad de vivirse como competente : un respiro también para él).

- El respeto de su parte de misterio (gracias a una actitud hecha de compasión, dulzura, a la construcción de una relación de confianza, la apertura y la aceptación serena de las manifestaciones individuales de la enfermedad de Alzheimer en cada paciente) .

Frederique Lucet (2014).

La Nueva Ley en Francia | Artículo 51 de la LFSS 2018.

Expérimenter et innover pour mieux soigner.

Organisation et financement du système de santé.

Loi de Financement de la Sécurité Sociale LFSS.

Experimentación e innovación para cuidar mejor

Organización y financiación del sistema de sanidad.

Ley de Financiamiento de la Seguridad Social LFSS.

## CONCLUSIÓN

Consideramos una revisión posterior (2019/2020) respecto al impacto mundial en Home Care, así como al abordaje de las distintas manifestaciones neurocognitivas.

Concluimos tres puntos fundamentales respecto a la figura del profesional Gerontólogo en el Servicio de Atención a Domicilio:

- Basándonos en el Impacto Demográfico de envejecimiento poblacional en México, Francia y España consideramos esencial la incorporación de profesionales de la Gerontología en las startups

emergentes en los tres países citados con tal de garantizar un servicio de calidad.

- Basándonos en “Baluchon Alzheimer®” y en el artículo 51 de la nueva ley LFSS (Ley de Financiamiento de la Seguridad Social) 2018 de la República Francesa, consideramos en suma imprescindible la figura del profesional de la Gerontología como coordinador complementaria a la figura del profesional cuidador y equipo social formado en Trabajo Social y Recursos Humanos; en los tres países citados con tal de garantizar un servicio de atención a domicilio de calidad y fundamentado del Modelo Internacional de la Atención Integral y Centrada en la Persona.

- Basándonos – todos los autores – en nuestros aprendizajes adquiridos como profesionales de la Gerontología en distintos países, consideramos fundamental la continua investigación entre países con tal de favorecer el desarrollo de la profesión.

Se considera una revisión posterior (2019/2020) respecto al impacto mundial en Home Care así como al abordaje de las distintas manifestaciones neurocognitivas y las BBPP Buenas Prácticas en el Domicilio en UK, EEUU, México, España y Francia.



*Camacho Hernández, Duarte Moreno, Pàmies Tejedor, Del Pino Sisteré, Sánchez Martínez*

## Referencias

1. Rodríguez. Lazcano. B.G.A (2011), *Práctica de la Geriátría*, 3e, México: Mc Graw Hill.
2. Martínez (2011), *La Atención Gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad y dependencia*, [Archivo PDF] Recuperado de <https://www.ceafa.es/files/2012/05/4e96de5f42-2.pdf>
3. Penny M.E. & Melgar C.F, (2012), *Geriátría y Gerontología para el médico internista*, Bolivia: Grupo editorial la Hoguera.
4. *Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas (2012)* Secretaría de Salud. Primera edición Recuperado de [http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios\\_abordaje.pdf](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf)
5. Prieto Ramos, Osvaldo Gerontología y Geriátría. Breve resumen histórico. 1999. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12\\_2\\_99/res01299.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.htm)
6. Ministerio de salud y protección social, (2016). Perfil profesional y competencias del Gerontólogo en Colombia Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/perfilcompetenciasgerontologia.pdf>
7. Asistencia Sexual (2017). *Asistencia Sexual*. Disponible en <https://asistenciasexual.org/asistencia-sexual/>.
8. Arnau Ripollès (2017). El modelo de asistencia sexual como derecho humano al autoerotismo y el acceso al propio cuerpo: un nuevo desafío para la plena implementación de la filosofía de vida independiente.
9. Bermejo, Martínez, Díaz, Maños, Sánchez (2009). *Buenas Prácticas en residencias de personas mayores*.
10. Mateos (2013). *Del Intervencionismo a la Prohibición. La Vanguardia*.
11. Leyva-Moral (2008). *La expresión sexual de los ancianos: Una sobredosis de falsos mitos*. *Índex de enfermería*, 17(2), 124-127.
12. López, (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez*. Madrid: Pirámide.
13. Series, Dégano, (2005). *Hypersexuality in dementia*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11 (6), 424 - 431.
14. Villar, Triadó, Celdrán, Fabà (2017) *Sexualidad y Personas Mayores Institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional*. Madrid: Fundación Pilares.
15. Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals (07/08/2017). *TV3 a la carta, Sense Ficció, Jo també Vull Sexe*. Barcelona: CCMA. Recuperado de: <http://www.ccma.cat/tv3/alcarta/sense-ficcio/jo-tambe-vull-sexe/video/5634098/>.
16. Villar (2015). *La sexualidad en entornos residenciales: una cuestión de derechos y calidad de vida*. Disponible en: [http://acpgerontologia.blogspot.fr/2015\\_11\\_01\\_archive.html](http://acpgerontologia.blogspot.fr/2015_11_01_archive.html). Consultado el 6 de noviembre de 2017.
17. Villar, Fabà, Celdrán, Serrat (2014). *Regulación de la expresión sexual de los mayores ingresados en residencias: la visión de los profesionales*. *Revista española de geriatría y gerontología*, 49(6), 272-278.
18. *IV Reunión de Antropología do Mercosur Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el MERCOSUR*. Noviembre, 2001. Curitiba. Brasil, *Construyendo el concepto cuidador de ancianos*. María Cristina de los Reyes.
19. Feil (1982). *Validation : the Feil method*. Edward Feil Productions.
20. Coduras, del Llano (2016). *Libro de Sanidad Española en Cifras*. Círculo de la Sanidad: Fundación Gaspar Casal. Recuperado de: [http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/03/LIBRO\\_SANIDAD\\_ESPANOLA\\_EN\\_CIFRAS\\_2016.pdf](http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/03/LIBRO_SANIDAD_ESPANOLA_EN_CIFRAS_2016.pdf)
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Hospitalización de las personas mayores en el domicilio*. Sistema Nacional de Salud CMBD (2010). *Costes de Hospitalización. Información y Estadísticas Sanitarias*. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/001-Hospitalizacion.pdf>
22. Carretero, Garcés, Ródenas (2015). *Análisis y propuestas de intervención psicosocial. La sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes*. El cuidado informal en cifras: CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
23. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Cuidados de las personas mayores en los hogares españoles: IMERSO*. Recuperado de: <http://www.imerso.es/InterPresent1/groups/imerso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>
24. International Labour Office (2013). *Domestic workers across the worlds. Global and regional statistics*. Recuperado de: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_173363.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_173363.pdf)
25. *Analyzing the costs of informal care for persons with dementia in Spain (2015)*. *Journal of Promotion Management*. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10496491.2015.1051398>
26. Franco, Ruiz (2017) *Trabajo de ayuda a domicilio en España: hogar y cuidados*. *Mujeres migrantes trabajadoras en el hogar: UGT Sindicato Unión General de Trabajadores*.
27. Recuperado de: [http://www.ugt.es/sites/default/files/el\\_trabajo\\_de\\_ayuda\\_a\\_domicilio\\_ugt\\_fesp\\_sep\\_2018\\_def\\_0.pdf](http://www.ugt.es/sites/default/files/el_trabajo_de_ayuda_a_domicilio_ugt_fesp_sep_2018_def_0.pdf)
28. Lucet (2014). *Un modelo de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer*. *Neurama Revista electrónica de Psicogerontología* (1), 1. Recuperado de: <http://46.29.49.21/~creanete/neu/articulos/1/articulo3.pdf>
29. Celdrán (2013). *La violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica*. *Papel del Psicólogo*, 34 (1), 57 - 64. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2171.pdf>
30. *Documental Jo també vull sexe*. Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals (07/08/2017). *TV3 a la carta, Sense Ficció*. Barcelona: CCMA. Recuperado de: <http://www.ccma.cat/tv3/alcarta/sense-ficcio/jo-tambe-vull-sexe/video/5634098/>.
31. La Asociación Tandem Team [www.asociaciontandemteam.com] ha colaborado recientemente en Agosto de 2017 en el documental "Jo també vull Sexe" mediante la Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals (TV3 a la carta).