



LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA PREVENCIÓN DEL MAL TRATO

Francisco Javier Leturia
Nerea Etxaniz

ararteko

Herriaren Defendatzaila
Defensoría del Pueblo

Publicaciones de la institución

INFORMES EXTRAORDINARIOS AL PARLAMENTO VASCO

- *Los calabozos*. Centros de detención municipales y de la Ertzaintza. 1991.
- *Los psiquiátricos*. Situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos. 1992.
- *Las residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca (1992-1993)*. 1994.
- *Cinco años de la Institución del Ararteko en el País Vasco (1989-1994)*. 1994.
- *Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco (1994-1995)*. 1996.
- *Situación de las cárceles en el País Vasco*. 1996.
- *Atención a la infancia y a la adolescencia en situación de desprotección*. 1997.
- *Intervención con menores infractores*. 1998.
- *Protección de la calidad del agua en los embalses del sistema Zadorra*. 1999.
- *La situación de los servicios sociales de base en la CAPV*. 1999.
- *Atención comunitaria de la enfermedad mental*. 2000.
- *La respuesta a las necesidades educativas especiales en la CAPV*. 2001.
- *Situación de la población temporera en Álava*. 2002.
- *La integración laboral de las personas con discapacidad en la CAPV*. 2003.
- *Accesibilidad en edificios de uso público de la Comunidad Autónoma del País Vasco*. 2003.
- *Respuesta institucional a la violencia contra las mujeres en la CAPV*. 2003.
- *Atención a personas mayores en la CAPV: servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales*. 2005.
- *Situación de los menores extranjeros no acompañados en la CAPV*. 2005.
- *Respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave*. 2006.
- *Convivencia y conflictos en los centros educativos*. 2006.
- *Las políticas públicas de vivienda dirigidas a la población joven en la CAPV*. 2007.
- *Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. 2008.
- *Condiciones de trabajo en el tercer sector de intervención social*. 2008.

INFORMES ORDINARIOS AL PARLAMENTO VASCO

- Volúmenes: 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.

RECOMENDACIONES

- *Recomendaciones* 2002, 2003, 2004.

OTRAS PUBLICACIONES

- *Normas de redacción / Idatz arauak*. 1992.
- *Tercera Conferencia Europea del Ombudsman. La importancia del Ombudsman regional*. 1993.
- *Dichos y hechos / Esanak eta eginak*. Juan San Martín, Ararteko. 1994.
- *XV Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo*. 2000.

Facsimiles

- *Jaquin-bide Iritarautia - 1820*. Texto manuscrito inédito, en euskara, sobre la Constitución de Cádiz, adaptado para la enseñanza. 1991.
- *La Instituta* de Gayo. 1992. (De la primera edición española, Madrid, 1845).
- *De indis insularis. De iure belli*. Fray Francisco de Vitoria, 1993. (De la primera edición en Lyon, 1557).
- *Cartas sobre la policía*. Valentin de Foronda, 1998. (De la 2ª edición en Pamplona, 1820).
- *Apología por los Agótes de Navarra y los Chuetas de Mallorca, con una breve digresión á los vaqueros de Asturias*. Miguel de Lardizábal y Uribe, 2000. (De la primera edición en Madrid, 1786).
- *Discurso sobre las penas contrahido á las leyes criminales de España, para facilitar su reforma*. Manuel de Lardizábal y Uribe, 2001. (De la primera edición en Madrid, 1782).
- *Discursos inéditos*. Javier María de Munibe, 2002.
- *Catalin y otras voces de mujeres en el siglo XVIII*. Rita de Barrenechea y otras autoras. 2006.

Colección de Derechos Humanos «Padre Francisco de Vitoria» (trabajos becados)

- E. J. Ruiz. *El derecho al ambiente como derecho de participación*. 1993.
- M. Á. Encinas. *Viviendas de protección oficial y arrendamientos en el País Vasco (1982-1991)*. 1994.
- G. Varona. *La inmigración irregular. Derechos y deberes humanos*. 1994.
- A. Bergara. *Hezkuntza- eta Hizkuntza-eskubideak indarreko lege-araubidean*. 1996.
- M^o J. Fernández de Landa. *El control interinstitucional en la Unión Europea*. 1996.
- I. P. Sánchez. *Rechazo social hacia las personas seropositivas en la CAPV*. 1998.
- J. Morquecho. *Intervención comunitaria en Euskadi. Acercamiento a la acción social sobre la exclusión*. 1999.
- G. Moreno. *Trabajo y ciudadanía. Un debate abierto*. 2003.
- A. Olarte. *Alternativas a la cárcel en Euskadi: el trabajo en beneficio de la comunidad*. 2006.
- B. Sicilia. *Derechos fundamentales y Constitución Europea*. 2006.
- J. Zarauz. *Incidencia del padrón municipal en el ejercicio de los derechos de las personas extranjeras en situación irregular*. 2007.
- I. Mujika. *Visibilidad y participación social de las mujeres lesbianas en Euskadi*. 2007.

Colección de Derechos Humanos «Francisco de Vitoria» (foros de reflexión y participación)

- *La convivencia y los conflictos en el ámbito escolar*. 2008.

Colección de Derechos Humanos «Juan San Martín» (trabajos becados)

- J. M. Septién. *Una escuela sin fronteras. La enseñanza del alumnado inmigrante en Álava*. 2006.
- A. Bacigalupe, U. Martín. *Desigualdades sociales en la salud de la población de la CAPV*. 2007.
- J. L. Fuentes, T. L. Vicente. *La población magrebí en el País Vasco. Situación y expectativas*. 2007.
- F. J. Leturia, N. Etxaniz. *Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato*. 2009.

Materiales didácticos para la educación en derechos humanos (trabajos becados)

- G. Azkarate, L. Errasti, M. Mena. *Materiales para la educación en Derechos Humanos* (E. Secundaria). 2000.
- Varias autoras (IPE). *Nuestros derechos* (E. Primaria). 2001.
- E. Acero, I. Mier. *Los derechos humanos en juego* (E. Secundaria). 2001.
- Mugarik Gabe. *CD Sortuz / Generando*. 2004.
- Trabajos de alumnos. *Gure eskubideak / Nuestros derechos*. 2004.

Colección «Jornadas sobre derechos humanos»

- Ararteko. *El derecho a la no discriminación por motivo de raza*. 1997.
- Ararteko. *Vigencia y futuro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su 50 aniversario*. 1998.
- Ararteko. *Los derechos no caducan con la edad: el año internacional de las personas mayores*. 1999.
- Ararteko. *Una cultura de paz: cimiento para los derechos humanos*. 2000.
- Ararteko. *Responsabilidad penal de los menores: una respuesta desde los derechos humanos*. 2001.
- Ararteko. *Derechos humanos y nuevas tecnologías*. 2002.
- Ararteko. *La prevención y erradicación de la tortura y malos tratos en los sistemas democráticos*. 2003.
- Ararteko. *El trabajo en el siglo XXI: perspectivas de futuro*. 2004.

**LOS DERECHOS DE LAS
PERSONAS MAYORES Y
LA PREVENCIÓN DEL MAL TRATO**

**Francisco Javier Leturia
Nerea Etxaniz**

© ARARTEKO

© Autores:

Francisco Javier Leturia y Nerea Etxaniz

Traducción:

Hori-hori

Fotocomposición e impresión:

Gráficas Santamaría, S.A., Vitoria-Gasteiz

Ilustración de cubierta:

EPS, S.L., Vitoria-Gasteiz • www.euskoprintingservice.net

Papel ecológico

ISBN: 978-84-89776-26-5

D.L: VI-12/09

Índice	5
Presentación del Ararteko	9
Introducción	11
Capítulo I. Los derechos de las personas mayores	17
1.1. Derechos de las personas mayores. Perspectiva internacional.....	17
1.2. Derechos de las personas mayores. Perspectiva nacional española	21
1.3. Derechos de las personas mayores. Perspectiva autonómica.....	27
1.4. Derechos de las personas mayores en el País Vasco.....	36
1.5. Otras normas no específicas a nivel internacional, estatal y autonómico	39
1.6. Derechos y asistencia sanitaria.....	47
1.7. Derechos de las personas en situación de dependencia.....	50
1.8. Derechos e incapacidad.....	51
1.9. Derechos de las personas en residencias.....	53
1.10. Derechos en la terminalidad.....	57
1.11. Derechos de los cuidadores y las cuidadoras	58
Capítulo II. Modelo de atención e intervención	61
2.a. Aspectos teóricos	61
2.1. Introducción.....	61
2.2. Modelos de acercamiento de las personas	68
2.3. Modelos de entender el ajuste ecológico conductual y la intervención con las personas ...	72
2.4. La vejez exitosa o competente.....	73
2.5. La intervención, prevención, promoción de la salud y del envejecimiento exitoso	74
2.6. Modelo de atención e intervención para la calidad de vida.....	83
2.7. Modelos de atención e intervención en centros gerontológicos y centros de recursos para las personas mayores	86
2.7.1. Autodeterminación, seguridad, derechos.....	89
2.7.2. Modelo ambiental en centros gerontológicos.....	96



2.b. Una experiencia práctica.....	98
2.8. Cómo es el ambiente en los centros	98
2.9. Pautas organizativas en centros residenciales	108
2.10. El caso de las demencias	109
2.11. Promoción y garantía de los derechos en el ámbito residencial.....	113
2.11.1. Los derechos de las personas residentes y usuarias	113
2.11.2. Formalización en los centros.....	115
2.11.3. Ejecución e implementación.....	115
2.11.4. Evaluación	116
2.11.4.1. Resultados de la evaluación de los derechos	119
2.11.4.2. Autoevaluación de la calidad asistencial.....	125
2.11.5. Garantía de seguridad y prevención de riesgos en la atención	129
2.11.6. Los derechos de las familias, voluntarios y trabajadores	136
2.11.6.1. Procedimiento de participación de residentes y familiares	136
2.11.6.2. Derechos de personas profesionales	137
2.11.6.3. Derechos y deberes de los voluntarios.....	138
2.11.6.4. Código deontológico.....	139
2.11.6.5. Procedimiento de consentimiento informado.....	142
2.11.7. Otros aspectos	145
2.11.7.1. Sugerencias, reclamaciones y quejas.....	145
2.11.7.2. Encuestas de satisfacción	146
2.11.7.3. Resultados de los cuestionarios de la satisfacción del cliente.....	147
2.11.7.4. Servicio de atención al usuario.....	152
2.11.7.5. Comisión de familiares / reuniones de familias	152
2.11.7.6. Comisión de usuarios	152
2.11.7.7. Equipos de mejora sobre estos temas	152
2.11.7.8. Protección de datos y confidencialidad	153
2.11.7.9. Modelo de contrato	156
2.11.7.10. Documento de voluntades anticipadas	158
2.11.7.11. Procedimiento de prevención de trato inadecuado.....	160
Capítulo III. Malos tratos: prevención y gestión	163
3.1. Introducción	163
3.2. El maltrato por género.....	167
3.3. Tipos de maltrato	167
3.3.1. La perspectiva de las personas mayores	168
3.3.2. La perspectiva de los profesionales	170
3.4. Modelos teóricos causales del maltrato de personas mayores.....	172
3.5. Factores de riesgo	174
3.6. Prevención	176

3.6.1.	Pautas de prevención.....	176
3.6.2.	Soluciones para la prevención de la negligencia y el abuso	184
3.7.	Maltrato institucional.....	191
3.7.1.	Factores de riesgo relacionados con el maltrato institucional.....	193
3.7.2.	Indicios de maltrato institucional	194
3.7.3.	Uso de sujeciones	196
Capítulo IV.	Bioética.....	203
4.1.	Introducción.....	203
4.2.	Los últimos momentos de la vida. La muerte digna	214
Capítulo V.	La voz de las personas: el conocimiento que las personas mayores, familiares y profesionales tienen sobre sus derechos y grado de ejercicio de los mismos.....	219
5.1.	Personas autónomas.....	220
5.2.	Personas mayores en situación de dependencia	236
5.3.	La voz de las familias.....	261
5.4.	La voz de los profesionales	281
5.4.1.	Grupo de expertos profesionales	282
5.4.2.	Comité ético-jurídico.....	288
5.4.3.	Avances del Seminario sobre derechos de las personas mayores y sus cuidadores y prevención del trato inadecuado.....	289
Capítulo VI.	Conclusiones.....	303
Anexos		307
Cuestionarios		
Cuestionario para personas mayores en situación de dependencia		
Cuestionario para personas mayores autónomas		
Cuestionario para familiares		
Cuestionario para profesionales		
Bibliografía		339

PRESENTACIÓN

El trabajo que aquí se presenta es fruto de una beca concedida por el Ararteko a un equipo de personas ligadas a la Fundación Matia, de reconocida trayectoria en la atención a las personas mayores. Aborda una serie de cuestiones de enorme importancia y, sin embargo, poco trabajadas o poco conocidas hasta el momento entre nosotros: los derechos de las personas mayores y sus cuidadores-cuidadoras y la prevención del trato inadecuado o maltrato.

El trabajo, como podrá comprobarse, aporta numerosas referencias, informaciones, documentos, instrumentos y datos en planos muy diferentes, que van desde códigos o derechos de aplicación universal (el plano más general) hasta datos de evaluación obtenidos en un determinado servicio o sector de la población atendida (el plano más concreto).

A la hora de seleccionar, e incluso de preparar la edición de estos materiales, se ha buscado su máxima utilidad. Ello explica, por ejemplo, la inclusión como anexos de diferentes cuestionarios que cualquiera puede aplicar o adaptar a su propia situación: un cuestionario para personas mayores en situación de dependencia, otro cuestionario para personas mayores autónomas, un cuestionario para familiares y un cuestionario para profesionales. Pero también al hilo del texto se han incorporado catálogos de derechos, criterios para valorar si un trato es adecuado o inadecuado o incluso instrumentos que pueden ser de aplicación a diferentes situaciones (residencias, centros de día, familia...).

Como en otros temas similares (violencia de género, maltrato infantil...) también aquí nos enfrentamos a una realidad opaca, oculta, poco conocida y que exige intervenciones múltiples: sensibilización



social, formación de profesionales, concienciación de las personas sobre sus propios derechos, aplicación sistemática de criterios de calidad, evaluación de los servicios, escucha de las personas, prevención, detección, intervención...

En nuestra Comunidad hay 400.000 personas mayores de edad. A esto hay que añadir los muchos miles más que cuidan de ellas, con mayor o menor acierto y dedicación, así como varios miles de profesionales que desarrollan su labor en residencias, centros de día, servicios de ayuda domiciliaria... Este trabajo quiere ser útil a todas estas personas, ya que de ellas depende en gran medida el logro en la práctica de un trato adecuado y respetuoso con todos los derechos, pero pretende también servir de aldabonazo al conjunto de la sociedad, poco sensible todavía a los derechos de las personas mayores y poco consciente de la realidad del mal trato.

Vitoria-Gasteiz, diciembre de 2008

El Ararteko

Iñigo Lamarca

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población, el consecuente incremento de necesidades derivadas del mismo, así como de recursos para su atención, protección, etc. hace necesaria una reflexión estratégica sobre la adecuación de todos los campos del conocimiento, políticas y organización social a una realidad y a un colectivo que progresivamente va a llegar a superar la cuarta parte de la población. Esto implica una adecuación de las políticas sociales, sanitarias, de empleo, etc., y de los sistemas en que se despliegan, así como una actualización del ordenamiento jurídico a las demandas y particularidades de este colectivo, cada vez más importante, como es de las personas mayores.

En este momento de desarrollo de estas políticas se está pasando de unos modelos asistencialistas que daban respuestas limitadas a aquellas personas con problemas, a modelos de servicio público universales que reconocen el derecho ciudadano a un conjunto de servicios y prestaciones orientados a garantizar una serie de valores esenciales para el bienestar como la salud, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención a las contingencias relativas a la dependencia. La actualidad de la recientemente aprobada “Ley de promoción de la autonomía personal y atención de las personas en situación de dependencia” o las nuevas leyes de servicios sociales, son buen ejemplo de estos avances, aun cuando para su real materialización sean necesarios los desarrollos normativos consecuentes, así como la planificación y financiación para su adecuada implantación.

Igualmente será necesario ser capaces de llevar al día a día de la sociedad, los recursos y la atención necesaria para la materialización de estos derechos. Para ello, debemos hacer un esfuerzo conjunto, para que las declaraciones de principios no se queden solamente en eso y podamos

trasladarlas mediante una adecuada formalización, a que los ciudadanos sean realmente portadores y beneficiarios de los mismos.

Al hablar de personas mayores se ha de tener en consideración que estamos ante un colectivo heterogéneo que presenta dispares intereses, opciones y problemáticas. No podemos asimilar persona mayor a persona discapacitada o incapacitada como en ocasiones ha ocurrido. El hecho de que algunos derechos se centren en personas mayores es coherente con la paralela necesidad y exigencia de reforzar la protección que el ordenamiento jurídico les dispensa. Esas situaciones pueden afectar de diferente manera a las personas mayores, ya se encuentren en plenitud de su capacidad jurídica y de obrar (Seijas Villadangos, E. 2004), ya con necesidad de protección y tutela. De hecho, los modelos actuales de acercamiento a la vejez se centran en enfoques orientados al envejecimiento exitoso y competente, y al abordaje de las situaciones de discapacidad y dependencia como una contingencia diferente, aun cuando éstas correlacionen con la edad.

El envejecimiento de la población, la mejora de la calidad y del nivel de vida general, el cada vez mayor papel de las personas mayores en la sociedad, el incremento de las situaciones de dependencia, de importantes déficits de atención y de bolsas de pobreza en este colectivo, junto al cada vez mayor papel de la mujer en la sociedad, constituyen varios de los retos sociales de carácter estratégico para la Unión Europea, para España y para el País Vasco.

Genéricamente se puede afirmar que estamos en un momento en el que las tendencias principales de las sociedades occidentales desarrolladas se van a caracterizar fundamentalmente por situaciones a veces antitéticas, como si de las dos caras de la misma moneda se tratara y que son las siguientes:

En general, la mayoría de las personas mayores, con necesidades funcionales diversas, gozarán de niveles de salud y bienestar no conocidos hasta ahora. Se preocuparán por su salud, serán más sanas y tendrán estilos de vida más saludables; serán más cultas, más activas y participativas en la sociedad. Además cambiará la imagen que la sociedad tiene de ellas mejorando (probablemente de manera interesada) su imagen como colectivo y su percepción, a la vez que serán más competentes, exigentes y consumidoras, mejorando considerablemente su atractivo en todos los aspectos.

Pero nos encontramos con grupos que pueden quedar fuera de este avance, como las personas con discapacidades derivadas de enfermedad mental y nuevas contingencias, con problemas de salud, dependencia y con riesgo de exclusión social, que necesitarán tener garantizados unos recursos (no mínimos, sino suficientes y dignos) de atención socio-sanitaria, económicos, de vivienda, etc., y un grupo muy notable de personas mayores, mayores de 85 años y de sexo femenino fundamentalmente, que sufrirán situaciones de dependencia, de necesidad de ayuda y apoyo por parte de una tercera persona, familiar y/o institucional.

En cuanto a la salud, la investigación biomédica y la tecnología sanitaria conocerán un progreso sin precedentes y sus aportaciones contribuirán al desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez más efectivos, mejorando los tratamientos para la enfermedad de Alzheimer y para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Los planes de salud incorporarán como prioritarios los objetivos específicos relativos a la calidad de vida, porque las enfermedades crónicas y las situaciones de dependencia se afianzarán como los problemas de salud más relevantes. La pregunta es: ¿estos avances estarán al alcance de todos y todas?, ¿cómo podemos hacer que así sea?

Uno de los retos sociales de carácter estratégico para la Unión Europea, España y el País Vasco será responder a estos cambios con políticas activas audaces, que integren a estos colectivos en la toma de decisiones, que planteen la necesidad de consensuar nuevas relaciones y compromisos intergeneracionales, especialmente ante un más que probable declive del apoyo que hasta ahora viene dando la familia a estos

grupos de edad y de situaciones sociales, tal y como se refleja en los diferentes estudios realizados en los últimos años, por ejemplo el estudio sobre *El envejecimiento de la población vasca, sus consecuencias económicas y sociales* (Beristain I., 2005), en programas sectoriales y en el conjunto de las políticas sin diferencia por criterios de edad. Esperemos que seamos capaces de garantizarlos.

¿Por qué es importante focalizar en este momento la atención en el tema de los derechos de las personas mayores en su conjunto, de las personas mayores dependientes y de sus cuidadores y cuidadoras?

- Porque vivimos la revolución de la longevidad y el envejecimiento con una clara correlación entre la edad y las situaciones de discapacidad y dependencia y nos debemos preparar para afrontarla.
- Porque entre la población con necesidades funcionales diversas las personas que presentan dependencia están aumentando, lo que contribuye al crecimiento de la población, los avances médicos que preservan y prolongan la vida, los factores crónicos (VIH y SIDA...), los accidentes y un medio ambiente insalubre, etc.
- Porque en la actualidad la esperanza de vida de las personas está aumentando de modo sustancial, lo cual también supone una característica de las sociedades avanzadas tecnológicamente.
- Porque la carga de la dependencia pesa sobre las familias, y los cambios en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al mercado laboral hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención.
- Porque las personas con diversidad funcional, dependientes y/o autónomas quieren decidir por ellas mismas y vivir en la comunidad.
- Por la creciente importancia de este colectivo en nuestra sociedad, que reclama un papel más activo y más acorde con las posibilidades que es capaz de proporcionar una sociedad desarrollada.
- Porque la respuesta actual a las necesidades de los usuarios y usuarias es pobre, fragmentada y asumida exclusivamente por los servicios sociales. Es necesario configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad el fenómeno del envejecimiento, con la participación activa de toda la sociedad y con medidas de evaluación y de seguimiento.
- Porque el modelo de atención aplicado hasta ahora es fundamentalmente asistencial y “a demanda”, lo que nos conduce a la necesidad de diseñar y desarrollar un modelo de atención específico a las necesidades de las personas orientado al modelo de “calidad de vida”.
- Porque desde un enfoque preventivo se debe prestar más atención a la prevención y a la atención a la fragilidad, como fórmula de contención de las necesidades y de retrasar la discapacidad y dependencia, y a la persona como sujeto de derechos para que sea agente activo en su proyecto de vida.
- Porque la aprobación de la “Ley sobre la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” y el “Proyecto de Ley de servicios sociales” de la CAPV suponen un cambio en los derechos y recursos destinados a estos colectivos acordes a los niveles de bienestar que la sociedad en su conjunto está alcanzando con su desarrollo social, económico y político.
- Porque se necesita elaborar políticas globales de servicios y recursos para TODOS Y TODAS, donde no se hable de discapacidades, deficiencias concretas, edades, sino de soluciones para la ciudadanía: educación, accesibilidad, economía, ayudas técnicas, participación, sexualidad, etc., y cada persona, en función de sus contingencias, situaciones y necesidades, pueda recibir aquellos apoyos y ayudas que necesite.
- Porque, como han dejado bien claro las personas mayores, “NADA debe hacerse SOBRE NOSOTROS/AS SIN NOSOTROS/AS”.
- Porque los nuevos modelos de atención exigen hacer más énfasis en las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas y en la planificación basada en necesidades y demandas y en el despliegue de objetivos desde unos modelos de gestión basados en el liderazgo, la participación y la comunicación, que permitan el aprendizaje e innovación del sistema, organizaciones y sociedad en su conjunto.

De lo que se desprende que los retos estratégicos principales a medio plazo serán la promoción de la calidad de vida de las personas (jóvenes, adultas o mayores, con o sin discapacidad o dependencia) y sus familias y sus derechos como ciudadanos/as, la calidad de atención y avanzar hacia un modelo de excelencia e innovador, los servicios en red e integrados en un sistema público avanzado, la calidad y las condiciones de las personas que desempeñan su actividad profesional en este sector, en una sociedad accesible, incluyente, solidaria, con una ciudadanía activa, en un país cohesionado.

En este marco, las situaciones de trato inadecuado o maltrato de personas mayores con una importante prevalencia en nuestra sociedad (Bazo, M.T. 2001, 2002) deben tener una respuesta definida, planificada, orientada a la prevención de dichos casos y materializada de manera normalizada e integrada con otras políticas de prevención y afrontamiento del maltrato doméstico, como en el caso de maltrato por razones de género o infantil, donde ya existe una mayor implicación de todos los sectores, una adecuada sistematización, etc.

En esta problemática debe señalarse la heterogeneidad de la casuística y hacer mención especialmente del riesgo de trato inadecuado por parte de cuidadores/as familiares de personas mayores dependientes y/o con demencia, sobrepasadas y “quemadas” en ocasiones por la falta de apoyos públicos, así como los casos de “trato inadecuado” en programas y centros de servicios sociales como residencias, etc. donde es urgente delimitar qué es el “trato adecuado” y qué se sale del mismo, aun cuando no haya agresiones o comportamientos violentos sean realizados de forma inconsciente.

El enfoque de este trabajo pretende explicar que la estrategia más eficaz de prevenir el trato inadecuado es el “empoderamiento” de las personas y de sus familiares, especialmente cuando por deterioro cognitivo pueden no estar capacitados para ejercer sus derechos y defenderse. Para ello es importante hacerles conscientes de los mismos para que realmente los puedan ejercer y hacer valer ante cualquiera y en cualquier situación.

Igualmente quiere hacer énfasis en la necesidad de apoyos públicos y de introducir estos temas en los planes generales de atención e intervención en todos los servicios, programas, centros, etc. para las personas mayores.

Este documento pretende trasladar a los profesionales, a las propias personas mayores, a sus familiares y personas cuidadoras, si las hay, y a la sociedad en general esta perspectiva, para lo cual se presentan los modelos actuales de abordar las diferentes situaciones, necesidades, etc., de las personas mayores, un modelo determinado de aplicación del paradigma de promoción de la calidad de vida y por tanto como una dimensión fundamental del mismo, la garantía de los derechos, con ejemplos de formalización e implantación de los mismos llevados a cabo por los autores en los últimos diez años en Matia Fundazioa y otros centros.

Además se presentan los resultados del Seminario Permanente sobre la “Promoción de los derechos de las personas mayores y sus cuidadores y la prevención del trato inadecuado” liderado desde INGEMA y Fundación Hurkoa, contando con la participación de un equipo interdisciplinar de profesionales de diferentes instituciones, empresas y asociaciones de todos los niveles asistenciales tanto sociales como sanitarios de la CAPV y el apoyo institucional del Ayuntamiento de San Sebastián, la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Gobierno Vasco, a todos los que, referidos más adelante, manifestamos nuestro agradecimiento.

Para ello se presenta una breve compilación de la legislación (*capítulo 1*), basada en la revisión publicada por Paneque Sosa (2007); el modelo de atención e intervención que introduce como dimensiones fundamentales de la calidad de vida de la persona los derechos y la seguridad, basado en la experiencia desarrollada en Matia Fundazioa (*capítulo 2*); se presenta como propuesta de actuación, los resultados

del Seminario para la evaluación, prevención y gestión del trato inadecuado (*capítulo 5*), así como los resultados obtenidos mediante entrevistas y grupos cualitativos con 78 personas mayores en situación de dependencia (70% residentes, 30 % en domicilio y centro de día), con 75 personas mayores autónomas (participantes en diferentes clubs sociales y escuelas de la experiencia), con 16 familiares de personas mayores en residencias con deterioro cognitivo, con 19 profesionales, y el contraste con la Comisión Ético Jurídica del patronato de Matia, basados en un cuestionario referente a las siguientes dimensiones: conocimiento y ejercicio de los derechos, dignidad, independencia, intimidad, libertad de elección y satisfacción (*capítulo 5*).

Esperamos que éste sea un paso más para avanzar no sólo en el conocimiento, sino especialmente en la implantación de modelos, sistemas, técnicas, instrumentos y herramientas, sistemas de evaluación e indicadores para lograr una mejora en los derechos, en el trato y, por tanto, en la calidad de vida de las personas mayores.

Agradecemos su apoyo nuevamente a todas las personas: mayores, familiares, voluntarias y profesionales que están colaborando en esta dinámica y proceso de trabajo, a los y las participantes del Seminario permanente mencionado, a las entidades e instituciones colaboradoras, así como al Ararteko que posibilita mediante esta beca la publicación de este documento, y dedicamos el libro a todas las personas que día a día consiguen una mejor calidad de vida para las personas con las que interactúan y para sí mismas, a pesar de las dificultades que por parte de otras pueden encontrar en este camino.

Agradecer también a Judith Salazar y a Nerea Lezertua su aportación en esta publicación a través del trabajo de campo realizado, que nos ha permitido conocer los aspectos cuantitativos y cualitativos de la realidad analizada.

Francisco Javier Leturia

Nerea Etxaniz

Capítulo 1.

DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

1.1. DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Tal y como se recoge en la revisión de Paneque Sosa, Procurador del Común (2007), que se resume y presenta adaptada en este capítulo, la **Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento** (Viena, 1982) supuso un hito en la toma de conciencia del fenómeno del envejecimiento y en las políticas sociales hacia las personas mayores. Veinte años más tarde, Naciones Unidas convocó la **II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Madrid**, en 2002, fruto de la cual fue el Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento. En la Declaración Política aprobada por la Asamblea se expresa el compromiso de los participantes para la eliminación de todas las formas de discriminación, entre otras la discriminación por edad. Igualmente, en el Plan de Acción, se expresa que el objetivo de dicho Plan consiste en garantizar que en cualquier país o lugar la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. De forma paralela, el Foro Mundial de Organizaciones no Gubernamentales señaló que, aunque la Declaración Universal y los Pactos Internacionales de Derechos Humanos no incluyen prohibición específica alguna a la discriminación por edad, ésta es una situación que padecen las personas mayores de todo el mundo en múltiples circunstancias: graves dificultades económicas, limitaciones en el acceso a los servicios de salud, ausencia de servicios sociales, graves carencias en vivienda y en condiciones de vida, exclusión de la cultura y educación, trato inadecuado, escasa participación en la vida social y política...

Según el documento de conclusiones de dicho Foro, los derechos humanos de las personas mayores no son reconocidos en muchos lugares del mundo y por ello se reclama la estricta e íntegra aplicación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, recordando que ésta debe ser vigente para toda la ciudadanía, sin distinción de edad. La plena inclusión de las personas mayores en la vida social y económica de sus respectivas sociedades, el aprovechamiento de sus capacidades y experiencias y la defensa de sus derechos ante cualquier tipo de discriminación constituyen las aspiraciones esenciales del Foro Mundial de Organizaciones no Gubernamentales. Entre sus conclusiones reclama *“la redacción de una convención promovida por las Naciones Unidas para la eliminación de cualquier forma de discriminación hacia las personas mayores, como instrumento de rango superior que realmente protegería los derechos humanos de este grupo de población”*.

Si consideramos la “vulnerabilidad” como la falta de capacidades de un individuo o un grupo para satisfacer la mayoría de sus necesidades básicas, y consideramos la “discriminación por edad” al conjunto de acciones u omisiones que tienden a tratar al individuo o a una colectividad con estándares inferiores en comparación con otros que no son miembros de esa colectividad definida en función de la edad, podemos concluir que la comunidad internacional ha reconocido explícitamente los derechos humanos de grupos vulnerables específicos, tales como las mujeres o los niños, pero no ha hecho lo mismo con el grupo vulnerable de las personas de edad avanzada (Ferrer Lues y Peláez, 2001).

En relación a ello, y aunque no se dedica de forma expresa a las personas mayores, hay que hacer mención a la Carta Internacional de los Derechos Humanos, que comprende la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Los pactos son textos generales, auténticos tratados internacionales destinados a la protección de los derechos de todas las personas. La Declaración Universal es una Resolución, concretamente la 217 (III), votada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el día 10 de diciembre de 1948. Su condición formal no es, en consecuencia, la de un tratado internacional, que para su incorporación al ordenamiento ha de celebrarse válidamente y publicarse con carácter oficial. Sin embargo, no resultaría adecuado a la realidad de la sociedad internacional contemporánea limitar pura y simplemente las características de aquella Declaración a las que definen cualquier otra resolución emanada de la Asamblea General (Saiz Arnaiz, 1999).

Estos textos tienen, como se señala anteriormente, carácter general, por lo que no incorporan en su articulado relaciones de derechos que correspondan específicamente a las personas mayores. Sin embargo, comprenden derechos cuyo disfrute corresponde de forma exclusiva a éstos, como el derecho a la protección en la vejez, o derechos que tienen gran importancia para las personas de edad avanzada, como el derecho a recibir servicios sociales o a disfrutar de un nivel de vida adecuado.

No obstante, la práctica totalidad de los derechos que se recogen en estos instrumentos tienen un destinatario general, las personas, con independencia de su sexo, edad, raza, confesión religiosa o afiliación política. Estos derechos, con mayor o menor grado de desarrollo, se han ido incorporando a las constituciones, entre ellas a la española, y han ido penetrando, en cascada, en muchos sectores del ordenamiento jurídico, incluidas las leyes dedicadas a las personas mayores de buena parte de las comunidades autónomas existentes en España. Se trata, a juicio de Paneque (2007), de un error, pues la repetición en cascada de derechos ya proclamados no contribuye a hacer éstos más efectivos sino que, al contrario, diluye en un listado desproporcionado los derechos específicos que el ordenamiento jurídico reconoce a un colectivo determinado, y complica su aprehensión y conocimiento por parte de los destinatarios de los mismos.

La Declaración de Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, (Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991) mediante la cual las Naciones Unidas alientan a los Gobiernos a que apliquen en sus programas nacionales cada vez que sea posible los

principios de Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización y Dignidad, refiere los siguientes:

- Independencia:

- Acceder a alimentación, agua, vivienda, ropa y atenciones de salud y sociales adecuadas, mediante ingresos suficientes, apoyo a las familias de las personas mayores y a la comunidad.
- Trabajar hasta que decidan o se vean compelidos a jubilarse.
- Participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- Acceder a programas educativos y de formación adecuados y permanentes.
- Vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias y a sus posibilidades de cambio continuo.
- Permanecer en su domicilio habitual tanto tiempo como les sea posible.

- Participación:

- Mantenerse integrados en la sociedad.
- Participar activamente en la formulación y en la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar.
- Compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones futuras.
- Buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios y voluntarias en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
- Formar parte de movimientos y asociaciones de personas mayores y en cualquier otro ente de participación ciudadana.

- Cuidados:

- Disfrutar de los cuidados y la protección de sus familias y de la comunidad en conformidad con el sistema de valores de cada sociedad.
- Acceder a los servicios de atención a la salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, psíquico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de procesos de enfermedad y las pérdidas y limitaciones que puedan acompañar al futuro envejecimiento.
- Acceder a los servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidados.
- Acceder a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación, y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- Disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados y tratamientos.

- Autorrealización:

- Aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- Acceder a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

- Dignidad:

- Vivir con dignidad y seguridad.
- Verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

- Recibir siempre un trato digno, independientemente de la edad, raza procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones.
- Ser valorados independientemente de su contribución económica.

En la **II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento**, de 2002, se reitera la necesidad de que las personas de edad avanzada tengan cada día un mayor reconocimiento de sus derechos ciudadanos, en general, y de determinados derechos específicos por su condición de personas mayores, como la eliminación de toda discriminación, abuso y violencia, vida plena con salud, seguridad económica, jurídica y ciudadana, sostenibilidad de los sistemas de apoyo, reconocimiento del envejecimiento como un éxito, consideración de la perspectiva de género con relación a las mujeres mayores, derecho a recibir servicios sociales básicos, garantía de independencia y apoyo complementario de las familias a los cuidados formales (J. J. de la Cámara, 2003).

En el ámbito de la Unión Europea, **la Resolución del Parlamento Europeo sobre medidas a favor de las personas de edad avanzada**, de 1994, recoge un interesante elenco de propuestas sobre los derechos de los mayores, entre las que cabría destacar la deseable tendencia a la convergencia progresiva de los regímenes nacionales de seguridad social, los controles al abuso de los mecanismos de jubilación anticipada, el apoyo a los cuidados informales o la solidaridad entre generaciones.

La **Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo**, de 18 de marzo de 2002, como contribución de la Unión Europea a la citada II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, pone el acento en la necesidad de integrar la perspectiva de edad en todas las esferas de la vida social y económica, en la necesidad de prever un contexto de longevidad cada vez mayor, en la importancia de la educación para promover estilos de vida saludables y en la atención a la dependencia y a la discapacidad.

La **Conferencia Ministerial de la Comisión Económica para Europa sobre el Envejecimiento**, 2007, de León, recogió en su declaración final entre otros los siguientes aspectos:

5. Seguimos decididos a alcanzar el objetivo último de una sociedad para todas las edades basada en el respeto de los derechos humanos, la protección contra la discriminación por motivos de edad, la cohesión social y la igualdad de oportunidades para los hombres y las mujeres de todas las edades. Perseguimos este objetivo reafirmando los principios de independencia, participación, cuidados, realización del potencial propio y dignidad consagrados en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.
6. Estamos comprometidos a seguir promoviendo la integración del envejecimiento en todas las esferas normativas en los ámbitos local, nacional e internacional. Estas normas y políticas deberían basarse en los principios de la reciprocidad, la equidad y la interdependencia entre las generaciones; ser de carácter global, estar debidamente coordinadas y respetar las consideraciones de género, como es el caso del enfoque incluyente de la Estrategia Regional de Aplicación. Nos comprometemos a proteger los derechos de las personas de todas las edades y a impedir la discriminación por motivos de edad y la exclusión social.
7. Fomentar una imagen positiva de las personas de edad, en particular mediante el sistema educacional y campañas en los medios de difusión, puede contribuir en gran medida a que se aprecie de manera más generalizada la aportación que estas personas pueden hacer a la sociedad. Alentamos el desarrollo de actividades para dar a conocer entre el público la importante y variada contribución que pueden hacer las personas de edad a sus familias y a la sociedad.
8. El civismo activo, el dinamismo de la sociedad civil y la interacción entre los ciudadanos y el Estado son imprescindibles para lograr una sociedad para todas las edades. Estos requisitos fomentan la cohesión social, ayudan a superar la discriminación por motivos de edad y dotan a las personas de edad y a los jóvenes de los medios de valerse por sí mismos y de trabajar de consuno. Confirmamos que, para promover la participación, es fundamental contar con un entorno propicio, que fomente una vejez activa, la educación permanente y

el acceso a las tecnologías modernas de la información y las comunicaciones, así como el voluntariado y la acción cívica. Consideramos importante promover la participación de las personas, a medida que envejecen, en la vida económica, social, cultural y política de su sociedad. El fomento de las posibilidades de acción de las personas de edad y la promoción de su participación plena son cruciales para lograr una vejez activa, y deben impulsarse por medio de medidas apropiadas.

9. Estamos decididos a proseguir nuestros esfuerzos por ajustar los sistemas de protección social a fin de evitar la pobreza y la exclusión social y mejorar la calidad de vida a todas las edades. Nos esforzamos por implantar reformas y políticas oportunas, con la mirada puesta en la sostenibilidad de los sistemas de protección social. En todas las fases de la reforma, nuestro objetivo debe ser alcanzar niveles suficientes en cuanto a pensiones, normas de atención sanitaria, tanto personal como familiar, y vivienda. Subrayamos la importancia de idear políticas que velen al mismo tiempo por la eficiencia económica y por la seguridad social, y de estructurar sistemas de protección social que tengan una cobertura más amplia y eficaz, y respondan a las necesidades y circunstancias de cada país.

10. Estamos decididos a seguir promoviendo políticas que permitan a las personas alcanzar una edad avanzada más sana y con más seguridad, así como vivir con independencia y dignidad. Recalcamos que para alargar la vida sin discapacidades y mejorar la calidad de vida a edades avanzadas, estas políticas deben ocuparse de la promoción de la salud, de los estilos de vida saludables, de la rehabilitación y del fomento de las posibilidades de acción en todas las fases de la vida, y mejorar la prevención, el tratamiento y los cuidados que exigen las enfermedades, la fragilidad y las discapacidades de la edad avanzada.

11. Exhortamos a que se preste apoyo a las personas de edad que necesiten cuidados. Consideramos que, para cumplir su propósito, en toda estrategia de prestación de cuidados se debe hacer todo lo posible por encontrar un equilibrio entre el trabajo remunerado y la vida familiar, y entre los cuidados que presten los distintos proveedores de éstos. Debe mejorarse la coordinación entre proveedores de cuidados tales como el sector público, el sector privado, la familia y la sociedad civil. Es necesario formular políticas específicas ante el número creciente de personas con problemas de salud. Estamos decididos a mejorar y hacer sostenibles los servicios sociales, así como la atención de la salud y los cuidados prolongados de las personas de edad necesitadas, especialmente de las que opten por permanecer en sus hogares.

12. Consideramos que la accesibilidad, la dignidad, los niveles de calidad y, muy especialmente, la protección contra el maltrato y el abandono de las personas de edad plantean desafíos importantes en la esfera de la prestación de cuidados. Asimismo, somos conscientes de la contribución que hacen a la sociedad las personas, tanto hombres como mujeres, que prestan cuidados, y las apoyamos. Todos los hombres y mujeres, de cualquier edad, deberían disfrutar de acceso equitativo y universal a la atención sanitaria y a los servicios y asistencia sociales en función de sus necesidades, así como a instalaciones y servicios que cumplan la normativa aprobada. En esa normativa se debe tener en cuenta el principio fundamental de la dignidad en el trato dispensado a todos. Para que todas las personas reciban una atención de calidad es indispensable contar con recursos públicos suficientes, con sólidos sistemas estructurados y no estructurados para el suministro de cuidados prolongados, con profesionales de cuidados especializados y sensibilizados, y con mecanismos de control de calidad.

1.2. DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES. PERSPECTIVA NACIONAL ESPAÑOLA

Según Paneque (2007), a la hora de abordar los derechos de las personas mayores en España, es necesario partir del diseño de la estructura política que se estableció tras la aprobación de la Constitución de 1978 y se ha ido desarrollando mediante la promulgación de los distintos Estatutos de Autonomía y las posteriores reformas de éstos, debiendo significarse que en la actualidad nos encontramos inmersos en otra oleada de reformas estatutarias, que afecta, entre otras cuestiones, al reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

Esta cuestión, la del reparto competencial, es clave para analizar esta materia, pues con independencia de los derechos que la Constitución establece con carácter general para todas las personas o, según el caso, para todas las personas de nacionalidad española, las Comunidades Autónomas han asumido competencias exclusivas en numerosas materias que se asimilan con sectores funcionales de la actividad de la Administración Pública, en las que, en principio, nada impide que se creen nuevos derechos con un ámbito de influencia limitado al territorio de una autonomía, como de hecho sucede.

El Ordenamiento Legal representado en la **Constitución Española** (1978), en su artículo 50 recoge que: *“Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”*.

Siguiendo a Seijas (2004), la legislación que atiende a la regulación de los derechos de las personas mayores otorga una posición prioritaria a la enumeración de una serie de derechos que reiteran y adecuan a este colectivo derechos y libertades fundamentales tal y como se establecen en la Constitución. La finalidad de estos derechos es prevenir y evitar situaciones de maltrato y riesgo social, así como proteger a las personas mayores en los términos reconocidos por el ordenamiento jurídico, especialmente en aquellos casos en que estas personas se encuentren en situaciones que les impidan valerse por sí mismas y precisen de una protección especial por las Administraciones Públicas. Estos serían en concreto los siguientes:

Derechos y libertades fundamentales

a) Derecho a la igualdad y a la no discriminación

La importancia del artículo 14 de la Constitución implica que las Administraciones Públicas tienen la obligación de velar por el derecho de las personas mayores a ser tratadas en condiciones de igualdad. Desde las Administraciones Públicas se garantizará el acceso a los recursos del sistema de acción social en condiciones de igualdad.

b) Derecho a la integridad física, psíquica y moral de las personas mayores

La conquista social que está suponiendo el hecho de que muchos millones de personas lleguen a edades muy avanzadas, obliga a garantizar a las Administraciones Públicas la plenitud de su derecho vital, tal y como se recoge en el artículo 15 de la Constitución. Así, se establece la obligación de que los organismos públicos velen por la integridad física y psíquica de las personas mayores, fundamentalmente a través de la prevención de situaciones de violencia, abandono, maltrato o cualquier otro tipo de agresión física o psíquica. La protección jurídica de este derecho se desarrollará a través de las tareas de inspección y sanción que corresponden a las Administraciones Públicas, y particularmente mediante la puesta en conocimiento por parte de la Administración a la Autoridad Judicial o al Ministerio Fiscal de los hechos que generen esas situaciones extremas.

c) Derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen de las personas mayores

El contenido del artículo 18 de la Constitución se traslada al ámbito normativo de las personas mayores en los siguientes términos: Aquellas personas que por razón de su cargo o funciones tengan acceso a expedientes, historiales u otro tipo de información relativa a personas mayores identificadas o identificables, quedarán obligadas a un tratamiento adecuado de los datos que figuren en aquellos, garantizando su confidencialidad y el respeto al honor, intimidad e imagen de las personas mayores. La protección

de las personas mayores exigirá que las Administraciones Públicas promuevan una imagen positiva de las personas mayores en los medios de comunicación y campañas publicitarias, evitando cualquier utilización que atente contra su imagen e identidad. La garantía jurídica de este derecho se concretará en la puesta en conocimiento por parte de las Administraciones Públicas, ante la Autoridad Judicial o el Ministerio Fiscal, de los hechos contrarios a estos derechos, ejerciendo, en su caso, las acciones civiles o penales que procedan.

d) Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto de las personas mayores

El [artículo 16](#) de la Constitución, en la legislación específica dedicada a las personas mayores, implica que las Administraciones Públicas garantizarán el respeto y ejercicio a la libertad religiosa, ideológica y de culto, y velarán para que las personas mayores puedan actuar sin ser coaccionadas por la Administración o por cualesquiera grupos sociales. La importancia de este derecho aumenta en aquellos centros residenciales que profesen alguna ideología. Las personas mayores, en el ejercicio de su libertad de mantener o adoptar las creencias de su elección, no podrán ser objeto de discriminación, rechazo o presión que menoscabe sus derechos. La Administración promoverá las condiciones precisas para la eficacia real de estos derechos, facilitando la presentación de denuncias y acciones jurídicas que procedan. Los servicios de inspección de las diferentes gerencias de servicios sociales son los encargados de realizar estas funciones. La plenitud de vigencia de este derecho se extiende tanto a los centros públicos como a los privados en los que se preste atención a personas mayores.

e) Derecho a la información y a la libertad de expresión de las personas mayores

Una condición imprescindible para el ejercicio y el disfrute de todos estos derechos es que sus titulares tengan un conocimiento de los mismos. Para ello, la adecuación del contenido del [artículo 20](#) de la Constitución a la problemática específica de las personas mayores reviste un especial cariz. Las Administraciones Públicas deberán facilitar a las personas mayores el derecho a la información sobre los servicios a los que pueden acceder y sobre los requisitos exigidos para ser usuarios de los mismos.

f) Derecho a la protección de la persona mayor: incapacitación y acogida familiar

El derecho a que las personas mayores estén protegidas por la Ley, tanto sus personas como sus bienes, se acentúa en aquellos supuestos en los que, por motivo de la pérdida de sus facultades mentales o físicas, es preciso proveerles de un estatuto especial a los efectos de prevenir situaciones de abuso o expoliación, es decir, que sean declaradas incapacitadas. La incapacitación se concibe como un mecanismo jurídico de protección para, entre otros, las personas mayores que presenten alguna discapacidad, como por ejemplo lesiones cerebrales, enfermedades degenerativas, etc. Declarar la incapacidad de una persona significa dotarle de unos medios de protección, de los que carece en principio, y a partir de ahí propiciar el cumplimiento y disfrute de la totalidad de derechos que le son inherentes. La legitimación activa para el inicio de un proceso de declaración de incapacidad la tienen: la persona incapaz (tras la reforma de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad, por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre) y determinados familiares.

Un instrumento que refuerza la protección de las personas mayores y que persigue acentuar su grado de bienestar, pero aún no suficientemente desarrollado, es la acogida familiar de aquellas. Su finalidad esencial es mantener a la persona mayor en un ambiente familiar y social, cuando la solución del internamiento en instituciones residenciales no sea la adecuada, ni la que ellas desean. Con ello se evita el desarraigo de su núcleo de convivencia y, sobre todo, que se queden solas. La Administración local se configura como Administración competente en lo que se refiere a la programación, prestación y gestión de dicho servicio de acogida, dada la proximidad de la Administración local a las personas que pactan la acogida.

g) Derecho a la protección de la persona mayor: protección patrimonial

De forma paralela y estrechamente vinculada a la protección de la persona mayor, y con una reciente atención por parte del poder legislativo, se ha de tratar la protección del patrimonio de las personas mayores, especialmente las afectadas por algún tipo de discapacidad. Las Administraciones Públicas están comprometidas, en los casos que presuman que el patrimonio de una persona mayor está siendo objeto de expoliación, a comunicar al interesado/a las acciones judiciales a utilizar, proporcionándole asistencia jurídica si fuese necesario y, en todo caso, a poner estos hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, así como las actuaciones del representante legal que pudieran perjudicar sus intereses. La protección del patrimonio de las personas mayores que padecen algún tipo de discapacidad responde, además del mandato del [artículo 50](#) de la Constitución, a la obligación de cumplir lo preceptuado en el [artículo 49](#) de nuestra Norma Fundamental. Su finalidad es conseguir que la minusvalía que padezcan no les impida el disfrute de los derechos que la Constitución y las leyes reconocen a todos los ciudadanos. Ha merecido la atención del órgano legislativo, particularmente a través de la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad.

Partiendo de que uno de los elementos que más repercuten en el bienestar de las personas con discapacidad, especialmente en los mayores, es el poder supervisar y disponer de sus asuntos económicos, se ha arbitrado una serie de medidas que podemos sintetizar en las siguientes:

- Constitución de un patrimonio especialmente protegido de las personas mayores con discapacidad.
- Régimen de autotutela en previsión de una futura incapacidad.
- Protección patrimonial y régimen sucesorio: la incapacidad para suceder de quienes no hayan prestado atenciones debidas.

En cuanto a la primera medida, la persona titular o beneficiaria de este patrimonio protegido será aquella en cuyo interés se constituya. Será necesario presentar determinados grados de minusvalía, con independencia de que concurren o no las causas de incapacitación judicial contempladas en el artículo 200 del Código Civil. Los grados de minusvalía referidos serán: una minusvalía psíquica igual o superior al 33% y una minusvalía física o sensorial igual o superior al 65%.

En cuanto a la segunda medida, en determinados supuestos de enfermedades degenerativas, el poder legislativo español ha previsto la posibilidad de que una persona capaz de obrar adopte las previsiones que estime convenientes en previsión de una futura incapacidad asegurando la satisfacción de sus necesidades futuras. Este régimen se designa como autotutela. Según el artículo 223 del Código Civil, cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, puede solicitarla.

Y por último, en cuanto a la tercera medida, el ordenamiento jurídico español no admite la posibilidad de desheredar a un heredero forzoso, en los supuestos de personas mayores con hijos, de forma arbitraria y caprichosa. Lo que sí admite es la incapacidad de sucesión por incurrir en alguna causa de indignidad (Art. 756 del Código Civil). La novedad estriba en la reciente inclusión en el Código Civil de un mecanismo de protección de las personas (mayores) con discapacidad, a través de la conversión en indignos, con efectos de ser desheredados, a quienes teniendo derecho a la herencia no le hubieren prestado las atenciones debidas (todo lo indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica).

h) Derecho a la protección de las personas mayores dentro de la estructura familiar: derecho de comunicación y visita de los nietos con los abuelos en los procesos de nulidad, separación y divorcio

La Ley 42/2003, de 21 de noviembre, ha procedido a modificar el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de relaciones familiares de los nietos con los abuelos. Esta norma trata de reforzar el

cumplimiento del artículo 9 de la Constitución, con la finalidad de proteger de forma integral (social, económica y jurídica) a la familia.

Derechos prestacionales, sociales y asistenciales

La suficiencia económica de las personas mayores es un mandato constitucional (Art. 50) que se acoge y reitera en la totalidad de la normativa, especialmente autonómica, que lo desarrolla. Los cauces a través de los que se trata de conseguir el apoyo económico a las personas mayores, que contribuirá de forma decisiva a su autonomía personal y a mejorar su calidad de vida, son los siguientes: pensiones contributivas, pensiones no contributivas y prestaciones económicas complementarias y beneficios fiscales.”

De la Cámara Martínez fija su atención en el artículo 50 de la Constitución, y señala que éste forma parte de aquellos artículos cuya estructura responde a un mandato dirigido a los poderes públicos y no sólo esto, sino que la lectura del mandato revela que, frente a otros en los que las vías para la consecución de los fines contemplados quedan indeterminadas, el artículo 50 concreta las vías a través de las que deben cumplirse los objetivos que proclama y garantiza. Por ello, es concreto al establecer el derecho a la suficiencia económica durante su etapa de mayores y la promoción del bienestar social de estos ciudadanos. La suficiencia económica, como garantía jurídica, está clara a través del sistema de pensiones contributivas o no contributivas, pero no lo está tanto la capacidad material para desenvolverse con suficiente bienestar en la vida diaria. La promoción del bienestar es más indefinida, aunque alude a un sistema de servicios sociales a través de prestaciones técnicas de alcance colectivo.

Finalmente De la Cámara Martínez recuerda que, en todo caso, la plena eficacia de los derechos contemplados en el artículo 50 de la Constitución depende de las leyes que desarrollen este precepto y de la dotación presupuestaria que se asigne para su cobertura.

En definitiva, podemos concluir que en el nivel estatal, la Constitución Española configura el derecho de las personas mayores a la suficiencia económica, que se instrumentará mediante un sistema de pensiones adecuado y actualizado, así como el derecho a percibir prestaciones de servicios sociales para atender sus necesidades específicas de salud, vivienda, cultura y ocio, si bien el disfrute de estos derechos está condicionado a su desarrollo legal.

No obstante, no se agota en el artículo 50 de la Constitución Española el conjunto de derechos que el ordenamiento jurídico español, en el nivel estatal, reconoce a las personas mayores. La Constitución crea derechos y libertades, pero no impide que el legislador incorpore al ordenamiento jurídico otros derechos de carácter subjetivo que beneficien de forma directa aunque no exclusiva a un colectivo determinado, como el de las personas mayores. Paneque (2007) hace una revisión no exhaustiva de dichos derechos. Así:

i) El derecho a ser atendido en situación de dependencia. Se trata de un derecho de reciente instauración en el nivel estatal (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia) que se incardina en nuestro sistema de servicios sociales, pero adquiere autonomía y sustantividad propia por su carácter de derecho subjetivo, cuyo cumplimiento es de carácter obligatorio para los poderes públicos, sin que quepan alusiones a la falta de disponibilidad presupuestaria, como ocurre con un gran número de prestaciones sociales que, por su carácter complementario, no gozan de dicha garantía. Es un derecho cuyos destinatarios son las personas dependientes, no las personas mayores, aunque el incremento de la longevidad trae como consecuencia la existencia de un amplio número de mayores dependientes. Para ver un análisis jurídico más exhaustivo de esta Ley ver Moreneo et al. (2007).

j) El derecho a un entorno accesible. La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad es una Ley que no está destinada al colectivo de mayores sino al de personas con discapacidad. No obstante, un gran número de mayores, particularmente en el segmento de edad de 80 años y más, padecen discapacidades en distinto grado, lo que los convierte en beneficiarios directos de los principios de no discriminación, acción positiva y accesibilidad universal, los cuales sirven de base para conseguir el objetivo de esta ley: garantizar y reconocer el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social.

k) El derecho a la atención sociosanitaria. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud considera esta atención como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

l) Derecho a la salud. El derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución, es contemplado en su desarrollo referido a las personas mayores como un mandato, garantizándose así el compromiso de las administraciones públicas. Se concreta en los siguientes términos:

“Se garantizará a las personas mayores el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que favorezca la conservación y recuperación de la salud, evitando, cuando sea posible, el agravamiento y cronificación de patologías que pudieran limitar su capacidad de autonomía. Se garantizará la asistencia sanitaria en el nivel especializado de atención, mediante la actuación coordinada de equipos multidisciplinares. Se garantizará el derecho a que se les facilite las prestaciones farmacéuticas necesarias. Las Administraciones Públicas promoverán estilos y entornos de vida que favorezcan un envejecimiento saludable y satisfactorio a través de programas de formación y educación para la salud física y mental, así como la prevención de enfermedades y accidentes, con especial atención a las acciones de preparación a la jubilación. Las Administraciones Públicas procurarán, de forma coordinada, una atención social y sanitaria a aquellas personas mayores que, por su grado de dependencia, especialización de cuidados y situación sociofamiliar lo requieran”.

Este derecho se traduce en las siguientes prestaciones: sanitarias, farmacéuticas y desarrollo de un sistema sociosanitario que comprende las siguientes actuaciones: atención domiciliaria, servicio de teleasistencia, atención en períodos de convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos, atención en estancias diurnas y de larga duración. Las prestaciones sanitarias incluyen la asistencia primaria y especializada en régimen ambulatorio, domiciliario, hospitalario y de urgencia. Las prestaciones farmacéuticas comprenden la dispensación gratuita de medicamentos.

m) Derecho a un alojamiento adecuado. La traslación al ámbito de protección jurídica de las personas mayores del derecho de todos los españoles a disfrutar de una vivienda digna y adecuada (Art. 47 de la Constitución) adquiere un especial hincapié en la legislación específica para los mayores. Las personas mayores tienen derecho a disfrutar de un alojamiento digno y adecuado. Las Administraciones Públicas establecerán los cauces precisos para garantizar la efectividad de este derecho, priorizando la permanencia de las personas mayores en su entorno sociofamiliar y, cuando no sea posible, arbitrando fórmulas alternativas de alojamiento, teniendo en cuenta la situación y las necesidades de cada persona. El desarrollo de este derecho comprende, principalmente, las siguientes prestaciones y servicios:

- Disfrutar de una vivienda y de condiciones urbanísticas adecuadas.
- Acceso a viviendas protegidas.
- Centros de día.
- Centros residenciales.

Derechos de cuarta generación: sensibilización de la sociedad con las personas mayores, participación, ocio y cultura

El complemento a la regulación jurídica de la posición de las personas mayores en la sociedad actual genera una serie de derechos novedosos, cuyos destinatarios no son sólo las personas mayores, sino el entorno en el que se mueven y viven. El más importante de todos estos nuevos derechos es la paralela obligación que se genera para la sociedad de sensibilizarse con la situación de las personas mayores. La finalidad de este derecho es conseguir que la sociedad tenga un mayor y mejor conocimiento del proceso de envejecimiento, concebido como una fase más del proceso del ciclo vital, favoreciendo así una percepción más positiva de la problemática de las personas mayores. De este derecho se derivan una serie de compromisos de actuación para las Administraciones Públicas, entre los que podemos destacar los siguientes:

- El fomento a que dentro de los planes educativos se proceda a la inclusión de contenidos relacionados con el envejecimiento, particularmente en los niveles educativos obligatorios.
- El fomento de los planes de formación de profesionales cuya actividad se desarrolle especialmente cerca de las personas mayores, particularmente el incremento y mejora de la formación de los profesionales en gerontología.
- Se habilitarán planes y programas de preparación a la jubilación.

Esta cuarta generación incluye los derechos de asociación, participación, ocio y deporte y acceso a la cultura que son una traslación respectiva de los artículos 22, 23, 43 y 44 de la Constitución.

n) Derecho a la participación. Las Administraciones Públicas fomentarán e impulsarán la participación de las personas mayores en la vida política, económica, cultural y social en cualesquiera ámbitos y asuntos que sean de su interés, apoyando el asociacionismo en este sector de la población. La canalización de este derecho a la participación se produce a través de tres vías fundamentales: la institucionalización de los Consejos de Mayores, el asociacionismo y el voluntariado. Los Consejos de Mayores creados a nivel autonómico constituyen los órganos de participación institucional de las personas mayores en dicho ámbito territorial, junto al provincial y local, asumiendo las funciones de representación, asesoramiento y elaboración de propuestas de actuación a las Administraciones Públicas en el sector de las personas mayores. Las asociaciones son el medio de expresión de las inquietudes e intereses de las personas mayores, y suponen una fuente de información eficaz para todos sus componentes. Igualmente habilitan la posibilidad de desarrollar actividades de ocio, cultura, ejercicio físico, así como cualquier otro tipo de actividad que contribuya a su desarrollo personal y social. El voluntariado es un comportamiento social organizado, efectuado de forma libre y gratuitamente por personas independientes, mediante actividades que redunden en beneficio de la comunidad.

ñ) Derecho a la cultura y al ocio. Las Administraciones Públicas facilitarán el acceso y la participación activa y libre de las personas mayores en las manifestaciones culturales y de ocio, e impulsarán el desarrollo de programas que se adecuen a sus necesidades.

1.3. DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES. PERSPECTIVA AUTONÓMICA

En nuestro sistema político, las comunidades autónomas gozan de capacidad de autogobierno y tienen potestad legislativa en el marco de sus competencias, por lo que, a la hora de catalogar y definir los derechos de las personas mayores en España se hace necesario analizar la actividad legislativa desplegada por éstas. En este sentido, Paneque (2007) señala que la totalidad de las comunidades autónomas españolas ha asumido competencias en materia de servicios sociales, y ha aprobado normas que, si bien en una

primera etapa centraron sus esfuerzos en el campo de la prestación (generar servicios desde la iniciativa pública y regular los criterios de acceso), en una segunda etapa se han preocupado preferentemente de la reglamentación y el control de la prestación, a medida que la iniciativa privada ha ido entrando en el sector de los servicios sociales (De la Cámara, 2004; De Marti, 2002). Finalmente, algunas de las más modernas leyes de servicios sociales han introducido avances en la protección de los mayores, configurando determinados derechos como auténticos derechos subjetivos, superando así el enfoque asistencial que ha predominado en nuestro sistema de atención social.

Pueden darse determinados efectos perversos provocados por la existencia de diferentes leyes de servicios sociales en cada comunidad autónoma, pues esta diversidad legislativa supone, en la práctica, una desigualdad ante la ley en función del territorio de residencia (Triado, C., 2003). Paneque (2007) considera que la propia configuración del Estado de las autonomías hace difícil la homogeneización de los derechos, prestaciones y servicios que corresponden a los ciudadanos y ciudadanas de cada comunidad autónoma. Es precisamente la capacidad de autogobierno lo que hace que cada territorio pueda decidir sus prioridades, y resulta complicado establecer un elenco de prestaciones común, lo que en cualquier caso no impediría la aprobación de unas prestaciones mínimas que quedarán garantizadas en todo el territorio del Estado, como se pretende con el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

A fin de conocer los catálogos de derechos que éstas contemplan, el informe mencionado presenta una relación de las normas de cada comunidad autónoma relativas a las personas mayores y a los servicios sociales.

Andalucía

La legislación de referencia es la siguiente.

- Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada.
- Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía.
- Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía.

La normativa andaluza contempla, en síntesis, los 10 siguientes derechos de las personas mayores:

- a) A la protección económica.
- b) A la asistencia sanitaria.
- c) A los servicios sociales.
- d) A la atención sociosanitaria.
- e) A la educación y a la formación.
- f) A la sensibilización de la sociedad con las personas mayores.
- g) A disfrutar de una vivienda y condiciones urbanísticas adecuadas.
- h) A disfrutar del ocio y cultura.
- i) A la participación.
- j) A la protección jurídica.

Cada uno de estos derechos, lógicamente, está enunciado de una manera diferente, siendo también diferentes las prestaciones que se derivan de cada uno de estos derechos, los requisitos para el acceso a los mismos, el procedimiento de concesión y los sistemas de garantía.

Aragón

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 6/2002, de 15 de abril 2002, de Salud de Aragón (regula las voluntades anticipadas en su artículo 15).

- Ley 3/1990, de 4 de abril, del Consejo Aragonés de las Personas Mayores, modificada por Ley 22/2002, de 16 de octubre.
- Ley 4/1987, de 25 de marzo, de Ordenación de la Acción Social.

En la Comunidad Autónoma de Aragón la Ley 4/1987, de 25 de marzo, de ordenación de la acción social, contempla un marco necesitado de ulterior desarrollo, en el que se recogen derechos relativos a la percepción de atención social y de prestaciones económicas. Además, por Ley 3/1990, de 4 de abril, modificada por Ley 22/2002, de 16 de octubre, se crea el Consejo Aragonés de las Personas Mayores, como órgano de relación, asesoramiento y propuesta ante los poderes públicos en aquellas cuestiones que afecten a las personas mayores.

Asturias

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales.
- Ley 7/1991, de 5 de abril, de Asistencia y Protección al Anciano, modificada por Ley 2/1988, de 26 de noviembre.

La primera es una ley de servicios sociales, no dedicada específicamente a mayores, aunque éstos sean los principales destinatarios de una gran parte de los servicios que contempla. Reconoce, en primer lugar, un derecho genérico de acceso al sistema público de servicios sociales, que se complementa a continuación con una carta de derechos de las personas usuarias de los servicios sociales. Esta Ley además compete al Gobierno del Principado para que en el plazo de 2 años desde su aprobación dicte un decreto comprensivo del catálogo de prestaciones del sistema público de servicios sociales, distinguiendo a estos efectos aquéllas que serán exigibles como derecho subjetivo.

La segunda Ley se ocupa de organizar y regular el funcionamiento de los establecimientos residenciales para personas mayores en Asturias, recogiendo también una carta de los derechos de éstos en cuanto usuarios/as de dichos centros residenciales (utilización de los servicios, participación, respeto). Esta Ley crea en Asturias la figura del Letrado Defensor del anciano, órgano administrativo encargado de ejercitar la acción pública en defensa del anciano y de ejercer la tutoría de los mayores incapacitados cuando ésta recaiga sobre el Principado de Asturias.

Islas Baleares

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 1/2006 de 3 de marzo, de Voluntades Anticipadas.
- Ley 4/1999, de 4 de marzo, que regula la Función Inspectoral y Sancionadora en materia de Servicios Sociales.
- Ley 1/1993, de 20 de diciembre, de Atribución de Competencias a los Consejos Insulares en materia de Servicios Sociales y de Acción Social.
- Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social.

La ley de Acción Social de Baleares hace referencia a las personas mayores únicamente en su condición de beneficiarios/as de los servicios sociales especializados, sin recoger una carta o catálogo de derechos de éstos/as. Por otro lado, la Ley 1/1993, de 20 de diciembre, tiene un contenido eminentemente organizativo, pues se dedica a atribuir a los consejos insulares determinadas competencias en materia de servicios sociales y la Ley 4/1999 completa el esquema, abriendo la puerta, por razones de eficacia, a la delegación de facultades propias de los servicios de inspección en los Consejos Insulares y los municipios de más de veinte mil habitantes.

Canarias

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las Personas Mayores y de

Solidaridad entre Generaciones.

- Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales.

La normativa de la Comunidad Autónoma de Canarias se centra en el desarrollo del bienestar personal de las personas mayores, sin recoger tampoco una carta o catálogo de derechos de éstos/as. Dicho bienestar personal se concreta en el derecho a la participación, el derecho a la protección de la salud, la educación para la salud, la promoción de la cultura y ocio de las personas mayores y el derecho a la atención sociosanitaria.

Cantabria

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales.
- Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (regula las manifestaciones anticipadas de voluntad en su artículo 34).
- Ley 6/2001 de 20 de noviembre, de Atención y Protección a las Personas en situación de Dependencia.

La Ley de Derechos y Servicios Sociales, pese a que no está dirigida específicamente al colectivo de personas mayores, por tratarse de una Ley reciente en el tiempo presenta una gran preocupación por describir los derechos que reconoce la Comunidad Autónoma en materia de servicios sociales. Así, esta Ley diferencia los derechos sociales básicos de la ciudadanía de la Comunidad Autónoma, para después centrarse en los derechos de las personas en su cualidad de usuarios/as de los servicios sociales y en los derechos específicos de las personas usuarias de centros y servicios de estancia diurna/nocturna y de carácter residencial.

Por su parte, la Ley de Dependencia de Cantabria, en su Título I delimita el conjunto de derechos y deberes de las personas con discapacidad, destacando aquellos que exigen una especial protección, mientras que su Título II aborda los instrumentos de planificación y coordinación de las políticas de atención sociosanitaria. Esta Ley diferencia unos derechos que corresponden a todas las personas acogidas al ámbito de dicha Ley (recibir información, recibir un trato correcto, respeto a la confidencialidad) y otros que corresponden, específicamente, a los usuarios/as de centros o servicios sociosanitarios (sistema de quejas, información sobre el funcionamiento del centro y las actividades que desarrolla, igualdad con las prestaciones que se reciben en el domicilio, continuidad en el servicio, asignación de médico y garantía de los derechos fundamentales de la persona).

Castilla-La Mancha.

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 6/2005, de 7 de julio, de sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud.
- Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades,

Centros y Servicios Sociales en Castilla-La Mancha.

- Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

La Ley de Servicios Sociales no recoge una carta de derechos, sino que se dedica a describir y organizar el funcionamiento de los servicios sociales en esta comunidad. Podría decirse que recoge el derecho a recibir servicios sociales básicos o especializados si se está en alguna de las situaciones contempladas en la Ley.

Por otro lado, el capítulo II de la Ley 3/1994, de 3 de noviembre, enumera los derechos y los deberes de los usuarios/as de entidades, centros y servicios sociales en Castilla La Mancha. No se trata, por tanto, de un catálogo general de derechos de las personas mayores, sino de un listado de derechos de cualquier usuario, entre éstos las personas mayores, de centros de servicios sociales en dicha Comunidad Autónoma.

Castilla León

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 1/2007, de 7 de marzo, de Medidas de Apoyo a las Familias de la Comunidad de Castilla y León.
- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre Derechos y Deberes de las Personas en relación con la Salud (regula las manifestaciones anticipadas de voluntad en su artículo 30).
- Ley 5/2003, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla León.
- Ley 18/1998, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales.

La primera de estas disposiciones desarrolla ampliamente un catálogo de derechos de las personas mayores. Dichos derechos son los siguientes:

- a) A la igualdad.
- b) A la integridad física, psíquica y moral.
- c) Al honor, la intimidad y la propia imagen.
- d) A la libertad ideológica, religiosa y de culto.
- e) A la información y a la libertad de expresión.
- f) A la participación y asociación.
- g) A la protección de la salud.
- h) A la cultura, ocio y deporte.
- i) A un alojamiento adecuado.
- j) A la protección jurídica y económica.

La Ley de Acción Social y Servicios Sociales establece los niveles de actuación del sistema de acción social en servicios básicos y específicos, haciendo referencia a la tercera edad como grupo destinatario de servicios sociales.

Finalmente, la Ley de apoyo a las familias es una ley de carácter general, que aglutina un conjunto de medidas de apoyo a la familia en dicha Comunidad Autónoma. En este marco establece, entre otras muchas cuestiones, una clasificación y definición de los centros de atención a las personas mayores.

Cataluña

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales.
- Ley 18/2003, de 4 de julio, de Apoyo a las Familias.
- Ley 11/2001, de 13 de julio, de Acogida Familiar de Personas Mayores.

- Ley 22/2000, de 29 de diciembre, de Acogida de Personas Mayores.
- Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los Derechos de Información concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, y de la Documentación Clínica.

La Ley de Servicios Sociales define en su Título I el objeto, finalidad, objetivos y principios rectores del sistema público de servicios sociales. Establece el principio de universalidad, que no excluye, sin embargo, que el acceso pueda condicionarse al hecho de que los usuarios cumplan determinados requisitos y paguen una contraprestación económica para asegurar la corresponsabilidad entre usuarios/as y administraciones públicas y la sostenibilidad del sistema. Los servicios sociales se ofrecen a toda la población y tienen como destinatarios a las personas que necesitan información, valoración, diagnóstico, orientación, apoyo, intervención y asesoramiento individual, familiar o comunitario para hacer frente a situaciones de necesidad personal básica, de falta de cohesión social o familiar o de desigualdad y para su prevención.

Esta Ley establece cuáles son las situaciones de necesidad especial y regula los derechos de los destinatarios de los servicios sociales, entre ellos las personas mayores: disponer de un plan de atención social individual, familiar o convivencial, recibir servicios de calidad y conocer los estándares aplicables a tal fin, continuidad en las prestaciones, recibir una atención urgente o prioritaria en las situaciones que no puedan esperar al turno ordinario, tener asignado un profesional o una profesional de referencia, derecho de renuncia o de decisión entre las opciones que le sean presentadas y derecho a la confidencialidad.

La Ley de Acogida de Personas Mayores, como indica su preámbulo, regula las situaciones de convivencia entre personas que, sin constituir una familia, comparten una misma vivienda habitual, unidas por vínculos de parentesco lejano en la línea colateral, o de simple amistad o compañerismo, y con la voluntad de ayuda al más débil y de permanencia. Concretamente, se regula la convivencia originada por la acogida que una persona o pareja ofrecen a una persona o pareja mayor, en condiciones parecidas a las relaciones que se producen entre ascendientes y descendientes. Posteriormente, la Ley 11/2001 ha regulado la acogida familiar de las personas mayores como servicio social, con la finalidad de conseguir un mayor grado de bienestar para las personas mayores que necesitan dicho servicio, manteniéndolas en un ambiente familiar y social, y evitando su internamiento en instituciones geriátricas cuando éste no sea la solución adecuada ni la que ellas desean e impidiendo que queden desarraigadas del núcleo de convivencia y solas. Por su parte, la Ley de Apoyo a las Familias recoge medidas de ayuda para familias que tengan a su cargo personas dependientes.

Extremadura

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente
- Ley 2/1994, de 28 de abril, de Asistencia Social Geriátrica.
- Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales.

La Ley 5/1987 es una ley de servicios sociales, y no una ley que regule de forma específica los derechos de las personas mayores, a las que se refiere la misma en su condición de potenciales usuarios de los servicios sociales, que tendrán la finalidad de evitar la marginación del anciano, procurando su integración social.

Según su título preliminar, la Ley de Asistencia Social Geriátrica regula los derechos y sistemas de protección de la población anciana en la Comunidad Autónoma de Extremadura, las condiciones básicas a que deben someterse los centros y establecimientos residenciales para mayores situados en el territorio de la Comunidad Autónoma y las normas de organización de los mismos. No obstante, la ley sólo con-

templa derechos de los mayores en su calidad de usuarios de los centros residenciales y hogares club de Extremadura:

- a) Alojamiento y, en su caso, manutención.
- b) Utilización de los servicios comunes en las condiciones que se establezcan en las normas de funcionamiento interno de cada uno de los establecimientos residenciales, de acuerdo con las características de los mismos.
- c) Recibir comunicación personal y privada con el exterior mediante la existencia de zonas específicas para visitas y teléfono público.
- d) Los usuarios de los hogares club con servicio de comedor poseerán iguales derechos que los usuarios residentes, excepto el de alojamiento.

Galicia

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes.
- Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales.

No existe una norma con rango de ley dedicada a la protección de los derechos de las personas mayores. La Ley de Servicios Sociales de esta Comunidad recoge, en su Título Preliminar, un listado de derechos de los ciudadanos y ciudadanas usuarios/as de los centros y servicios.

- a) A acceder a los mismos y recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- b) A la consideración en el trato, debida a la dignidad de la persona, tanto por parte del personal del centro o servicio como de los demás usuarios y usuarias.
- c) Al sigilo profesional acerca de los datos de su historial sanitario y social.
- d) A realizar salidas al exterior.
- e) A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas.
- f) A una asistencia individualizada acorde con sus necesidades específicas.
- g) A la intimidad personal en función de las condiciones estructurales de los centros y servicios.
- h) A que se facilite el acceso a la atención social, sanitaria, educacional, cultural y, en general, a todas las necesidades personales que sean precisas para conseguir su desarrollo integral.
- i) A dejar de utilizar los servicios o a abandonar el centro por voluntad propia.
- j) A asociarse al objeto de favorecer su participación en la programación y en el desarrollo de actividades.

La Rioja

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 3/2007, de 1 de marzo, de Calidad de los Servicios Sociales.
- Ley 1/2002, de 1 de marzo, de Servicios Sociales.
- Ley 5/1998, de 16 de abril, de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias, Autorizaciones Administrativas, Infracciones y Sanciones e Inspección en el ámbito de los Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

No existe una norma con rango de ley dedicada específicamente a la protección de los derechos de las personas mayores. La Ley de Servicios Sociales proclama un derecho genérico a recibir éstos, y de acuerdo con la misma, los dirigidos a personas mayores irán encaminados a proporcionarles una mayor autonomía, incentivar su participación y facilitar su integración social. Cuando estos servicios no puedan ser prestados en su medio habitual, se hará a través de atención residencial.

En la Ley de Calidad de los Servicios Sociales figura una carta o decálogo de derechos de las personas usuarias de los servicios sociales, que perfecciona los términos de la carta de derechos que recogía la Ley de 1998, al eliminar la referencia a derechos que ya figuran en otros textos normativos y concentrarse en la relación de dichos derechos con la prestación de los servicios sociales:

- a) A acceder a los centros o servicios sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- b) A acceder, permanecer y cesar en la utilización del servicio o centro por voluntad propia.
- c) A un programa de intervención individual definido y realizado con la participación y el conocimiento de la persona usuaria o, en su caso, su representante legal.
- d) A la máxima intimidad personal y a la protección de la propia imagen. Al secreto profesional de su historia sanitaria y social y a la protección de sus datos personales.
- e) A participar en las actividades que se desarrollen en el centro o servicio.
- f) A asociarse al objeto de favorecer su participación en la programación y desarrollo de las actividades y para la defensa de sus derechos.
- g) A presentar quejas y sugerencias.
- h) A la información contenida en su expediente personal, a conocer el precio de los servicios que recibirá y en general toda aquella información que requiera como persona usuaria.
- i) A mantener sus vínculos sociofamiliares en los centros en que esté ingresado.
- j) A disfrutar de las prestaciones del centro o servicio de acuerdo con su programa de intervención social, así como a una adecuada coordinación, cuando así sea necesario, con otros sistemas afines, como el socio-sanitario, educativo, de empleo, y aquellos otros que puedan confluir con los servicios sociales en áreas concretas de la intervención personalizada.

Madrid

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del Derecho a Formular Instrucciones Previas en el Ámbito Sanitario y se crea el registro correspondiente
- Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 4/1995, de 21 de marzo, de creación de la Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos.

No existe una norma con rango de ley dedicada a la protección de los derechos de las personas mayores. La Ley de Servicios Sociales de esta Comunidad recoge, en su Título Preliminar, un listado de derechos de los ciudadanos y las ciudadanas en relación a los servicios sociales, entre los que destacamos los derechos:

- a) A una información suficiente y veraz, en términos comprensibles, sobre las prestaciones y recursos disponibles.
- b) A recibir atención social sin discriminación

- c) A ser protegidos por la ley, tanto las personas como sus bienes, cuando no posean la capacidad de decidir por sí mismos.
- d) A una atención individualizada que respete su identidad y dignidad.
- e) A la asignación de un profesional de referencia que asegure la coherencia y globalidad del proceso de atención.
- f) A participar en la toma de decisiones sobre el proceso de intervención social.

La Ley 11/2002, de 18 de diciembre, tiene por objeto garantizar la adecuada actuación de los Centros de Servicios Sociales y Servicios de Acción Social desde un punto de vista de estricta legalidad, así como asegurar la adecuada prestación de los servicios sociales por las entidades autorizadas de acuerdo con parámetros de calidad previamente definidos y referidos, tanto a aspectos materiales y funcionales, como relativos a la formación o especialización del personal y a los procesos definidos para la prestación de los servicios.

Finalmente, la Ley 4/1995, de 21 de marzo, crea la Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos, como instrumento de protección para las personas incapacitadas.

Murcia

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

Como en otros casos, se trata de una ley de servicios sociales de carácter general, que no recoge un catálogo específico de derechos de las personas mayores. No obstante, la ley establece los derechos de los usuarios de los servicios sociales y, de forma particularizada, los derechos de los usuarios y usuarias de servicios de carácter residencial (derecho a no ser discriminado, a ser tratado con respeto y deferencia, a la atención personalizada, al sigilo profesional, a mantener relaciones interpersonales, a la participación, al acceso a los recursos y a la información sobre el sistema de protección social y a conocer en todo momento el precio de los servicios que se reciben y a que le sean comunicadas sus modificaciones).

Navarra

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales.
- Ley 34/2002, de 10 de diciembre, de Acogimiento Familiar de Personas Mayores en Navarra.
- Ley 11/2002 de 6 de mayo, sobre los Derechos del Paciente a las Voluntades Anticipadas, a la Información y a la Documentación Clínica, modificada por Ley Foral 29/2003.

La Ley navarra de Servicios Sociales es una de las que se ha aprobado más recientemente, y por ello incorpora a su articulado el concepto de universalidad de los derechos sociales, a los que otorga carácter de derecho subjetivo, superando el carácter asistencial de la legislación anterior y facilitando la reclamación de los mismos, incluso ante los tribunales de justicia. Al tratarse de una ley de servicios sociales de carácter general, no recoge un catálogo específico de derechos de las personas mayores. No obstante, la ley establece los derechos de los usuarios de los servicios sociales y, de forma particularizada, los derechos de los usuarios de servicios de carácter residencial. Entre estos destaca, por su novedad, el derecho a conocer con carácter previo a su ingreso el informe público en el que se detallan los resultados de la evaluación periódica a la que están sometidos los servicios residenciales.

La Ley 34/2002 regula la figura del acogimiento familiar de personas mayores en dicha Comunidad Foral, que queda configurado como un servicio social público de libre elección.

Valencia

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 9/2004, de 7 de diciembre, del Consejo Valenciano de las Personas Mayores.
- Ley 1/2003 de 28 de enero, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana.
- Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

No existe en la Comunidad de Valencia una ley específica para la protección de los derechos de las personas mayores. La ley de Servicios Sociales se ocupa de describir el objetivo de los servicios sociales de atención a la tercera edad.

Por su parte, la Ley 9/2004 está dedicada en exclusiva a la creación, composición y funcionamiento del Consejo Valenciano de las Personas Mayores, siendo por tanto un instrumento de canalización del derecho de participación.

1.4. DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL PAÍS VASCO

La legislación de referencia es la siguiente:

- Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales.
- Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad.

La Ley 5/1996 es una ley de servicios sociales, y no una ley que regule de forma específica los derechos de las personas mayores, a las que se refiere la misma en su condición de potenciales usuarios de los servicios sociales.

A tenor de dicha Ley, el sistema de servicios sociales se regirá por los principios de responsabilidad de los poderes públicos (que constituye la garantía del derecho de la ciudadanía a dichos servicios), solidaridad (con especial apoyo al desarrollo del voluntariado y de la acción comunitaria), igualdad y universalidad (para la prevención y superación de las discriminaciones existentes se adoptarán medidas de acción positiva y políticas de igualdad de oportunidades y de trato), prevención, integración y normalización (se aplicarán, de forma prioritaria, a la prevención de las causas que producen la marginación; asimismo se orientarán a la integración de la ciudadanía en su entorno personal, familiar y social, procurando su reinserción social y se evitará la marginación asistencial de los destinatarios de los servicios sociales), participación de la sociedad (participación democrática a través de los cauces que se establecen en la Ley), planificación (el análisis de las necesidades, así como de la problemática social y de sus causas, determinará las actuaciones y servicios que deban ejecutarse de acuerdo con los recursos disponibles), coordinación y cooperación (cooperación entre administraciones y coordinación de la iniciativa privada concertada, con el fin de atender a las necesidades sociales en función de su demanda), descentralización (atendiendo al principio de proximidad) y atención personalizada (se procurará prestar los servicios, siempre que sea posible, a través de pequeñas unidades asistenciales).

La Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales, por la que se establece el derecho de la ciudadanía a los servicios sociales, impone al Gobierno Vasco la obligación de elaborar y aprobar una **Carta en la que se recogerán los derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco**. Esta carta procede a la enumeración, definición y regulación sistematizada de los derechos y deberes que corresponden a las personas, tanto usuarias como profesionales de dichos servicios, ofreciendo a quienes intervienen activamente en el ámbito de los servicios sociales criterios que orienten su forma de actuación para el cumplimiento efectivo de los citados derechos.

Como complemento necesario de esta regulación, el Decreto arbitra los mecanismos destinados a garantizar el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones recogidas en su articulado, regulando un procedimiento para la presentación de sugerencias y quejas. Los Derechos de las personas usuarias de los servicios sociales serían: Dignidad, Privacidad y Confidencialidad, Autonomía, Información, Evaluación de Necesidades, Plan Individual de Atención, Calidad, Participación en el Servicio y Conocimiento y Defensa de los Derechos.

El actual Proyecto de Ley de Servicios Sociales (en tramitación en el Parlamento Vasco en el momento de redacción final de este trabajo) recoge el derecho subjetivo a los servicios sociales y la tutela judicial efectiva en su artículo 2 así como los derechos y deberes de las personas usuarias y de las profesionales.

Derechos:

- a) Derecho a acceder a los servicios sociales en condiciones de igualdad, dignidad, privacidad y confidencialidad.
- b) Derecho a la autonomía, entendiéndose por tal la posibilidad de actuar y pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado en su vida cotidiana.
- c) Derecho a dar o a denegar su consentimiento libre y específico con relación a una determinada intervención, debiendo el consentimiento ser otorgado, en todo caso, por escrito, cuando la intervención implique ingreso en un centro residencial.
- d) Derecho a renunciar a las prestaciones y servicios concedidos, salvo lo dispuesto en la legislación vigente en relación con el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico y en relación con la tutela de personas menores de edad.
- e) Derecho a disponer de información suficiente, veraz y fácilmente comprensible, sobre los servicios sociales disponibles y sobre los requisitos necesarios para acceder a los mismos, así como a acceder a su expediente individual en cualquier momento, de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico vigente.
- f) Derecho a tener asignado una o un profesional de referencia, que procure la coherencia, integralidad y continuidad del proceso de intervención.
- g) Derecho a que se realice, en plazos razonables de tiempo, una evaluación o diagnóstico de sus necesidades, a disponer de dicha valoración por escrito, en un lenguaje claro y comprensible, y a disponer, en plazos razonables de tiempo, de un plan de atención personalizada, cuando, para responder a las necesidades detectadas, se estime necesaria una intervención.
- h) Derecho a participar, individual o colectivamente, en las decisiones que les afecten y en el funcionamiento de los servicios, y a acceder a los cauces de información, sugerencia y queja que permitan el ejercicio efectivo y la defensa de sus derechos.
- i) Derecho a escoger libremente el tipo y modalidad de servicio más adecuado a su caso en función de su disponibilidad, atendiendo a la orientación y a la prescripción técnica de la persona profesional de referencia asignada.
- j) Derecho a ser atendidas, en función de su propia preferencia, en cualquiera de los dos idiomas oficiales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- k) Derecho a la calidad de las prestaciones y servicios, de acuerdo con los requisitos materiales, funcionales y de personal que se determinen reglamentariamente para cada uno de ellos.
- l) Otros derechos que se reconozcan en la presente Ley.

Deberes:

- a) Cumplir las normas, requisitos, condiciones y procedimientos establecidos en relación con las prestaciones y servicios, y respetar el plan de atención personalizada y las orientaciones establecidas por las y los profesionales competentes.

- b) Facilitar al profesional o a la profesional de referencia la información necesaria y veraz sobre sus circunstancias personales, familiares y económicas, así como comunicar las variaciones en las mismas.
- c) Destinar las prestaciones a la finalidad para las que hubieran sido concedidas.
- d) Contribuir, en su caso, a la financiación del coste de la prestación o del servicio.
- e) Conocer y cumplir el contenido de las normas reguladoras de la organización y del funcionamiento de las prestaciones y servicios de los que son usuarias y, en su caso, de las normas de convivencia vigentes en los mismos.
- f) Respetar todos los derechos reconocidos en la presente Ley a las personas usuarias y profesionales.
- g) Mantener en sus relaciones con otras personas usuarias y profesionales un comportamiento no discriminatorio.
- h) Respetar y utilizar correctamente los bienes muebles y las instalaciones de los servicios sociales.
- i) Otros deberes que se les impongan en la presente Ley.

A efectos de lo previsto en el presente artículo, se entenderá que son personas usuarias de los servicios sociales las destinatarias directas de la prestación o servicio y, siempre que resulte pertinente por la naturaleza del deber del que se trate y por las previsiones contenidas en esta Ley, las personas cuidadoras.

Igualmente se recogen los Derechos de las personas profesionales de los servicios sociales quienes además de los derechos reconocidos constitucional y legalmente y de aquéllos que les reconocen la normativa laboral y la legislación aplicable en función de su profesión, y sin perjuicio de su aplicación e interpretación de conformidad con el ordenamiento jurídico y la jurisprudencia, tendrán los siguientes derechos: a ejercer su labor profesional en los servicios sociales en condiciones de igualdad y dignidad; a acceder a una información y orientación inicial destinadas a facilitar su adaptación a las características del servicio; a beneficiarse de una formación profesional continuada durante toda su vida activa; a participar, individual o colectivamente, en las decisiones que les afecten y en la organización de los servicios y a acceder a los cauces de información, sugerencia y queja que permitan el ejercicio efectivo y la defensa de sus derechos; a disponer de los medios necesarios para garantizar la prestación de un servicio en condiciones que respondan a los criterios de calidad exigidos por la normativa correspondiente.

Del mismo modo se recogen, en el artículo 12, los Deberes de las personas profesionales de los servicios sociales, entre los que destacan en relación con los derechos:

- a) Promover la dignidad, la autonomía, la integración y el bienestar de las personas a las que atienden y respetar todos los derechos reconocidos en la presente Ley a las personas usuarias y profesionales.
- b) Conocer y cumplir la normativa vigente en el ámbito de los servicios sociales y, en particular, las normas reguladoras de la organización y del funcionamiento de los servicios en los que ejercen su actividad.
- c) Mantener, en sus relaciones con otras personas profesionales y usuarias, un comportamiento no discriminatorio.
- d) Respetar las opiniones, criterios y decisiones que las personas usuarias tomen por sí mismas o a través de su representante legal.
- e) Guardar las normas de convivencia y respeto mutuo en los servicios en los que prestan servicios sociales y en cualquier otro lugar relacionado con sus actividades.
- f) En caso de que sea necesaria la derivación de la persona usuaria a otro u otros servicios, hacerlo de la manera más favorable para aquélla, procurando la continuidad de la intervención.

- g) Respetar y utilizar correctamente los bienes muebles y las instalaciones de los servicios en los que desarrollan sus funciones y de cualquier otro lugar relacionado con sus actividades.
- h) Respetar los plazos que se establezcan para las distintas intervenciones, ajustándose, en todo caso, a los plazos máximos previstos en la normativa vigente.
- i) Poner en conocimiento de la persona responsable del servicio o, si lo estiman necesario, de la o del responsable del departamento del que depende el servicio o de la unidad competente para desarrollar las funciones de inspección, las irregularidades o anomalías que se observen en el funcionamiento, la organización o las instalaciones del mismo.
- j) Poner en conocimiento de la autoridad competente cualquier situación que, en su opinión, y basándose en los elementos de valoración de los que disponen, pudiera conllevar una vulneración de derechos.

En definitiva, tras el análisis de estos dos apartados (1.2 y 1.3), podemos decir que todas las comunidades autónomas españolas han asumido competencias en materia de servicios sociales y han aprobado normas reguladoras de esta actividad y, en algunos casos, han aprobado normas dedicadas específicamente a la protección de los derechos de las personas mayores.

Del análisis de la normativa desarrollada por las diecisiete comunidades autónomas, podría señalarse la existencia de tres grupos diferentes de derechos. No todas las comunidades han aprobado los tres grupos de derechos aunque a nuestro entender, por vía interpretativa, cabría invocar la mayoría de esos derechos en cada comunidad.

Así, un primer bloque comprende una serie de derechos de todas las personas mayores de cada comunidad. Se trata de los derechos a la protección económica y jurídica, a la asistencia sanitaria, a la educación y a la formación, a la sensibilización de la sociedad con las personas mayores, a disfrutar de una vivienda y condiciones urbanísticas adecuadas, a disfrutar del ocio y cultura y a la participación.

El segundo bloque integra el conjunto de derechos que corresponden a todas las personas usuarias de los servicios sociales. En este bloque se incorporan los derechos a la no discriminación en el acceso, a la utilización y cese voluntario de los servicios, a la participación en la gestión del sistema de servicios sociales y a la libre asociación de los usuarios del mismo para la defensa de sus intereses.

Finalmente, el tercer bloque tiene un carácter más específico, pues define los derechos que corresponden a los usuarios/as de los centros residenciales para personas mayores. Son los derechos a un programa de intervención individual definido y realizado con la participación y el conocimiento de la persona usuaria o, en su caso, de su representante legal, a la máxima intimidad personal y a la protección de la propia imagen, al secreto profesional de su historia sanitaria y social y a la protección de sus datos personales, a participar en las actividades que se desarrollen en el centro o servicio, a presentar quejas, sugerencias o reclamaciones, a la información contenida en su expediente personal, a conocer el precio de los servicios que recibirá y, en general, toda aquella información que requiera como persona usuaria, a mantener sus vínculos sociofamiliares en los centros en que esté ingresada, y disfrutar de las prestaciones del centro o servicio de acuerdo con su programa de intervención social (De la Cámara, 2003).

1.5. OTRAS NORMAS NO ESPECÍFICAS A NIVEL INTERNACIONAL, ESTATAL Y AUTÓNOMICO

Referencias a nivel internacional

La consideración de las implicaciones éticas en el desarrollo y aplicación de los avances tecnológicos en las ciencias de la salud en los seres humanos y en la resolución desde un punto de vista sanitario de

diversas problemáticas de salud, que afectan a la existencia misma del ser humano, es un mandato que surge de diversos instrumentos internacionales, entre los que destaca la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la UNESCO el 19 de octubre de 2005 (Unesco, 2005), en la cual se mencionan los siguientes principios:

- Dignidad humana y derechos humanos
- Beneficios y efectos nocivos
- Autonomía y responsabilidad individual
- Consentimiento
- Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento
- Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal
- Privacidad y confidencialidad
- Igualdad, justicia y equidad
- No discriminación y no estigmatización
- Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo
- Solidaridad y cooperación
- Responsabilidad social y salud
- Aprovechamiento compartido de los beneficios
- Protección de las generaciones futuras
- Protección del medioambiente, la biosfera y la biodiversidad

Por otra parte en otras cartas y documentos se recogen también aspectos relacionados, como en la Carta Europea de Salvaguarda de los Derechos Humanos en la Ciudad en la que se explicitan entre otros los siguientes principios y derechos:

Artículo 2. Principio de igualdad de derechos y de no discriminación. 2-Dichos derechos son garantizados por las autoridades municipales, sin discriminación alguna debida al color, edad, sexo...

Artículo 4. Protección de los colectivos y ciudadanos más vulnerables. 1- Los colectivos y ciudadanos/as más vulnerables tiene derecho a gozar de medidas específicas de protección. 4-...cualquiera que sea la razón de su vulnerabilidad, evitando los reagrupamientos discriminatorios.

Artículo 10. Protección de la vida privada y familiar. 2- Las familias necesitadas disponen a tal fin de incentivos financieros y de estructuras y servicios para la asistencia a la infancia y a la vejez. 3- Las autoridades municipales desarrollan políticas activas para velar por la integridad física de los miembros de las familias y fomentan la desaparición de los malos tratos en su seno.

Artículo 12. Derecho general a los servicios públicos de protección social. 3- La ciudades signatarias se comprometen a desarrollar políticas sociales, especialmente destinadas a los más desfavorecidos, como forma de rechazo a la exclusión y en la consecución de la dignidad humana y de la igualdad.

Artículo 23. Eficacia de los servicios públicos. 1- Las autoridades locales aseguran la eficacia de los servicios públicos y su adaptación a las necesidades de las personas usuarias y velan para evitar cualquier situación de discriminación o de abuso. (*Carta firmada por diferentes ciudades y municipios españoles y vascos*).

Referencias legales en España

Otras normas hacen referencia igualmente a los derechos de las personas mayores, entre ellas la Ley de Protección de Datos que garantiza la confidencialidad, cuyo antecedente fue la Ley Orgánica 1/82 de 5 de mayo de Protección del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen que, en su artículo 7.4, establece que se considerará intromisión ilegítima, la revelación de datos privados de una persona conocidos a través de la actividad profesional.

Esta ley, que constituyó un avance notable, ha sido derogada íntegramente por la ley que regula de forma directa la cuestión: Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal y la citada.

Otras normas orientadas a la discapacidad han tenido un importante impacto de mejora de derechos para toda la ciudadanía, como la Ley 20/1997 para Promoción de la Accesibilidad. Como se menciona en el artículo 1 de esta ley, “*tiene por objeto garantizar la accesibilidad del entorno urbano, de los espacios públicos, de los edificios, de los medios de transporte y de los sistemas de comunicación para su uso y disfrute de forma autónoma por todas las personas y en particular por aquellas con movilidad reducida, dificultades de comunicación o cualquier otra limitación psíquica o sensorial, de carácter temporal o permanente*”, situaciones que pueden correlacionar con la edad. Tres años más tarde se aprueban las Normas Técnicas sobre Condiciones de Accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación orientadas al “diseño universal para todos” referido al entorno urbano, la edificación, y los sistemas de comunicación, contenidas en una serie de anexos que conforman gran parte de la normativa técnica de desarrollo de la ley.

Todas estas decisiones están en relación directa con el artículo 49 de la Constitución Española, que dice: “*Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos*”.

Recientemente, la Convención Internacional sobre los Derechos de Personas con Discapacidad establece los siguientes principios: *El respeto de la dignidad inherente; la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer.*

En el año 2003, con objetivo de establecer medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2., 10, 14 y 49 de la Constitución Española, se aprueba la Ley, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.

En esta ley se entiende por igualdad de oportunidades, la ausencia de discriminación, directa o indirecta, que tenga su causa en una discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social.

Esta ley se inspira en los principios de vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil y transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.

En el artículo 3, se concretan los ámbitos de aplicación de la ley, siguiendo con el principio de la transversalidad, que son los siguientes:

- a) Telecomunicaciones y sociedad de la información.
- b) Espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación.
- c) Transportes.
- d) Bienes y servicios a disposición del público.
- e) Relaciones con las Administraciones públicas.

A los fines de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 marzo, Ley de Igualdad efectiva de mujeres y hombres, serán criterios generales de actuación de los Poderes Públicos:

1. El compromiso con la efectividad del derecho constitucional de igualdad entre mujeres y hombres.
6. La consideración de las singulares dificultades en que se encuentran las mujeres de colectivos de especial vulnerabilidad como son las que pertenecen a minorías, las mujeres inmigrantes, las niñas, las mujeres con discapacidad, las mujeres mayores, las mujeres viudas y las mujeres víctimas de violencia de género, para las cuales los poderes públicos podrán adoptar, igualmente, medidas de acción positiva.

Propuestas desde colectivos a nivel estatal

Respecto a propuestas de participación y civismo de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), ésta recoge la definición de las reflexiones siguientes:

- **Entendemos el civismo** como conjunto de valores y actitudes respecto a los derechos y los deberes de las personas en relación con la sociedad. Estas cualidades no vienen dadas por imposición administrativa, sino que se concretan en maneras de hacer de las personas de todas las edades. Participar es el resultado de poner en práctica el civismo en la vida cotidiana y en nuestra relación con los otros, comporta actuar y comprometerse. La participación se basa en los derechos y los deberes de las personas. En una sociedad para todas las edades, debemos tener los mismos derechos y deberes que todo ciudadano. Las personas mayores somos ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.
- **Consideramos como derechos de las personas**, (...) el derecho a la no discriminación por razones de edad, discapacidad, raza, creencia,...; el derecho a ser consultados y escuchados y por lo tanto, el derecho a decidir; el derecho a la información y a la formación permanente; en conclusión, el derecho a ser reconocidos desde los valores y desde los referentes propios.
- **Consideramos como deberes de las personas**, (...), hacer un uso responsable de los derechos desde la corresponsabilidad; el deber de respetar la diversidad; el deber de participar activamente en la sociedad desde actitudes cívicas basadas en el diálogo, la comprensión, la tolerancia mutua y la coherencia, como también el deber de transmitir conocimientos y experiencia en los diversos ámbitos de la participación.
- **Para fomentar el civismo y la participación** en la Catalunya actual las personas mayores debemos tener un papel activo en la sociedad. Sólo desde la corresponsabilidad podremos lograr una participación implicada en un civismo construido entre todas las edades. Nuestra participación activa e implicada debe fomentar actitudes y comportamientos cívicos centrados más en el SER, desde el civismo, que en el TENER. SER es importante, pero para poder SER hace falta TENER aquello que es mínimo para vivir con calidad y dignidad. (Conclusiones del 4º Congreso Nacional de la Gent Gran de Catalunya. Generalitat, 2002)

De la misma manera, esta confederación, CEOMA, en su carta de derechos incluye acertadamente una relación entre principios, derechos y deberes:

• El principio de Dignidad

Por el cual las personas mayores tenemos que poder vivir con dignidad y seguridad y estar libres de explotación y maltratos físicos y/o psíquicos, así como ser tratadas dignamente sin discriminación por causa de edad, género, etnia, discapacidad, situación económica, o cualquier otra condición y a una vida familiar como apoyo y soporte a este pilar de la sociedad.

Derechos

A no ser discriminadas; a ser reconocidas socialmente; a ser respetadas en el derecho a la libertad para decidir; a recibir un trato digno, plural y normalizado por parte de los medios de comunicación; a recibir información para poder decidir; a vivir en entornos accesibles, adaptados a nuestras posibilidades y sin barreras, a la dignidad en las condiciones de vida y vivienda; a recursos económicos y sociales para vivir con suficiencia y dignidad; a percibir unas pensiones justas; a que sean combatidas las situaciones de pobreza, exclusión y maltrato; a la vida privada, familiar y social; a la intimidad; a vivir dignamente, así como también a una muerte digna.

Deberes

De no discriminar; de responsabilizarnos de la propia calidad de vida y de la vivienda; de manifestarnos activos hacia la dignificación de las personas mayores, especialmente de la mujer mayor; de respetar la intimidad ajena; de mantener el compromiso de las generaciones actuales por dejar a las generaciones futuras un mundo digno y en paz, que posibilite el desarrollo económico equitativo y sostenible; de potenciar la vida familiar, como eje vertebrador.

• El principio de Independencia

Que incluye el acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestido y atención sanitaria adecuados y a la oportunidad de trabajo remunerado, al acceso a la capacitación y a la educación.

Derechos

A elegir el lugar de vida; al acceso a la alimentación, la vivienda, el vestido y la atención a la salud; al trabajo y obtener ingresos sin discriminaciones; a la igualdad de oportunidades a nivel social y cultural, que permitan la libertad de pensamiento, opinión y expresión y el derecho a la libre elección; a la prevención de la dependencia, el maltrato y otras situaciones de riesgo.

Deberes

De ser responsables de las decisiones que tomamos libremente, y de mostrarnos respetuosos hacia otras formas de pensar; de aportar nuestra experiencia en el aprendizaje laboral; de desarrollar procesos de aprendizaje en la vejez; de respetar el medio ambiente y el medio natural, así como de realizar un consumo responsable y respetuoso.

• El principio de la Autorrealización

Definido como el derecho que las personas mayores deben tener para el pleno desarrollo de las oportunidades y potencialidades, de poder disfrutar de los recursos educativos, culturales, espirituales, de ocio y tiempo libre en la sociedad y a ser escuchados a través de los cauces establecidos.

Derechos

A la formación y desarrollo a lo largo del proceso vital; al desarrollo de proyectos propios desde el ocio, el tiempo libre, la participación ciudadana y el voluntariado; a la libertad de comunicación y al respeto a nuestra capacidad de autogestión; de participar en la vida social, económica y cultural, ya sea en un ámbito rural o urbano; a la libre convivencia; al desarrollo de entornos accesibles que faciliten nuestra capacidad de realización personal y al acceso a la información y a las nuevas tecnologías.

Deberes

De ser activos en la sociedad, desde las capacidades favoreciendo el bienestar personal y la construcción de la sociedad desde el civismo; de manifestarnos activos en procesos y de implicarnos en el diseño de políticas y acciones que hagan posible una sociedad para todas las edades.

• El principio de Asistencia

Que declara que las personas mayores tenemos que beneficiarnos de la atención de la familia, así como tener acceso a los servicios sociales, sanitarios y asistenciales, y tenemos que disfrutar de los derechos humanos y fundamentales, tanto en el propio hogar como si residimos en centros de atención o instituciones.

Derechos

A la prestación de servicios sociales de calidad que favorezcan la suficiencia económica; a ser informados sobre derechos y deberes propios en relación con la salud; a no ser discriminados por causa de la edad en las listas de espera de atención médica o en los procesos de rehabilitación; a acceder a programas de asistencia y recibir el apoyo socio-sanitario necesario para mantener la autonomía; a disponer de asistencia jurídica; a la tutela efectiva y afectiva en casos de incapacitación legal.

Deberes

De hacer uso solidario y responsable de los recursos. De implicarnos en procesos de mejora personal en el crecimiento de la propia autonomía y de aquellas situaciones de desigualdad.

• El principio de Participación

Que prevé que, en una sociedad inclusiva, para todos, las personas mayores debemos participar activamente, como colectivo, en la formulación de políticas y buenas prácticas que afectan directamente nuestro bienestar, desde la solidaridad con otras generaciones, y que este principio tiene que ser entendido desde el derecho a la libre asociación.

Derechos

A exigir que nuestra participación sea reconocida en cuanto que formamos parte de la sociedad con los mismos derechos y deberes que cualquier otro ciudadano; a recibir, de las administraciones, apoyo económico y soporte técnico que facilite la participación activa en proyectos a favor de la sociedad; a todos los derechos políticos y sociales reconocidos en la Constitución Española, los Estatutos y por la Carta de Derechos Fundamentales de la Ciudadanía Europea y la Carta Europea de Salvaguarda de los Derechos; a que sean tenidas en cuenta la experiencia y el conocimiento, y que se promuevan acciones encaminadas a potenciar nuestra implicación y nuestra participación en los movimientos generales de la sociedad; por ejemplo: la Responsabilidad Social Corporativa de las Empresas.

Deberes

De transmitir a otras generaciones nuestros conocimientos y nuestras experiencias; de dar a conocer a toda la sociedad las necesidades, demandas y actuaciones específicas de las personas mayores, promoviendo las relaciones intergeneracionales desde la implicación social y personal; de participar democráticamente en los asuntos públicos; de promover la ciudadanía mediante la defensa de los derechos de todas las personas; de comprometerse en la búsqueda de una mayor igualdad entre todos los mayores del mundo.

Para lo que plantean que estas propuestas deben apoyarse:

1. En un Observatorio de Derechos Humanos.
2. Una Oficina para la No Discriminación del Mayor.

Esta “Carta” debe reflejar el compromiso social que estamos dispuestos a asumir, si contamos con un instrumento pragmático y vinculante, para poder vivir en paz, y poniendo todo nuestro empeño de construcción de una sociedad más justa para todas las edades y las generaciones futuras.

Recientemente la **Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología realiza el Decálogo de las personas mayores** (2002). El documento elaborado por la SEGG plantea más normas de vida que propiamente derechos. Así, señala que:

- El alto grado de envejecimiento de la población española es un hito histórico
- Toda persona mayor debe sentirse orgullosa por haber llegado a esa edad con salud
- La vejez puede ser una etapa de la vida positiva como cualquier otra
- No es justo que se fomenten miedos a las personas mayores
- Hace falta que desaparezcan todas las maneras de discriminación por edad
- La dependencia no es consecuencia de la edad
- Es posible disminuir la frecuencia e intensidad de la dependencia
- La atención geriátrica es un derecho básico
- Hace falta una ley de dependencia justa y que apoye a las familias
- No se tiene que relacionar vejez con terminalidad

Propuestas de otras CCAA

El “**Document Obert de Drets i Llibertats de les Persones Grans amb dependència**”, que forma parte del programa del Consell Asesor de la Gent Gran de Barcelona, y en el que desde el final de los años noventa diferentes grupos han trabajado partiendo de los documentos anteriores del Ministerio de Empleo y de la Solidaridad de Francia y de la Fundación Nacional de Gerontología francesa, de 1999, que es la actualización de la Carta anterior de 1987, es un buen ejemplo de participación a seguir por otras ciudades y hace referencia al derecho a la decisión propia, a ingresos suficientes, a protección jurídica, a valoración y diagnóstico precoz, a tomar parte en las decisiones, a escoger el lugar de residencia, a ser protegido de cualquier forma de abuso, a recibir los servicios adecuados, a los servicios de cuidados de proximidad, a atención por personas con la formación adecuada, a medidas de prevención, a mantenimiento de las relaciones familiares y de amistad, a que la sociedad conozca las dificultades y a que todas las administraciones tengan en cuenta los derechos. (*Documento abierto de derechos y libertades de las personas mayores con dependencia. Bienestar Social-Ayuntamiento de Barcelona*)

Propuestas en la CAPV

En Gipuzkoa, el Consejo de Personas Mayores presenta el Manifiesto a Favor de las Personas Mayores con el lema “Ayudando a vivir” en el que se especifican los siguientes principios y derechos de las personas mayores:

PRINCIPIOS:

- Principio de no discriminación negativa en razón de la edad
- Principio de ciudadanía
- Principio de solidaridad intergeneracional

DERECHOS:

- Dignidad
- Independencia
- Participación
- Realización personal
- Derecho al conocimiento y a la defensa de sus derechos

Además, la **Carta de Derechos Sociales** (Ley 10/2000, de 27 de diciembre), del País Vasco defiende los derechos sociales básicos, considerados de la siguiente forma: *“Todos los ciudadanos del País Vasco tienen, en el marco del ordenamiento jurídico correspondiente y de esta carta, los derechos sociales básicos que se enuncian seguidamente: a) a una protección social suficiente, b) a la protección de la salud y a la atención y prestaciones sanitarias adecuadas, c) a una educación de calidad. d) a una vivienda digna y adecuada. e) a un medio ambiente protegido”*.

Los **Planes Gerontológicos**, tanto estatales como de los diferentes territorios históricos han intentado promover el mantenimiento de la persona en el domicilio y el fomento de la solidaridad y la cohesión social, evitando el alejamiento intergeneracional, en el marco de una política coherente, global y no específica, de lucha contra los estereotipos y las discriminaciones de cualquier carácter, promoviendo el respeto a todas las personas y el reconocimiento de sus valores, así como garantizar el respeto y la defensa de los derechos de las personas mayores.

Desde una perspectiva social debemos destacar que en el **Decálogo de Derechos de las Personas Mayores aprobado por la Comisión Sectorial de las Personas Mayores (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2002)** se explicitan los siguientes principios: Dignidad, Autorrealización, Independencia, Asistencia y Participación, y los siguientes derechos:

1. *Derecho a elegir libremente su modo de vida y llevar una existencia independiente en su medio habitual todo el tiempo que deseen y sea posible.*
2. *Derecho a mantener sus vínculos con la familia y con la comunidad.*
3. *Derecho a recibir un trato digno, sin discriminación por razón de edad, sexo, religión, raza, o procedencia étnica, discapacidad u otras circunstancias, y a ser valoradas con independencia de su contribución económica.*
4. *Derecho a participar activamente en la vida pública, social y cultural, y en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título personal o mediante asociación de personas mayores.*
5. *Derecho a la suficiencia económica, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas.*
6. *Derecho a que los poderes públicos atiendan sus problemas específicos de salud, servicios sociales, vivienda, cultura y ocio, a fin de promover su bienestar.*
7. *Derecho de acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcione protección, rehabilitación, estímulo social, y mental, en un entorno y seguro.*
8. *Derecho a disfrutar de sus derechos y libertades fundamentales, cuando residan en instituciones donde se les prestan cuidados, con pleno respeto a su dignidad e intimidad, y a participar en la determinación de las condiciones de vida de la institución.*
9. *Derecho a prestar servicios a la comunidad y a trabajar como voluntario en puestos apropiados a sus intereses y capacidad.*
10. *Derecho a ser protegido por la Ley, tanto ellos como sus bienes, cuando pierdan la capacidad para decidir por sí mismos, ya se encuentren asistidos en una institución o atendidos en una familia.*

Continuando con los derechos de las personas mayores, hay que destacar la realización de la **Carta de Derechos de las Personas Mayores Dependientes, por Las Diputaciones Forales de la CAV (2003)**. Esta carta nace con la misión de concienciar a la opinión pública y a las propias administraciones de la absoluta necesidad de reconocer, respetar y promover los derechos y libertades de las personas mayores dependientes. Para las diputaciones forales, constituye el firme compromiso de afianzar la políticas públicas vigentes y de enriquecerlas con las medidas que resulten más adecuadas para garantizar al máximo que éste reconocimiento explícito de derechos tenga un impacto real en la vida cotidiana de las personas mayores dependientes.

PRINCIPIOS:

- La dependencia no debe asimilarse a una limitación en la condición de persona.
- La protección de los derechos de las personas mayores dependientes son una responsabilidad social.
- La protección de los derechos de las personas dependientes es la garantía de protección de los derechos de todos.

DERECHOS BÁSICOS:

- Derecho a la dignidad
- Derecho a la independencia
- Derecho a la participación
- Derechos al conocimiento y a la defensa de sus derechos

DERECHOS SOCIALES Y ECONÓMICOS:

- Derecho a la protección de la salud
- Derecho a los servicios sociales
- Derecho a la garantía de ingresos
- Derecho a la vivienda
- Derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado

En el mismo año, las Diputaciones Forales de la CAPV, hacen público un **Manifiesto por una Sociedad Accesible** llamado “**En pie de igualdad**”, que contempla los siguientes principios y pautas de actuación:

PRINCIPIOS:

- Principio de la responsabilidad social
- Principio de promoción de interés general

PAUTAS DE ACTUACIÓN:

- Asumir que las personas con discapacidad son ciudadanos y ciudadanas con pleno derecho
- Construir una sociedad accesible

1.6. DERECHOS Y ASISTENCIA SANITARIA

También desde el área de la asistencia sanitaria se han recogido grandes avances en materia legislativa. Los ciudadanos y ciudadanas del Estado Español disfrutan de derechos sanitarios desde la promulgación de **la Ley General de Sanidad** (Ley 14/1986, de 21 de abril). Como consecuencia de dicha Ley, surgió en España el Real Decreto sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, por el que se especifican el número y calificación de prestaciones de los ciudadanos y ciudadanas españolas. En el apartado correspondiente a atención primaria ya se hacía mención a la persona adulta y anciana.

En los últimos años han ido surgiendo nuevas directrices europeas que recogen una serie de derechos que los podríamos englobar en un documento ya imprescindible para la nueva ordenación sanitaria: **El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997, que bajo la denominación más conocida de Convenio de Oviedo** fue ratificado por el Estado Español junto a otros países en 1997, entrando en vigor el 1 de enero de 2000. Su aprobación resulta un hecho revolucionario en cuanto al reconocimiento de nuevos derechos y su importancia se ha visto materializada por la acomodación de nuestro ordenamiento jurídico a la nueva legislación comunitaria.

En Estados Unidos se empieza a implantar la teoría del consentimiento informado en las décadas 60 y 70. En Europa en los años 80, cuando se empieza a hablar de los derechos de los pacientes. Y es el Convenio relativo a Derechos Humanos y Biomédica, firmado en Oviedo, el que consagra definitivamente la superioridad de la voluntad humana sobre el interés de la ciencia o cualquier otro. En él se desarrollan los principios generales sobre el consentimiento informado y la información, la garantía de confidencialidad y el derecho al acceso a la documentación clínica.

El grado de cumplimiento de algunos de estos derechos resulta difícil de conocer dado lo reciente de su implantación, como así sucede con la **Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica**. Esta última disposición legal modifica radicalmente algunos aspectos básicos de la relación entre pacientes y profesionales sanitarios contemplados en la anterior legislación, en especial todo lo concerniente a la Información y Consentimiento Informado. Su artículo 11, sobre Instrucciones Previas, reconoce el derecho a la libre autodeterminación del paciente. El rechazo al tratamiento es un derecho de capital importancia y junto al derecho a la información y al derecho al consentimiento informado, se complementan y concretan en el derecho a participar en las decisiones que afecten a los cuidados o intervenciones que se han de aplicar al enfermo o enferma. Constituyen una de las manifestaciones más importantes del principio de autonomía. En la Ley General de Sanidad podemos encontrar los artículos que hablan al respecto, que son, los artículos 10.5, “Derecho a la información”, 10.6, “Derecho al consentimiento informado”, y 10.8, “Derecho a negarse el tratamiento”.

Por esta circunstancia hay que poner un especial énfasis en aquellas personas que siendo usuarias de los servicios para personas mayores presentan déficit en su autonomía personal debido a un grado de incapacidad física o psíquica, determinada o no legalmente. En estos supuestos, sumamente frecuentes en el medio gerontológico, el cumplimiento de la actual legislación va a suponer un cambio radical en el paradigma de funcionamiento de los profesionales sanitarios. Tras la Declaración de Oviedo de 1997 se ha abierto una nueva oportunidad, y una nueva exigencia, en el modo de responder a las necesidades de las personas mayores incapacitadas para tomar decisiones: *“Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo puede efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento”*. Estos son por tanto, los principales derechos reconocidos:

Derecho a la información: Art. 10.5 de LGS, artículo 22 del Código Deontológico español de 1979, artículo 11.5 del vigente Código de Ética y Deontología Médica.

Derecho al consentimiento informado: Art. 10.6 de LGS, L.O. 3/86 de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, Art. 5-9 del Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, de 1996.

Derecho a negarse al tratamiento: Art. 10.9 y 11.4 de LGS.

Otro aspecto importante a mencionar es el del tratamiento ambulatorio médico-psiquiátrico obligatorio. Es un tema muy delicado, porque se trata de atender a una persona y, al mismo tiempo, respetar sus derechos ciudadanos. Con mucha frecuencia, se trata de personas con una doble problemática, social y sanitaria. Nos encontramos con personas con una patología dual, que necesitan atención social y seguir tratamiento médico, pero que no son conscientes de ello. Esta situación, muchas veces, tiene también

efectos negativos en sus respectivas familias, que se encuentran desbordadas por esta problemática, con lo cual el círculo de personas afectadas se incrementa.

A este respecto, cabe indicar que en el Congreso de los Diputados se encuentra en trámite, desde hace tiempo, una Proposición de Ley de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que, en caso de prosperar, regularía ese tipo de intervención obligatoria.

En la CAPV, la **Ley 8/97, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi** recoge los derechos y deberes ciudadanos con apartados específicos para los niños y jóvenes pero sin especificar nada respecto a los mayores.

Artículo 1. Derechos generales:

- A ser atendidos con el máximo respeto, con corrección y comprensión y de forma individual y personalizada.
- A disponer de una red de servicios adecuada a las necesidades sanitarias de la población a la que preste cobertura, con accesibilidad, efectividad y eficiente uso de los recursos sanitarios públicos, y con mecanismos profesionales de garantía de calidad asistencial.
- A recibir la información que precise sobre su estado de salud, así como respecto a las implicaciones en el mismo de cualquier intervención o terapéutica a la que debe ser sometido. Asimismo deberá ser informado, si así lo desea, de la razón de solicitud de cualquier medida diagnóstica, terapéutica o petición de prueba complementaria y de las demoras excesivas en la espera de los mismos.
- A que la información que sobre su estado de salud genere el sistema sanitario sea incorporada en su Historia Clínica con las garantías contempladas en el Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de la Historia Clínica.
- A asegurar la confidencialidad de su Historia Clínica y a que la misma no pueda ser utilizada, salvo consentimiento expreso, para otro fin que no sea la investigación sanitaria anónima y la evaluación de la calidad de los servicios.
- A solicitar, en caso de duda, una segunda opinión a otro médico del Servicio vasco de salud/Osaki-detza antes de acceder a tratamientos, intervenciones quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que generen riesgo para su salud o su vida, de acuerdo con la regulación que se establezca al efecto.
- A negarse a ser sujeto de investigación sanitaria y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico o diagnóstico.
- A renunciar a diagnóstico, tratamiento o procedimiento de análoga naturaleza, siempre que el citado acto no afecte a la salud o seguridad pública.
- A no ser sometido a procedimientos diagnósticos o terapéuticos de efectividad no comprobada. Únicamente cuando hayan sido debidamente advertidos de los riesgos y ventajas de estos tratamientos, los pacientes podrán autorizar su aplicación, así como retirarlos posteriormente, debiendo manifestar su consentimiento por escrito de acuerdo con la normativa sobre ensayos clínicos.
- A la tutela de los derechos individuales y sociales por las Autoridades sanitarias en el caso de pacientes con problemas de salud mental en los términos previstos en la Constitución Española.
- A que, en el caso de que existan, las listas de espera reflejen con criterios de equidad únicamente las prioridades de urgencia médica y tiempo de espera. Y a ser informado periódicamente de la demora existente y sus causas.
- A conocer en todo momento al médico responsable de su diagnóstico y tratamiento hospitalario.
- A poder distinguir y reconocer fácilmente el estatus profesional del personal sanitario que le atiende a través del uniforme u otros signos.

- A elegir su médico de cabecera (Médico General y Pediatra) dentro del ámbito y con los requisitos establecidos en el Decreto 252/1988, de 4 de octubre.
- A elegir Hospital y un Servicio especializado de acuerdo con su médico de cabecera en los términos que determine su regulación futura en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- A recibir instrucciones claras y escritas sobre la utilización de los medicamentos recetados.
- A disponer de la Tarjeta Individual Sanitaria del Servicio Vasco de salud/Osakidetza como documento de naturaleza personal e intransferible, válida en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma y acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria para la población a la que es aplicable el Decreto 26/1988, de 16 de febrero.
- A formular quejas, reclamaciones o sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios y a recibir respuesta de la Administración Sanitaria sobre las mismas en los términos establecidos por las disposiciones vigentes.
- A recibir el informe de alta médica hospitalaria.
- A conocer los gastos originados por el uso de recursos hospitalarios en el centro sanitario, con independencia de que no sean abonados directamente.
- A colaborar de acuerdo con las Autoridades Sanitarias en actividades de voluntariado y apoyo al Servicio Vasco de Salud / Osakidetza.

Artículo 10. Derechos y deberes de carácter instrumental y complementario:

- El sistema sanitario de Euskadi garantizará el desarrollo y aplicación de todos los derechos y deberes de carácter instrumental y complementario que deriven de la regulación legal del derecho a la protección de la salud, potenciando, entre otros, el máximo respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad de las personas en sus relaciones con los servicios sanitarios, así como la observancia de la obligación de dejar constancia escrita de todo proceso diagnóstico o terapéutico, y de recabar el consentimiento correspondiente, previas las condiciones necesarias de información.
- El procedimiento de acceso de la ciudadanía a los servicios sanitarios de cobertura pública garantizará el principio de igualdad efectiva y procurará las condiciones organizativas que permiten una progresiva ampliación de la capacidad de elección de la ciudadanía sobre los servicios y profesionales sanitarios, así como la información precisa sobre sus derechos y obligaciones.

Son de aplicación además todas las disposiciones recogidas en la Ley General de Sanidad, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica y Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

1.7. DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia establece, en su artículo 4, los siguientes derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia.

1. Las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma.
2. Asimismo, las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:
 - a) A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

- b) A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.
- c) A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización, expresa y por escrito, de la persona en situación de dependencia o quien la represente.
- d) A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- e) A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.
- f) A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.
- g) A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.
- h) Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.
- i) Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.
- j) A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo. En el caso de los menores o personas incapacitadas judicialmente, estarán legitimadas para actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o quienes ostenten la representación legal.
- k) A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley.
- l) A no sufrir discriminación por razón de orientación o identidad sexual.

3. Los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para promover y garantizar el respeto de los derechos enumerados en el párrafo anterior, sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia.

Por esta Ley se regula el derecho a diferentes servicios recogidos en el denominado “catálogo” así como a unas prestaciones económicas asociadas a los servicios y/o a los cuidados.

Para una completa revisión de los derechos en situaciones de discapacidad, ver el Tratado de Lorenzo, R. y Ruiz Bueno, R. (2007), así como el análisis de Moreneo (2007).

1.8. DERECHOS E INCAPACIDAD

La incapacitación civil es un procedimiento judicial por virtud del cual aquellas personas que por razón de una enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico o psíquico no puedan gobernarse por sí mismas, son declaradas judicialmente incapaces, procediendo a la designación de un representante legal, ya sea tutor o curador, cuya función es la guarda y protección de la persona y bienes del tutelado o de la tutelada.

La regulación del procedimiento de incapacitación civil viene recogida en el Código Civil (arts. 199 a 201) y en la Ley de Enjuiciamiento Civil (arts. 756 a 763), si bien no en exclusividad, ya que en Cataluña se aplica lo dispuesto en el Código de Familia de 1998 y existen igualmente normas propias en las Compilaciones de Aragón y en el Fuero Nuevo de Navarra, siendo el Código Civil de aplicación supletoria.

Ahora bien, desde el punto de vista de la garantía de sus derechos, no podemos considerar que éstos quedan garantizados con la sola consideración judicial de persona incapacitada y con la designación

de un representante legal, siendo evidente la evolución tanto del ordenamiento jurídico como de otras directrices e instancias comunitarias que pretenden que la incapacidad suponga no sólo la defensa de la persona incapacitada, sino un medio para procurar su promoción, para lo cual se incentiva, en la medida de lo posible, su participación en la toma de decisiones que puedan afectarle.

De acuerdo con ello se promulgó la **Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad**, norma que ha tenido como objetivo primordial crear mecanismos jurídicos que permitan una mejor protección patrimonial de las personas discapacitadas y de todas aquellas que por razón de cualquier otra enfermedad o deficiencia física o psíquica se encuentren en la misma situación, al tiempo que garantizar la participación de la persona interesada en el procedimiento. Así se crea la figura de la autotutela, por la cual toda persona con capacidad de obrar puede adoptar las disposiciones que estime convenientes en previsión de una futura incapacidad, lo cual puede ser especialmente importante en el caso de enfermedades degenerativas, y se regula también el denominado “patrimonio protegido”, por el cual se adoptan las disposiciones necesarias para crear un patrimonio que quede exclusivamente destinado a satisfacer las necesidades de la persona con discapacidad, estableciéndose las pautas de gestión del mismo y la aportación de bienes a dicho patrimonio a título gratuito. Aunque habitualmente dicho patrimonio es creado por los familiares de la persona discapacitada, preocupados por su sustento futuro, la ley establece la posibilidad de que sea el propio beneficiario quien, previendo su situación futura, cree el patrimonio en su propio beneficio. En todo caso, ambas figuras jurídicas suponen de forma evidente un apoyo a la creación de mecanismos jurídicos, más allá de la incapacidad, que permitan la participación y promoción personal de las personas en situación de incapacidad.

Siguiendo esta línea argumental nuestro reciente ordenamiento sanitario recoge una directriz acerca de aquellos pacientes incapacitados y su derecho a ser informados y participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento médico más adecuado. El art. 9 de la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, prevé que aunque en el caso de las personas incapacitadas legalmente corresponda al representante legal prestar su consentimiento para ser sometido a tratamiento médico, “*el paciente participará en la medida posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario*”.

Sin duda una conquista en los derechos humanos llamada a revalorar y promocionar la autonomía de la persona y, no menos, mejorar las habilidades de comunicación e información de los profesionales que atienden al colectivo de personas en alguna incapacidad, entre ellas las personas mayores, ya que en lo sucesivo cuentan con unas pautas claras a la hora de decidir sobre cualquier intervención médica sobre las personas. Así, si la persona no tiene capacidad para decidir por sí misma y existe una situación de riesgo inminente grave para la integridad física o psíquica de la persona, los facultativos podrán intervenir, consultando cuando las circunstancias lo permitan a sus familiares o a las personas vinculadas a ella. Por el contrario, si no existe una situación de riesgo inminente grave, será necesario siempre el consentimiento informado previo: a) de la propia persona interesada si puede prestarlo; b) de su representante legal, si está declarada incapacitada judicialmente; c) de la persona vinculada por razones familiares o de hecho, si la persona no es capaz de tomar decisiones, a criterio médico, o por su estado físico o psíquico no puede hacerse cargo de la situación. Pero en todos estos casos, habrá de procurarse, como antes expusimos, la participación del paciente “en la medida de lo posible”.

Aún cuando exista acuerdo en que la toma de decisión debe hacerse por delegación (representante, apoderado, etc.), existe inseguridad acerca de cómo y qué criterios se deben aplicar para que la persona delegada para tomar la decisión utilice su capacidad para lograr su cometido en nombre del paciente y respetando en todo caso la que habría sido voluntad del paciente, si pudiera expresarla por sí mismo. Un instrumento adecuado para lograr este propósito de ajustar la voluntad del representante a la voluntad del paciente es acudir a las denominadas voluntades anticipadas (Ver 2.10.8). Se hallan reconocidas

recientemente en nuestra Comunidad Autónoma y están llamadas a facilitar el ejercicio del derecho de toda persona a manifestar sus objetivos vitales y valores personales, así como las instrucciones sobre su tratamiento, cuando se encuentre en una situación en la que no le sea posible expresar su voluntad (**Ley vasca 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad**).

En aplicación de tal normativa toda persona mayor de edad en pleno ejercicio de sus facultades podrá decidir libre y voluntariamente a qué tipo de tratamiento está dispuesta a ser sometida y excluir aquellos que sean contrarios a sus valores personales. Dichas instrucciones deberán ser seguidas por el facultativo o equipo médico que le atienda en cualquier ocasión.

Dichas instrucciones tienen como límites el propio ordenamiento jurídico, ya que no podrán ser contrarias al mismo, y el tipo de patología que padezca la persona, ya que deberán ajustarse al tratamiento necesario para cada tipo de enfermedad. Una vez elaboradas, han de ser objeto de registro en el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, para su conocimiento por los facultativos en caso de necesidad.

Como podemos observar, nos hallamos en presencia de nuevas leyes que reconocen y garantizan nuevos derechos en los que el protagonismo de la persona usuaria cobra importancia, precisando contar en todo caso con la colaboración de los profesionales responsables de su atención y de las familias.

Avanzando igualmente en este proceso de promocionar la autonomía del colectivo vulnerable por su incapacidad, el Convenio de Oviedo del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, obliga igualmente a los Estados firmantes, entre ellos España, a que ninguna persona incapaz pueda decidir por sí misma si puede ser instrumento de investigación, requiriéndose en todo caso, el consentimiento previo informado de su representante legal, así como que el experimento redunde en su propio beneficio. En todo caso, la persona incapaz deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

1.9. DERECHOS DE LAS PERSONAS EN RESIDENCIAS

Un conjunto de derechos fundamentales son los que corresponden de manera especial a los usuarios y las usuarias de los centros residenciales para personas mayores (De la Cámara, 2003). Como ya se ha recogido en la revisión del capítulo anterior, son los derechos a un programa de intervención individual definido y realizado con la participación y el conocimiento de la persona usuaria o, en su caso, su representante legal, a la máxima intimidad personal y a la protección de la propia imagen, al secreto profesional de su historia sanitaria y social y a la protección de sus datos personales, a participar en las actividades que se desarrollen en el centro o servicio, a presentar quejas, sugerencias o reclamaciones, a la información contenida en su expediente personal, a conocer el precio de los servicios que recibirá y en general toda aquella información que requiera como persona usuaria, a mantener sus vínculos sociofamiliares en los centros en que esté ingresado, y a disfrutar de las prestaciones del centro o servicio de acuerdo con su programa de intervención social.

Como se ha comentado anteriormente, para este autor, los residentes disfrutan de una serie de derechos “comunes” inalienables, como son el derecho a la privacidad e intimidad, a la dignidad, a la autonomía, a la elección libre, a la satisfacción y al estilo de vida propio.

Esta situación jurídica apenas ha sido regulada por la legislación autonómica hasta recientemente. Hemos debido esperar a las leyes de servicios sociales aparecidas en la década de los 90 para encontrar determinaciones normativas al respecto. Así, con carácter pionero, la Ley 8/1990, de 10 de octubre, de la Comunidad de Madrid, reguladora de las actuaciones inspectoras y de control de los centros y servicios sociales, dedica un capítulo a los derechos y deberes de los usuarios.

Otras comunidades autónomas lo han hecho por vía reglamentaria; La Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales, de Galicia, también dedica todo un capítulo a la regulación de los derechos y deberes de los usuarios.

La Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales, del País Vasco, en su disposición adicional tercera manda al Gobierno Vasco para que en el plazo máximo de un año elabore y apruebe una carta en la que se recojan los derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales.

En el Decreto 41/1998 sobre Servicios Sociales Residenciales para la Tercera Edad, en su artículo 4, se enumeran los siguientes principios: normalización, autonomía, participación, integración, globalidad y profesionalización. Y en su artículo 5, cita los siguientes derechos de las personas usuarias:

- Al acceso a los mismos y recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- A que se les atienda con respeto, corrección y comprensión, de forma individual y personalizada.
- A la confidencialidad de los datos de carácter personal que afecten a su intimidad.
- A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas del exterior.
- A recibir información y ser consultadas sobre todos aquellos temas que puedan afectarle o interesarle en su calidad de residente.
- A la intimidad, en función de las condiciones estructurales de los servicios sociales residenciales y a la autonomía para elegir su propio estilo de vida.
- A que se les facilite el acceso a la atención social, sanitaria, farmacéutica, educacional, cultural y en general a todas las necesidades personales que sean imprescindibles para conseguir un adecuado desarrollo psíquico-físico.
- A elevar a la dirección del centro propuestas o reclamaciones relativas al funcionamiento o a la mejora de los servicios, y a recibir respuesta sobre las mismas.
- A cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia.
- A ser informadas, en lenguaje fácilmente comprensible, del contenido de estos derechos y de los cauces para hacer efectivo su ejercicio.

Actualmente se está avanzando en materia de protección social a nivel normativo, tanto en el Estado, como hemos visto, como en nuestra comunidad y en otras comunidades autónomas. Como ejemplo, se aprobó la Ley foral Navarra de Servicios Sociales, Ley 15/2006, de 14 de diciembre, que establece el catálogo de derechos y deberes de los destinatarios de los servicios sociales, regulando los derechos y deberes específicos de los usuarios de servicios sociales de carácter residencial. La concreción de derechos y de obligaciones y la regulación de prestaciones en materia de derechos sociales es un avance del Estado Social, Democrático y de Derecho que consideramos positiva porque ello implica la asunción de responsabilidades públicas.

Adoptar los derechos básicos de los residentes como punto de referencia en todas las actuaciones y admitir que respetarlas constituye la condición sine qua non de una atención de calidad. Es el mínimo básico a conocer y asegurar en la atención sociosanitaria. Por todo esto y porque aceptar que una persona, bien en situación de dependencia o autonomía, pierda, no ejercite sus derechos o se le haga renunciar a ellos de forma indirecta supone un no reconocimiento de su condición de persona y nada ni ninguna circunstancia puede justificar tal vulneración (SIIS, 2001).

El Centro de Documentación y Estudios SIIS, en el año 2001, publicó la adaptación en versión española del método de evaluación de residencias llamado “Nursing Homes are for Living in / Las residencias

son un lugar para vivir”. En este documento podemos encontrar los derechos de las personas atendidas en centros residenciales, en relación a los diferentes aspectos de la vida del centro, condiciones ambientales, procedimientos, etc.:

INTIMIDAD. Derecho de las personas a estar solas y a no ser molestadas, libres de intromisiones en sus asuntos

DIGNIDAD. Reconocimiento del valor intrínseco de la persona independientemente de cuales sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades, y dándole un trato respetuoso.

AUTONOMÍA. Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.

ELECCIÓN. Posibilidad de elegir libremente entre un abanico de opciones diferentes.

DERECHOS. Mantenimiento de todos los derechos inherentes a la condición de ciudadano.

SATISFACCIÓN. Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades de cada persona en todos los aspectos de la vida cotidiana.

A partir del mismo, el SIIS publicó igualmente el documento “**Los derechos de las personas mayores en residencias: recomendaciones**” cuya implantación todavía no está extendida pero que es muy aplicable y cuya implantación se explica en el siguiente capítulo, relativo al modelo de atención e intervención, en el que se describen experiencias aplicadas.

Por otra parte, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal es muy relevante en este tipo de servicios. El sector de residencias es “especialmente” sensible a esta Ley. Una primera razón la apunta, en su memoria del año 2004, el organismo independiente encargado de velar por el cumplimiento de esta Ley, la Agencia Española de Protección de Datos, al señalar que las residencias tratan información de un sector de población, el de la tercera edad, que “*precisa una especial protección, ya que en muchas ocasiones se encuentran en situaciones que les impide conocer y ejercitar sus derechos en la igualdad de condiciones*”. La condición de los titulares de los datos es, por consiguiente, una razón esencial para determinar la necesidad de que, quienes recojan y tratan dichos datos, es decir, las residencias cumplan por lo dispuesto por la Ley. Existe otro elemento que ha representado un importante recurso en la implantación de la Ley en el sector, como es la publicación en el Registro General de Protección de Datos, el 17/12/2004, del Código Tipo de la Asociación Catalana de Recursos Asistenciales. Los Códigos Tipo, previstos en la ley, representan una importante herramienta para adaptar las disposiciones de la misma, genéricas en muchos casos, a un sector de actividad concreto (Roselló Mallol, 2006).

El derecho fundamental a la protección de datos se concreta jurídicamente en la facultad de consentir la recogida, la obtención y el acceso a los datos personales, su posterior almacenamiento y tratamiento, así como su uso o usos posibles, por un tercero, sea una entidad pública o privada. Y ese derecho a consentir el conocimiento y el tratamiento, informático o manual, de los datos personales, requiere como complementos indispensables, por un lado, la facultad de saber en todo momento quién dispone de esos datos personales y a qué uso los está sometiendo, y, por otro lado, el poder oponerse a esa posesión y usos, y la exigencia al titular del fichero de que informe al interesado de qué datos posee sobre su persona, accediendo a sus oportunos registros y asientos, y qué destino han tenido, lo que alcanza también a posibles cesionarios; y, en su caso, requerirle para que los rectifique o los cancele (Sánchez Carazo, 2006).

En cuanto al ingreso no voluntario

El ingreso no voluntario de las personas con demencia se hace efectivo cuando la gravedad del deterioro cognitivo comporta una carencia evidente de la competencia para poder entender y decidir sobre lo más conveniente para uno mismo, ante un problema médico agudo. (Para una revisión actual de este tema, ver Martí, 2006.)

Si la persona enferma está legalmente incapacitada o ha elaborado un documento de voluntades anticipadas, previendo la posible situación, la actuación médica o sociosanitaria puede quedar condicionada por la voluntad del representante legal o de la persona especificada en ese documento para tomar una determinación.

Si la persona no ha sido incapacitada judicialmente, pero no está en condiciones por razón de su trastorno psíquico para decidir por sí misma, puede procederse al ingreso no voluntario de urgencia u ordinario. Ahora bien, en todo caso, ha de considerarse que la autorización de internamiento involuntario queda sujeta a control judicial, entendido como una garantía en la defensa y respeto de los derechos fundamentales de las personas. No hay duda que la puesta en práctica de las medidas judiciales redundará en beneficio de las personas afectadas, ya que el seguimiento judicial del ingreso no voluntario es un procedimiento necesario para la protección de los derechos fundamentales del paciente.

De acuerdo con ello el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil regula el denominado internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico: *“El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible. (...)*

Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oírán a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida”.

Ahora bien, esta normativa sobre el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, tal como la prevé la Ley de Enjuiciamiento Civil, presenta varias dificultades y cuestiones controvertidas en el caso de las personas mayores con demencia, ya que en muchos casos se discute por sectores doctrinales y jurisprudenciales si el ingreso de una persona con demencia en un centro residencial adecuado a su situación puede considerarse efectivamente como “internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”, sujeto por tanto a control judicial, y al tiempo se discute la efectiva capacidad para prestar consentimiento en muchos supuestos de ingresos denominados “voluntarios” y por tanto ajenos a todo control judicial o externo.

Para evitar dudas sería positivo que todos los centros residenciales contaran con un protocolo de actuación, que garantizase la corrección de la medida, para constatar en todo caso el requisito del consentimiento y la voluntariedad por parte de quien ingresa en una institución, ya sea propio o de su representante legal.

En cualquier caso, la ley no recoge previsión alguna sobre el ingreso voluntario, planteándose en muchos casos si existe auténtica voluntad de ingreso o si la persona tiene efectivamente capacidad suficiente para decidir por sí misma o se encuentra, por el contrario, influenciada o presionada de alguna manera, no pudiendo otorgar un consentimiento válido.

Por todo ello es importante avanzar en la definición de procedimientos de acogida e ingreso que garanticen la continuidad de los cuidados y el respeto de los derechos de las personas usuarias por parte de las unidades de psicogeriatría. En esta dirección el Departamento para la Política Social de la Diputación Foral de Guipúzcoa aprobó la Orden Foral 394/2006, de 2 de junio, donde define estas unidades, establece sus objetivos y señala los requisitos que debe cumplir, tanto materiales (el espacio físico y la organización) como funcionales (modo de ingreso y estancia) y de personal (tipo de cualificación y formación). Nos centramos en los requisitos funcionales (Art. 42 de dicha Orden Foral) donde, entre otras cosas, se indica que *“La elección de las personas usuarias susceptibles de ingreso en estas unidades, se realizará sobre la base del sistema de valoración de la dependencia que en cada momento utilice*

el Departamento...”. También se señala que “Dado que el ingreso en estas unidades puede comportar limitaciones a los derechos individuales de las personas mayores, deberá tenerse en cuenta la procedencia de articular un protocolo en el que se recojan los siguientes extremos: a) autorizaciones de cara al ingreso en la unidad de psicogeriatría. b) determinación de los casos en los que se requiera autorización judicial. c) Determinación de los casos en los que sea suficiente informe médico y consentimiento de los familiares o de quienes ejerzan la tutela. d) Autorizaciones en caso de aplicación de medidas de contención física o química”. (Ararteko, 2006).

1.10. DERECHOS EN LA TERMINALIDAD

El principio de autonomía goza de un prestigio indudable en el mundo sanitario, y ha alcanzado cotas de nueva autoridad en las relaciones médico-enfermo. El respeto a las decisiones humanas y sus valores, sin duda, son conquistas de relevancia indiscutible, irrenunciables, que deben ser contempladas siempre, más aun en esta fase de la existencia. (Ibarzabal, X., 2004)

La medicina moderna tiene actualmente en los cuidados paliativos y en la Bioética dos magníficos colaboradores para intentar conseguir una mayor humanización de la asistencia sanitaria y resolver de forma racional y responsable las situaciones conflictivas que se presentan en la fase final de la vida. Con los primeros, le es posible mejorar o mantener el bienestar de los enfermos a través de una mayor profesionalización de su cuidado, un buen control de los síntomas y el alivio de su sufrimiento. Con la Bioética, se intenta que la actuación médica, además de técnicamente correcta, sea respetuosa con los derechos del enfermo y sirva para resolver los conflictos con racionalidad y consenso entre éste, su familia y el equipo, para responder mejor a los intereses del paciente.

En 1995 se aprueba en la CAPV un Decreto sobre la creación y acreditación de los comités de ética asistencial, Decreto 143/1995, de 7 de febrero, para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial y cuyo objetivo final es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.

El Código Deontológico Español, aprobado en la Asamblea de la Organización Médica Colegial (OMC) de 25 de septiembre de 1999, en el artículo 27, exclusivamente dirigido a la muerte, subraya el bienestar y la voluntad del paciente.

El/la médico tiene el deber de intentar la curación o mejora del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo/a, aun cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida.

El/la médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el/la profesional tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.

La Declaración de los derechos de los enfermos terminales, del Michigan Inservice Education Council, recoge los siguientes (Astudillo, W. y Mendinueta, C. 1995):

- Tengo derecho a ser tratado como un ser vivo hasta el momento de mi muerte.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, por mucho que varíe mi situación.

- Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte.
- Tengo derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados.
- Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de “curación” deban transformarse en objetivos de “bienestar”.
- Tengo derecho a no morir solo.
- Tengo derecho a no experimentar dolor.
- Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.
- Tengo derecho a no ser engañado.
- Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.
- Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones más que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.
- Tengo derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas y/o espirituales, cualquiera que sea la opinión de los demás.
- Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo sea respetada tras mi muerte.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

El último decreto aprobado recientemente sobre esta materia en el ámbito de la sanidad, es el Decreto 139/2007, de 11 de septiembre, del Comité de Bioética de Euskadi y su finalidad es asesorar a la Administración Sanitaria del País Vasco y a la comunidad científica en materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud y ser foro de referencia en el debate bioético.

En este apartado podemos hacer referencia también a los decretos en relación con comités de ética en los servicios sociales. Desde las diputaciones forales se está trabajando en la línea de acercar la bioética o ética asistencial a los servicios sociales, con el fin de crear unos comités de asesoramiento en esta materia, debido a la creciente complejidad de la casuística y por tanto de una mayor reflexión en la línea de preservar, garantizar y promover los principios éticos.

Matia Fundazioa puso en marcha una Comisión Promotora del Comité de Ética Asistencial junto con Fundación Hurkoa en 2002, habiéndose dado ya los pasos necesarios para constituirlo en Comité formalmente.

1.11. DERECHOS DE LOS CUIDADORES Y LAS CUIDADORAS

Desde los modelos de abordaje de las relaciones de cuidados y de la familia, (Leturia, F.J., 2007) en el caso de personas dependientes debemos considerar igualmente los derechos del cuidador y de la cuidadora. Derechos entre los que destacan (Astudillo et al 2000):

- El derecho a dedicar tiempo y actividades a nosotros mismos y a nosotras mismas sin sentimientos de culpa.
- El derecho a experimentar sentimientos negativos por ver a la persona enferma o estar perdiendo a un ser querido.
- El derecho a resolver por nosotros y nosotras mismas aquello que seamos capaces y el derecho a preguntar sobre lo que no comprendamos.

- El derecho a buscar soluciones que se ajusten razonablemente a nuestras necesidades y a las de nuestros seres queridos.
- El derecho a ser tratados y tratadas con respeto por aquellos a quienes pedimos consejo y ayuda.
- El derecho a cometer errores y ser disculpados por ello.
- El derecho a ser reconocidos y reconocidas como miembros valiosos y fundamentales de nuestra familia, incluso cuando nuestros puntos de vista sean distintos.
- El derecho a querernos a nosotros y a nosotras mismas y admitir que hacemos lo que es humanamente posible.
- El derecho a aprender y a disponer del tiempo necesario para hacerlo.
- El derecho a admitir y expresar sentimientos tanto positivos como negativos.
- El derecho a decir no ante demandas excesivas, inapropiadas o realistas.
- El derecho a seguir la propia vida.

A modo de resumen, siguiendo a la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (Comité Ejecutivo, 1999), las declaraciones de política social deberían recalcar los siguientes principios:

1. Debería estar en vigor una declaración de política social global para las personas mayores que tuviese en cuenta las distintas necesidades de este grupo de edad y su propia vivencia del proceso de envejecimiento.
2. Este proceso de envejecimiento es universal y semejante; envejecer es, por ello, una cuestión social y una inquietud global. En la mayoría de los países se suele definir a las personas mayores como aquellas que han alcanzado la edad de jubilación que es aceptada en su propio país y cultura.
3. Toda política debería reflejar el derecho de las personas mayores a continuar trabajando si lo desean. Esta oportunidad es necesaria tanto para el trabajo profesional como para el voluntario, para incrementar el sentimiento de bienestar en los individuos y para promover una mayor contribución a la sociedad.
4. Cualquier política social debería proteger el derecho de las personas mayores de vivir libremente a su manera, en su ambiente y con diferentes estilos de vida.
5. Deberían facilitarse distintas alternativas y opciones a las personas físicamente dependientes, respetando el derecho de los individuos a aceptar o modificar los servicios que se le ofrecen.

Capítulo 2.

MODELO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN

2.A. ASPECTOS TEÓRICOS

2.1. INTRODUCCIÓN

Como destaca Pilar Rodríguez (2005), hoy se dispone de suficiente conocimiento científico para orientar las bases de un modelo de atención que responda de manera adecuada a las necesidades que plantean las personas que tienen, cualquiera que sea su edad, una situación de dependencia, así como las de sus familias cuidadoras. Tal modelo debiera basarse en ese importante acervo producido y centrarse en aspectos que se han mostrado determinantes para la calidad de vida de las personas afectadas, tales como:

- La prevención primaria, secundaria y terciaria, por haberse demostrado fehacientemente su eficacia en la compresión de la morbilidad y en la reducción de la dependencia (Fries, 1980; Gómez et al., 2003; Ruipérez, 2004).
- El fortalecimiento con las intervenciones de las capacidades preservadas (Janicki et al., 2000; Montorio y Losada, 2004) insistiendo en la inversión del modelo que propicia el exceso de dependencia (Little, 1988).
- El planteamiento de objetivos que mejoren permanentemente la calidad de la atención y, entre ellos, especialmente aquellos que favorecen de manera especial el modelo de calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1997; Schalock y Verdugo, 2003).

Así mismo, en la definición del modelo deben aplicarse las recomendaciones y propuestas de aquellos organismos internacionales en cuyo seno

se han logrado consensos sobre la correcta atención gerontológica, a la discapacidad y a las personas en situación de dependencia:

- La Organización Mundial de la Salud ha propuesto ocho principios en el ámbito de los cuidados de larga duración, relacionados con la accesibilidad a los servicios sociales y sanitarios dirigidos a las personas en situación de dependencia y a sus cuidadores/as informarles en el que hace expresa referencia a los derechos. (OMS., 2000). Así mismo, ha difundido el llamado “modelo social de la discapacidad” en contraposición al “modelo médico”. También ha aportado una importante contribución en el ámbito de la prevención y correcta atención de la dependencia durante la edad avanzada, mediante el paradigma del “envejecimiento activo”.
- Por su parte, Naciones Unidas, ha propiciado que en todo el mundo se perciba el fenómeno del incremento sin precedentes de la esperanza de vida, como una oportunidad y un reto para los países respectivos, siendo el objetivo central el de propiciar que las personas puedan envejecer con seguridad participando activamente en sus comunidades. Se llama la atención sobre el fenómeno emergente del envejecimiento de las personas con discapacidad, que debe ser suficientemente conocido y tenido en cuenta para promover el desarrollo de programas y recursos en esta área.
- La OCDE ha insistido en proclamar el lema de “envejecer en casa” en condiciones de dignidad. Recomienda para hacerlo posible, la disposición de recursos y programas de proximidad, en un continuum asistencial, desde el que se tenga en cuenta las necesidades tanto de las personas mayores como de sus familias cuidadoras.
- Finalmente, el Consejo de Europa planteó a los países miembros la necesidad de asumir la dependencia como contingencia a proteger por los sistemas de protección social, definió la misma y recalcó la importancia de no identificar esta situación con la vejez.

Siguiendo a Rodríguez (2005) las políticas de atención a las personas en situación de dependencia han de tener dos ejes o áreas de intervención claramente definidos, que se consideran de igual relevancia en lo que se refiere a la incidencia en su calidad de vida:

- La prevención y rehabilitación de las discapacidades y atención de las situaciones de dependencia.
- La integración social y la participación.

Además de estos dos grandes ámbitos de intervención, que se dirigen hacia las personas mayores o con discapacidades y a sus familias cuidadoras, es necesario fijarse otro más, dirigido a:

- Promover en la sociedad actitudes proclives a la comprensión del fenómeno del envejecimiento y de las situaciones de discapacidad y a fomentar actitudes de solidaridad y compromiso hacia los problemas sociales en general y hacia las personas con necesidades especiales, en particular. Se define, pues, un nuevo eje de intervención, de carácter transversal, con avances en la creación de una sociedad incluyente, accesible y solidaria.

Para establecer el marco o contexto en el cual se desarrollará esta labor conviene recordar los siguientes aspectos determinantes y principios básicos:

- El importante avance y desarrollo en el ámbito de la discapacidad y dependencia en los últimos años, tanto en cuanto a los modos de entender la discapacidad, el asociacionismo, así como la creación y desarrollo de recursos y servicios.
- El avance en el conocimiento y desarrollo de nuevos enfoques más integradores y centrados en las personas.
- El desarrollo normativo en relación con los servicios sociales, la atención a la dependencia y el marco competencial.

- El enfoque de complementariedad interinstitucional.
- El respeto a la autonomía de gestión de cada una de las instituciones competentes.
- Se actuará bajo el principio del consenso.
- Se actualizarán permanentemente los sistemas y sus mecanismos, propiciando la proactividad.
- La necesidad de promover un enfoque integral, orientado a las personas y de carácter transversal.

Por tanto, la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal así como especialmente la prevención de estas situaciones constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados.

El reto no será otro que lograr que al atender a las necesidades de aquellas personas que por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad requieren de apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, éstas, puedan alcanzar una mayor autonomía personal y ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía en el marco de un modelo universal de servicios sociales y atención a la discapacidad y dependencia, buscando objetivos globales, comunes para todos, de carácter integrador y normalizador.

Se están produciendo importantes cambios tanto en los perfiles de las personas y situaciones derivadas de la discapacidad y dependencia como en la política social y en los servicios sociales; cambios que analizaremos en los siguientes apartados.

Cambios que se producirán en las personas mayores con el nuevo paradigma

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, se producirá un fuerte proceso de envejecimiento. En el 2010 se espera que la mayoría de las personas mayores estén entre los 75-85 años, a diferencia de la actualidad en que están entre 65-75, cambiando la imagen positiva del envejecimiento; habrá una generalización de la dependencia en las personas muy mayores y esta dependencia se verá como algo subjetivo, pero también como un problema social; y aunque en general haya una mejora en los casos de enfermedades circulatorias y oncológicas, gracias al mayor conocimiento y avances en investigación, se incrementarán las enfermedades respiratorias y las enfermedades mentales y nerviosas, con una cada vez mayor presencia de situaciones problemáticas que habrá que prevenir y afrontar.

El siglo XXI es el que deberá hacer compatible la longevidad con la autonomía personal en un escenario de familias más pequeñas, con una mayor presión de la soledad y la dependencia.

Resumimos en el siguiente cuadro los cambios que se producirán en relación con el envejecimiento con el nuevo paradigma:

DE...	A...
Percibir el envejecimiento como un problema.	A considerarlo como un logro.
Percibir la jubilación como un periodo de “descanso”.	Percibir la jubilación como el inicio de una fase de la vida llena de posibilidades de realización personal.
Tener como objetivo prioritario el ocio.	Tener un objetivo integrado de realización personal plena.
Posicionarse en la defensa hacia la enfermedad.	Realizar durante toda la vida labores de prevención de la salud.
Una concepción de la edad (cuantos más años) como dependencia.	Una concepción de la edad orientada a la autonomía.

DE...	A...
Tener una actitud receptiva individualista y de actuación poco integrada.	Tener una actitud creativa, solidaria y de integración en un colectivo.
Una pasividad en los ámbitos sociales, políticos, informativos, etc. (receptor de servicios).	Un protagonismo en los ámbitos sociales, políticos, informativos, etc. (Promotor de servicios).
Actuar con dependencia institucional tanto en subvenciones, pensiones, apoyo para el tiempo de ocio como consumidor-usuario de servicios.	Actuar de manera más autónoma y proactiva, con un mayor liderazgo.
De una pasividad, desvinculación de actividad y reactividad.	Fomentar la planificación personal de los recursos y actividades culturales y empleo creativo del ocio.
Ser ajeno/a a los avances tecnológicos y con poco uso de los sistemas de información.	Ser progresivamente un usuario/a cada vez más avanzado/a de las nuevas tecnologías.

Figura 2.1

El colectivo de personas mayores se definirá por las siguientes características:

Estamos ante ciudadanos y ciudadanas con una mayor cualificación y de mayor nivel cultural.

A su vez, los “colectivos” están y estarán cada vez más diversificados tanto en edad, conocimientos, poder adquisitivo, necesidades personales, etc., que harán que exista una oferta muy diferenciada.

Mayor presencia de la mujer proveniente del mundo laboral.

Las personas con necesidades funcionales diversas cada vez más autónomas, más exigentes y reivindicativas.

Desde la perspectiva de edad existirá mayor persistencia de la situación de autonomía (periodo más largo) y a su vez se alargará el estado de fragilidad, ya que se va a apoyar y mucho, el retraso de la llegada de la incapacidad o dependencia.

Las personas en estas situaciones en general gozarán de un mayor poder adquisitivo.

Serán también colectivos que tendrán menos posibilidades de que la atención se realice mediante el apoyo informal proveniente de la familia.

Por otro lado, van a ser colectivos más conscientes de su papel y que van a exigir continuamente un reconocimiento más respetuoso a la sociedad.

Las personas van a exigir una oferta mayor de oportunidades: recursos formativos, sanitarios, culturales y de desarrollo personal e intracomunitario en un entorno normalizado y no “especial”.

Estas personas van a la búsqueda continua de una mayor calidad de vida.

Figura 2.2

Cambios que se producirán en política social

Con el incremento de necesidades, la progresiva complejidad de las mismas (perfiles psicogerítricos, sociosanitarios, enfermedad mental, discapacidad, etc.), la aprobación del Plan Estratégico Sociosanitario, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia y la probable aprobación de la nueva Ley de Servicios Sociales, teniendo en cuenta el plan de atención a las personas con discapacidad, las recomendaciones de la Ponencia del Parlamento, de Juntas Gene-

rales y del Ararteko, así como el modelo de atención a las personas mayores y las carteras de servicios de atención residencial, se plantea la necesidad de hacer una reflexión para avanzar en los modelos organizativos y de gestión de las políticas, los centros y servicios en todos los niveles asistenciales.

Resumimos en el siguiente cuadro los cambios que se producirán en la política social:

DE...	A...
Equilibrio demográfico.	Envejecimiento de la población.
Política social paternalista.	Política social basada en la autonomía y la participación.
Insuficiencia de recursos y servicios sociales.	Importante incremento en servicios sociales.
Modelo de atención basado en ayuda a domicilio, residencias.	Modelo de atención basado en la continuidad de una mayor diversidad de recursos de base comunitaria, intermedios y especializados.
Política social decidida y realizada por expertos.	Política social basada en el diálogo con los agentes sociales.
Recursos posibles limitados.	Nuevos modelos de financiación de los recursos como los derivados del SAD, copago, etc.
Actual reparto competencial.	La necesidad de nuevos acuerdos y consensos para mejorar la coordinación y la continuidad de cuidados.
Los modelos de atención básicos, no cualificados, etc.	Modelos basados en la calidad, bien gestionados.
Actuar con dependencia institucional tanto en subvenciones, pensiones, apoyo para el tiempo de ocio como consumidor/a-usuario/a de servicios.	Actuar de manera más autónoma y proactiva. Mayor liderazgo.
Un enfoque subsidiario respecto a otros sistemas como salud, trabajo, educación.	La construcción de una red y un sistema de servicios sociales.
Dar una responsabilidad al apoyo natural.	Compartir por parte de la administración la responsabilidad del apoyo formal.
Descoordinación con otros departamentos e instituciones.	Modelos de garantía de la continuidad de cuidados y transversalidad.

Figura 2.3

Cambios que se producirán en los servicios sociales

Los servicios sociales han evolucionado desde un modelo caritativo benéfico y solo recientemente, a servicio público, con escasez de recursos y falta de adecuación de los mismos a las nuevas necesidades, con falta de profesionalización y cualificación, trabajando a demanda y de manera subsidiaria al sistema sanitario, a un modelo que pretende convertirse en el cuarto pilar del estado de bienestar, que garantizará los recursos necesarios para atender las necesidades de los ciudadanos/as que tienen un derecho a la cobertura de estas necesidades, con una mayor profesionalización y cualificación, una valorización del cuidado y la creación de redes y un sistema único de servicios sociales.

Resumimos los cambios en los servicios sociales:

De unos servicios sociales...	A unos servicios sociales...
Asistencialistas.	Con una orientación integral a cubrir las necesidades derivadas de la dependencia.
Con una función casi exclusivamente social.	Con una función psicosocial y sociosanitaria, complementaria con otros sistemas.
De una orientación fundamentalmente hacia dentro (centrípeta).	Orientada también hacia afuera (centrífuga). Con funciones de influencia y de intermediación.
Una organización interna muy estandarizada y con oferta limitada de servicios y de actividades para colectivos determinados.	Una organización muy polivalente que se adapte a la diversificación de la necesidad que tienen los ciudadanos.
Una organización siempre receptora desde el exterior de conocimientos, servicios, recursos, etc.	Que aprovecha y potencia todos los recursos internos y competencias (humanos, materiales, etc.)
Con una fuerte dependencia de las Instituciones y otros organismos.	Una organización autónoma de las instituciones y que camine hacia la autosuficiencia por prestación de servicios
Reactivos a los problemas, subsidiarios de otros sistemas, y con peso marginal.	Ser un agente "referente", un "sistema" con protagonismo en las decisiones importantes para los ciudadanos y las ciudadanas.
De trabajar centrada en el colectivo de "personas discapacitadas o dependientes o sin apoyos o sin recursos"	Unos "servicios sociales para todos y todas" orientados a necesidades universales.

Figura 2.4

Cambios que se producirán en la discapacidad - dependencia con el nuevo paradigma

También esta cambiando los abordajes de la discapacidad y la dependencia:

DE...	A...
Percibir la discapacidad como un problema.	Considerarlo como un proceso de necesidades funcionales diversas en interacción con el entorno.
Modelo médico de la discapacidad como deficiencia y minusvalía.	Intervención integral Modelo CIF (Clasificación Inter-generacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (OMS, 2001).
Tener como objetivo prioritario los cuidados y la asistencia.	Tener un objetivo integrado de realización personal plena.
Posicionarse en la defensa hacia la enfermedad y un enfoque asistencialista.	Realizar durante toda la vida labores de prevención de la salud.
Una concepción de la edad (cuantos más años) como dependencia.	Una concepción de la edad orientada a la autonomía.
Predominio de la técnica.	Predomina la ética.

DE...	A...
Problema de la persona.	Problema del entorno.
De una pasividad, desvinculación.	Fomentar la planificación personal de los recursos y actividades culturales y empleo creativo del ocio.
Ser persona ajena a los avances tecnológicos y con poco uso de los sistemas de información.	Ser progresivamente una persona usuaria cada vez más avanzada de las nuevas tecnologías.

Figura 2.5

Desde un enfoque de interrelación e interdisciplinar, entendemos que el abordaje de cualquier política hacia las personas mayores, autónomas, frágiles, en situación de discapacidad y/o dependencia debe ser general y no solo específico para ellos. Los servicios sociales no deben orientarse solamente a las personas que lo necesitan, sino a la ciudadanía en general y debe hacerlo con un enfoque integral incluyendo, por tanto, además de los aspectos sociales, los sanitarios, educativos y culturales, los de vivienda y urbanismo, los jurídicos y legales y hasta aspectos organizativos y de representación democrática. Esto requiere, por tanto, de la inclusión de todos los agentes sociales: instituciones, asociaciones, empresas, Universidad, Departamentos de la Administración, sin ser objeto exclusivo de los servicios sociales o sanitarios, pues los Departamentos de Justicia, Educación, Cultura, Urbanismo, Vivienda, Medio ambiente, etc., tienen mucho que decir en una visión integral de la persona con necesidades funcionales diversas como ciudadano o ciudadana de pleno derecho.

No se puede obviar el repertorio normativo ya existente así como los planes gerontológicos o de atención a la discapacidad y los acuerdos competenciales existentes que determinarán el papel de cada institución en este campo. No obstante, y tal como se ha mencionado, es fundamental desarrollar sistemas de complementación institucional.

Por otra parte, cada vez es más dudosa la necesidad de servicios específicos para grupos o colectivos determinados frente a políticas generales y universales; cada vez es más cuestionable que a la persona mayor que no presenta discapacidades o dependencia (necesidad de una tercera persona para desenvolverse en las actividades de la vida diaria), o la que no presenta necesidades especiales, se le dirijan programas por el criterio de edad, frente a la integración en las ofertas normalizadas, más allá que lo que le corresponde como ciudadano/a. Cada vez es más claro que no se debe sobreproteger, pues a veces esto mismo genera sobredependencia, un efecto perverso de la atención, especialmente en centros residenciales.

Fases en el desarrollo de los servicios

Desde el punto de vista de la definición de los servicios y programas para las personas encontramos un nivel de desarrollo de los mismos en diferentes estadios evolutivos según sea el ámbito de la discapacidad de jóvenes y adultos y de la “atención a la dependencia” de las personas mayores. Mientras en el ámbito de la discapacidad se está fundamentalmente en el modelo de integración, con una clara orientación al cliente, una planificación basada en las habilidades de la persona, con una organización basada en equipos orientados a la promoción de las habilidades y la socialización de la misma y evolucionando hacia el modelo basado “en la comunidad”, en el ámbito de las personas mayores se está todavía, en general, en transición del modelo institucional al de integración. Es urgente superar el modelo institucional basado en un desequilibrio en la relación de cuidados en que la persona mayor sigue siendo vista como paciente, la planificación se centra en los cuidados, las decisiones las toma el especialista, los principios siguen siendo la salud, la capacidad funcional, la seguridad y la limpieza. Acelerar esta evolución debiera ser uno de los objetivos más claros en el desarrollo de los servicios.

FASES EN EL DESARROLLO DE SERVICIOS (Adaptado de Bradley 94 y Verdugo 07)			
	Institucional	De integración	En la comunidad
RECEPTOR	Paciente	Cliente	Ciudadano/a
PLANIFICACIÓN	Los cuidados	Las habilidades	El futuro
QUIÉN TOMA LAS DECISIONES	Especialista	El equipo	La persona y círculos de apoyo
PRINCIPIOS	Limpieza Salud Seguridad	Habilidades Socialización	Autodeterminación Relaciones Inclusión
QUÉ DETERMINA LA CALIDAD	Práctica profesional y nivel de cuidados	Realización de profesionales y objetivos	Calidad de vida del individuo

Figura 2.6

2.2 MODELOS DE ACERCAMIENTO A LAS PERSONAS

El modelo de la diversidad

A lo largo de la historia, las personas con diversidad funcional han sido entendidas desde tres paradigmas diferentes: a) el religioso, que las considera seres esencialmente dependientes, incapaces de aportar nada a la sociedad; b) el médico, que las ve como personas útiles en la medida en que pueden ser rehabilitadas, ocultando o reduciendo sus limitaciones; y c) el modelo social, que las concibe como personas capaces de contribuir a la sociedad desde la diferencia. Actualmente se habla de un cuarto modelo: el de la diversidad (Palacios, A., Románach, J., 2007).

Este nuevo paradigma comparte con el social la idea de que las limitaciones de las personas con diversidad funcional no se derivan tanto de sus condiciones físicas, sensoriales o intelectuales, sino principalmente de un entorno social que no les permite vivir con autonomía. Sin embargo, a diferencia de aquél (y del resto de modelos citados), el paradigma de la diversidad rompe con la visión negativa de la discapacidad, fenómeno que contempla como una manifestación positiva de diversidad. Para ello, se apoya en los postulados del Movimiento de Vida Independiente, en la bioética y en los derechos humanos como herramientas que permitirán a estas personas reivindicar una dignidad que muchas veces se les ha negado.

Las personas son “per se” autónomas y competentes en diferentes medidas según la variabilidad interindividual y, en diferentes medidas, según las facetas de su vida y diferentes variables que se interrelacionan a lo largo del ciclo vital en todos nosotros/as, como son el género, el entorno rural o urbano, la salud o los hábitos y estilos de vida, la orientación sexual, la propia edad, etc. e impactan en las diferentes dimensiones de la calidad de vida.

Todas las personas de cualquier edad, fluctuamos entre la autonomía y dependencia en diferentes momentos y situaciones, presentamos necesidades funcionales diversas y pensamos que debemos generar un modelo de entender el ajuste ecológico conductual y de política social basado en la promoción de las competencias y habilidades de las personas (independientemente de la edad y condición), compensando los déficits o discapacidades, a través de sistemas de apoyo, en entornos seguros y garantizando y fomentando los derechos y su real ejercicio.

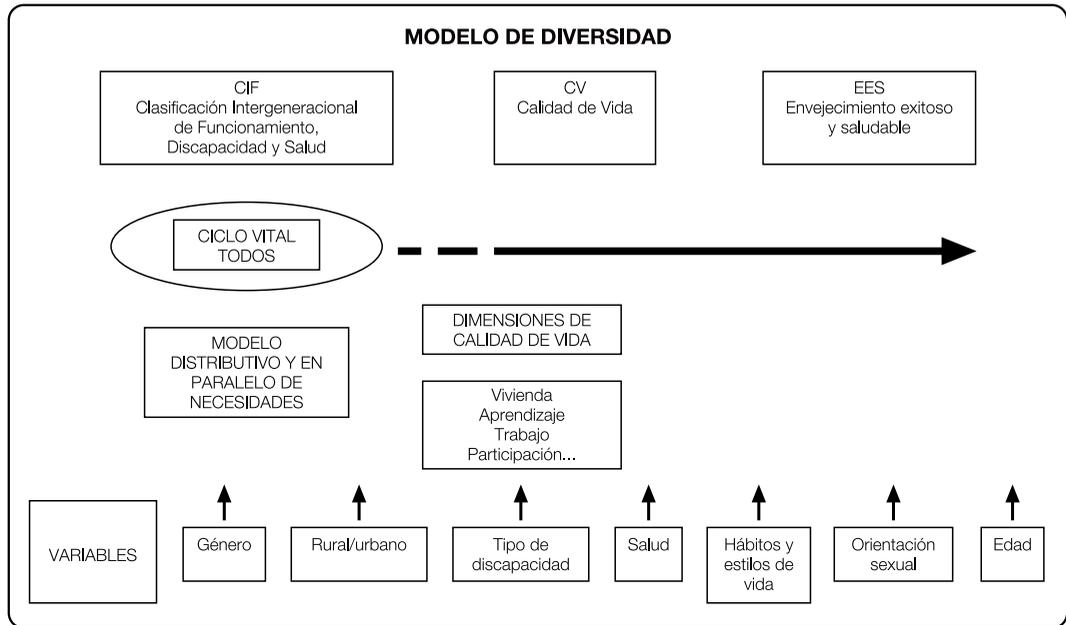


Figura 2.7

Las personas se pueden encontrar en situaciones y condiciones de autonomía, fragilidad, enfermedad aguda o crónica, discapacidad y dependencia, situaciones que pueden provocarse unas a otras: una enfermedad puede provocar fragilidad o discapacidad o dependencia, o no; la discapacidad puede provocar dependencia o no y se puede ser dependiente sin presentar discapacidad.

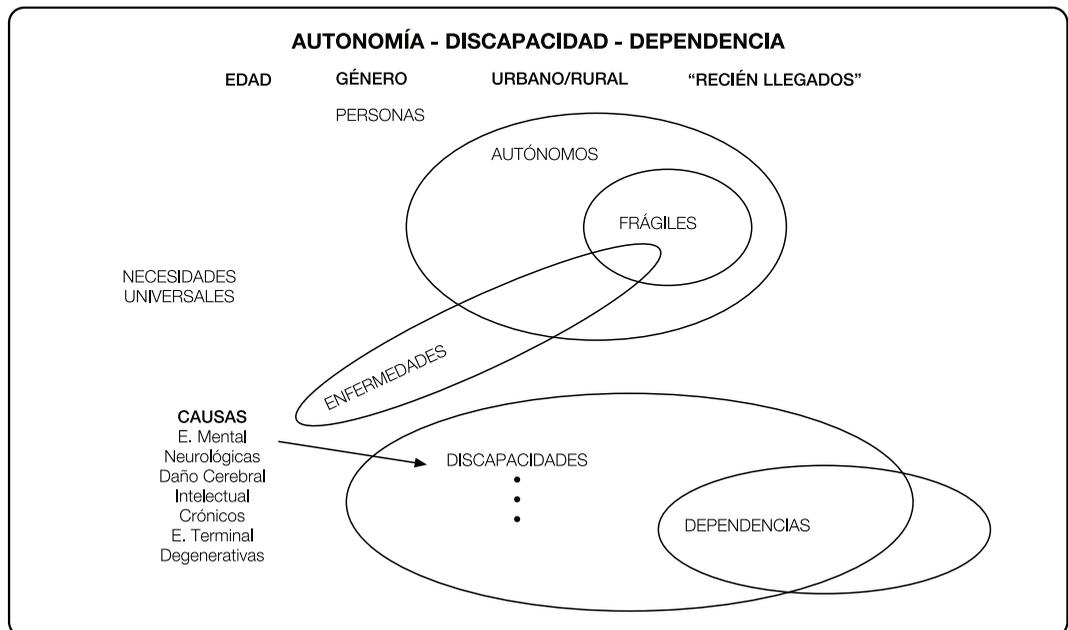


Figura 2.8

El modelo conceptual pone especial énfasis en entender la relación entre salud, capacidades, discapacidad, necesidades funcionales diversas, el envejecimiento en sí y el envejecimiento exitoso y saludable, así como en el modelo psicosocial de intervención y las diferentes áreas vitales en las que se debe incidir desde un enfoque preventivo y de promoción de ajuste conductual y ecológico exitoso y saludable.

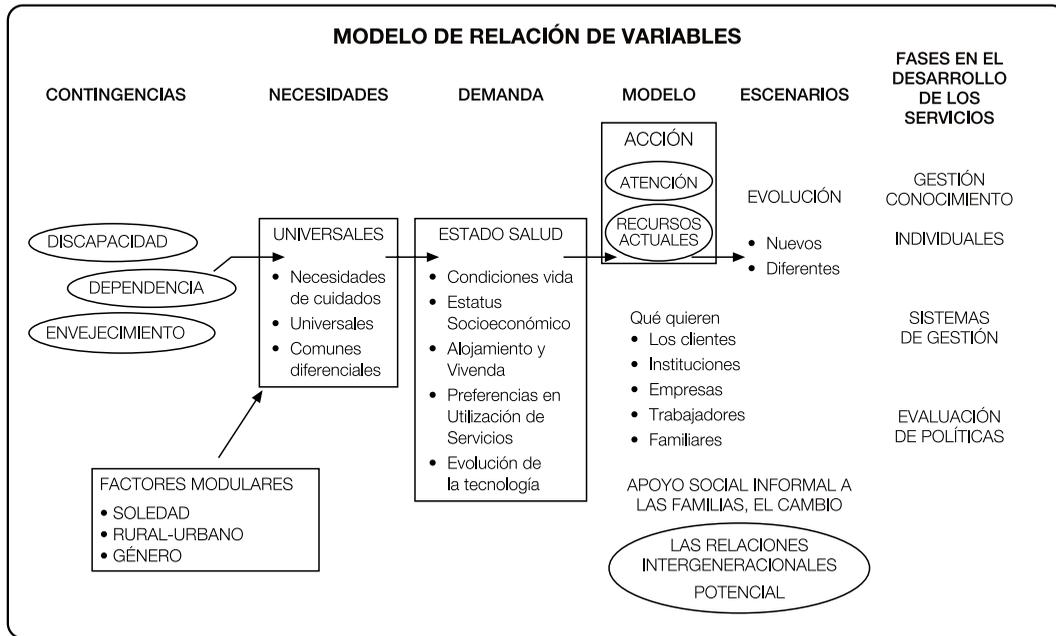


Figura 2.9

Este enfoque preventivo y proactivo basado en las propias personas como sujetos de su vida, responsables de su papel en la sociedad supone que se debe incidir inicialmente en el enfoque preventivo y proactivo basado en las propias personas como sujetos de su vida, responsables de su papel en la sociedad, personas de cualquier edad y en cualquier condición o conjunto de necesidades funcionales.

Igualmente se parte de la definición de salud desde un enfoque positivo y un modelo competencial, con un conjunto de situaciones y capacidades que nos permiten desenvolvernos e interactuar con los demás y con el medio, un modelo de vejez exitosa, y un modelo de autonomía-discapacidad-dependencia o de incluir adecuadamente tanto a las personas frágiles como a las que envejecen con todo el potencial de desarrollo intacto.

Un enfoque preventivo debe incluir a todas las personas y sus entornos y familias, precisamente porque la discapacidad y la dependencia no es dicotómica: alguien puede ser dependiente en unas facetas o funciones y no en otras), es cambiante (puede fluctuar y variar en el tiempo) y depende en gran parte de los entornos y ayudas disponibles.

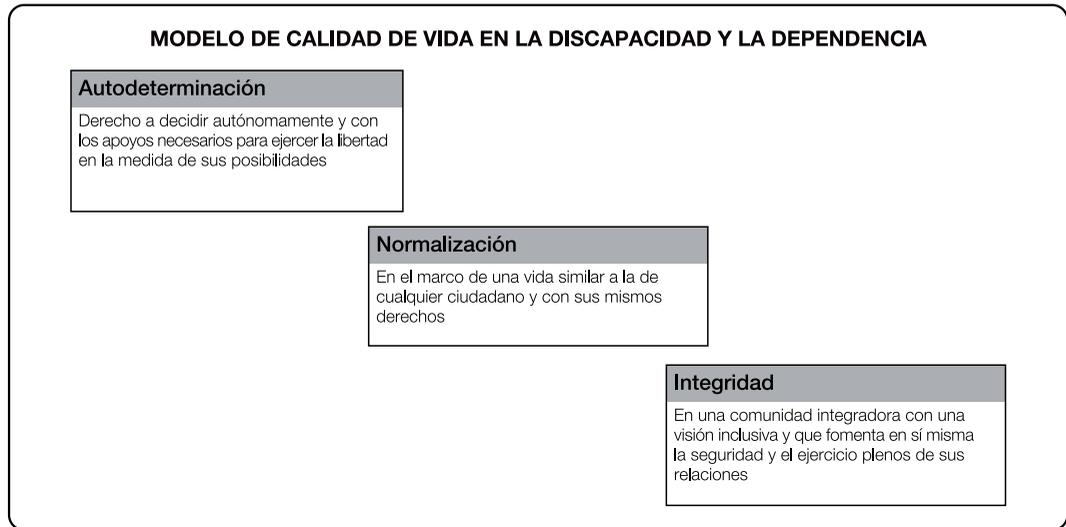


Figura 2.10

Este acercamiento a las personas se centrará por tanto en:

- Garantizar la equidad y uniformidad en el acceso a los objetivos
- Promover servicios descentralizados
- Generar conocimiento.

Para lograr los objetivos relativos a la igualdad, diversidad, tolerancia, participación, solidaridad, etc., en un marco de:

- “Vivir como todos/as y como uno/a elija”
- “Vivir con los/las demás”
- “Vivir en una sociedad abierta” (Fig. 2.11)

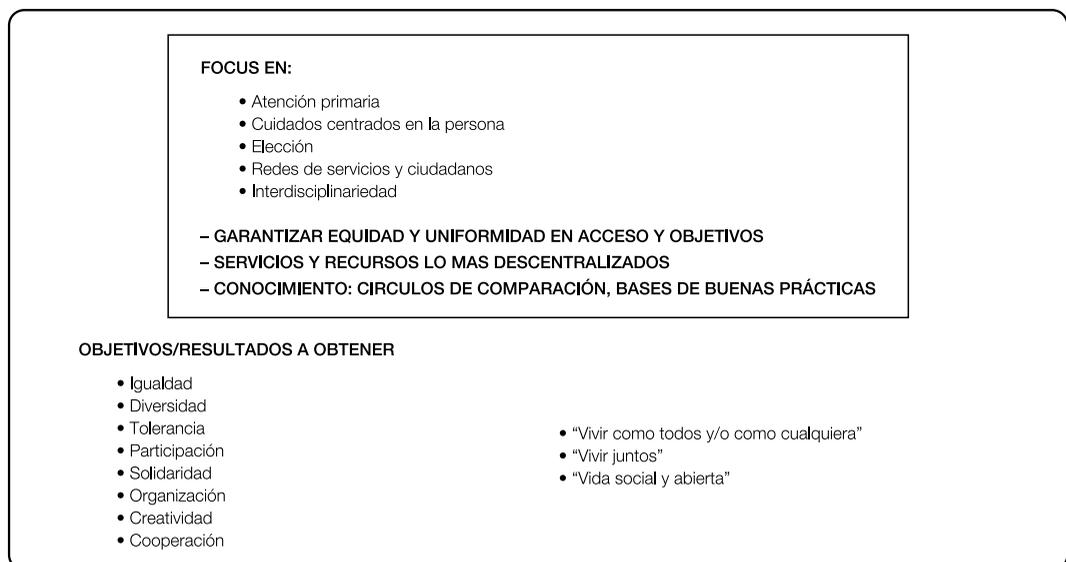


Figura 2.11

Desde este modelo se va a trabajar para conseguir los siguientes objetivos:

Personas libres: Vamos a trabajar para mantener la autonomía de las personas pero y sobre todo, la autodeterminación de las mismas desde un enfoque de promoción de las competencias, habilidades, aficiones, saber hacer, etc., de cada uno.

Personas felices: Vamos a trabajar para que las personas implicadas en el modelo, sus grupos de apoyo y familias, las personas que vamos a trabajar en estos sistemas y recursos, las personas voluntarias se sientan felices. Creemos que la calidad de vida tiene un componente subjetivo determinante basado en la felicidad, satisfacción y bienestar y por tanto vamos a trabajar para potenciarlo.

Personas implicadas: Vamos a promover que sean las personas las que se impliquen en cursos de acción que influyan en los resultados que pretendemos lograr.

Ideas, intercambios, relaciones creativas: Creemos que la interacción entre las personas, el apoyo social y la relación de cuidar son elementos determinantes para su calidad de vida y para afrontar positivamente los retos de la vida y es el marco en que las personas aprenden, se desarrollan y producen riqueza social.

Resultados positivos: Vamos a crear un espacio-tiempo para lograr resultados positivos definidos desde los intereses y necesidades de los usuarios/as y las personas, consensuados, y medibles.

Combinación del trabajo individual (autodeterminación) y el colectivo (apoyo social, implicación, integración...)

Cultura y Estilo de los centros, servicios, recursos y programas: El espacio, el ambiente, las relaciones van a contribuir a crear una cultura y un estilo determinado ayudando a integrar los valores a la realidad del día a día. La cultura de los programas, de los centros será la suma de las actitudes comunes de las personas que participen en los programas, vivan en el centro y de las que trabajen en el mismo, en cuanto a percepción, representación, respuesta a las tareas y funciones del servicio/ centro, etc. Y este estilo presenta aspectos visibles e invisibles y que vamos a transmitir al entorno.

2.3. MODELOS DE ENTENDER EL AJUSTE ECOLÓGICO CONDUCTUAL Y LA INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS

Las diferentes maneras de acercarse al fenómeno del ajuste ecológico conductual y a la atención e intervención con personas influyen de manera determinante en las políticas, metodologías y estilos de abordar sus necesidades.

Durante mucho tiempo los enfoques basados en modelos centrados en los déficits que aparecen con la edad y en la enfermedad y discapacidad han generado un acercamiento que generaba dependencia y una atención paternalista. Frente a esta visión negativa, el modelo conductual se ha basado en conductas observables, entendidas como interacción entre la persona y su entorno, y se ha centrado en potenciar las habilidades y capacidades de la misma.

El modelo comunitario

Desde el modelo comunitario se entiende la salud como un proceso dinámico, como un derecho y una responsabilidad, que se debe fomentar desde la promoción y educación, con una visión de la intervención centrada en la comunidad y en los grupos más que en los individuos exclusivamente, haciéndose énfasis sobre todo en las capacidades más que en los déficits, en la autorresponsabilidad, en los servicios indirectos, etc.

El modelo psicosocial

El modelo psicosocial plantea la interacción entre lo biológico, lo psíquico y lo social haciendo énfasis en la conceptualización ecológico conductual del ajuste y adaptación. Es un sistema integral que abarca

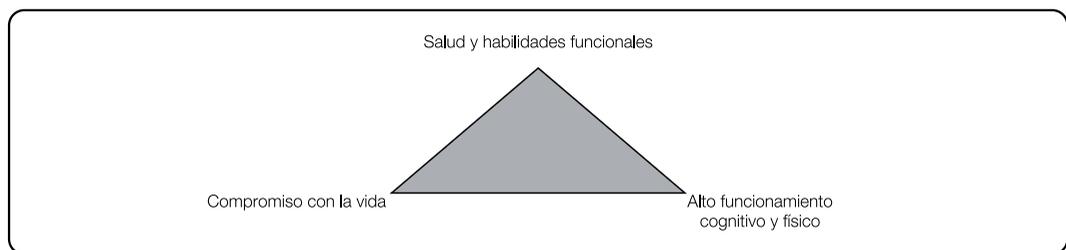
todas las áreas vitales de la persona y de los grupos y plantea la intervención desde la planificación sistemática para lograr el objetivo de calidad de vida entendida como un concepto que incluye factores como la dignidad, autonomía, bienestar físico y psíquico, autoestima, desarrollo personal y autosuficiencia y en definitiva el envejecimiento exitoso. A partir de un análisis y diagnóstico integral pretende incidir en las diferentes áreas vitales para lograr la calidad de vida de las personas mayores y sus familias.

Como expresa Reig, “vivir mejor ha pasado a ser una de las metas básicas de las políticas sociales y sanitarias de la gran mayoría de los países”.

2.4. LA VEJEZ EXITOSA O COMPETENTE

Durante mucho tiempo la investigación e intervención se ha centrado en los efectos negativos de la vejez, lo que ha posicionado a las personas mayores en un modelo deficitario o de desvinculación respecto a la sociedad. Hoy en día desde este nuevo modelo se busca investigar e intervenir desde los elementos predictores y favorecedores de una vejez libre de enfermedad y de incapacidad funcional (Fernández Ballesteros, 1997).

Se entiende por vejez con éxito la “baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física y funcional y compromiso activo con la vida”.



La manera de lograr este envejecimiento exitoso tiene mucho que ver con los **estilos de vida** que son **excelentes predictores de salud y capacidad funcional**.

ALTERNATIVAS A ALGUNOS PROBLEMAS DE ALTA PREVALENCIA

Actividad frente al desajuste físico

Ejercicio físico y nutrición adecuada frente a la presión arterial alterada

Ejercicio aeróbico frente a la falta de reserva cardíaca

Utilización de nuevas estrategias frente a los fallos de memoria

Socialización, apoyo social, entrenamiento en habilidades sociales frente al aislamiento

Actividades agradables frente a la depresión

Relajación frente a la ansiedad, insomnio, etc.

Fig. 2.12

La promoción de la vejez exitosa se basa en el modelo de optimización selectiva con compensación de Baltes (1990), lo que significa que “es adaptativo concentrarse en aquellos aspectos que tienen alta prioridad e implican demandas sociales, motivaciones, habilidades y capacidades biológicas individuales” por ejemplo, el apoyo social; la “implicación en aquellos comportamientos y actividades que maximicen sus

recursos” esto es, “la regulación para funcionar en buenos niveles de ejecución: actividad física moderada, estilos de vida saludables y relación con personas intelectualmente activas y la utilización de recursos protésicos tanto psíquicos como físicos que permitan superar los déficits.”

Siempre se debe actuar considerando la variabilidad interindividual, la plasticidad intraindividual y el principio de continuidad y estabilidad de la personalidad, así como el papel que pueden tener los factores estresores en la vejez y la capacidad de respuesta a los mismos por parte de la persona según los recursos económicos, sociales y personales, en concreto las estrategias de afrontamiento, percepción de control, etc.

2.5. LA INTERVENCIÓN, PREVENCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DEL ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Los Principios generales desde este enfoque son:

- Normalización
- Integración
- Contextualización
- Descategorización
- Multidimensionalidad
- Complejidad
- Interdisciplinariedad

Los Objetivos son:

- Promover la integridad, globalidad y posibilidad de desarrollo de la persona mayor, su familia y entorno.
- Reducir el impacto tanto directo como indirecto de la enfermedad, discapacidad o dependencia cuando aparece.
- Promover habilidades y competencias para una mejor calidad de vida y bienestar subjetivos.
- Promover la autonomía personal, la integración social y el compromiso comunitario.

Las Variables a considerar son aquellas:

- De la enfermedad, de la discapacidad y de la dependencia
- De la persona
- De la familia
- Del centro, grupo, comunidad
- De la intervención
- Del ambiente

Las Fases de la intervención son:

- Evaluación y diagnóstico
- Prevención
- Tratamiento e intervención
- Formación
- Investigación

Las Áreas de intervención son:

- Salud física: prevención, valoración, tratamiento y rehabilitación
- Salud psíquica: funciones psicoafectivas y cognitivas
- Relaciones sociales: amistades y familiares
- Cultura y desarrollo
- Organización
- Ambiente
- Actividad : trabajo, ocio
- Participación sociocomunitaria: voluntariado, asociacionismo

Los Estilos de intervención más eficaces son:

- Recogida de información a través de la escucha activa, de los acercamientos informales, de las personas relevantes.
- Incorporando a las personas al proceso de diagnóstico de problemas, necesidades y demandas, de comportamientos saludables y de factores de riesgo, a la definición de objetivos de cambio y al proceso de formulación de alternativas.
- Propone y planifica acciones de cambio desde las habilidades disponibles.
- Pone de manifiesto los puntos fuertes y competencias, promoviendo la autoeficacia, autoconfianza y la autoestima.
- Aprovecha los recursos humanos.
- Prepara condiciones para la acción, realizando ensayos previos y llevando a la práctica las alternativas decididas.
- Busca resultados positivos y reforzantes, controlando los riesgos de fracaso y por tanto de desilusión.
- Siempre se basa en las personas, en cómo viven, trabajan, sufren y disfrutan.
- Se basa en la interdisciplinariedad.

Prevención

Desde el enfoque preventivo en todas las áreas del modelo psicosocial se intervendrá en los siguientes niveles:

- **Prevención primaria:** Conjunto de actividades que se realizan sobre la población en general para evitar la aparición de problemas sociales, psíquicos, sanitarios, etc.
- **Prevención secundaria:** Conjunto de actividades que se realizan sobre situaciones y grupos concretos, por ejemplo de riesgo, para evitar la aparición de problemas sociales, psíquicos, sanitarios, etc.
- **Prevención terciaria:** Conjunto de actividades que se realizan sobre situaciones y grupos concretos que ya presentan un problema o déficit, para evitar la aparición de efectos y problemas secundarios.

Promoción de la salud

Además no solo se realizará prevención sino que se promoverá el envejecimiento exitoso y el compromiso de las personas con su salud, con la comunidad, la responsabilidad social y cívica, etc. Desde la óptica del mejor “aprovechamiento” social y comunitario del increíble “valor” que las personas mayores pueden aportar a todos.

La promoción incluye el conjunto de actividades que se realizan sobre la población en general y sobre situaciones y grupos concretos para **incrementar las conductas, hábitos y estilos de vida saludables y de compromiso social y comunitario** en los ámbitos social, físico, psíquico, etc.

Educación para la salud

Una de las vías fundamentales de desarrollo tanto personal como social y comunitario es el aprendizaje y el conocimiento, pues la manera de involucrar a las personas en estos comportamientos saludables, es el conocimiento y la motivación, para lo cual se promoverá la educación en todos los ámbitos referidos. Es el conjunto de actividades (de tipo cognitivo, emocional y comportamental) que se realizan sobre la población en general y sobre situaciones y grupos concretos para **incrementar el conocimiento y la implicación personal** en las conductas, hábitos y estilos de vida saludables y de compromiso social y comunitario en los ámbitos social, físico, psíquico, etc.

Área de salud

Área de salud. Prevención primaria.

ACTUACIÓN		ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
PREVENCIÓN PRIMARIA	Favorecer el desarrollo de medidas de carácter preventivo que fomenten los derechos y las oportunidades de las personas mayores, su autonomía e integración en el tejido social.	ÁREA DE SALUD	Campañas de divulgación en los medios de comunicación.	Ayuntamientos.
	Promocionar la realización de actividades y ejercicio físico, la alimentación y nutrición adecuada, los hábitos y estilos de vida.		Programas de cursos formativos en los Centros Socioculturales de las personas mayores.	Hogares de jubilados.
			Programa de trabajo voluntario.	Asociaciones.
			Detección y capacitación de líderes en este campo.	Polideportivos.
			Programa de ejercicio físico y deporte. Cursos específicos en los Polideportivos municipales y otros equipamientos.	Departamento de educación, Colegios y centros educativos.
Programa de actividades deportivas y cursos específicos en los Centros Socioculturales de las personas mayores.	Diputación (Departamentos de Gizartekintza, Cultura y Deporte).			
Programa de comedores para personas mayores.	Osakidetza (Hospitales, Centros de Salud Mental, Centros de Salud).			
Programa de formación de profesionales de atención primaria.	Empresas.			
Desarrollo de unidades de valoración gerontológica.	Medios de comunicación.			
Establecer pautas de control y prevención de enfermedades y de problemas en audición, visión, equilibrio y marcha, etc.	Otras instituciones sociosanitarias.			
Potenciar las campañas de información sobre prevención de accidentes (circulación, domésticos...)	Otros profesionales.			
Garantizar la valoración y atención integral de la persona mayor y su entorno familiar.				
Reducir las barreras a la práctica del ejercicio físico y el deporte debido al desconocimiento, etc.				
	Cursos específicos en los Centros Socioculturales de las personas mayores.			
	Programa de ayuda a domicilio.			
	Comedores para personas mayores.			
	Servicios de atención diurna.			
	Centros de día.			
	Programa de estancias temporales.			
	Programa de alojamiento de estudiantes con personas mayores.			
	Subvenciones económicas.			

Fig. 2.13

Área de salud. Prevención secundaria.

ACTUACIÓN		ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
PREVENCIÓN SECUNDARIA	Favorecer el acceso a la información a través de internet consultas a profesionales. Potenciar la creación y desarrollo de recursos de apoyo o alternativos.	ÁREA DE SALUD	Creación de un portal didáctico a las personas mayores con servicio de consulta médica. Programa de ayuda médica entre las personas mayores. Priorizar a agrupaciones que trabajen en el apoyo a las personas mayores a la hora de distribuir las subvenciones económicas. Programa de apartamentos tutelados para personas mayores.	Ayuntamientos. Hogares de jubilados. Asociaciones. Polideportivos. Departamento de educación, Colegios y centros educativos. Diputación (Departamentos de Gizartekintza, Cultura y Deporte).
	Favorecer la atención sanitaria a domicilio. Favorecer la admisión de ayudas técnicas y las aportaciones de subvenciones económicas para obras de adaptación de la vivienda habitual. Desarrollo de cursos de formación e información sobre diferentes enfermedades y pautas de cuidado de las mismas.		Programa de atención sanitaria a domicilio. Subvenciones económicas. Impulsar la creación de bolsas de recursos de apoyo técnico gestionados por asociaciones. Programa de cursos específicos en los Centros Sociosanitarios para las personas mayores.	Osakidetza (Hospitales, Centros de Salud Mental, Centros de Salud). Otras instituciones sociosanitarias. Empresas. Medios de comunicación.

Fig. 2.14

Área de salud. Prevención terciaria.

ACTUACIÓN		ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
PREVENCIÓN TERCARIA	Garantizar el servicio gerontológico especializado en el caso de problemas mentales y degenerativos.	ÁREA DE SALUD	Programas de salud mental.	Ayuntamientos. Hogares de jubilados.
	Proporcionar la ayuda profesional y técnica necesaria para la aceptación de la enfermedad y la prevención de estados que supongan la aparición de otras.		Programa de actividades deportivas con personas mayores con movilidad reducida o enfermedad. Programa de entrenamiento en relajación, prevención de depresión y ansiedad.	Asociaciones. Polideportivos. Departamento de educación, Colegios y centros educativos.
	Garantizar el retorno inmediato al domicilio habitual tras las hospitalizaciones y la atención y seguimiento de su estado, proporcionando el apoyo y la información precisa para su adecuado cuidado.		Programas de apoyo sociosanitario a domicilio: monitorización... Adaptación de viviendas y domótica. Programa de formación para las personas cuidadoras de las personas mayores.	Diputación (Departamentos de Gizartekintza, Cultura y Deporte). Osakidetza (Hospitales, Centros de Salud Mental, Centros de Salud).
	Prevenir la aparición de trastornos adaptativos y/o confusionales en ingresos hospitalarios, residenciales, etc.		Programas de formación para profesionales hospitalarios.	Otras instituciones sociosanitarias.
	Garantizar la adecuada atención en la fase terminal (Cuidados paliativos).		Unidades de dolor.	Empresas.
	Promoción.			Medios de comunicación.
	Impulsar el desarrollo de unas condiciones que favorezcan el disfrute de una vejez saludable.		Campañas de divulgación en los medios de comunicación (divulgar una imagen positiva de la vejez). Eliminación de barreras arquitectónicas, de dificultades de transporte en el medio rural, que impidan el desarrollo normal de la vida diaria de las personas mayores. Asegurar un nivel mínimo de ingresos económicos a las personas mayores.	

Fig. 2.15

Área de relaciones sociales

ACTUACIÓN	ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
<p>Favorecer y fomentar las relaciones sociales mediante la creación de diferentes foros que permitan el intercambio de experiencias, información... de asociaciones, centros sociales u hogares de jubilados, voluntarios,... incluso a nivel internacional.</p> <p>Potenciar el desarrollo del voluntariado hacia países menos desarrollados.</p> <p>Campaña de prevención de la violencia y malos tratos.</p> <p>Favorecer la formación para la realización de un adecuado apoyo informal por parte de las personas mayores a otras personas mayores y otros colectivos (hijos, nietos,...): enseñar pautas de cuidado, información diversa (alimentación, datos concretos acerca de enfermedades, fases evolutivas del niño, habilidades sociales y de afrontamiento,...).</p> <p>Favorecer el desarrollo de medidas que fomenten la autonomía y las redes de apoyo social natural y disminuir los problemas de soledad.</p> <p>Prevenir estrés de familiares, cuidadores naturales y cuidadores profesionales.</p> <p>Posibilitar las salidas y viajes culturales a través de subvenciones económicas,...</p> <p>Favorecer el acercamiento y la utilización de nuevas tecnologías con la finalidad de entablar nuevas relaciones.</p> <p>Campañas de información acerca de los recursos y el acceso a los mismos.</p> <p>Potenciar la creación de programas que favorezcan las relaciones intergeneracionales.</p> <p>Favorecer la transmisión de tradiciones culturales y de profesionales de antaño.</p>	ÁREA DE RELACIONES SOCIALES	<p>Programas de intercambio de experiencias entre asociaciones, ONGs...</p> <p>Nuevas Tecnologías: acceso a las mismas a través de formación.</p> <p>Subvenciones económicas.</p> <p>Campañas de formación e información.</p> <p>Voluntariado.</p> <p>Programas y actividades de centros sociales, asociaciones, colegios,...</p> <p>Valoración precoz del apoyo social</p> <p>Programas de apoyo a familiares: extensión de SENDIAN a todo el Territorio.</p> <p>Programas de prevención del estrés.</p> <p>Familias de acogida.</p> <p>Teléfono de plata.</p>	<p>Ayuntamientos.</p> <p>Hogares de jubilados.</p> <p>Asociaciones.</p> <p>Polideportivos.</p> <p>Departamento de educación, Colegios y centros educativos.</p> <p>Diputación (Departamentos de Gizartekintza, Cultura y Deporte).</p> <p>Osakidetza (Hospitales, Centros de Salud Mental, Centros de Salud).</p> <p>Otras instituciones sociosanitarias.</p> <p>Empresas.</p> <p>Medios de comunicación.</p> <p>Otros profesionales.</p>

Fig. 2.16

Área de actividades, ocio, tiempo libre y educación

ACTUACIÓN	ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
<p>Promoción de medidas que favorezcan una vida laboral más flexible y fórmulas graduales de jubilación, así como el desarrollo de programas de preparación a la jubilación.</p> <p>Desarrollo de programas de formación reglada y no reglada: Programas Universitarios, Planes de Formación, Cursos...</p> <p>Potenciar el desarrollo cultural favoreciendo el acceso a viajes e intercambios entre países y/o ciudades, así como favoreciendo la organización de concursos diversos (literarios, fotográficos, vídeos, música,...).</p>	ÁREA DE ACTIVIDADES, OCIO, T.L Y EDUCACIÓN	<p>Escuela de la Experiencia.</p> <p>Programas Universitarios.</p> <p>Formación Permanente de Adultos.</p> <p>Programas de información para evitar la discriminación laboral por la edad.</p> <p>Programas de preparación a la Jubilación.</p> <p>Programas de actividades lúdicas, festivas, viajes.</p> <p>Encuentros de personas mayores.</p> <p>Tarjeta Descuento en cultura y ocio.</p> <p>Programa de Reparto de libros, música, etc. a domicilio con voluntarios.</p>	<p>Departamento de Educación.</p> <p>Diputación Gizartekintza</p> <p>INEM.</p> <p>Empresas.</p> <p>Sindicatos.</p> <p>IMSERSO.</p> <p>Equipamientos culturales: Bibliotecas, Pinacotecas, museos, Casa de cultura.</p> <p>Departamento de Educación.</p>

Fig. 2.17

Área de integración, participación comunitaria

	ACTUACIÓN	ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
PREVENCIÓN PRIMARIA	<p>Realizar un análisis / estudio sobre problemas de desvinculación-soledad.</p> <p>Realizar un análisis / estudio sobre participación real en diferentes niveles y ámbitos comunitarios.</p> <p>Realizar un análisis sobre actuaciones de discriminación por la edad en diferentes ámbitos: laboral, administración, etc.</p> <p>Establecer medidas de prevención de discriminación por la edad.</p> <p>Establecer medidas para la modificación de los estereotipos sociales y la mejora de la percepción de las personas mayores por la comunidad.</p> <p>Establecer programas intergeneracionales.</p> <p>Incluir medidas relacionadas con las relaciones intergeneracionales en los diferentes ciclos formativos.</p> <p>Establecer medidas para reforzar la solidaridad y la cohesión social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar públicamente el estado de bienestar. - Garantizar real y públicamente los derechos de los mayores. <p>Publicar documentos dirigidos a los diferentes colectivos sobre este tema.</p> <p>Definir modelos positivos de envejecimiento: envejecimiento saludable y competente.</p> <p>Establecer discriminación positiva.</p> <p>Entornos "para todas las edades" y facilitar accesibilidad</p>	ÁREA DE INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	<p>Conocer la situación actual real de integración y participación de las personas mayores.</p> <p>Prevenir y evitar la marginación o desvinculación del entorno.</p> <p>Lograr un acuerdo real interinstitucional.</p> <p>Mantenimiento activo de las personas mayores en su entorno.</p>	<p>Instituciones.</p> <p>Gobierno Vasco, Diputación, Ayuntamientos.</p> <p>Partidos políticos.</p> <p>Sindicatos.</p> <p>Asociaciones.</p> <p>Iglesia.</p> <p>Pastoral Sanitaria.</p>

Fig. 2.18

	ACTUACIÓN	ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
PREVENCIÓN SECUNDARIA	<p>Establecer medidas de apoyo desde Bienestar Social Interinstitucional y desde Sanidad para las personas mayores con enfermedades crónicas y en situaciones de fragilidad o soledad, por ejemplo, teleasistencia o telealarma.</p> <p>Establecer medidas de seguridad para las personas mayores solas o matrimonios solos para evitar estafas, timos, robos y sensación de inseguridad.</p> <p>Revisión de pensiones de viudedad. Romper ecuación: mujeres mayores solas = pobreza.</p> <p>Eliminación de barreras, entornos accesibles para discapacitados, programas de prevención de riesgos en domicilios.</p> <p>Programas de entrenamiento funcional en AVD a personas mayores/especialmente hombres solos.</p> <p>Programas concretos de intervención en todos los centros para personas mayores de relaciones intergeneracionales, integración comunitaria, etc.</p> <p>Facilitar programas de transporte, ocio, cultura...</p>	ÁREA DE INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	<p>Definir situaciones concretas de riesgo, por ejemplo, soledad, marginación laboral por la edad, situaciones de fragilidad, problemas de vivienda,...</p> <p>Consensuar con los agentes implicados medidas concretas de actuación para paliar los efectos negativos de esas situaciones.</p> <p>Movilizar agentes sociales y comunitarios del entorno en su apoyo.</p> <p>Dotar al apoyo social de ayudas y soportes para que puedan seguir ejerciendo esta función en las mejores condiciones posibles.</p>	<p>Instituciones.</p> <p>Gobierno Vasco, Diputación, Ayuntamientos.</p> <p>Partidos políticos.</p> <p>Sindicatos.</p> <p>Asociaciones.</p> <p>Voluntariado.</p> <p>Iglesias.</p> <p>Pastoral Sanitaria.</p>

Fig. 2.19

	ACTUACIÓN	ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
PREVENCIÓN TERCARIA	<p>Realización de un estudio en este sentido.</p> <p>Programas de apoyo para familiares de enfermos de Alzheimer y de personas mayores dependientes en general. Ampliar Sendian a toda la provincia.</p> <p>Definir un modelo de formación, entrenamiento y apoyo (tipo experiencia Red TTS) positivo de actuación con los trabajadores, familiares y voluntarios que cuiden a personas con demencia, y personas con gran dependencia.</p> <p>Implantar programas comunitarios de servicios en domicilio: tipo comida sobre ruedas, comedores sociales, lavandería a domicilio, libros a domicilio,...</p> <p>Implantar modelos comunitarios de alojamiento alternativos a las residencias tipo unidades de convivencia en cada pueblo, barrio de ciudad,...</p> <p>Medidas frente a la pobreza. Mejorar y garantizar pensiones.</p> <p>Medidas frente a los problemas de vivienda: Programa Grifos, Servicio de Apoyo en la Adaptación de Viviendas.</p>	ÁREA DE INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	<p>Detección de grupos y situaciones problemáticas y definición de los posibles efectos colaterales o secundarios.</p> <p>Definición de medidas a aplicar para evitar estos problemas.</p> <p>Ejemplo: Reducir impacto de desvinculación social en familiares de enfermos de Alzheimer.</p>	<p>Instituciones.</p> <p>Gobierno Vasco, Diputación, Ayuntamientos.</p> <p>Partidos políticos.</p> <p>Sindicatos.</p> <p>Asociaciones.</p> <p>Voluntariado.</p> <p>Iglesias.</p> <p>Pastoral Sanitaria.</p>

Fig. 2.20

	ACTUACIÓN	ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
PROMOCIÓN	<p>Definir un modelo psicosocial de envejecimiento competente basado en el SOC (Modelo de selección, optimización y compensación) y divulgarlo.</p> <p>Promoción de entornos que asuman la idea de "todas las edades" e intergeneracionales.</p> <p>Discriminación positiva a las empresas que asumen trabajadores mayores. Divulgación de buenas prácticas en este sentido.</p> <p>Generar dinámicas intergeneracionales entre centros abiertos y sistemas educativos.</p> <p>Promover redes de apoyo sociales y comunitarias entre recursos sociales, sanitarios, educativos y el asociacionismo en relación con las personas mayores.</p>	ÁREA DE INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	<p>Creación de una sociedad para todas las edades.</p> <p>Creación de recursos plurisectoriales y polivalentes.</p> <p>Incrementar el papel activo de los mayores en la sociedad.</p> <p>Generar programas liderados por los mayores tipo Zabaltzen.</p>	<p>Instituciones.</p> <p>Gobierno Vasco, Diputación, Ayuntamientos.</p> <p>Partidos políticos.</p> <p>Sindicatos.</p> <p>Asociaciones.</p> <p>Voluntariado.</p> <p>Iglesias.</p> <p>Pastoral Sanitaria.</p>
EDUCACIÓN	<p>Crear servicios de orientación pedagógico abiertos y para todas las edades.</p> <p>Que las instituciones educativas: gobierno, universidades, etc., asuman una oferta abierta a todas las edades.</p> <p>Realizar y apoyar experiencias concretas como Universidad de Mayores, Escuela de la Experiencia, etc. y evaluarlos.</p>		<p>Establecer una oferta educativa para todas las edades.</p> <p>Introducción de este tema de las personas mayores en todos los ciclos formativos.</p>	<p>Departamento de Educación del Gobierno Vasco.</p> <p>Universidad.</p> <p>Asociaciones.</p> <p>Fundación Zabaltzen.</p>

Fig. 2.21

Área ambiental

	ACTUACIÓN	ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
	<p>Fomentar la creación de recursos que, como el Teléfono de Plata, permiten evitar momentos de soledad. Sin embargo sería bueno que las llamadas se hicieran a la inversa, no esperando que llame la persona mayor.</p> <p>Elaborar proyectos de vivienda que posibiliten la atención integral de la persona mayor: ayuda a domicilio, atención hospitalaria a domicilio, comedor social, programas de intervención psicosocial,...</p> <p>Apoyar económicamente las variaciones de impuestos no acordes con el aumento de pensiones, etc. (cambio del valor catastral en el IBI, etc.)</p> <p>Facilitar la comprensión y la realización de tramitaciones administrativas, así como explicar los derechos y deberes administrativos a las personas mayores.</p> <p>Adecuación del entorno urbano.</p> <p>Fomento de la creación de redes de solidaridad entre Personas Mayores y entre otros colectivos sociales y PM.</p>	ÁREA AMBIENTAL	<p>Call Center.</p> <p>Servicio integrado de llamada periódica, custodia de llaves, telealarma, derivación de llamada a SOS-Deiak, etc.</p> <p>AD.</p> <p>Comedor.</p> <p>Ocio y Tiempo Libre.</p> <p>Atención sanitaria.</p> <p>Cheque-Servicio: comida, ocio y cultura, etc.</p> <p>Subvenciones para tasas y precios públicos.</p> <p>Asesoría jurídica / administrativa gratuita a personas mayores.</p> <p>Priorización en el Plan Municipal de Accesibilidad de aquellos entornos e itinerarios urbanos más frecuentados por personas mayores (accesos a ambulatorios, Centros de Ocio para Mayores, Bibliotecas-hemerotecas, etc.).</p> <p>Participación de Personas Mayores en la Planificación del Plan de Accesibilidad.</p> <p>Cursillos sobre normas de circulación y movilidad urbana.</p> <p>Puntos de encuentro y asesoramiento sobre modos de apoyo informal entre Personas Mayores.</p> <p>Planes de acción intergeneracional.</p>	

Fig. 2.22

ACTUACIÓN	ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
<p>Fomentar la búsqueda y aplicación de nuevas tecnologías que permitan a la persona mayor permanecer el máximo tiempo posible en su domicilio (domótica) y fomentar sus relaciones personales.</p> <p>Proporcionar información y acceso a ayudas técnicas y prótesis que permitan favorecer el grado de autonomía personal.</p> <p>Establecer alternativas al domicilio que favorezcan a la persona mayor mantenerse en una vivienda acorde a sus necesidades: alquiler de pisos, subvenciones económicas para acceder a nuevas viviendas, etc.</p> <p>Establecer orientaciones en la construcción de nuevas viviendas para que éstas se adapten a todo tipo de personas, discapacitadas o no.</p> <p>Proporcionar ayudas económicas para realizar obras de acondicionamiento en la vivienda habitual.</p> <p>Fomentar las actuaciones de voluntarios, sobre todo en lo que a visitas a domicilio se refiere.</p>	<p>ÁREA AMBIENTAL</p>	<p>Programa Internet.</p> <p>Análisis de elementos de seguridad en sistemas de la casa (gas, electricidad, etc.)</p> <p>Interconexión de comunicadores entre vecinos.</p> <p>Concertación de servicio de provisión de ayudas técnicas y prótesis.</p> <p>Promoción de servicios privados de alquiler y segunda mano.</p> <p>Servicio de trueque.</p> <p>Apartamentos tutelados en Parcelas de uso dotacional.</p> <p>Apartamentos sociales.</p> <p>Reserva de VPO en condiciones de accesibilidad a personas mayores confinadas en sus domicilios por problema de movilidad.</p> <p>Ley de Accesibilidad y Decreto 41/98.</p> <p>Publicación con resúmenes de orientaciones específicas para Personas Mayores.</p> <p>Programa ascensores.</p> <p>Programas ventanas.</p> <p>Programa obras baño y cocina.</p> <p>Programa comunitario de voluntariado: acompañamiento, biblioteca a domicilio, etc.</p>	

Fig. 2.23

Área organizacional

ACTUACIÓN	ÁREA	RECURSOS/PROGRAMAS	INSTITUCIONES
<p>Fomentar la relación entre jubilados y empresarios a fin de que los primeros puedan orientar en la creación de nuevas empresas.</p> <p>Fomentar los Consejos de Mayores en el ámbito municipal con lo que se conseguiría: acercar los programas municipales a las necesidades y demandas de las personas mayores con mayor precisión, mayor participación e implicación en el ámbito municipal, un acercamiento, a través de programas intergeneracionales, de los diferentes colectivos que conforman la comunidad.</p>	<p>ÁREA DE ORGANIZACIÓN</p>		

Fig. 2.24

2.6. MODELO DE ATENCIÓN – INTERVENCIÓN PARA LA CALIDAD DE VIDA

La definición de salud más aceptada y difundida es en la actualidad la desarrollada por la OMS, en la que se define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

Según Bergner, el concepto “estado salud” contiene todos los elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ésta, aunque puedan interaccionar con ella. Con este concepto se describe la salud tal y como se ha medido tradicionalmente, de forma objetiva (por un observador/a o alguna medida estándar externa), bien como diagnóstico o como puntuación en una escala.

La calidad de vida es un concepto más amplio e integrador que engloba también otros aspectos fundamentales de la vida de las personas. Según Shalock (2003) la calidad de vida podríamos esquematizarla e interpretarla de la siguiente manera:

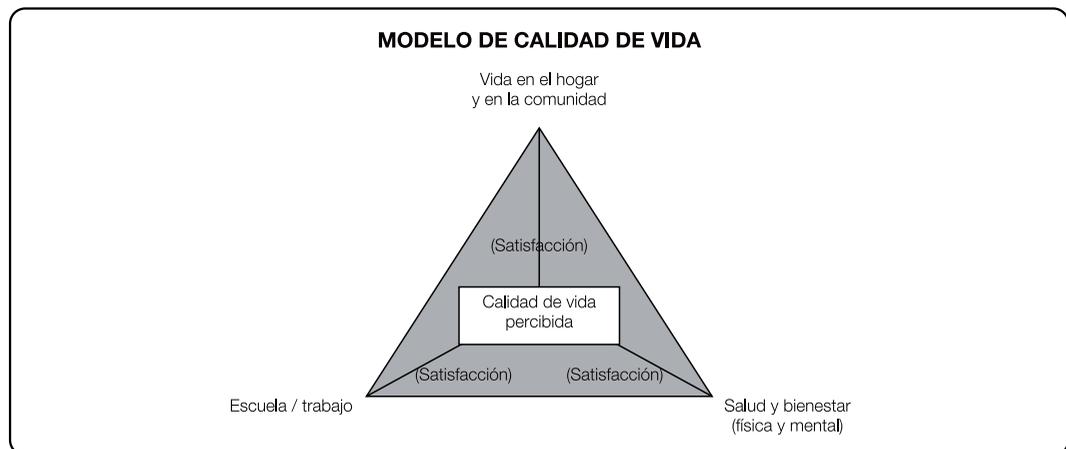


Fig. 2.25

Aunque no hay todavía ningún acuerdo general respecto a la definición precisa de la calidad de vida, resulta útil perfilar algunas cuestiones o ideas clave (Fernández Ballesteros, 2007):

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque exista todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes por algunos individuos que por otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

El interés actual en la calidad de vida se extiende más allá del tema de qué es calidad de vida y cómo se mide. Se define como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a su vida, es un concepto amplio, no incluye sólo el estado de salud sino también los aspectos subjetivos de cómo percibe la persona su salud y su capacidad, etc., así como los aspectos económicos, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud. Se puede definir como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, auto-determinación, integración social y derechos), con especial énfasis en el bienestar del individuo. (Schalock, 2002)



Fernández Ballesteros, 1992b

Fig. 2.26

Según la OMS (1993), la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Sabemos que la calidad de vida está relacionada con la salud. ¿Pero qué entendemos por salud? ¿Cómo definimos la calidad de vida relacionada con la salud?

La calidad de vida de una persona podría ser concebida como “la relación global que se establece entre los estímulos positivos (favorables, agradables, etc.) y los estímulos negativos (adversos, desagradables, etc.), en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y con el ambiente total en el que vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales” (Herman San Martín, 1990)

Calidad de vida en la vejez significa vivir la vida en su máxima plenitud o, al menos, en su máxima plenitud posible: “Vivir la vida en su máxima plenitud, protegiendo la salud para que el envejecimiento se desarrolle normalmente, extendiendo la vida activa del individuo y produciendo las condiciones con la participación activa de los ancianos para el bienestar social, considerados como parte integrada de la sociedad”. Mientras que la calidad de vida relacionada con la salud se refiere al “hecho por el cual la

disfunción física, el dolor y el malestar, provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global juzgada por el propio sujeto” (Lawton, 2001).

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- *Dimensión física:* es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- *Dimensión psicológica:* es la percepción de la persona sobre su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- *Dimensión social:* es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA:

- *Concepto subjetivo:* cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- *Concepto universal:* las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- *Concepto holístico:* la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- *Concepto dinámico:* dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- *Interdependencia:* los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA:

Los intentos llevados a cabo hasta ahora para medir la calidad de vida de una persona utilizaban uno de los dos enfoques: objetivo o subjetivo. El enfoque objetivo evaluaba indicadores sociales externos y objetivos, tales como niveles de vida, salud, educación, seguridad y ambiente próximo (vecindad) (Andrews y Whitley, 1976; Campbell, Converse y Rogers, 1976). El enfoque subjetivo se basaba en la percepción y evaluación de la persona sobre sus experiencias de vida, centrándose en factores tales como bienestar físico y material, relaciones con otras personas, actividades en la comunidad, desarrollo personal y ocio (Flanahab, 1982).

No se puede planificar o evaluar la calidad de vida de una persona en el vacío, sin contar con un modelo previo. Así, es necesario un modelo de trabajo que proporcione la guía y directriz para la realización de actividades de planificación y evaluación basadas en este concepto. Una vez definido este modelo, se

puede utilizar para poner en marcha una serie de programas que podrían mejorar lógicamente la calidad de vida real o percibida de una persona.

Es necesario integrar principios y procedimientos de control de la calidad dentro de la estructura de un programa, así como procesos y objetivos que aseguren que la mejora de la calidad de vida sea tanto un proceso como un resultado.

En una evaluación basada en los resultados se tiene que utilizar indicadores objetivos para evaluar la calidad de vida percibida de una persona. El obtener resultados de calidad de vida válidos y referidos a la persona, es una consecuencia del uso adecuado de técnicas de mejora de la calidad y evaluaciones basadas en los resultados. Así, la calidad debe ser planificada y evaluada. La planificación requiere que los servicios asuman un compromiso claro con objetivos de calidad, que pongan en práctica aquellas técnicas que puedan mejorar tanto el control del programa como la calidad de los servicios, y que utilicen datos de la evaluación longitudinal de indicadores críticos de calidad de vida para el feedback formativo, la evaluación interna del programa y los cambios programáticos.

Existen diferentes instrumentos para evaluar la calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez (Yanguas, 2006). Actualmente se está avanzando en el diseño de instrumentos de evaluación de la calidad de vida basados en el modelo de Sahalock, como las escalas GENCAT o FUMAT (Verdugo, 2008).

2.7. MODELOS DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN CENTROS GERONTOLÓGICOS Y CENTROS DE RECURSOS PARA LAS PERSONAS MAYORES

Se entienden como centros de recursos comunitarios y especializados para las personas mayores y sus familias, de carácter plural y multifuncional, donde el objetivo principal es la calidad de vida de las personas mayores y sus familias.

Se debiera tratar de crear centros multisectoriales y multifuncionales integrados en entornos normalizados, de manera que no sean exclusivamente para mayores, y generar recursos abiertos para personas que puedan estar en diferentes situaciones y entornos. Como ejemplo, los centros residenciales generarán servicios abiertos dirigidos a la comunidad de manera que sus “clientes” no sean exclusivamente quienes residen en el centro 24 horas al día 365 días al año, pudiéndose ofertar servicios a domicilio, personas que acudan temporalmente al centro de día (8 horas aproximadamente, pero también 3 ó 4 si se desea, algunos días o todos, estancias temporales y de respiro, centros de noche...) y los centros sociales generarán actividades para y con otras personas de la comunidad independientemente de la variable edad.

Los programas, recursos, organizaciones y centros deben orientarse a las personas tanto clientes como trabajadoras, por una parte a la calidad asistencial y por otra, a la calidad de vida, para lo cual es necesaria la calidad de gestión. *“Del compromiso entre la excelencia, la calidad de vida y el compromiso ético se podrá orientar a la consecución de los mejores resultados en las dimensiones de la calidad de vida”* (Shalock y Verdugo, 2003).

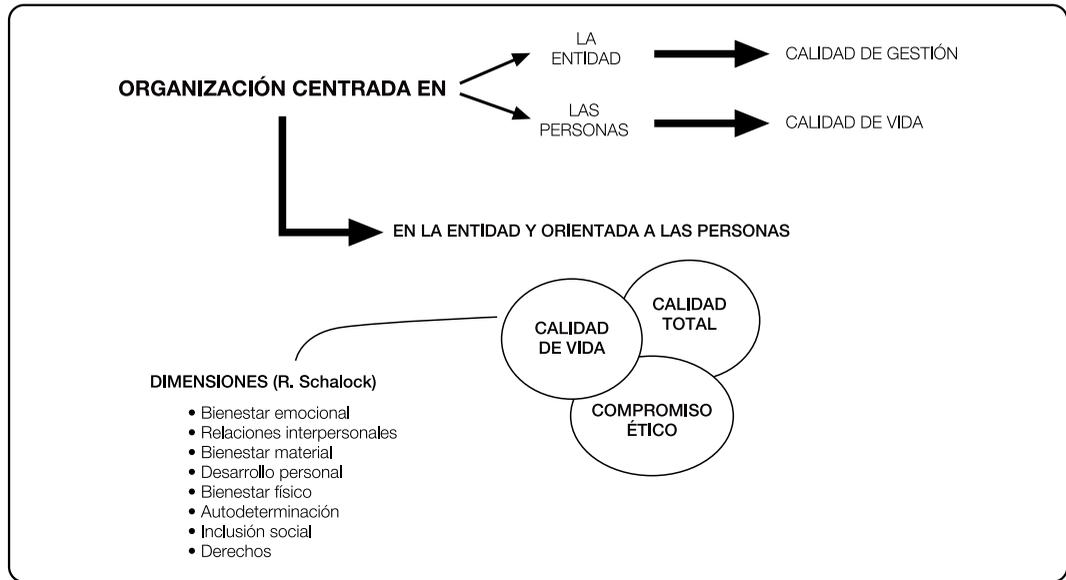


Fig.2.27

En contextos residenciales, las intervenciones en calidad de vida atienden a diversos objetivos de interés:

- 1.El diseño de ambientes que promueven la posibilidad de vivir de forma más independiente.
- 2.La potenciación de la intimidad y de la regulación del contacto social.
- 3.Un incremento de la participación en actividades sociales.
- 4.La reducción de la dependencia.
- 5.El aumento de la orientación.
- 6.La potenciación del control y autonomía.

Para ello se deben tener en cuenta las siguientes variables:

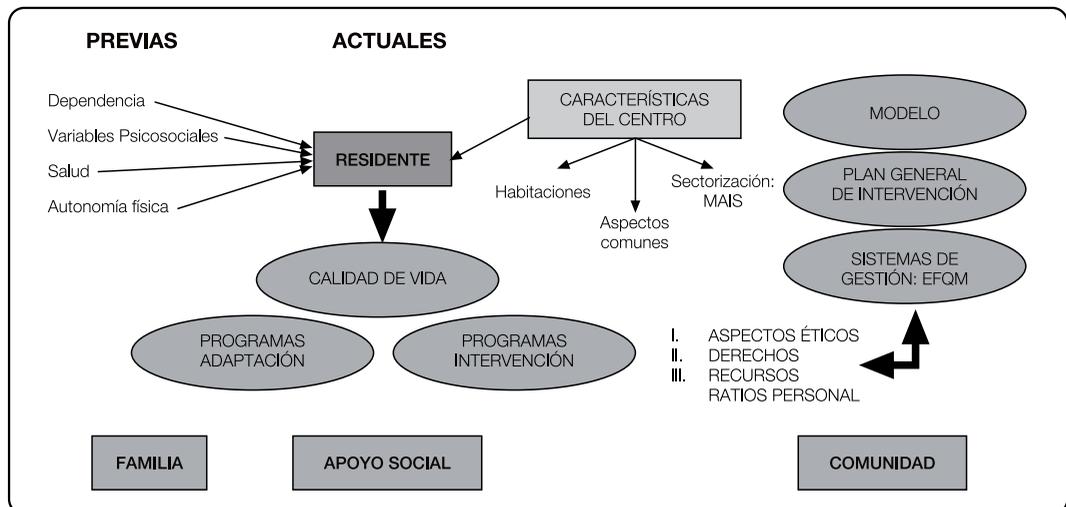


Fig.2.28

Si la intervención consiste en la introducción de elementos novedosos en una situación determinada o en un sistema concreto para lograr un cambio en dicha situación o sistema, en este caso se deben considerar las variables intervinientes sobre las que se debe ejercer una determinada influencia en un entorno gerontológico. Así, encontraremos unas variables previas a la situación actual, unas condiciones actuales propias de la persona y el sistema familiar del centro y de la planificación de la intervención, unas determinadas por el apoyo social y comunitario disponible, etc., tal y como se refleja en el cuadro 2.28.

Los principios relacionados con las personas y sus derechos y los criterios de las intervenciones en alojamientos serán los siguientes (Rodríguez, P. 2007):

PRINCIPIOS (Relacionados con las personas y sus derechos)	CRITERIOS (Relacionados con la calidad de las intervenciones)
AUTONOMÍA Y ELECCIÓN	DIVERSIDAD Y PROMOCIÓN DE LA AUTODETERMINACIÓN
PARTICIPACIÓN	ACCESIBILIDAD E INTERDISCIPLINARIEDAD
INTEGRALIDAD	GLOBALIDAD
INDIVIDUALIDAD E INTIMIDAD	FLEXIBILIDAD Y ATENCIÓN PERSONALIZADA
INTEGRACIÓN SOCIAL	PROXIMIDAD Y ENFOQUE COMUNITARIO
INDEPENDENCIA Y BIENESTAR	PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN
CONTINUIDAD DE CUIDADOS	COORDINACIÓN Y CONVERGENCIA
DIGNIDAD	INCORPORACIÓN DE VALORES ÉTICOS

Figura 2.29

Algunos de los factores que determinan la calidad asistencial y por tanto constituyen estrategias relevantes para la obtención del impacto de nuestra gestión en los clientes según el modelo de la Joint Commission son siguiendo a Gracia Navarro (2001).

Factores	Definición
Accesibilidad	Facilidad con que el/la paciente puede acceder al servicio
Accesibilidad temporal	Grado con que el paciente obtiene el servicio adecuado a tiempo
Efectividad del cuidado	Grado con que el cuidado ofrecido es el correcto según los conocimientos científicos actualizados
Eficacia del cuidado	Potencialidad de un servicio para cubrir las necesidades por las que es usado
Adecuación	Grado en que el servicio cubre las necesidades del/la paciente
Eficiencia	Grado en el que el cuidado proporcionado obtiene el efecto esperado con el mínimo esfuerzo y coste económico
Continuidad de los cuidados	Grado de coordinación entre diferentes niveles asistenciales
Privacidad	Derechos del/la paciente a controlar la información que se da sobre su enfermedad
Confidencialidad	El equipo médico conserva la información del paciente y no la ofrece a terceras personas salvo que lo exija la ley o que él de su consentimiento
Participación del paciente y de la familia	El/la paciente y/o su familia se integran en el proceso de toma de decisiones clínicas
Seguridad del entorno	Ausencia de peligros en el entorno
Adecuación del entorno	Grado en el que existen los espacios adecuados, el equipamiento necesario y el tratamiento que el paciente necesita

Fig. 2.30

2.7.1. Autodeterminación, seguridad y derechos

La mejora continua de la calidad de vida en los centros residenciales, implica poner los medios para que, por un lado, las personas que viven en las residencias tengan la oportunidad de seguir siendo ellas mismas y, en lo posible, de seguir eligiendo su estilo de vida, y para que, por otro lado, se respeten, en todas las pautas de organización y de actuación, los derechos básicos de las personas residentes (intimidad, dignidad, autonomía, elección, satisfacción, ejercicio de sus derechos y cuidados) según NHALF, sistema de gestión interna de calidad basado en el modelo “Nursing Homes are for Living in” (SIIS, 2001), más allá de la mera atención a las actividades de la vida diaria y el mantenimiento de la salud.

Hoy en día, las estructuras residenciales deben ser más reducidas en cuanto a su dimensión y cada vez más, su organización interna contemplar la sectorización y modulación, configurando unidades de vida de grupos de residentes, mejorando también tanto el equipamiento, mobiliario, como las ayudas y soportes técnicos. También se debe mejorar desde el punto de vista de la Planificación, de la Gestión y Evaluación de Programas y Servicios. En este marco cabe destacar la implantación de sistemas de gestión avanzados, así como modelos de atención integrados.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, los derechos de los residentes se enmarcan en el Modelo General de Atención e Intervención, inclusivo y de apoyo y orientado a la calidad de vida, siendo en dicho marco algunos de los derechos fundamentales (SIIS, 2001):

Intimidad. Derecho de las personas a estar solas si ese es su deseo, a no ser molestadas y a no sufrir continuas intromisiones en sus asuntos personales.

Dignidad. Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y mostrando, en todo momento, un trato respetuoso.

Independencia. Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.

Libertad de elección. Posibilidad de elegir libremente entre diversas opciones.

Satisfacción. Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades propias en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Conocimiento y defensa de sus derechos. Conservación de todos los derechos inherentes a la condición de persona y de ciudadano, y oportunidad de ejercerlos.

Además, hay que comentar que, como se ha dicho anteriormente, se debe trabajar en la línea que marca el Decreto 64/2004, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco y el Régimen de Sugerencias y Quejas. De forma general en dicho Decreto se recogen de las personas usuarias de servicios sociales los siguientes:

Privacidad y Confidencialidad. Las personas usuarias tienen derecho a ser tratadas con respeto de su privacidad y de la confidencialidad de la información que les concierne.

Dignidad. Las personas usuarias tienen derecho a la dignidad, entendiéndose como tal, el reconocimiento del valor intrínseco de las personas, independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y mostrando, en todo momento, un trato respetuoso.

Independencia. Las personas usuarias tienen derecho a la autonomía, entendiéndose como tal la posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.

Información. Las personas usuarias tienen derecho a la información, entendiéndose como tal el derecho a disponer de cuanta información les sea necesaria para acceder a los servicios y prestaciones de la red de protección social.

Evaluación de necesidades. Las personas usuarias de los servicios sociales tienen derecho a que se les realice, en plazos razonables de tiempo, una evaluación de necesidades, a fin de garantizar su acceso a los servicios y prestaciones que les resulten más adecuados.

Plan individual de atención. Las personas usuarias de los servicios sociales tienen derecho a disponer, en plazos razonables de tiempo de un plan de atención individual ajustado a sus necesidades detectadas durante la evaluación.

Libertad de elección. Posibilidad de elegir libremente entre diversas opciones.

Calidad del servicio. Las personas usuarias de los servicios sociales tienen derecho a que los servicios y centros a los que tienen acceso cumplan los requisitos materiales, funcionales y de personal previstos en la normativa que les sea aplicable.

Participación. Las personas usuarias de los servicios sociales tienen derecho a la participación, derecho a tomar parte activa directamente o por medio de representantes en todas las decisiones que les afecten.

Conocimiento y defensa de sus derechos. Las personas usuarias de los servicios sociales tienen derecho a acceder a los cauces de información, participación, sugerencias y quejas que permitan el ejercicio efectivo de sus derechos.

La persona, sea autónoma o dependiente, mantiene o debe mantener intactos sus derechos. La dependencia, sea por motivos físicos o por deterioro cognitivo, no debe influir o condicionar el mantenimiento o pérdida de los derechos inherentes a toda persona.

También resulta fácil deducir que la asistencia de las personas mayores de una forma digna y eficiente es uno de los más importantes retos que tiene que afrontar nuestra sociedad, tomando conciencia de la situación y haciendo un notable esfuerzo en la distribución de recursos destinados a este fin.

Para los y las profesionales que trabajan con personas mayores, no sólo debe suponer un reto, sino una oportunidad para reflexionar sobre cómo se realiza esta asistencia, qué se puede mejorar y qué fines deben orientarla.

Se trata de introducir en su actividad la reflexión sobre valores como el respeto a la autonomía de las personas mayores, su derecho a una asistencia sin discriminaciones, la obligación moral de proteger a los/las más débiles, el derecho a la intimidad, etc., y la utilización de un método que facilite a los profesionales la toma de decisiones cuando se enfrentan a problemas éticos que les generan incertidumbre y angustia. Y todo ello desde la convicción de que un adecuado manejo de los valores, no sólo les ayudará a mejorar la calidad de su práctica profesional, sino también a aumentar su satisfacción personal en el trabajo y a evitar el desgaste (Gracia, 2000).

Todo ello, nos lleva hoy a considerar la necesidad de afianzar las bases de la atención prestada a las personas mayores, estableciendo como fundamento esencial de su atención, el **respeto y fomento de sus derechos junto con la atención e intervención para la mejora de su calidad de vida.**

Potenciación y mejora de la calidad de vida

- *Análisis e intervención desde la perspectiva de la persona mayor*
- *Análisis de la percepción de uno/a mismo/a: autoeficacia y autoestima*
- *Heterogeneidad y diversidad cultural*
- *Percepción cognitiva de la vejez*
- *Percepción y valores relativos a la salud, la actividad, etc.*
- *Compensar y superar las barreras de comunicación: déficits sensoriales , barreras del lenguaje, problemas cognitivos*
- *Reducir el discomfort*
- *Adaptación a su timing, a su estilo*
- *Historia clínica sí pero también su historia social, psicológica, historia de vida*
- *Detectar precozmente el maltrato o trato inadecuado, la distimia, depresión y ansiedad*
- *Aprendizaje permanente: educación para la salud, autoafirmación, habilidades sociales*
- *Implicar a familiares y amigos*
- *Accesibilidad*
- *Cortesía*
- *Fiabilidad*
- *Capacidad de respuesta a contingencia*
- *Comunicación y empatía*
- *Promover la satisfacción, la variedad, el compromiso*

Siguiendo el modelo de calidad de vida (Shalock y Verdugo, 2006), podemos decir que debemos buscar un equilibrio entre la búsqueda, promoción y mantenimiento de la autodeterminación y la seguridad y los derechos de los usuarios:

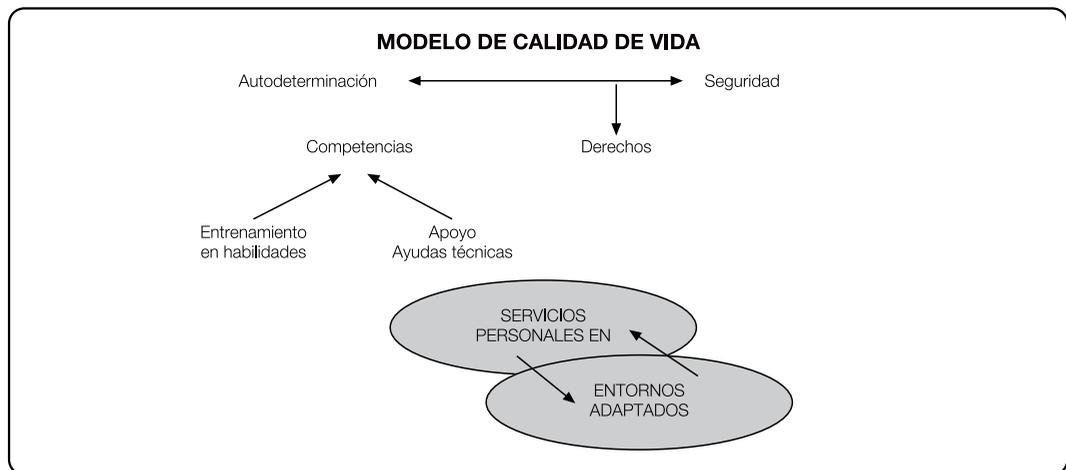


Fig. 2.31

La calidad de vida de las personas mayores tiene un perfil específico en el que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, referidos al trabajo, y aparecen otros que tienen que ver por ejemplo con el mantenimiento de las habilidades funcionales, situación financiera, relaciones sociales, respeto a sus derechos, etc.

Se podría decir que la calidad de vida depende de muchos factores ambientales y personales que influyen en el comportamiento de los individuos. Siguiendo el modelo ecológico de Schalock, las dimensiones de la calidad de vida son las siguientes (Schalock, 2002):

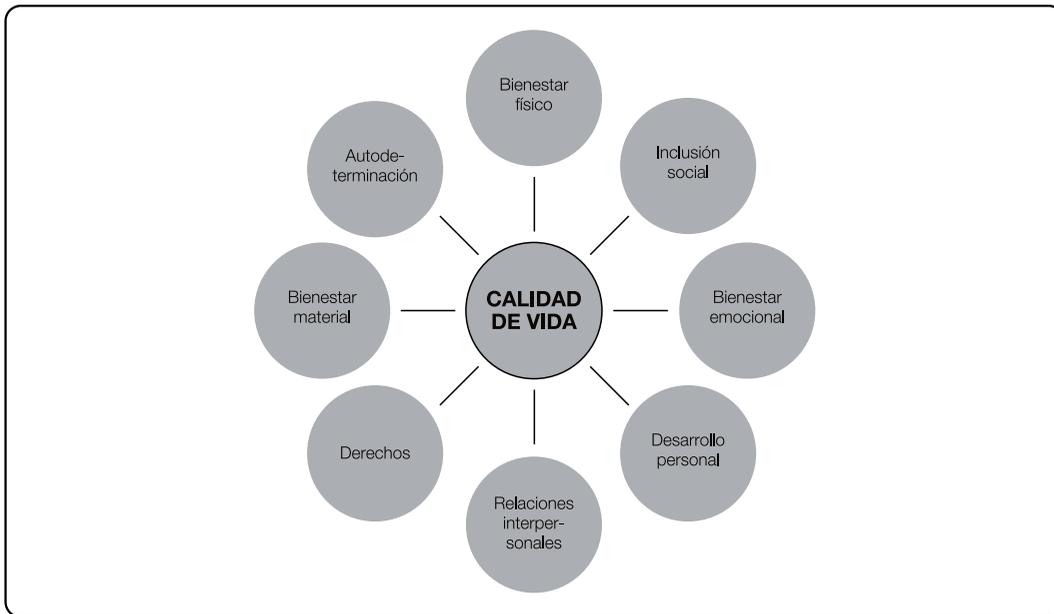


Fig. 2.32

Estas dimensiones pueden analizarse o descomponerse a través de los siguientes indicadores sobre los que se puede intervenir y que son evaluables:

Dimensión	Indicadores	
Bienestar emocional	Seguridad Felicidad Autoconcepto	Espiritualidad Disminución del estrés Satisfacción
Relaciones interpersonales	Intimidad Familia Amistades	Afecto Interacciones Apoyos
Bienestar material	Propiedad Seguridad Status socioeconómico	Comida Posesiones Protección
Desarrollo personal	Educación Satisfacción Actividades significativas	Habilidades Competencia personal Progreso
Bienestar físico	Salud Ocio Seguro médico Cuidados sanitarios...	Actividades de la vida diaria Movilidad Tiempo libre Nutrición

Dimensión	Indicadores	
Autodeterminación	Autonomía Decisiones Autodirección	Valores personales y metas Control personal Elecciones
Inclusión social	Aceptación Apoyos Ambiente residencial Actividades comunitarias	Voluntariado Ambiente laboral Roles sociales Posición social
Derechos	Derecho a voto Accesibilidad Privacidad	Juicio justo Derecho a ser propietario Responsabilidades cívicas

Fig. 2.33

Algunas directrices aplicadas para las personas cuidadoras relacionadas con la calidad de vida y sus dimensiones son:

Dimensión	Guías para el cuidador
Bienestar emocional	Ausencia de miedo, daño, lesiones, abandono o heridas Oportunidad de actuar sobre o perseguir creencias personales Feedback positivo sobre las capacidades Ausencia de preocupaciones sobre aspectos familiares, amigos, dónde vivir o situación económica
Relaciones interpersonales	Implicación y relaciones con los miembros de la familia Implicación y relaciones con los amigos/as y conocidos/as Implicación y relaciones con quienes proporcionan actividades organizadas, como la iglesia, recreo, ocio, etc. Implicación y relaciones con cuidadores/as profesionales
Bienestar material	Dinero con que comprar y hacer cosas Disponibilidad y uso de muebles, cuadros, radio, tv y otras cosas de su preferencia
Desarrollo profesional	Oportunidades de desarrollar nuevas habilidades Oportunidades de participar en actividades artísticas, manuales y otras de mejora personal
Bienestar físico	Permitir a la persona comer, vestirse, bañarse, caminar y cuidar de sí Recibir la atención sanitaria apropiada Bienestar nutricional Posología de medicamentos Oportunidades de actividad física y ejercicio
Autodeterminación	Libertad para hacer elecciones o decisiones sobre las actividades cotidianas Libertad para hacer elecciones o decisiones sobre la comida y ropa preferidas Oportunidades para expresar opiniones y valores personales Oportunidades para lograr metas personales
Inclusión social	Gustar y ser aceptado por los compañeros/as de vivienda y tenerlos/as implicadas en actividades de la persona Gustar y ser aceptados/as por las personas cuidadoras, tener a los cuidadores/as implicadas en actividades y conversaciones Recibir ayuda y apoyo de los compañeros/as de vivienda o cuidadores/as
Derechos	Respeto a la privacidad Oportunidades de participar en cuanto a las reglas u horarios Oportunidades de tener cosas Oportunidades de recibir asistencia legal o de defensa Protección de eventos o situaciones negativas y potencialmente dañinas

Shalock, et al (1999)

Fig. 2.34

Este modelo presenta además metodológicamente la planificación centrada en las personas, que es más eficaz para obtener resultados en la calidad de vida, y fomenta los derechos de las mismas. En el cuadro se presentan las directrices en cuanto a la planificación clásica y centrada en la persona.

	Planificación individual clásica	Planificación centrada en la persona
Percepción de la persona	Sujeto que puede participar pero no decide Perceptor de servicios	Sujeto con derechos, activo y que decide Autor de su propia vida Cliente
Valores y creencias	Aprendizaje continuo Paternalismo del experto Logro de la autonomía Predominio de la técnica El problema está en la persona	Satisfacción Vital Orientación y respeto de la persona Autodeterminación Interdependencia Predominio de la ética El problema está en el entorno
Quién tiene el poder de la toma de decisiones	El técnico o profesional	La persona con discapacidad y secundariamente el grupo de apoyo
Conocimientos necesarios	Técnicas educativas y rehabilitadoras Psicopedagogía, medicina...	Relaciones humanas, comunicación, Gestión de oportunidades de la comunidad Conocimientos de varios campos profesionales
Metodología	Elaboración por profesionales, bien individualmente o en equipos multidisciplinares Planificación por objetivos operativos Elaboración de programas	Coordinada, participativa y democrática Debate y discusión Negociación y consenso Trabajo en red Establecimiento de metas personales
Evaluación	Cuantitativa y centrada en las habilidades conseguidas por las personas	Cuantitativa y cualitativa, centrada sobre todo en cómo se siente la persona, en la idoneidad de los apoyos prestados y en el cumplimiento de los compromisos adquiridos
Limitaciones	Disponibilidad de los servicios específicos	Preferencias individuales (dentro del respeto a los derechos de los demás) Disponibilidad de recursos comunitarios
<i>Modelo de referencia</i>	Psicopedagógico Rehabilitación	Calidad de Vida

(Marín, AI, De la Parte, JM y Lopez MA, 2006)

Fig. 2.35

Además se valorarán las habilidades sociales y la autodeterminación, por ejemplo, con la Escala ARS de Wehmeyer et al (2005) y otras validadas por Verdugo et al., del INICO (Instituto Universitario de Integración en la Comunidad), de Salamanca, que analizan los siguientes elementos integrantes de la conducta autodeterminada:

- Aptitudes para realizar elecciones
- Aptitudes para tomar decisiones
- Aptitudes para resolver problemas
- Aptitudes de fijación y logro de objetivos
- Aptitudes de autoobservación, autoevaluación y autoesfuerzo
- Aptitudes de autoeducación

- Aptitudes de liderazgo y defensa propia
- Locus interno de control
- Atribuciones positivas de eficacia y expectativas de resultados
- Autoconsciencia
- Autoconocimiento

Del mismo modo, se valorarán los operadores motivacionales intrínsecos que regulan los comportamientos: los motivos intrínsecos son aquellos por los que la gente disfruta por sí mismo (p.e. la curiosidad) mientras que los intermedios son los medios para satisfacer los intrínsecos (leer un libro...) (Reiss, 2000):

Motivos intrínsecos

- Independencia (p.e. deseo de confianza en uno mismo)
- Poder (p.e. deseo de influencia, liderazgo o dominancia)
- Honor (p.e. deseo de ser leal a los padres, grupo étnico y herencia)
- Orden (p.e. deseo de contar con entornos predecibles)
- Aceptación (p.e. deseo de estar incluido)
- Contacto social (p.e. deseo de interacción)
- Tranquilidad (p.e. deseo de estar libre de ansiedad, miedo o dolor)
- Curiosidad (p.e. deseo de explorar o aprender)
- Ejercicio (p.e. deseo de mover los músculos)
- Ahorro (p.e. deseo de acumular)

La necesidad de promover la mejor calidad de vida y calidad de atención, así como de garantizar al máximo los derechos de las personas mayores, se consigue implantando un estilo de atención y provisión de cuidados personalizado, profesionalizado y especializado, implicando a la organización y los recursos humanos en las buenas prácticas.

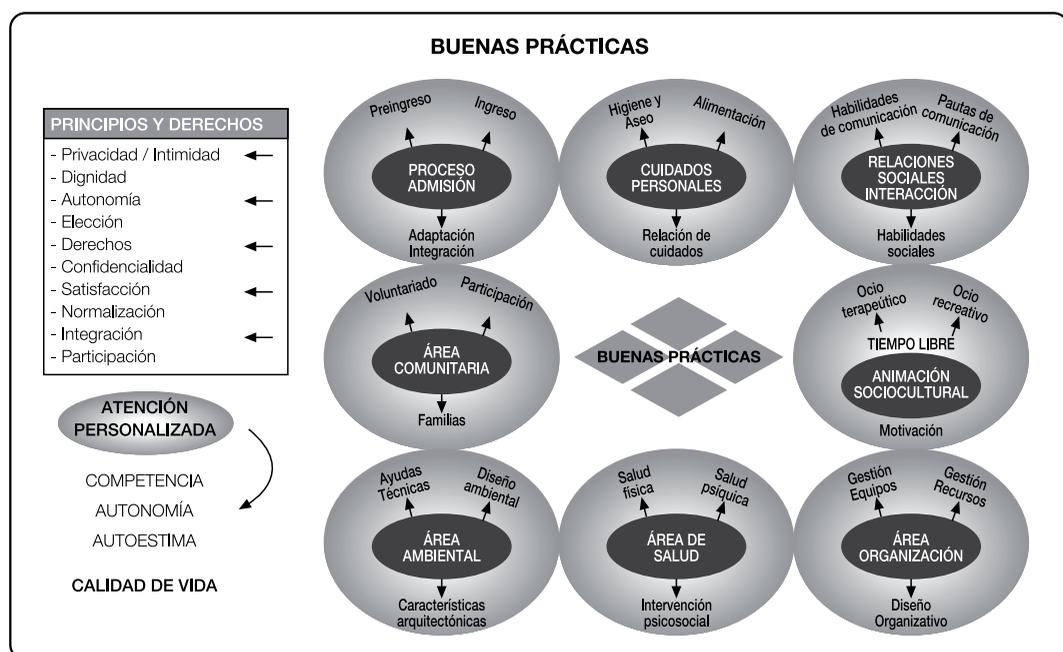


Fig. 2.36

La sistematización y normalización de las actividades del proceso de atención orientadas a la consecución de los objetivos de calidad de vida mencionados, y entre ellos aquellos relativos a los derechos etc., a través de la procedimentación se debe complementar con otras estrategias de comunicación y desarrollo de las buenas prácticas en todas las áreas de intervención tal y como se refleja en la figura 2.36.

El modelo propuesto busca integrar, por tanto, las siguientes perspectivas y modelos mencionados hasta el momento.

MODELO PSICOSOCIAL orientado a la calidad de vida. Dimensiones de calidad de vida de Shalock.
SISTEMA GESTIÓN. Gestión por procesos y mejora continua. Proceso asistencial
PLANIFICACIÓN. Objetivos relativos a derechos en plan estratégico y planes de gestión
EVALUACIÓN. Valoración integral. Individual, familias.
GARANTÍA DE DERECHOS. Formalización, procedimentación
ATENCIÓN E INTERVENCIÓN. Prestación de servicios. Calidad asistencial orientada a la calidad de vida
VALORACIÓN AMBIENTAL. SERA. Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos.
VALORACIÓN DE DERECHOS. SIIS. Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial. ¿Cómo compaginarlos?
VALORACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL. Joint Commission y Sistema de autoevaluación de la calidad asistencial
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN
EVALUACIÓN DE LAS SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMACIONES
LA VOZ DE LAS PERSONAS MAYORES Y SUS FAMILIAS
MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN
LA VOZ DE LOS PROFESIONALES
EVALUACIÓN DE SEGURIDAD Y RIESGOS EN LA ATENCIÓN
EVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN

2.7.2. Modelo ambiental en centros gerontológicos

Para los/las psicólogos/as ambientales existe un axioma indiscutible, y es el hecho de que toda conducta tiene lugar siempre y necesariamente en un contexto ambiental (Fernández Ballesteros, R. y Corraliza, J. A., 2000). Esta afirmación es una forma de llamar la atención sobre el papel que puede desarrollar el ambiente en la experiencia y el comportamiento humano.

Los/las psicólogos/as ambientales han comprobado que el ambiente afecta al comportamiento de las personas, aunque éstas no son conscientes de su influencia (Aragonés, 2000).

Así pues, podemos concluir que el objeto de estudio característico de la Psicología ambiental es la **interacción** entre las personas y sus entornos, y que esta interacción se enmarca necesariamente dentro de un **contexto social** (o de interacción social) por lo que los “productos” de esta interacción entre persona y entorno (incluyendo a la propia persona y al entorno) han de ser considerados antes que nada como productos “psico-socio-ambientales”.

La diversidad de formulaciones teóricas ha caracterizado el desarrollo de la perspectiva ambiental del comportamiento en la vejez. Sin embargo, actualmente predomina la tendencia a la unificación, ya sea

a través de la integración de los modelos anteriores (Carp, 1987), ya sea a través de la elaboración de modelos que adaptan formulaciones generales del comportamiento a las condiciones específicas de la vejez (Fdez. Ballesteros, 1985, 1989; Moos, 1979, 1985).

Por todo ello, vamos a presentar las aproximaciones teóricas más importantes (Fernández Ballesteros, R. y Corraliza, J. A., 2000).

a. Modelo ecológico de Lawton

Bajo la denominación de modelo ecológico se encuentra la teoría elaborada por Lawton y sus colaboradores (1975), basada en la Teoría de Campo de Lavin (1951). De este autor toma Lawton la ecuación formulada para explicar el comportamiento humano como el resultado de la relación persona-ambiente.

$$C = f(P, A; P \times A).$$

C = Comportamiento objeto de estudio.

A = Ambiente; siguiendo la teoría de Murray (1938), como las presiones ambientales (alfa) “Ambiente Percibido” y (beta) “Ambiente Real”.

P = Variables de la persona: el nivel o grado de competencia, definida como límite teóricamente superior de la capacidad del individuo para funcionar en las áreas de la salud biológica, la sensación-percepción, la conducta motora y cognición (Lawton, 1975).

La presión ambiental es percibida por Lawton como la demanda o el grado de exigencia del ambiente sobre el individuo. La cualidad positiva o negativa de la interacción entre la persona y el ambiente puede ser determinada en función del grado de competencia de la persona.

El modelo ecológico sobre la vejez sostiene que la conducta es una función de la competencia del individuo y la presión ambiental de la situación (Lawton, 1982; Lawton y Nahemow, 1973). El comportamiento se considera resultado de una combinación de la presión ambiental de una determinada magnitud, que actúa sobre el individuo que tiene un grado específico de competencia. Si la demanda ambiental fuera excesiva en relación con el nivel de competencia de la persona mayor, el resultado sería la aparición de estrés y sus efectos negativos; si, por el contrario, la demanda ambiental fuera escasa, tendría una disminución de la competencia por falta de práctica de la misma. Puede concluirse, por tanto, que el ambiente más favorable sería aquel cuyo nivel de exigencia se situara en el límite máximo de competencia del sujeto.

A pesar de lo sugerente de este enfoque (Carp, 1987), se requieren esfuerzos empíricos que traten de probar las predicciones que desde él pueden derivarse.

b. Modelo de congruencia de Kahana

Por su parte, Kahana (Kahana, 1975; Kahana, Liang y Felton, 1980) elabora el llamado Modelo de congruencia, entre las características ambientales y las necesidades individuales, como forma de comprender el impacto del ambiente sobre el bienestar y el ajuste de las personas mayores.

Según este modelo, la conducta de una persona está en función de la interacción entre sus necesidades y la posibilidad que existe en el ambiente para satisfacer las mismas. La disonancia entre presión ambiental y necesidad llevará bien al intento del control de la presión, bien, en su caso, al abandono del ambiente por parte del sujeto. Si por el contrario, la persona no puede controlar el medio y debe permanecer en él experimentará estrés y malestar. El “ambiente óptimo” viene definido por el grado en el que es congruente con las necesidades del individuo.

Los resultados hallados en un estudio realizado por Kahana, Liang y Felton (1980) parecen ser una contrastación empírica de parte de este modelo, lo que permite justificar su parcial aplicabilidad a situaciones institucionales.

c. Modelo ecológico social de Moos

Moos, en 1974, elaboró un modelo general sobre la relación persona-ambiente que lo denominó sistema ambiental y personal.

El Modelo ecológico social, tiene un amplio rango de aplicabilidad a diversos tipos de ambientes: familias, residencias, hospitales, etc., y no es exclusivo de la vejez.

Los dos sistemas interactúan entre sí e influyen sobre la salud y el bienestar de la persona a través de la valoración cognitiva y la forma en la que el sujeto responde a las situaciones vitales estresantes. A su vez, la ocurrencia de situaciones vitales estresantes está en relación con las redes de apoyo social de la persona, e igualmente estas redes se ven influidas por las situaciones estresantes que ocurren en la vida.

d. Modelo de relación entre factores personales y ambientales y el cambio y la estabilidad de los residentes (Moos y Leeinke)

Para Moos, los centros residenciales para personas mayores pueden ser operativizados desde un mismo marco conceptual, desde el que desarrollar sistemas de evaluación que permitan explorar la influencia de estos ambientes residenciales sobre la salud y la adaptación. Moos propone un marco teórico que posibilite el análisis de los contextos institucionales y su influencia sobre las personas mayores.

En este modelo la relación entre un sistema ambiental y un sistema personal, y la consiguiente adaptación, están mediatizadas por la interpretación cognitiva del sujeto y las respuestas de afrontamiento.

En el modelo, cada uno de los elementos se compone de distintos factores. El sistema ambiental incluye el diseño físico del centro, su estructura organizativa, las características del conjunto de los/las residentes y la calidad de las relaciones interpersonales. El sistema personal abarca las características socio-demográficas del individuo, sus recursos personales, tales como el estado de salud, sus habilidades cognitivas y funcionales, y finalmente su autoestima.

e. Modelo ecológico-conductual (Fdez. Ballesteros)

Basándose en el modelo propuesto por Moos y Mitchel (1982), desde una perspectiva ecológica conductual, Fernández-Ballesteros (1985, 1989) ha propuesto un modelo para explicar las influencias ambientales, sociales y personales en la salud y en la conducta en la vejez.

Este modelo reconoce la existencia de una interacción entre variables ambientales y personales. Se reconocen dos tiempos: el presente y el pasado. En el pasado, se produce una relación del individuo (variables personales) con su entorno (variables ambientales) donde se han ido generando sus creencias, actitudes, estilos de vida. Esa relación pasada sirve de modelo, influye en el presente en la interacción entre las variables contextuales (culturales, organizativas, sociodemográficas, etc.) y personales (creencias, actitudes) derivando así en un nivel de salud y en pautas conductuales determinadas. Estas conductas generadas además pueden actuar sobre el ambiente (variables contextuales) y sobre las personales (repertorios conductuales).

La categorización de las variables ambientales realizada por Moos y Leinke (1979, 1984) ha sido ampliada con otros grupos de variables personales, psicosociales y físicas con la inclusión de potenciales estresores o factores contextuales de cambio (Fdez. Ballesteros, Díaz, Izal y González, 1987, 1988).

2.B. UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA

2.8. CÓMO ES EL AMBIENTE EN LOS CENTROS

A continuación se presenta, a modo de aplicación de estos modelos ambientales en la práctica diaria de los centros gerontológicos, la utilización operativa del instrumento SERA (Sistema de Evaluación de

Residencias de Ancianos) (Fernández Ballesteros et al, 1995) en los diferentes centros de la Fundación Matia para el análisis y valoración de las diferentes dimensiones ambientales mencionadas y el establecimiento de objetivos de intervención, tanto en la planificación estratégica como en la planificación del proceso de atención, en la intervención ambiental, y en su análisis y revisión periódica para el establecimiento de nuevos objetivos.

Así, se puede comparar la situación de los diferentes centros en un momento dado, tal y como se aprecia en las gráficas comparativas entre centros del Inventario de Características Arquitectónicas y Físicas (ICAF), del Inventario de las Características Organizativas y de Funcionamiento (ICOF), de las Características del Personal y Residentes (ICPR) y de Clima Social (ECS) tanto de residentes como del personal, así como respecto a la puntuación típica 50. No obstante, desde la práctica gerontológica se recomienda preferiblemente su utilización para el análisis evolutivo y la planificación de objetivos de mejora en aquellos aspectos que se consideran mas importantes en un momento dado, tal y como se recoge en las gráficas de análisis evolutivos de los mismos inventarios y escalas, tanto de los centros como en la propia planificación estratégica general del proceso de atención residencial.

Este instrumento tiene en cuenta distintos aspectos contextuales, personales e interactivos considerados de gran importancia en centros residenciales para personas mayores.

A la hora de hablar de la utilidad y las aplicaciones de la evaluación, debemos comentar que este sistema de evaluación se puede aplicar en diferentes ámbitos y a su vez con diferentes objetivos, como puede ser la descripción del medio ambiental, realizar una comparación entre centros, planificar intervenciones, valorar cambios ambientales, proporcionar información acerca de diferentes temas y facilitar el cambio, proporcionar información a nuevos y nuevas residentes y personal, realizar comparaciones, así como orientar en la planificación de nuevos centros gerontológicos.

De acuerdo con el objetivo de este documento, permite conocer y cuantificar aspectos o dimensiones tan relevantes como las expectativas de funcionamiento, la tolerancia, la elección organizativa, la intimidad, la cohesión y el conflicto, la independencia, la expresividad, etc., para establecer objetivos de mejora.

Resumiendo, el SERA puede constituir un modo de valorar la calidad de servicios residenciales ofrecidos a las personas mayores.

Los instrumentos que lo conforman son los siguientes:

- Inventario de características físicas y arquitectónicas (ICAF).
- Inventario de características de organización y funcionamiento (ICOF).
- Inventario de características de personal y residentes (ICPR).
- Escala de valoración (EV).
- Escala de clima social (ECS).
- Listado de necesidades (LN).
- Cuestionario de información personal (CIP).
- Cuestionario de satisfacción (CS).
- Mapas de interacción conducta – ambiente (MICA).

Estos instrumentos están compuestos por una serie de escalas, siendo algunas de ellas elementos clave para la detección del cumplimiento o no de los derechos de los y las residentes. En el siguiente cuadro, se reflejan todos los elementos que conforman el SERA:

INVENTARIO DE CARACTERÍSTICAS ARQUITECTÓNICAS Y FÍSICAS (ICAF)	Evalúa las características tanto físicas como arquitectónicas de los centros a través de ocho dimensiones.	Accesibilidad a la comunidad	Mide el grado en el que la comunidad y sus servicios son adecuados y accesibles a las personas residentes.
		Confort físico	Estudia la presencia de características que añaden comodidad, atractivo y confort al centro.
		Ayudas socio-recreativas	Evalúa la presencia de aspectos que potencian la conducta social y las características recreativas.
		Ayudas protésicas	Evalúa el grado en el que el centro constituye un medio libre de barreras arquitectónicas y proporciona ayudas que favorezcan la independencia física y la movilidad de las personas residentes.
		Ayudas de orientación	Evalúa en qué medida proporciona el centro ayudas visuales que facilitan la orientación a las personas residentes.
		Características de seguridad	Evalúa el grado en el que el centro proporciona medidas de vigilancia en las áreas comunitarias y de prevención de accidentes.
		Salas de personal	Evalúa la presencia de zonas destinadas al personal.
		Disponibilidad de espacio	Mide el número y tamaño de las áreas comunitarias en relación con el número de residentes.
INVENTARIO DE CARACTERÍSTICAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO (ICOF)	Reflejan el grado de exigencia de ciertos requisitos comportamentales.	Expectativas de funcionamiento	Evalúa el nivel mínimo de funcionamiento en las AVD (actividades de la vida diaria) que se espera de cada residente para permanecer en el centro.
		Tolerancia	Mide el grado en que se permiten comportamientos agresivos, desafiantes, destructivos o excéntricos.
	Examinan la relación entre la libertad de acción individual y el orden y la estabilidad institucional.	Control por los residentes	Evalúa el grado en el que las estructuras formales de la institución proporcionan a los residentes una participación en la dirección, y la medida en que los residentes influyen en la política organizativa.
		Elección organizativa	Refleja el grado en el que el centro proporciona distintas opciones a las personas residentes para que seleccionen sus propios patrones de comportamiento en la vida diaria.
		Claridad organizativa	Evalúa los mecanismos institucionales formales que contribuyen a la difusión de la información y a la comunicación de ideas.
		Intimidad	Mide el grado de intimidad que se permite a las personas residentes.
	Pretenden dar cuenta de la disponibilidad de servicios.	Disponibilidad de servicios de salud	Evalúa la provisión de servicios dirigidos al cuidado y mantenimiento de la salud de los residentes.
		Disponibilidad de asistencia en la vida diaria	Mide el grado en el que el centro proporciona servicios para ayudar a los residentes en la realización de las tareas de la vida diaria.
		Disponibilidad de actividades socio-recreativas	Evalúa la frecuencia y diversidad de actividades tanto sociales como recreativas que ofrece el centro.
	INVENTARIO DE CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL Y RESIDENTES (ICPR)	Evalúa las características de los/las habitantes del centro (personal y residentes), a través de dimensiones, características del personal, características sociodemográficas de los residentes, nivel de actividad, utilización de servicios, etc.	Características del personal
Habilidades funcionales de los residentes.			Evalúa el nivel de independencia de residentes en la ejecución de las actividades de la vida diaria.
Nivel de actividad de las personas residentes			Evalúa el grado en que las personas residentes participan en actividades iniciadas por ellos mismos.
Integración de los residentes en la comunidad			Evalúa el grado de participación de los/las residentes en actividades que tienen lugar fuera del centro.
Utilización de los servicios de salud			Refleja el grado en que los/las residentes hacen uso de los servicios sanitarios existentes en el centro.
Utilización de asistencia en la vida diaria			Refleja el grado en que los/las residentes hacen uso de los servicios de asistencia en tareas de la vida diaria.
Utilización de actividades socio-recreativas			Refleja el grado de participación en actividades que tienen lugar dentro del centro.

ESCALA DE VALORACIÓN (EV)	Escala de apreciación que hace referencia a características ambientales.	Atractivo Físico	Considera las valoraciones sobre limpieza, estado e impresión estética del centro.
		Diversidad ambiental	Refleja la variedad y estimulación que proporciona el medio físico.
	Escala de apreciación que hace referencia a aspectos organizativos de residentes y personal.	Funcionamiento de los residentes	Evalúa la apariencia, actividad e interacciones de los/las residentes.
		Funcionamiento del personal	Refleja la calidad de interacción entre personal y residente, la organización de la residencia y las relaciones entre el personal.
ESCALA DE CLIMA SOCIAL (ECS)	Relaciones interpersonales	Cohesión	Mide el grado en el que los miembros del personal ayudan y apoyan a los residentes, así como el grado de relación y de ayuda entre ellos.
		Conflicto	Mide el grado en el que las personas residentes expresan su enfado o se critican mutuamente y a la residencia.
	Desarrollo personal	Independencia	Mide el qué grado se anima a los/las residentes a desenvolverse por sí mismos y a tomar decisiones propias.
		Expresividad	Mide el grado en el que se anima a los/las residentes a expresarse y a tratar abiertamente sus problemas y sentimientos.
	Mantenimiento y cambio del sistema	Organización	Evalúa en qué grado son importantes el orden y la organización en la institución, el grado en el que las personas residentes conocen las rutinas diarias del centro, si están explícitas las normas, etc.
		Influencia de las personas residentes	Evalúa el nivel de influencia de los/las residentes sobre las normas y el funcionamiento del centro, así como el grado de cumplimiento de las normas que se requiere de los residentes.
Confort físico		Mide el grado en el que el medio físico proporciona comodidad, intimidad, agrado y bienestar físico.	
LISTADO DE NECESIDADES (LN)	Pretende conocer cuáles son las necesidades percibidas tanto por los residentes como por el personal, referidas a las prestaciones de servicios, a la mejora de los mismos o a la creación de otros nuevos.	Los servicios listados hacen referencia a las relaciones entre los residentes, características físicas, servicios médicos, horarios, servicios generales, programas del centro, etc.	Para analizar la información proveniente de este instrumento se ha establecido una categorización de las respuestas dadas por los/las residentes y el personal, entre los que se destacan: Convivencia. Accesibilidad, integración a la comunidad. Disponibilidad de material de apoyo. Reparaciones. Intimidad. Disponibilidad de servicios de salud. Disponibilidad de actividades socio-recreativas. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria. Control por parte de residentes. Dirección del centro. Calidad del servicio de salud. Limpieza. Visitas...
CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN (CS)	Pretende evaluar la satisfacción de usuarios y usuarias:	Distintos aspectos de la residencia donde viven	Características físicas y arquitectónicas del centro. Organización y funcionamiento del mismo
			Relaciones interpersonales con los demás residentes. Relaciones interpersonales con personas de fuera del centro.
CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN PERSONAL (CIP)	Se evalúan variables personales potencialmente relevantes en los centros residenciales, sobre el funcionamiento de los residentes y proceden de la opinión de los propios residentes.	Habilidades funcionales	La información nos permite conocer la autonomía que posee el sujeto en la ejecución de las actividades de la vida diaria.
		Actividad personal	Se evalúa la actividad personal que comprende todas aquellas actividades realizadas por iniciativa del propio residente en el centro.
		Integración en la comunidad	Se evalúa la actividad personal que comprende todas aquellas actividades realizadas por iniciativa del propio residente fuera del centro.
		Salud	Se evalúa a través del auto - informe de salud física y psicológica que recoge dos aspectos importantes a la hora de tener en cuenta la salud: la salud objetiva y el estado de salud que la persona residente percibe.

El realizar una evaluación y análisis de todos estos aspectos permite poder intervenir en los centros y establecer objetivos de mejora, no solo limitándose a los aspectos más conocidos como la luminosidad, la amplitud de los espacios o el cumplimiento de la normativa vigente. Se introducen acciones de mejora, por ejemplo, en lo que se refiere a las características físicas y arquitectónicas, la disponibilidad de espacios, la accesibilidad, el confort físico, la disponibilidad de ayudas, las medidas de seguridad, las ayudas protésicas, de orientación, etc. También se actúa en lo que se refiere a las características organizativas y de funcionamiento, como las expectativas de funcionamiento, la garantía de intimidad, la claridad organizativa, el control que los/las residentes tienen respecto a su entorno, o la diversidad ambiental, la disponibilidad de servicios de todo tipo y hasta el atractivo arquitectónico y decorativo, afectando algunos de estos aspectos al respeto y fomento de los derechos de las personas residentes.

En Matia Fundazioa estos elementos clave que inciden y repercuten en el cumplimiento de los derechos de los/las residentes se introducen como indicadores en el Plan Estratégico, de manera que se realiza una evaluación periódica de los mismos.

Con el enfoque de mejora continua PDCA (esto es “Plan, Do, Check y Act”, o planificar, ejecutar, evaluar y ajustar a la siguiente planificación), aplicado al proceso de atención mencionado anteriormente, en Fundación Matia se planifica la atención y las garantías de derechos: en el Plan General de Intervención (PGI), en manuales de buena práctica consensuados, en procesos de atención residencial y de centros de día, en el plan de gestión, en procedimientos (garantía de derechos, comisiones de participación de familiares, control de restricción física: revisiones, consenso con familia...). Establecemos objetivos en el Plan Estratégico y Plan de Gestión de atención residencial y de centros de día para “Garantizar la implantación máxima de los principios del Sistema de Garantía Interna y los derechos de intimidad, dignidad, autonomía, elección, derechos y satisfacción”. Ejemplo:

	Resultado 2002	Objetivo 2003
Grado de tolerancia (SERA)	73	75
Grado de intimidad (SERA)	56	58
Control percibido por los residentes (SERA)	60	60

A modo de ejemplo, presentamos a continuación los gráficos comparativos de los centros evaluados en el año 2007, así como la evolución lograda en uno de ellos, al igual que la posibilidad de evolución de algunos de estos indicadores en el Plan Estratégico, apreciándose claramente el alto nivel de dependencia y su impacto en los resultados.

A) COMPARATIVA CENTROS AÑO 2007

ICAF: Inventario de Características Arquitectónicas y Físicas

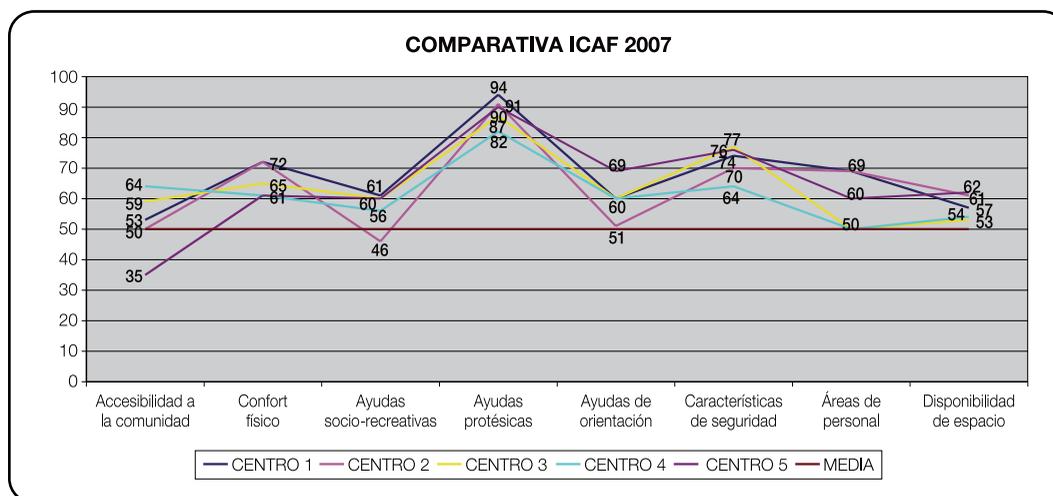


Fig. 2.37

ICOF: Inventario de Características Organizativas y de Funcionamiento.

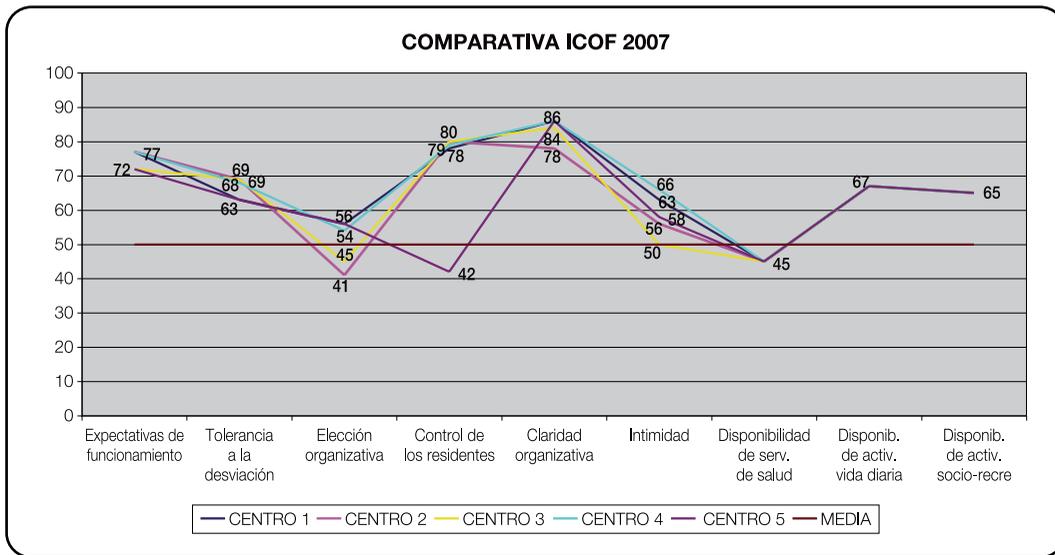


Fig. 2.38

ICPR: Inventario de Características del Personal y Residentes.

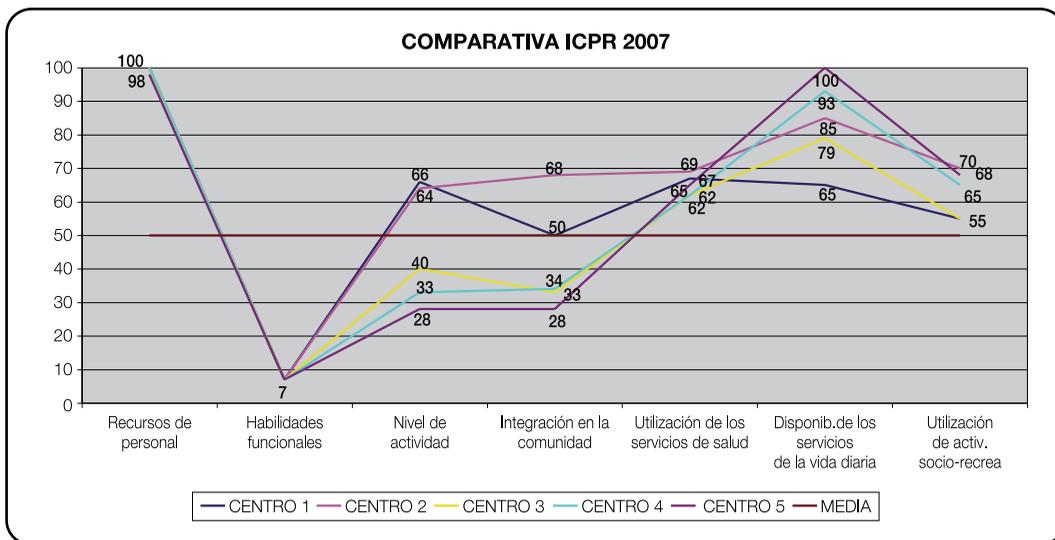


Fig. 2.39

ECS: Escala Clima Social Residentes

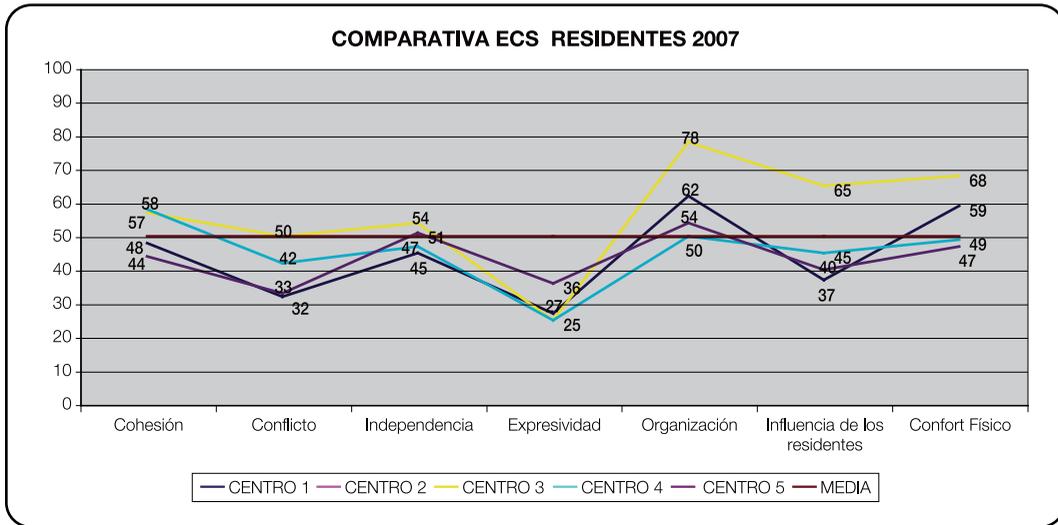


Fig. 2.40

ECS: Escala Clima Social Personal

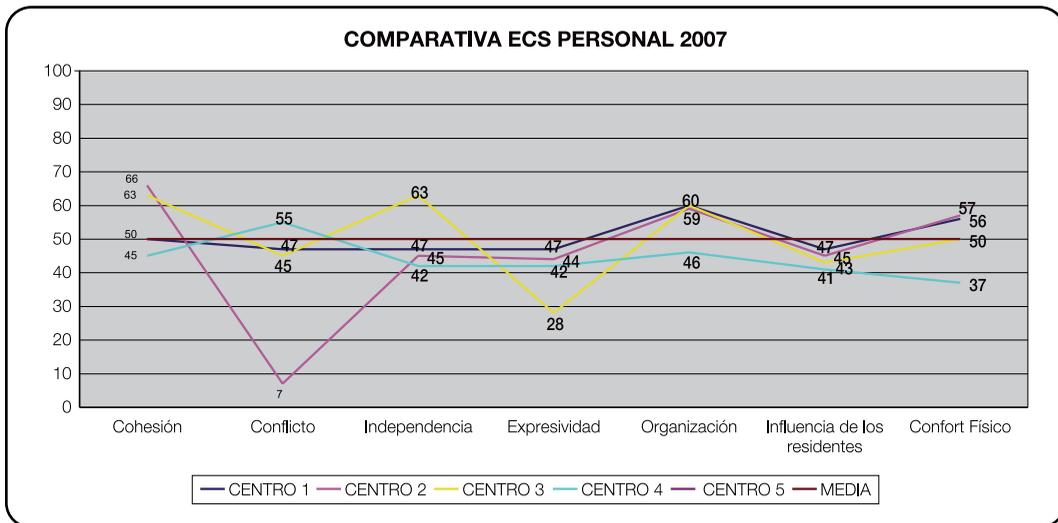


Fig. 2.41

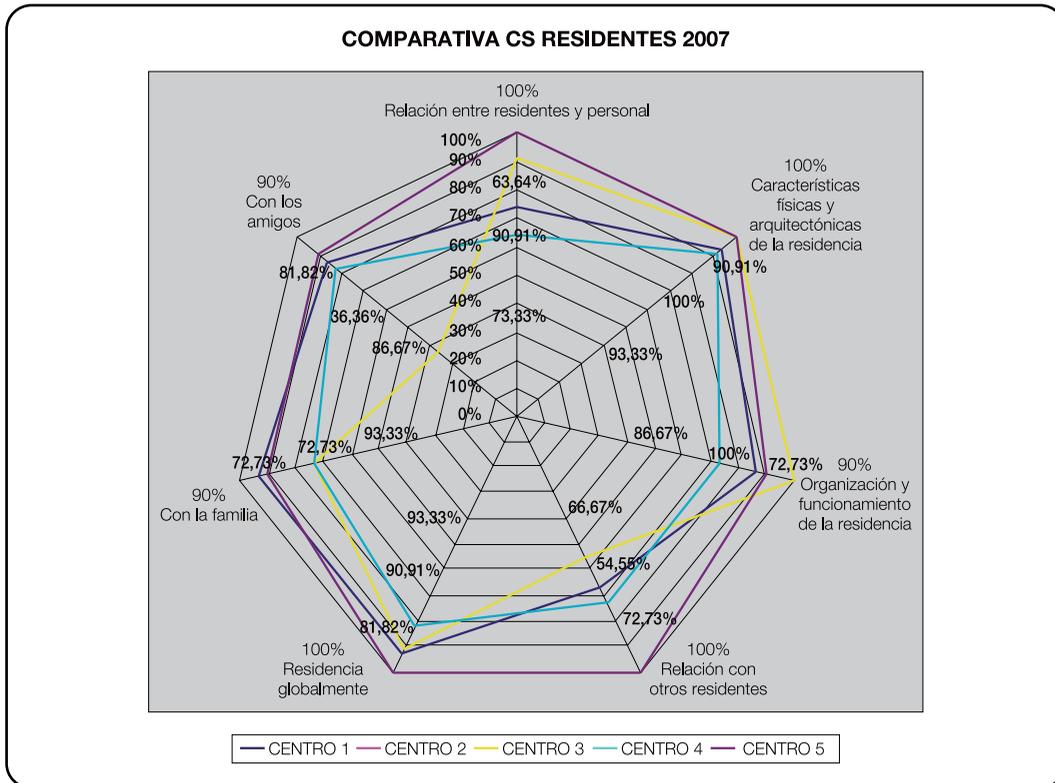


Fig.2.42

B) GRÁFICAS EVOLUTIVAS DEL CENTRO 3

ICAF: Inventario de Características Arquitectónicas y Físicas

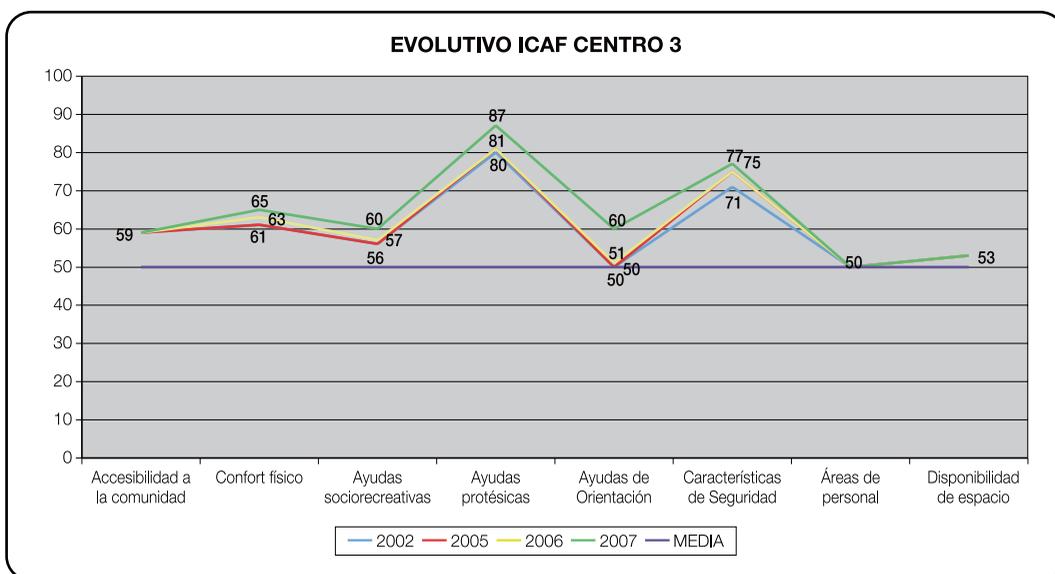


Fig. 2.43

ICOF: Inventario de Características Organizativas y de Funcionamiento

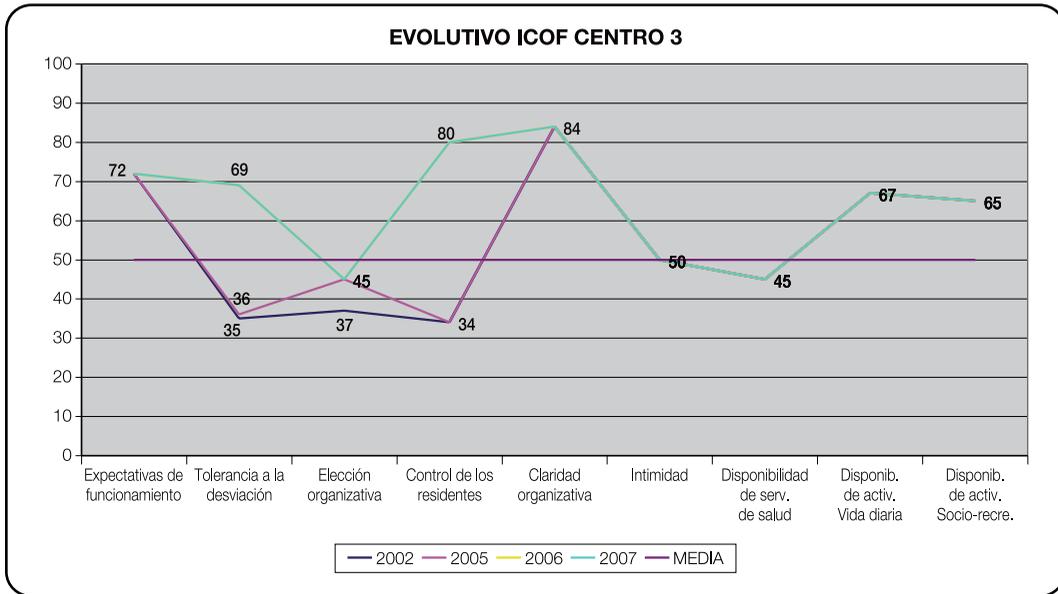


Fig. 2.44

ICPR: Inventario de Características del Personal y Residentes

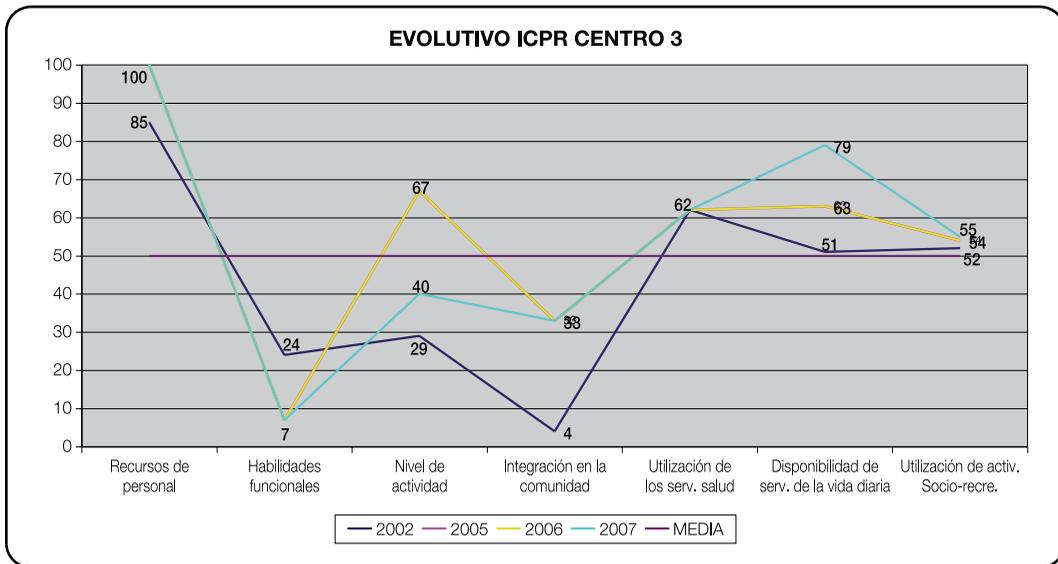


Fig.2.45

ECS: Escala de Clima Social Residentes

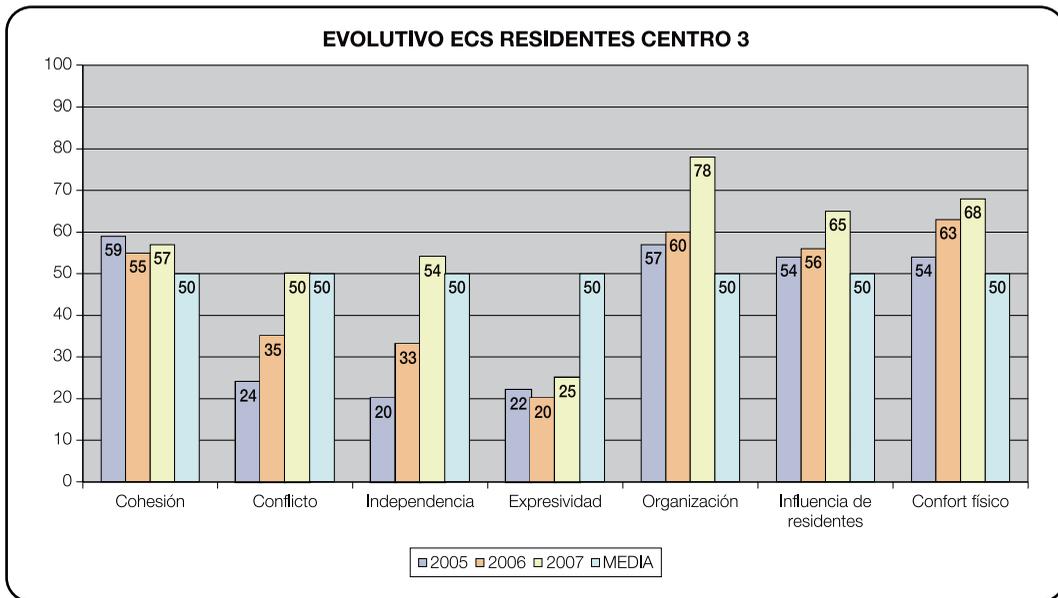


Fig. 2.46

ECS: Escala de Clima Social Profesionales

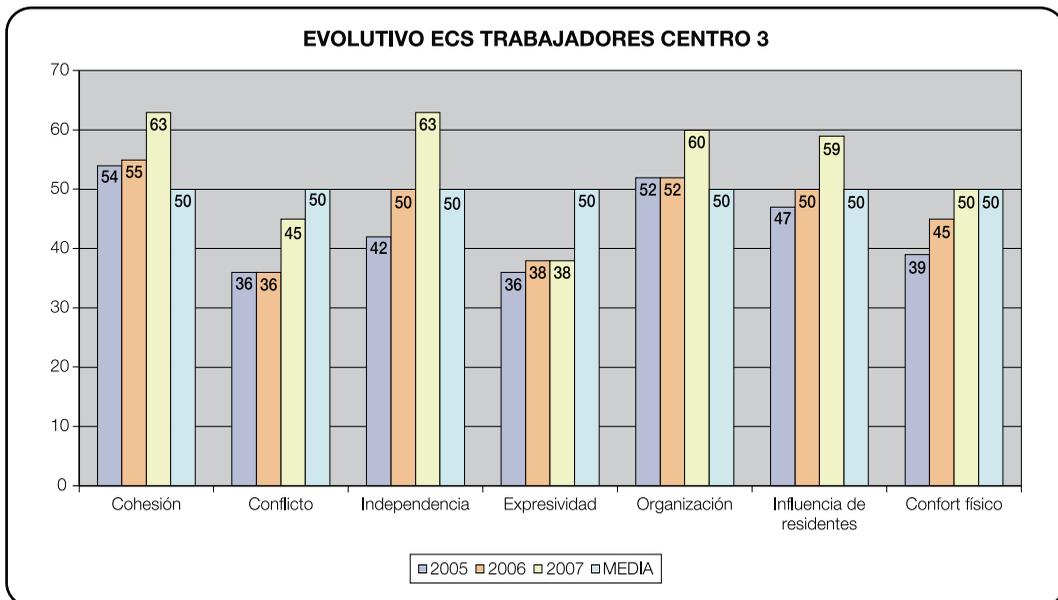
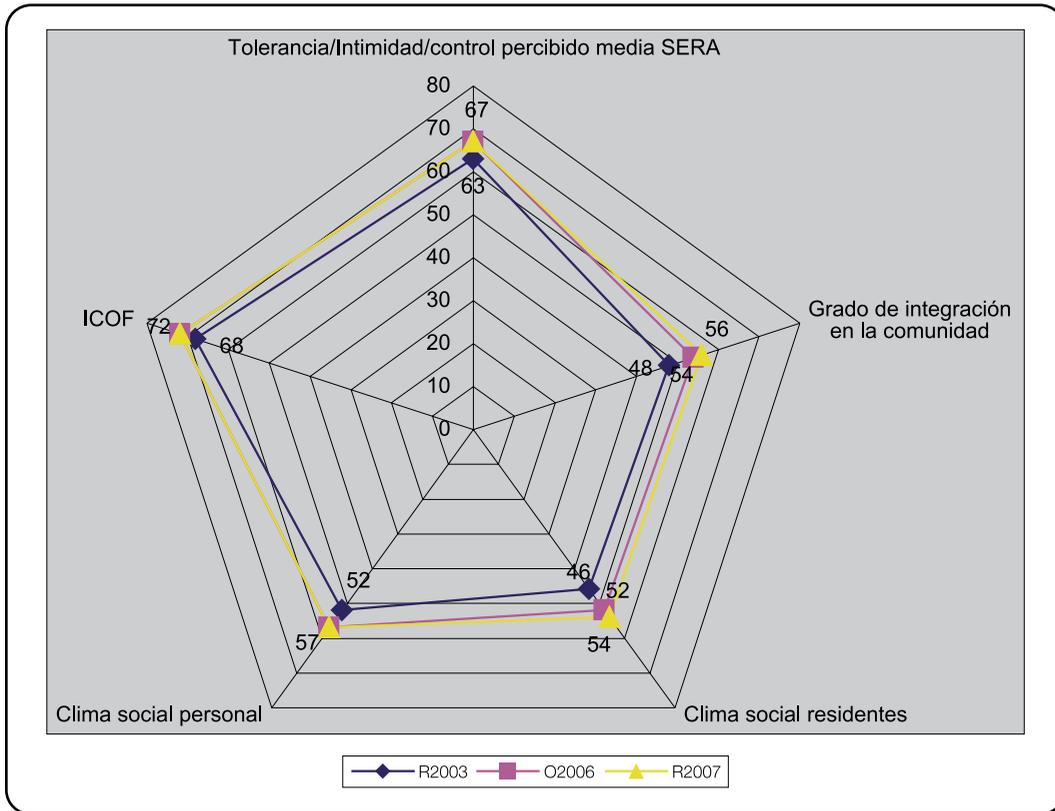


Fig. 2.47

C) EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DEL PLAN ESTRATÉGICO



R: Resultados; O: Objetivos

Fig. 2.48

2.9. PAUTAS ORGANIZATIVAS EN CENTROS RESIDENCIALES

Desde este modelo ambiental se puede ver también que los diferentes estilos organizativos de los centros tienen un impacto diferente en el comportamiento y ajuste de las personas que viven en los mismos (Martín Serrano, M. 2000). Así:

- Los centros con un modelo controlador versus descontrolador tienen efectos en la autoestima y la salud, y sobre el comportamiento de las personas residentes. Efecto positivo si hay capacidad de control por las personas residentes y participación en las responsabilidades en gestión del centro, mientras que las restricciones y control externo disminuye la satisfacción y el bienestar.
- Organización simple versus burocratizada: la burocratización puede suponer despersonalización.
- Organizada - poco organizada: el incremento de la burocratización puede suponer ratios de personal más alto y disminución de independencia.
- Estructurada - poco estructurada: a menor estructuración mayor independencia y posibilidad de elección. Es mejor en centros para personas con pocas habilidades funcionales y mayor necesidad de apoyo. El medio más estructurado, mejor para las personas de buen nivel de funcionamiento autónomo.
- Tolerante - intolerante hacia comportamientos agresivos, destructivos y excéntricos.

- f) Rutinizada - creativa: la rutinización puede ser necesaria para personas con deterioro cognitivo, sin embargo puede ser desmotivante para quienes cognitivamente están bien, que pueden beneficiarse de una mayor diversidad ambiental y estimulativa.
- g) Generadora o no de expectativas: la mayor expectativa de funcionamiento de los/las cuidadoras respecto a las personas atendidas correlaciona con mejor ejecución por parte de éstas.
- h) Diferenciada - indiferenciada, esto es la capacidad de elección organizativa.
- i) Etiquetada - no etiquetada: puede generar adaptación-inadaptación.
- k) Participativa - no participativa o “control por los/las residentes” en ICOF del SERA.
- l) Distanciada - cálida: según el tono afectivo del trato, afecta a depresión y sentimientos de bienestar.
- ll) Congruente - incongruente: cuando existe o no claridad funcional y organizativa así como adecuación o no entre la gestión del entorno y de los/las residentes, lo cual afecta al funcionamiento de los mismos/as.
- m) Flexible - rígida.
- n) Personalizada - despersonalizada: centrada en la institución o en la persona.
- ñ) Intimidad - carencia de intimidad: afectada por infraestructuras y por reglas.
- o) Estimuladora - inhibidora: riesgo de sobreprotección. Genera depresión, indefensión, declive físico.
- p) Autoevaluada - heteroevaluada.

2.10. EL CASO DE LAS DEMENCIAS

El acercamiento a las personas con demencia y deterioro cognitivo supone en estos momentos seguramente el mayor reto de adaptación de los programas, centros y recursos de atención para las personas mayores.

El acercamiento respetuoso con la identidad, las necesidades y los derechos de estas personas y sus familias exige un replanteamiento profundo del modelo de abordaje de estas situaciones y la superación del nihilismo terapéutico actual.

Psicología social maligna

Este concepto surge del trabajo de Tom Kitwood, el cual defiende que es posible ser feliz incluso sufriendo una demencia, del mismo modo que es posible estar triste. Lo que puede producir la diferencia entre las dos situaciones es el cuidado que se recibe. El modo en que podemos interaccionar con las personas puede cambiar su existencia de algo miserable a algo más feliz. Kitwood siente que el cuidado de mala calidad provoca en las personas mayores incluso mayor estrés que el que sufrieron previamente al intentar afrontar la demencia, este estrés puede producir más daño neurológico y provocar que la demencia empeore. Kitwood identifica algunas conductas que los y las cuidadoras realizan e incrementan el malestar y la infelicidad, esto es lo que llamamos “psicología social maligna” (Walsh, D. 2008).

A continuación, damos algunos ejemplos de este tipo de conductas:

Mentir: usar o emplear las mentiras o el engaño para ganar la sumisión de la persona mayor o evitar las situaciones difíciles. Haciendo esto generalmente estamos ignorando los sentimientos de estas personas y solo buscamos la salida más fácil; deberíamos ser honestos/as, validar la experiencia de las personas y ayudarles a hablar sobre cómo se sienten.

Quitarles autonomía: No darles tiempo para hacer las cosas. Hacer las cosas por ellos, aunque sean capaces de hacerlo, generalmente nos permite ahorrar tiempo; por ejemplo, vestirlos o alimentarlos. No darles la ayuda que necesitan para tener éxito por sí mismos.

Infantilización: Tratarlos como niños, reñirlos. Esto puede reforzar sus sentimientos de inutilidad. Las personas mayores son adultos/as y necesitan un lenguaje y respuestas de adulto/a. Incluso, aunque a menudo nos relacionemos con ellas a un nivel muy básico, empleando frases cortas y repitiendo las palabras, esto debe hacerse de una manera adulta.

Intimidación: Utilizar las amenazas o el poder, o sencillamente colocando a las personas en situaciones en las que se sientan inseguras y ansiosas. Este tipo de cuidado surge de la frustración y de la intolerancia del cuidador/a. Son formas de abusar, de asustar y de entristecer a la persona mayor.

Etiquetar: Centrarse en la “etiqueta”, en el diagnóstico, no en la persona; verles sólo como una demencia más, creando expectativas de fracaso y tratándoles, a todos y todas las que tienen esta etiqueta, igual. Es la consecuencia de no reconocer a nuestras personas mayores como individuos.

Meterles prisa: Incapacitarlos para ahorrar tiempo, no ir despacio para permitirles que puedan participar, hablarles demasiado rápido para que la persona no pueda entender.

Invalidación: Ignorar los sentimientos y la realidad de la persona. Incluso aunque no seamos ya capaces de comunicarnos verbalmente con ellos/ellas, todavía podemos reconocer sus emociones y sus sentimientos. Tenemos el deber de validarlos. De modo similar, este deber también existe para validar cualquier realidad que la persona mayor puede estar viviendo. La invalidación ignora la realidad y los sentimientos del sujeto. Les dejamos preguntándose por qué nadie les cuida, sintiéndose aislados/as, más perdidos/as y asustados/as que antes. Es fácil poder compartir alegría o tranquilizar a alguien abrazándole. Estas sencillas acciones humanas demuestran a la persona mayor que nos preocupamos por ella y le valoramos.

Margar: Excluir a las personas por sus conductas o su diagnóstico. La exclusión puede tomar la forma del aislamiento físico, como poner a alguien en otra habitación o del aislamiento social, no permitiéndole participar en nada.

“Objetificar”: Tratar como a un objeto, no como a una persona real o como si no estuviese ahí. Las personas mayores entonces se muestran aburridas, ansiosas, aisladas, apáticas y deprimidas.

Ignorar: Moverse o hablar acerca de la persona como si no estuviese delante. Ignorarlos es darles el mensaje de que no son importantes, que no valen la pena. Les confirma su impresión de que están apartadas de la vida; les confirma sus sensaciones de aislamiento e inseguridad.

Denegar las elecciones: No darles la oportunidad de que elijan. Imponer nuestra voluntad. Existen muchas opciones que se pueden ofrecer a las personas mayores en muchos de los diferentes aspectos de la vida diaria.

Denegar atención: No relacionarse con la persona. No dedicarle nuestro tiempo, ni siquiera durante períodos pequeños. No llamarle por su nombre. Negar la atención a las personas que obviamente la necesitan. “Estar muy ocupado/a” se utiliza como una excusa para no dar tiempo ni compañía.

Medicación: En ocasiones, se utiliza como una herramienta de control. Los problemas de conducta con demasiada frecuencia se manejan sedándoles, en lugar de hacer un intento real de comprender la causa del mismo y procurar solucionarla.

Denegar estimulación: Dejar a las personas enfermas sin estímulos y sin hacer nada durante grandes períodos de tiempo. La escasez de cuidadores y cuidadoras y el cuidado de mala calidad con frecuencia

provocan que grupos enteros de personas mayores sean “almacenadas” en una habitación con la televisión encendida.

Acusación: La persona es acusada por los síntomas de su demencia, por ejemplo si ellas pierden o fallan en algo, son lentas o se equivocan; al hacerlo así, casi les estamos diciendo que no valen para nada, que son una molestia. Es probable que la persona esté más afectada que nosotros por sus errores y por su deterioro de capacidades. Culpabilizarle surge de nuestra intolerancia y de nuestra falta de comprensión de la demencia, pero les provoca miedo, depresión y tristeza.

A menudo, las conductas problemáticas pueden surgir como manifestación de este cuidado de baja calidad y esta “psicología social maligna”. Estos problemas se pueden superar con abordajes más positivos. Si los/las clientes están peleando con su demencia e intentan entender lo que les está ocurriendo o lo que pasa alrededor, necesariamente se sentirán muy vulnerables; si además son tratados/as de una manera poco cuidadosa, entonces sus miedos aumentarán hasta el punto de que necesitarán un mayor apoyo y tranquilización. El resultado probablemente serán estas conductas, que luego nosotros clasificaremos como problemáticas (Walsh, D., 2008).

Cuando hablamos de una persona demente, el vocablo implica tanto la enfermedad llamada “demencia” como la “persona” con demencia. Parece que en la expresión “personas dementes” la persona está más o menos definida por su enfermedad y queda reducida a dicha enfermedad. Mientras que en la expresión “persona con demencia” la enfermedad es un aspecto de su vida y de su ser, pero la persona sigue existiendo como sujeto auto-identificado.

La expresión “persona demente” coincide con el modo tradicional de enfocar la situación, encaja con el modelo de atención centrado en la enfermedad en sí misma, en sus síntomas y consecuencias. Implica un modo de pensar y de actuar que se adapta al llamado modelo médico o terapéutico. La expresión “persona con demencia” apunta a una nueva manera de considerar la situación, en la que la persona misma, su modo de vida y el de su entorno social constituyen el núcleo principal. Implica un modo de pensar y de actuar para el que no existe ningún modelo teórico bien definido, sino lo que llamamos “modelo de vida”.

Uno de los aspectos principales a cambiar es pasar de la percepción de la persona que padece una ENFERMEDAD en la que ésta es lo definitorio de la misma a ver a la PERSONA en su integridad, con identidad e historia propias, que padece una enfermedad determinada (Kitwood, 1997). Desde este enfoque se pueden definir las necesidades psicosociales en la dependencia y discapacidad:

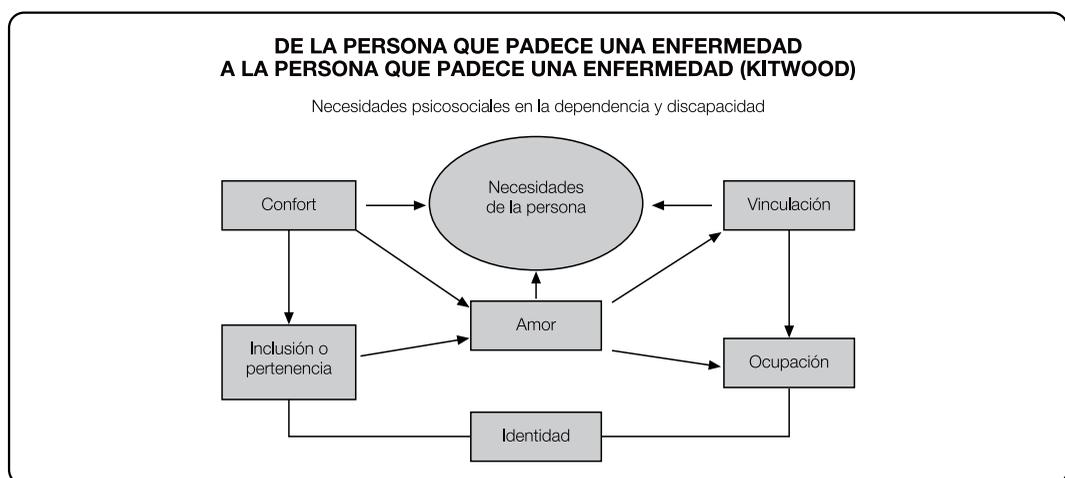


Fig. 2.49

Del modelo clínico tradicional a los nuevos abordajes

Siguiendo el trabajo realizado por la “Red Teaching, training and support” (De Boer, N. y Guisset, M.J. 1997), desde el modelo terapéutico tradicional la enfermedad y sus efectos son considerados como un desvío de la “normalidad” a nivel orgánico y/o del comportamiento. Las intervenciones de las personas cuidadoras consistirán principalmente en reducir el hueco existente entre lo “normal” y lo patológico.

Como la demencia es una enfermedad que hasta el momento no tiene curación (motivo por el cual esta enfermedad tiene poca importancia en el modelo médico, enfocado sobre todo en la curación), la finalidad del tratamiento y de la atención es la de neutralizar los síntomas de demencia por medio de tratamientos no curativos. El objetivo es permitir o forzar a la persona con demencia a tener un comportamiento ajustado a lo normal que no moleste a su entorno y principalmente a sus familiares.

Con este modelo, en el que se suele experimentar un sentimiento de desilusión y de impotencia porque la persona enferma no puede curarse, se tiene muchas veces la impresión de que es lo único que se puede hacer. Permaneciendo dentro de este modelo se mantiene intacto el equilibrio tradicional del poder entre los/las participantes: las personas con demencia son unas víctimas ignorantes de su terrible enfermedad, también la causa de todos los problemas que surgen debido a los síntomas de su enfermedad y a los desórdenes de su comportamiento; dependen de la ayuda y de la buena voluntad de las personas cuidadoras en general, y del conocimiento específico de los/las profesionales en esta enfermedad en particular.

Al definirse en este modelo como la causa de todos los problemas que puedan plantearse, debido a todos los desórdenes aparentes de comportamiento y a veces a su falta de capacidad de comunicar, pierden su posición social y no les queda prácticamente ningún poder en sus relaciones sociales. Las personas familiares, mientras tanto, se sienten también víctimas de la enfermedad y la desconocen; por tanto tienen tendencia a dejar parte de su poder en manos de profesionales, porque buscan soluciones para su pariente con demencia y para ellos/ellas mismas, y también para todos los problemas planteados como consecuencia de los síntomas de la enfermedad. De este modo la familia tiende también a definir la situación según el modelo médico. Los/las profesionales, como se consideran expertos/as en dicha enfermedad y en sus consecuencias, la ven como una tarea y un deber y asumen toda la responsabilidad de la situación o al menos de las decisiones a tomar y de los consejos a dar referentes a la enfermedad y a sus problemas.

Desde el enfoque del modelo de vida, la persona con demencia es el eje central. Revela un modelo de atención distinto. El objetivo de este modelo no es el de disminuir los efectos de los síntomas de la enfermedad, como en el modelo tradicional, sino el de tomar en serio a la persona enferma y sus relaciones y responder a sus sentimientos, emociones, deseos y necesidades. La atención prestada se centrará por lo tanto en apoyar y reforzar de un modo subjetivo la situación de la persona con demencia y de aquellos/as que la rodean.

Permite la definición de una “manera de estar” con las personas afectadas de demencia: comunicación, emociones y relaciones, y reconocer que la persona con demencia sigue existiendo como persona supone identificar lo más importante en la relación entre ella y sus cuidadores y cuidadoras.

En el modelo de vida, la persona es el punto central y no - como en el modelo tradicional - la enfermedad o el personal. Este punto de vista plantea diversas preguntas: ¿Quiénes son los expertos/as? ¿Qué se puede hacer cuando las personas no pueden expresarse? ¿Por qué queremos tomar tantas decisiones en nombre de las personas mayores con demencia? ¿Quién sabe lo que es bueno y lo que es malo para ellas? El modelo de vida surge en oposición a una teoría bien estructurada, que se basa en una objetivización de la realidad, en la técnica y en límites relativamente rígidos. Por el contrario, el modelo de vida parte de la persona, y por este motivo debe ser flexible, innovador y eminentemente subjetivo. El modelo de vida está orientado al proceso, sin meta alguna, lo que hace mucho más difícil definir lo que

es una buena atención o una buena práctica, puesto que no existen criterios objetivos. Por consiguiente es menos importante buscar “soluciones” que definir una “manera de estar con” para con las personas mayores con demencia. La intención del modelo de vida no es la de curar la demencia, sino la de responder a los deseos de la persona con demencia, en primer lugar tratando de comprenderla y en segundo lugar construyendo o manteniendo una buena relación. La ayuda prestada tiende a apoyar la posición primaria de la persona.

Al establecer un buen contacto emocional, los cuidadores/as son más capaces de entender a las personas con demencia como individuos y de identificar sus necesidades e intereses. A su vez, un entorno positivo de atención es una buena manera de aunar todos los recursos disponibles. La aplicación de este modelo a la formación y entrenamiento de las personas que atienden a las personas con demencia en centros gerontológicos y sociosanitarios permite enfocar adecuadamente y optimizar la relación de cuidados (Walsh, 2008).

2.11. PROMOCIÓN Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

Como ya se ha dicho anteriormente el equilibrio entre la autonomía, los derechos y la seguridad es determinante para la calidad de vida de las personas usuarias..

Al igual que en el capítulo 1 se ha revisado la legislación relativa a los derechos de las personas mayores, a continuación se presentan diversos ejemplos de procedimientos y sistemas de garantía de derechos en la atención, en programas y en centros para mayores.

2.11.1. Derechos de las personas residentes y usuarias

Siempre debe existir un procedimiento de garantía y promoción de los derechos. El objeto del mismo es describir los sistemas y las actividades que se realizan en el proceso de atención a las personas residentes y usuarias de las unidades / centros gerontológicos y centros de día, bien de titularidad y/o gestionados por determinada institución o entidad, bien sean concertados con los Servicios Sociales Públicos (Administración Pública) o de carácter privado, con el fin de garantizar sus derechos y especialmente en el caso de las personas que sufren deterioro cognitivo. El alcance debe abarcar a todos los centros y servicios de centros gerontológicos y centros de día. La responsabilidad debe ser de la dirección del centro o programa.

El sistema de garantía y promoción de los derechos de las personas atendidas en Matia Fundazioa se realiza en diferentes niveles, tal y como se recoge en el procedimiento correspondiente:

1. Los servicios sociales residenciales deben promover y garantizar los principios de normalización, autonomía, participación, integración, globalidad, profesionalización y atención personalizada así como los derechos siguientes:

- 1) al acceso a los mismos y a recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social,
- 2) a que se les atienda con respeto, corrección y comprensión, de forma individual y personalizada,
- 3) a la confidencialidad de los datos de carácter personal que afecten a su intimidad,
- 4) a mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas del exterior,
- 5) a recibir información y ser consultadas sobre todos aquellos temas que puedan afectarle o interesarle en condición de residente,

- 6) a la intimidad, en función de las condiciones estructurales de los servicios sociales residenciales y a la autonomía a elegir su propio estilo de vida,
- 7) a que se les facilite el acceso a la atención social, sanitaria, farmacéutica, educacional, cultural y en general a todas las necesidades personales que sean imprescindibles para conseguir un adecuado desarrollo psicofísico,
- 8) a elevar a la dirección del centro propuestas o reclamaciones relativas al funcionamiento o a la mejora de los servicios y a recibir respuesta de los mismos,
- 9) a cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia,
- 10) a ser informadas, en lenguaje fácilmente comprensible, del contenido de estos derechos y de los cauces para hacer efectivo este ejercicio.

Según Decreto 41 de 1998 sobre Servicios Sociales Residenciales para Personas Mayores en la CAPV:

2. Todos los centros gerontológicos y centros de día disponen de una normativa y reglamento que incluye unos derechos y deberes de los/las clientes (Normativa Interna).

En todos los centros gerontológicos se firma un contrato con la persona usuaria o su representante legal, en su caso, que define la contraprestación de servicios (contrato Usuario/Organización). En caso de que se considere la presunta incapacidad del futuro residente o personas usuaria para la firma del contrato y no exista un representante legal no se firmará tal contrato y se pondrá en conocimiento de la Fiscalía y del Ayuntamiento esta situación.

3. En el caso de las personas que presentan deterioro cognitivo y/o supuestamente puedan tener dificultades para decidir libremente se ofrecen diferentes figuras de protección legal que deben ser determinadas por el Juez, en función de las diferentes situaciones que se produzcan.

Siempre que las personas en esta situación no tengan designada una figura de tutela, se planteará, informando y asesorando, a la familia la conveniencia de poner en conocimiento del Ministerio Fiscal esta situación con el fin de iniciar un proceso de incapacitación y designación de representante legal. Cuando no exista familia se pondrá en conocimiento tanto del Ministerio Fiscal como de la entidad tutelar competente.

La demanda de incapacitación puede ser presentada por los familiares: cónyuge, hijos o hermanos, por la Institución a través del responsable del Centro o por una Institución legitimada, como la Fundación Hurkoa en el caso de Gipuzkoa, aun cuando cualquier persona está inicialmente legitimada a informar sobre la presunta incapacidad de una persona.

Las vías para presentar la demanda son a través de los legitimados directamente ante el juzgado, lo cual conlleva gastos, o a través del Ministerio Fiscal, lo que es gratuito.

Cuando la familia, por alguna causa, no presente la demanda será el Centro quien presente la demanda, el responsable del Centro obtendrá la siguiente información y junto al informe genérico lo tramitará al Ministerio Fiscal:

- Informe médico especificando diagnósticos, valoración funcional, etc.
- Informe social que incluirá:
 - Datos de identificación, resultados de la valoración integral: diagnósticos, valoración funcional, valoración mental...
 - Apoyo social: familia, otras relaciones, servicios sociales...

- Situación económica: situación de la vivienda, patrimonio, ingresos fijos, gastos fijos, administración...
 - Análisis de la situación: antecedentes, problemática planteada, necesidad de incapacitación y tutor, apoyo social...
- Informe psicológico si se dispone.

En caso de situaciones problemáticas o dudosas el responsable del Centro contactará y solicitará información sobre el procedimiento a seguir a la Fundación tutelar, a la Comisión de Ética Asistencial y/o al propio fiscal.

Una vez tramitada esta información se realizará el seguimiento junto con la persona de su familia más cercana ayudando en los pasos a ejecutar por parte del Ministerio Fiscal o por parte del Juez. En concreto, acudir a las citaciones para testificar sobre la situación de la persona presunta incapaz y presentarse en la visita que el Juez o secretario del juzgado y el/la médico forense hacen al presunto/a incapaz cuando éste/a no puede acudir al Juzgado, etc.

Una vez designada una figura de tutela ésta será para el centro el referente principal de la persona residente o usuaria mientras no se establezca lo contrario, por lo que todas las comunicaciones, invitaciones a participar en el centro, etc. se dirigirán tanto a ella como a cualquier otro/a familiar.

2.11.2. Formalización en los centros

La formalización en los programas, centros y servicios hace referencia a la inclusión de estos aspectos relativos a los derechos de las personas mayores receptoras de servicios o participantes en los mismos, de sus familiares, personas voluntarias en su caso, y de los trabajadores y trabajadoras, así como todos aquellos aspectos que se desprenden de los mismos en la documentación, en los programas, evaluación, etc., de la empresa, así como la existencia de un contrato que defina claramente las contraprestaciones y en qué condiciones se prestan, los deberes de unos y otros, de un código deontológico de la empresa, etc. en el modelo de atención e intervención y en el sistema de gestión del mismo.

Además del propio procedimiento de garantía y promoción de derechos exige la existencia y correcta utilización de un Contrato, un Reglamento, Derechos y deberes, un documento sobre “El papel de las familias en el centro”, un documento de Derechos de personas voluntarias, la inclusión de los derechos y valores en la valoración, la existencia de comisiones de participación y representación, un sistema real de quejas, reclamaciones y sugerencias, etc. Además en la práctica asistencial deberá incluir un Procedimiento que garantice la seguridad en la atención, un Sistema de control de sujeciones físicas, un Procedimiento de prevención de agresiones. Igualmente debiera explicitarse un Código deontológico, así como los Derechos y deberes de los trabajadores y trabajadoras.

2.11.3. Ejecución e implementación

La ejecución e implementación exige la inclusión en la planificación estratégica y de gestión, en el cuadro de mando, en la valoración integral, con una adecuada gestión de mejora PDCA, así como la revisión del mismo con la existencia y adecuada implementación de un sistema de autoevaluación, un sistema de evaluación de la calidad externo y otro interno complementarios, un sistema de evaluación de la satisfacción que incorpore ítems relativos a este tema etc.

En un sistema de gestión por procesos y mejora continua debiera incluirse tanto en el modelo general de atención e intervención como en el sistema de gestión, en la planificación estratégica y de gestión, en la valoración inicial, en la prestación de servicios y despliegue del modelo así como en la revisión y ajuste de los mismos.

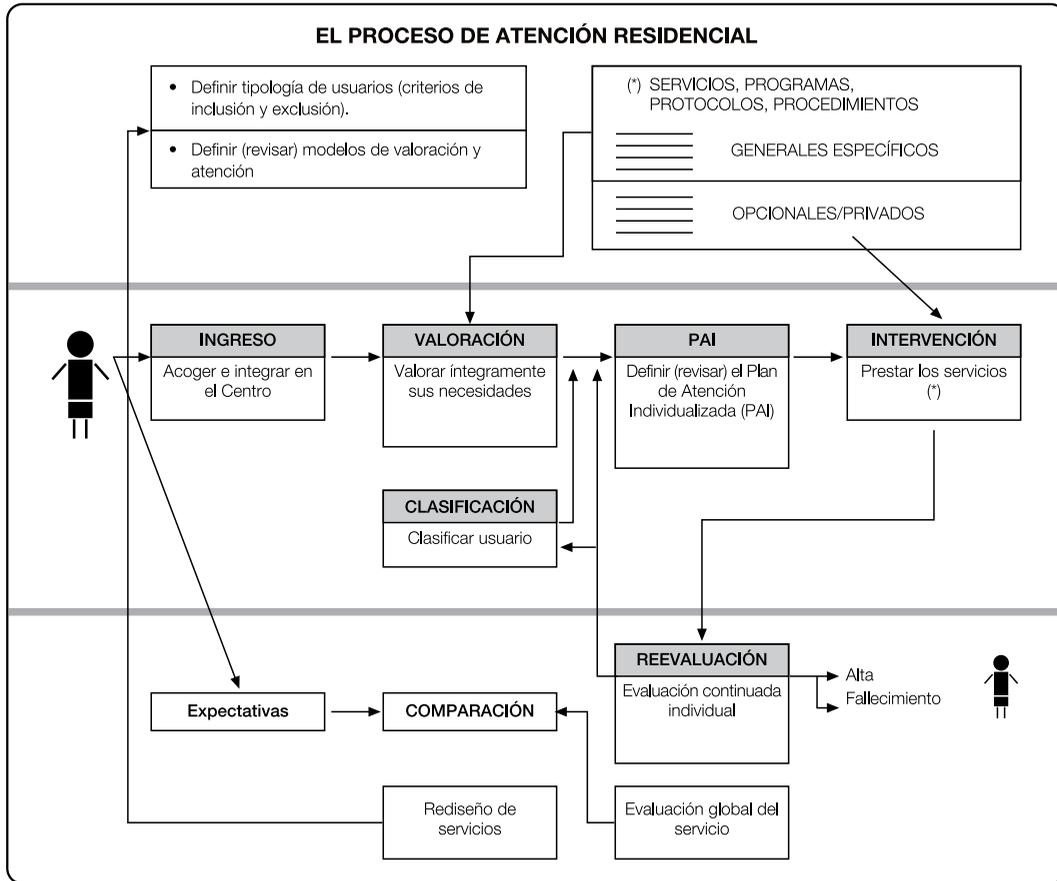


Fig. 2.50

2.11.4. Evaluación

La valoración es la obtención de información relevante para lograr un diagnóstico y una hipótesis funcional para plantear el tratamiento o intervención.

La inclusión de un procedimiento de valoración debe estar realmente orientado al cliente y a escuchar su voz, cuyo objeto sea recabar y combinar la información necesaria relativa a las características de las personas y las situaciones en que se encuentran, que ayudan a componer la visión global de la persona (biomédica, funcional, mental y social), con el fin de:

- Conocer su situación basal y sus necesidades.
- Incluirlo en un grupo de clasificación.
- Establecer objetivos y establecer un diagnóstico en su caso.
- Orientar adecuadamente en su ubicación en un nivel asistencial u otro, en el centro y módulo de Atención Integral más adecuado.
- Diseñar un Plan de Atención Individualizada (PAI).
- Conocer su evolución y valorar los cambios en su situación.
- Rediseñar el PAI de manera continuada y permanente.

La valoración integral de todas las personas atendidas en los centros gerontológicos y de personas con discapacidad incluirá la valoración de las siguientes áreas, tal y como se recoge en el Plan General de Intervención en Servicios Sociales: salud física y psíquica, capacidad funcional y discapacidades y por tanto necesidad de apoyos en las AVD (Actividades de la Vida Diaria), relaciones y habilidades sociales, apoyo social y familiar, intereses culturales y de ocupación del tiempo libre, aficiones e intereses formativos en su caso, interés en participar en los órganos de representación del centro, etc. Todo ello se realizará consensuando las valoraciones y diagnósticos de cada uno de los profesionales en el equipo interdisciplinar.

Para recoger toda esta información los/las profesionales utilizan diferentes técnicas, sistemas e instrumentos de valoración como inventarios, cuestionarios, entrevistas estructuradas y escalas.

El sumatorio informativo obtenido de todas las valoraciones y las derivadas de los centros orientará en el rediseño de programas y servicios de cada centro y el del resto de la organización.

La valoración tendrá carácter interdisciplinar y siempre se valorará en todas y cada una de las siguientes áreas:

- Las capacidades mantenidas
- Las discapacidades
- La dependencia consecuente
- Las necesidades
- Las preferencias
- Los valores y aspectos éticos relacionados

Los pasos a dar siempre son:

1. Creación de un ambiente de confianza y empatía antes de empezar a obtener información
2. Obtención de información utilizando las técnicas disponibles como la entrevista, historia clínica, instrumentos estandarizados de valoración como escalas, inventarios, cuestionarios, analíticas, etc. Siempre que se pueda, esta información debe ser de carácter objetivo y subjetivo (puntos de vista complementarios) y se deberá completar a través de la información obtenida del cuidador/a – informador/a en los casos necesarios; priorizando y respetando siempre que se pueda la información obtenida directamente de la persona usuaria.
3. Análisis funcional, esto es relacionar la información disponible e interpretación de la misma.
4. Devolución de esta información a la persona usuaria a nivel individual, previa a la reunión interdisciplinar y con el consenso parcial provisional sobre lo que le ocurre, sus necesidades y el posible plan de atención.
5. Puesta en común, discusión si es necesario y consenso de lo aportado por cada uno de los miembros del Equipo Interdisciplinar (en adelante el EI) obteniéndose siempre una interpretación común de los aspectos antes mencionados.
6. Definición de un Plan de Atención Individualizado (PAI) común entre todos/as y definiendo las responsabilidades de cada uno de los equipos y profesionales para lograr los objetivos comunes. En este momento se asignará el/la profesional referencial de cada usuario/a y el sistema y periodicidad de seguimiento y revaloración.
7. Consenso con la persona usuaria (y su familia siempre que sea necesario): siempre que el nivel cognitivo lo permita, MEC (Mini Examen Cognoscitivo) menor que 20 en centros gerontológicos y cuando se considere conveniente por su capacidad cognitiva y según las valoraciones

neurocicológicas de la visión común del equipo interdisciplinar así como del Plan de Atención Individual y la implantación del mismo.

8. Si hay algún cambio se consignará en el PAI consensuado real a implantar, discriminando de manera explícita.
9. Comunicación del PAI o de la parte que se considere oportuna a cada equipo del centro.
10. Seguimiento.

Debe incluir una valoración de riesgos:

RIESGOS					
Alimentación	Sanitarios	Psíquicos	Conductuales	Socio familiares	Otros
Atragantamiento	Hipoglucemia	Depresión	Fugas	Familia conflictiva	Elementos de contención
Desnutrición	Hiper glucemia	Ansiedad	Incapaz pedir auxilio	Conflicto familiar	Pérdida de objetos
Aspiración	Convulsión	Confusión	Reacción catastrófica	Familia no colaboradora	
Ingesta inadecuada	Fecaloma	Desorientación	Autoagresión	Familia exceso celo	
	Caídas	Agitación	Aislamiento		
	Inmovilización				
	Úlceras Presión				
	Deterioro Funcional				
	Sangrado				
	Infección Urinaria				
	Accidente O ₂				

Fig. 2.51

Así como el nivel de competencia, los valores, las voluntades anticipadas etc. en la valoración integral, recogiendo por ejemplo:

VOLUNTADES ANTICIPADAS: SÍ NO

NIVEL DE COMPETENCIA		
Normal	Presunto Incapaz	Incap. En Trámite
Incap. Parcial (Curatela)		Incap. Total (Tutela)

FAMILIAR REFERENCIAL Y/O TUTOR

Personal referente:

Así como cualquier aspecto que la persona usuaria quiera mencionar y dejar reflejado en el documento para su adecuada gestión.

2.11.4.1. Resultados de la evaluación de derechos

Claro está que aún queda mucho por hacer para acercarse más a un concepto de residencia que sea “un lugar para vivir”, (Leturia, F.J. 2008) pero sí es verdad que los últimos años han sido testigos de una clara mejora en la atención residencial, ya que por un lado se va superando poco a poco la idea de beneficencia que hasta hace relativamente poco tiempo se asociaba a los centros residenciales y cada vez se trabaja más por conseguir un modelo de atención individualizada, las estructuras residenciales son más pequeñas, y los centros están más estructurados, sectorizados, mejorando también la dotación física. Otro aspecto importante es que tanto las personas residentes como los/las familiares han ganado importancia en el funcionamiento del centro y que uno de los aspectos más importantes en este camino de mejoras se refiere a que se están afianzando fórmulas de evaluación externas y empieza a calar la necesidad de introducir procesos de mejora continua de la calidad.

Aun así, queda un largo camino por recorrer, en el que sin duda el elemento clave para ir introduciendo cambios que garanticen la mejora continua de la atención es adoptar los derechos básicos de las personas residentes como un punto de referencia en todas las actuaciones y admitir que respetarlos constituye la condición sine qua non de una atención de calidad.

Hoy por hoy, sin embargo, en el marco de los servicios residenciales, las carencias normativas siguen siendo habituales. Son muchos los centros en los que no existe una definición precisa de los derechos y obligaciones de las personas usuarias, instrumento que protegería y beneficiaría a todas las partes, residentes, personal e institución. Es evidente, por lo tanto, la necesidad de un marco conceptual que ofrezca criterios válidos a la hora de establecer y controlar el necesario equilibrio entre seguridad y libertad, entre asunción de riesgos o restricción de libertades en la vida cotidiana de los y las residentes.

Es por todo esto por lo que desde Matia Fundazioa se evalúa y analiza periódicamente el cumplimiento de los derechos básicos de los residentes utilizando como metodología y herramienta el documento del SIIS “*Los Derechos de los Residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?*” (se adjunta documento en el CD). El documento consta de 235 recomendaciones, que contribuyen a que todas las personas interesadas en acercarse a éste enfoque, puedan crear un contexto adecuado para la práctica residencial respetuosa de los derechos.

Estas directrices para una correcta actuación proceden tanto de la literatura, como de la experiencia adquirida en el curso de la aplicación del Proceso de Garantía de Calidad del SIIS “*Kalitatea Zainduz*”. El documento tan sólo pretende orientar hacia pautas de actuación y atención correctas, que respeten los derechos básicos de las personas residentes del centro, por lo que, como recomendaciones que son, se pueden adaptar a las características, necesidades y preferencias de las personas que allí residen.

Para hacer más sencillo el estudio y análisis de las recomendaciones, éstas se han organizado en siete secciones:

- Los aspectos materiales.
- La atención personal.
- La forma de vida.
- Las relaciones personales dentro de la residencia.
- Las relaciones con el exterior.
- La organización y el funcionamiento de la residencia.
- El trabajo en el medio residencial.

A su vez, estas secciones se recogen en una tabla dividida en tres columnas:

- La primera indica el aspecto de la atención a la que se refiere la recomendación, es decir, al ámbito de su aplicación, como pueden ser las habitaciones, el equipamiento, el trato del personal...
- La siguiente columna recoge las recomendaciones prácticas.
- La última columna indica el derecho sobre el que más directamente incide la recomendación.

A continuación se presenta un cuadro, a modo de ejemplo, que relaciona los derechos con cada una de las recomendaciones:

DERECHOS	REFERENCIA DE LAS RECOMENDACIONES						
	Aspectos materiales	Atención personal	Forma de vida	Relaciones personales en la residencia	Relaciones con el exterior	Organización y funcionamiento	El trabajo en la residencia
Intimidad	3; 5; 16; 18; 19; 20; 25; 29; 45	53; 55; 56; 57; 61 ; 63; 69; 71; 79; 85; 109; 110	131; 132; 133; 134	150; 165; 166; 172; 173; 174	179; 180; 185; 186	190; 200	
Dignidad	3; 16; 31; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44	50; 51; 52; 53 54;59 61; 65; 66;68 71; 72; 74 75 76; 77; 78;81 82; 83; 84 85; 86; 87; 88;90;92 93;98;99;109; 115; 116; 119	123; 127; 128; 129; 135	145; 146; 147; 148; 149; 150; 151; 155; 156; 157; 158; 159; 160; 161; 162; 163; 168; 169; 170; 171	182	190; 195; 203	220; 221; 222; 223; 224 ; 225; 226; 227; 228; 229; 230; 231; 232; 233; 234; 235
Autonomía	1; 2; 6; 7; 8; 9; 10; 14 15; 16; 21 22; 23; 24; 27; 28 30 32; 33; 34 35; 36; 37 38; 40; 41 46; 47; 48; 49	50; 58; 67; 70; 74; 80; 90; 91; 92; 94; 95; 96; 97; 98; 101; 102; 108; 117; 118	120; 121; 122; 123; 125; 126	166	175; 176; 177; 178; 179	207; 208; 210; 212; 214; 218; 219	224;

DERECHOS	REFERENCIA DE LAS RECOMENDACIONES						
	Aspectos materiales	Atención personal	Forma de vida	Relaciones personales en la residencia	Relaciones con el exterior	Organización y funcionamiento	El trabajo en la residencia
Elección	4; 5; 11; 12; 13; 25; 26; 37; 49	51; 52; 55; 60; 62; 73; 75; 86; 89; 99; 100; 101; 103; 104; 105; 106; 107; 110; 111; 112; 113; 114	125; 126; 130; 131; 135; 136; 137; 138; 139; 142; 143;144	152; 153; 164; 167; 168	181; 182	200; 206	
Satisfacción	13; 14;15; 49	51; 52; 113; 114; 117	120; 121; 122; 137; 138; 139; 140; 141	152; 153; 154; 169; 170; 171	177; 178; 183; 184; 185; 186	212	226
Conoci- miento y defensa de los derechos		64; 94; 98; 115; 116	124; 125; 126			187; 188; 189; 191; 192; 193; 194; 196; 196; 197; 198; 199; 200; 201; 202; 203; 204; 205; 206 209; 210; 211; 213; 214; 215; 216; 217; 218	223;225; 230;231; 232; 233

Fig. 2.52

En este cuadro se marcan en **negrita** las recomendaciones que no se cumplen, por ejemplo, la n° 45, que hace referencia al derecho a la intimidad dentro de la sección de aspectos materiales, y que es exactamente la recomendación: *Aislar adecuadamente el edificio del exterior, a fin de que las áreas en las que suelen estar los residentes, y en particular las habitaciones, no puedan verse desde fuera.*

De cada una de las recomendaciones se puede analizar su cumplimiento en el centro, las posibilidades de mejora, etc. A continuación se presentan las primeras recomendaciones prácticas del documento mencionado que se anexa en el CD adjunto.

ATENCIÓN PERSONAL		
Ámbito	Recomendaciones prácticas	Derechos
Aspectos generales	<p>1. Tratar de adaptar la práctica asistencial a los modos de vida de los residentes, en lugar de condicionar sistemáticamente estos últimos a la conveniencia de la organización institucional.</p> <p>2. Atender a los residentes de forma individualizada. A tales efectos conviene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar para cada residente un plan individual de atención que recoja una valoración completa de sus capacidades (experiencias, conocimientos, habilidades, aficiones) y de sus limitaciones, de sus hábitos, de sus preferencias, de sus deseos y de sus necesidades, así como las pautas de atención que conviene aplicar y aquellas otras que no conviene adoptar con ellos. - Designar para cada residente a un trabajador clave o referente que, en lo posible, venga determinado por el grado de empatía existente entre el residente y el profesional. - Garantizar cierta continuidad en las relaciones entre el personal y los residentes. <p>De por sí, el inevitable sistema de turnos necesario para garantizar una atención continuada (de mañana, de tarde, de noche; de semana y de fin de semana), unido al gran número de profesionales, dificulta considerablemente la buena transmisión de la información referida a cada uno de los residentes y, en consecuencia, la personalización de la atención.</p> <p>Esta dificultad se puede ver agravada cuando se establece, además, un sistema de rotación continuada –ya sea semanal, mensual, bimestral...- entre las distintas plantas, unidades o módulos de un mismo centro residencial, en lugar de optar por un sistema de rotaciones a más largo plazo (de periodicidad anual, por ejemplo).</p> <p>Es cierto que el sistema de rotación continuada presenta varias ventajas. Por un lado, los cambios periódicos pueden resultar estimulantes para los profesionales y redundar, a la postre, en beneficio de los residentes. Por otro, permite, entre los profesionales de atención directa, un reparto más frecuente de la carga de trabajo y del impacto psicológico que puede ir asociado al cuidado de residentes con un importante grado de deterioro (es sabido, por ejemplo, que la atención en unidades de psicogeriatría puede resultar más estresante que la atención en unidades destinadas a personas que sólo presentan deterioro físico).</p> <p>Sin embargo, la excesiva rotación de los profesionales por todas las plantas o unidades presenta un inconveniente que no cabe desconsiderar, y es el hecho de que los residentes son atendidos, a lo largo del año, por toda la plantilla de atención directa, lo que, sin duda, dificulta el establecimiento y el afianzamiento de relaciones de confianza que, en situaciones delicadas, directamente asociadas a la intimidad de los residentes, resultan esenciales.</p> <p>Es difícil imaginarse a uno mismo siendo aseado, semana tras semana o mes tras mes por personas distintas. Gran número de residentes acaban sobrellevando esta situación mediante una desinhibición forzada, pero algunos nunca lo logran y viven, a diario, una situación que les resulta extremadamente incómoda e indigna. Es importante, por lo tanto, sopesar muy cuidadosamente, en cada centro, la mayor o menor conveniencia de una u otra fórmula de organización.</p>	<p>Dignidad Autonomía Dignidad</p> <p>Satisfacción Elección</p>

ATENCIÓN PERSONAL		
Ámbito	Recomendaciones prácticas	Derechos
Aspectos generales	<p>3. Crear un estilo de atención flexible, que se adapte y evolucione de acuerdo con los cambios operados en los residentes.</p> <p>En algunos casos, se observan claras dificultades de adaptación de los profesionales a los cambios que deben introducirse en la atención para adecuarla a las necesidades derivadas del progresivo deterioro físico y/o psíquico de los residentes. Es importante, desde este punto de vista, fomentar en las residencias la cultura de la mejora continua de la calidad que implica a los profesionales en una dinámica de cuestionamiento de las rutinas, ayudándoles a experimentar los cambios en la organización y el funcionamiento residencial como algo positivo, en lugar de enfrentarse a ellos con reticencia y, a veces, con miedo.</p>	Dignidad Satisfacción Elección

Fig. 2.53

Tras realizar la evaluación y el análisis en cada uno de los centros se obtiene unos porcentajes de cumplimiento con respecto a cada uno de los derechos, los cuales nos sirven como indicadores de mejora en el Proceso de Atención Residencial.

Evaluación realizada durante el año 2007

A continuación se muestra la Gráfica de Garantía de los Derechos de los Residentes, que surge de la evaluación realizada durante el año 2007 en cinco centros.

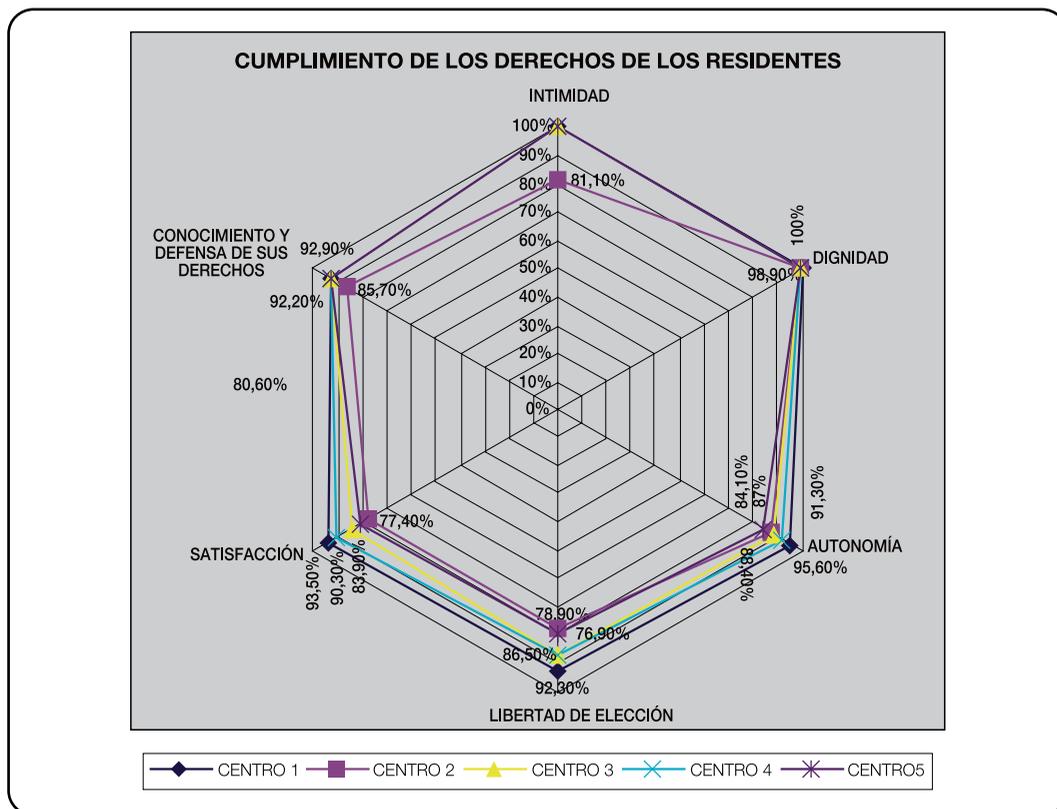


Fig. 2.54

Carta de Derechos y Deberes de los usuarios

A modo indicativo presentamos la Carta de Derechos y Deberes que es propuesta y consensuada con las Comisiones de personas usuarias y familiares y con la Administración Pública. (Centro de Recursos Sociales Elizarán, Fundación Matia)

Derechos

- A recibir una atención individualizada, integral y profesional de calidad.
- A que se respeten sus derechos y opiniones.
- A elegir y tomar parte en los órganos de representación y a presentar sugerencias o reclamaciones a estos y a los responsables del centro.
- A la confidencialidad de toda la información.
- Al respeto a su dignidad.
- A recibir ayuda cuando lo precise y solamente en la medida necesaria.
- A recibir un tratamiento integral acorde a sus necesidades.
- A la libre elección y decisión.
- A participar en cualquier programa o actividad dentro y fuera del centro (salvo cuando esté contraindicado por los técnicos del centro o su familia).
- A que se respete su intimidad y sus relaciones con otras personas.
- A formar parte de cualquiera de las comisiones que estén abiertas a la participación de los usuarios.
- A que sus familiares y/o amigos reciban información cada vez que la soliciten y puedan conocer su estado de salud (siempre y cuando el usuario lo quiera)
- A disponer de los servicios que se le garantizaron a su ingreso.
- A poder hacer uso de las salas comunes, servicios concertados, diverso material del centro.
- A poder disponer de un espacio íntimo y privado y a personalizar su propia habitación quienes viven en el centro.
- A solicitar cambio de habitación.
- A ausentarse del centro cuando sea preciso o se desee avisando en caso de pernoctar fuera o faltar a las comidas.
- A recibir visitas y llamadas sin límite de horario y a tener invitados cuando lo desee.
- A renunciar al servicio del que venía disfrutando.

Estos derechos son fomentados y potenciados estableciéndose mecanismos como el buzón de sugerencias, la entrevista con los/las profesionales o los/las responsables del Centro, el derecho a realizar reclamaciones en relación a cualquier conculcación de los mismos tanto a través de las Comisiones de participación como directamente.

Deberes

- Utilizar adecuadamente los servicios, mobiliario, etc. del centro así como a mantenerlo en las mejores condiciones posibles.
- Respetar al resto de los usuarios.
- Abonar mensualmente su estancia en el servicio en los casos que así se haya determinado.
- Tratar con respeto a los distintos profesionales del centro.
- No apropiarse de pertenencias ajenas.
- Guardar las normas convivencia, higiene y respeto.
- Acatar los horarios establecidos.
- Avisar cuando se produzca la baja en el servicio o ausencia temporal justificada.
- Participar activamente en la vida del centro en la medida de sus posibilidades.

2.11.4.2. Autoevaluación de la calidad asistencial

Como ya se ha explicado anteriormente, es importante además de la hetero-evaluación, esto es, ser evaluado externamente, (por ejemplo las auditorías de los sistemas de calidad, ISO, EFQM, etc.), generar una cultura del auto-evaluación, revisión de los resultados en función de los objetivos planteados y la aplicación de las mejoras que de ello se desprendan.

La autoevaluación de la calidad de atención es un elemento fundamental para la implicación de los equipos profesionales en este modelo, la reflexión conjunta sobre ítems determinantes para la calidad asistencial ya mencionados en el capítulo de modelo de atención. A modo de ejemplo se presentan los bloques 1, 5 y 7 del Sistema de Autoevaluación de Calidad Asistencial (SACA) (Leturia, F.J., 2006) de Matia e INGEMA (Instituto Gerontológico Matia).

Política de ingresos y altas:	1	2	3	4	5
¿Hay un procedimiento de ingreso claro y que puedan conocer las personas usuarias y familiares antes del ingreso?					
¿Existe un documento de bienvenida explicativo del centro, etc.?					
¿Hay unos límites estrictos para el ingreso o continuidad de personas con diferentes niveles de dependencia y, por ejemplo, aquellas físicamente agresivas?					
¿Hay un plan concreto y detallado para ajustarse a las necesidades de los/las clientes?					
Existe un plan de integración que contemple la presentación de la nueva persona residente a los/las demás, etc.					
¿Existe algún documento de normas-derechos y deberes de los usuarios/ as?					
Existe un vídeo explicativo del centro					
Autodeterminación e identidad propia:					
¿Son las personas usuarias libres para participar o no en diferentes actividades?					

Política de ingresos y altas:	1	2	3	4	5
¿Cómo se estimulan o adecúan las decisiones personales?					
¿Cómo se reconocen los intereses, aptitudes y capacidades personales?					
¿Cómo se tienen en cuenta en la planificación?					
¿Pueden escoger las actividades que desean, pueden escoger la prensa, revistas etc. que desean o las decide el equipo?					
¿Se permite a la persona usuaria decidir si estar acompañada o aislarse y preservar la intimidad? ¿Se anima al usuario/a a decidir por sí misma cómo quiere estar?					
¿Se asegura que las actividades que se realizan sean exitosas?					
¿Se les trata de usted o de tu en función de lo que ellas hayan manifestado que prefieren?					
Modelo de atención psicosocial:					
¿Se programa y garantiza una entrevista individual anual con las personas usuarias?					
Se realiza una valoración por parte de todos y todas las profesionales. ¿Se consensúa la misma?					
¿Conoce todo el personal las pautas de actuación y la valoración integral de las personas residentes?					
¿Existe un manual de estilo de atención?					
¿Pone el personal énfasis en las particularidades de la persona, así como en las capacidades y relaciones que conserva o la planificación y atención está centrada en el déficit y discapacidad que se considera inevitable debido a la enfermedad?					
¿Intenta el personal crear un ambiente de cooperación con los/las clientes o se imponen las decisiones técnicas?					
¿Se negocia y estimula la participación en la toma de decisiones o es un aspecto técnico que se decide desde los/las profesionales?					
¿Se trata a los/las clientes con respeto y dignidad propia de personas adultas mayores en vez de controlarles y decidir por ellas?					
¿Se considera a estas personas sujetos con una identidad, con una historia, unas relaciones o se les percibe como “dementes”?					
¿Se preservan y fomentan los derechos a la intimidad, a la dignidad, a la autonomía, a la elección, a la confidencialidad?					
¿Existe un horario limitado de visitas o se estimula la interacción y las visitas y por tanto existe un espacio destinado a recibir las mismas en privado?					
¿Se conocen y respetan los gustos y preferencias de las personas usuarias en la comida, en las actividades, en la televisión y música?					
¿Se fomenta el mantenimiento de las habilidades para las actividades de la vida diaria? Por ejemplo, ¿se estimula que se sirvan la comida o se vistan el abrigo o se les sirve y viste sistemáticamente?					
¿Existe un contrato entre el centro y la persona usuaria o su representante legal?					

Fig. 2.55

Los resultados de este instrumento llevan a un formulario orientado a la planificación, mejora y seguimiento de pautas de actuación.

Indicadores para la calidad de atención en centro gerontológico.

Cómo analizar si el centro cuida adecuadamente la calidad de vida de las personas:

Actuaciones de mejora posibles	Indicadores negativos	CRITERIO	Indicadores positivos	Actuaciones de mejora posibles
		Modelo de atención		
		¿Se programa y garantiza una entrevista individual (por lo menos) anual con las personas usuarias?		
		¿Se realiza una valoración por parte de todos/as las profesionales? ¿Se consensúa la misma?		
		¿Conoce todo el personal las pautas de actuación y la valoración integral de las personas residentes?		
		¿Existe un manual de estilo de atención?		
		¿Pone el personal énfasis en las particularidades de la persona, así como en las capacidades y relaciones que conserva o la planificación y atención está centrada en el déficit y discapacidad que se considera inevitable debido a la enfermedad?		
		¿Intenta el personal crear un ambiente de cooperación con los y las clientes o se imponen las decisiones técnicas?		
		¿Se negocia y estimula la participación en la toma de decisiones o es un aspecto técnico que se decide desde los profesionales?		
		¿Se trata a los clientes con respeto y dignidad propia de adultos mayores en vez de controlarles y decidir por ellos/ellas?		
		¿Se considera a las personas residentes como a personas con una identidad, con una historia, unas relaciones o se les percibe como “dementes”?		
		¿Se preservan y fomentan los derechos a la intimidad, a la dignidad, a la autonomía, a la elección, a la confidencialidad?		
		¿Existe un horario limitado de visitas o se estimula la interacción y las visitas y por tanto existe un espacio destinado a recibir las mismas en privado?		

Actuaciones de mejora posibles	Indicadores negativos	CRITERIO	Indicadores positivos	Actuaciones de mejora posibles
		¿Se conocen y respetan los gustos y preferencias de las personas usuarias en la comida, en las actividades, en la televisión y música?		
		¿Se fomenta el mantenimiento de las habilidades para las actividades de la vida diaria? ¿Por ejemplo, se estimula que se sirvan la comida o se vistan el abrigo o se les sirve y viste sistemáticamente?		
		Familias:		
		¿Se realiza un seguimiento de los/las familiares que acuden al centro?		
		¿Se informa a las mismas de la evolución del residente. Se les informa de cualquier decisión que se toma en el centro?		
		¿Existe una comisión de familiares?		
		¿Se realizan actos o celebraciones conjuntas con las familias?		
		¿Participan éstas en las decisiones que se toman con respecto a su familiar? ¿Y con respecto a la organización del centro?		
		¿Se realiza algún tipo de cuestionario para conocer el grado de satisfacción de los/las familiares?		
		¿Existen grupos de autoayuda?		
		¿Se realizan cursos de formación para las familias?		
		Voluntariado		
		¿Existe un programa de voluntariado en el centro?		
		¿Reciben formación e información sobre la tipología de usuarios/as?		
		¿Qué tipo de voluntariado realiza acompañamiento individualizado, grupal...?		
		Programa Intergeneracional		
		¿Se trabaja con otros centros o asociaciones?		
		¿Se tiene en cuenta la importancia del trabajo intergeneracional?		
		¿Qué tipo de labor se realiza en este aspecto?		
		¿Está el centro abierto a visitas de personas ajenas al mismo?		

Fig. 2.56

2.11.5. Garantía de seguridad y prevención y gestión de riesgos en la atención

La seguridad es un derecho más en la atención. La garantía de prestación de la atención con el máximo control y minimización de los riesgos es uno de los principios de calidad asistencial.

En este modelo es fundamental la prevención de riesgos que se generan en la atención con el objeto de eliminarlos o minimizarlos, adoptando las mejoras necesarias sobre los factores que les dan cobertura y controlarlos para garantizar la máxima seguridad en la prestación de los servicios y mejorar su calidad de vida.

Es importante la existencia de un **Procedimiento de prevención de riesgos en la atención (Matia Fundazioa)**.

Porque seguridad no es igual a ausencia de riesgo, la máxima seguridad del/de la paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los innecesarios, y la prevención de aquellos que hay que asumir de forma inevitable.

Con el objeto de prevenir, controlar y gestionar los riesgos en la atención a las personas éstos se pueden distribuir en 4 apartados o grupos:

1. Riesgos derivados de la necesidad de compaginar la promoción de la autonomía y los derechos de la persona con la protección y la seguridad de las mismas. (Ej. Relación entre riesgo de caídas e inmovilización)
2. Riesgos derivados de las actividades de atención e intervención que deben ser prevenidos, controlados y gestionados en la medida de lo posible. (Ej. Efectos adversos de medicamentos; alimentación/atragantamiento)
3. Riesgos derivados de actividades no directamente relacionadas con la atención directa (Ej. atropello por un vehículo de transporte o limpieza)
4. Riesgos derivados del entorno y ambientes (Ej. caída por barrera arquitectónica, emergencias...).

El sistema operativo debe considerar los siguientes pasos o fases:

Identificación de riesgos.

- En el procedimiento oportuno de identificación general de riesgos en atención, se recogen de manera orientativa y no limitativa los riesgos generales identificados que, junto con los riesgos derivados de las características individuales de cada persona usuaria y una vez evaluados por el equipo interdisciplinar, conformarán el plan de prevención de riesgos individualizado que pasará a formar parte del Plan de cuidados individualizado.
- Aquellos riesgos de carácter general que sean identificados en el día a día y no estén incluidos en el mencionado procedimiento deberán analizarse y, en su caso, pasar a formar parte del mismo.

Identificación y evaluación de riesgos

En base al contenido del procedimiento de identificación de riesgos y la valoración individual de cada persona usuaria, se realizará la correspondiente identificación y evaluación de:

1. Riesgos derivados de la necesidad de compaginar la promoción de la autonomía y los derechos de la persona con la protección y la seguridad.
2. Riesgos derivados de las actividades de atención e intervención.
3. Riesgos derivados de actividades no directamente relacionadas con la atención directa.

En estos tres niveles se procederá siguiendo la siguiente metodología de valoración:

- La valoración tendrá carácter interdisciplinar, en la que participarán: el/la responsable de la unidad o servicio, auxiliar de clínica, enfermero/a, médico/a, trabajador/a social, psicólogo/a y opcionalmente el/la terapeuta ocupacional, el farmacéutico/a... y toda persona que el equipo interdisciplinar considere oportuno.
- Se tomará la decisión de asumir o no aquellos riesgos inevitables, siempre controlados desde el equipo interdisciplinar mediante la implantación de las medidas preventivas oportunas.
- La decisión se comunicará y consensuará necesariamente con la persona interesada y/o con la familia o tutor/a.
- Una vez consensuada la decisión se comunicará al equipo y se actuará en consecuencia con las medidas preventivas predeterminadas.
- Los resultados se incluirán en el Plan de Atención Individual.

Riesgos derivados del entorno y ambientes

Los riesgos derivados del entorno y ambientes durante la permanencia de personas usuarias, familiares y visitas en el centro, son gestionados por los procesos de Gestión de Riesgos Laborales y Gestión Medioambiental y sus sistemas operativos se describen en el Sistema Integrado de Gestión.

Herramienta de evaluación

Identificación de riesgos

RIESGO IDENTIFICADO		DÓNDE / ACTIVIDAD	MEDIDA PREVENTIVA
Caídas	Mismo nivel	Centros/Servicios/Estancias/Espacios de deambulación...	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Decreto 68/2000: Accesibilidad • Señalización adecuada, limpieza húmeda no mojada • Mantenimiento preventivo y control del estado de las ayudas técnicas • Formación e implicación del personal • Valoración continuada • Elaborar procedimiento de transporte • Valorar estado del entorno/Supervisión municipal
	Distinto nivel	Barreras arquitectónicas Limpieza de estancias Movilización Uso de ayudas técnicas Entorno cercano Factor humano: mala praxis, negligencia... Errores de valoración Falta de contención hacia escaleras	
Contacto e ingesta de sustancias cáusticas		Productos de limpieza Productos de desinfección, desratización	<ul style="list-style-type: none"> • Control y seguimiento de actividades de Galant • Control y seguimiento de actividades de Llanos
Exposición a agentes biológicos		Acceso a contenedores de RPs Contactos accidentales a sangre Aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Control de ubicación de contenedores para RPs y biológicos • Actuar según medidas descritas en procedimientos. • Actuar según medidas descritas en procedimientos
Exposición a ruido		Obras Otros usuarios Actividades festivas	

Fig. 2. 57

RIESGO IDENTIFICADO	DÓNDE / ACTIVIDAD	MEDIDA PREVENTIVA
Accidentes de tráfico	Entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar acceso a la finca • Cierre del tráfico dentro de los límites de los centros • Señalización y limitación de velocidades • Colocación de “badenes” reductores de velocidad; también para bicis • Garantizar supervisión
	Salidas	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de idoneidad para salidas • Garantizar acompañamiento (familia, amigos, voluntariado) • Asegurar transporte adecuado (adaptado)
	Transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar acompañamiento • Asegurar transporte adecuado • Elaborar procedimiento de transporte e instrucciones para compras
Agresiones	Otros usuarios Familias o entorno familiar Visitas Personal	
Atragantamiento	Alimentación Masticación/Deglución Sonda nasogástrica Patologías neurodigestivas asociadas Familias/cuidadores no entrenados Malapraxis	
Desnutrición		

Fig. 2.58

RIESGO IDENTIFICADO	DÓNDE / ACTIVIDAD	MEDIDA PREVENTIVA
Choques	Carros de ruedas Carros de comida Carros de lencería Equipos de trabajo como grúas, carros de la limpieza...	<ul style="list-style-type: none"> • Señalización adecuada • Control del estado de equipos, carros... • Normas de utilización de los equipos de trabajo
Atrapamientos	Equipos de trabajo (carros, grúas..) Puertas, ventanas, ascensores Camillas Camas articuladas Plataformas elevadoras transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Señalización adecuada • Control del estado de equipos, carros ... • Normas de utilización de los equipos de trabajo

Toxiinfección y alergias alimentarias	Manipulación Limpieza y desinfección Temperatura alimentos Transmisión usuario/usuario Transmisión personal auxiliar/usuario	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración integral • Correcta manipulación de alimentos • Calentamiento/enfriamiento.
Yatrogenia	Infecciones Errores de medicación Efectos secundarios Alergias	<ul style="list-style-type: none"> • Correcta valoración • Correcta información • Consentimiento informado • Profesionalidad y competencia • Revisión del tratamiento • Valoración de efectos secundarios • Asegurar el cumplimiento terapéutico
Limitación de la autonomía y Restricción física	Necesidad de contención por fuga, caídas, trastornos de conducta Factor humano	Estado de ayudas técnicas

Fig. 2.59

RIESGO IDENTIFICADO	DONDE / ACTIVIDAD	MEDIDA PREVENTIVA
Errores de valoración e intervención		
Incendio, explosión, catástrofe	Centros y servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de autoprotección • Prohibición de elementos que pueden provocar incendios o explosiones (tenencia de estufas, cargadores de mecheros, fumar fuera de los lugares autorizados...) • Control y revisión periódica de elementos de señalización, iluminación de emergencia, elementos contra incendios (extintores, BIEs, etc.) • Formación e información continua a trabajadores en prevención y actuación en caso de emergencia (Simulacros y uso de elementos contra incendios) • Formación e información a nuevo personal. • Posibilitar en la medida que se pueda la formación y participación de cuidadores, familia e incluso los propios residentes en simulacros y actuación en caso de emergencia

Fig. 2.60

Intervenciones para evitar, minimizar y gestionar los riesgos

En el área conductual:

Los trastornos comportamentales más frecuentes en el medio residencial son la deambulaci3n, agitaci3n, reacciones catastr3ficas, descuido del autocuidado, conductas agresivas, gritos y trastornos paranoides.

Estos trastornos tienen una fuerte relaci3n con la estimulaci3n externa, por lo que el control de est3mulos es una de las t3cnicas m3s efectivas para reducir estos comportamientos.

El objetivo ser3 controlar ciertas conductas mediante la asociaci3n de est3mulos con una respuesta adecuada y un refuerzo positivo. Para lo cual se eval3a este aspecto en el procedimiento de Valoraci3n Integral y se incluyen los objetivos y metodolog3a a seguir en el Plan de Atenci3n Individualizada.

El procedimiento de Manejo de Trastornos del Comportamiento, describe el programa relativo al manejo de comportamientos problem3ticos.

En el estado an3mico:

Se parte de la valoraci3n integral y el establecimiento de objetivos en esta 3rea. Como pautas generales siempre se fomentar3 el atender la comunicaci3n no verbal, darles tiempo para hablar y actuar, no meterles prisa, no reforzar conductas negativas que expresen dependencia y/o depresi3n, reforzar todo aquello que exprese adaptaci3n y autonom3a.

Es determinante, tal y como se recoge en el modelo psicosocial de atenci3n y en el fomento de la calidad de vida, permitir que aumente la sensaci3n de control sobre las situaciones dejando y favoreciendo que escojan entre alternativas. Si se detecta cualquier problema de tipo depresivo, comunicarlo a los/las profesionales competentes.

El estilo de comunicaci3n, la frecuencia y calidad de 3sta es fundamental para la prevenci3n y afrontamiento de situaciones problem3ticas y malos entendidos.

En lo referido a la autonom3a:

Trabajar para compensar las discapacidades y entrenar habilidades nuevas, as3 como para establecer los medios necesarios (ayudas f3sicas como antideslizantes, barras, mejora accesibilidad...)

Potenciar y favorecer para que realicen todo aquello que puedan, no hacerlo nosotros aunque nos resulte m3s sencillo, establecer rutinas, adaptar las actividades a sus gustos y preferencias.

Comunicaci3n de incidentes/accidentes en atenci3n

Todo incidente o accidente observado, o del que haya tenido conocimiento cualquier persona del equipo interdisciplinar, ser3 puesto en conocimiento del resto del equipo y se har3 constar en el parte diario para su valoraci3n e implantaci3n de las medidas preventivas y/o correctoras que se estimen oportunas.

En todos los casos quedar3 constancia de esta nueva valoraci3n en la hoja de evoluci3n de la persona usuaria afectada.

Evaluaci3n continua

Siguiendo las directrices definidas en el procedimiento de Valoraci3n Integral, las personas usuarias ser3n valoradas todas las veces que sean necesarias y por lo menos una vez al a3o.

Algunos registros que nos pueden ayudar en las intervenciones para evitar, minimizar y gestionar los riesgos pueden ser los siguientes:

CARACTERÍSTICA O LUGAR DONDE SE DETECTA EL RIESGO	TIPO DE RIESGO	MEDIDAS A ADOPTAR	PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS
AMBIENTE DE CONTENCIÓN POR RIESGO DE FUGA O OTROS TRASTORNOS DE CONDUCTA	RIESGO INTRÍNSECO A LA PROPIA SUJECCIÓN Y LIMITACIÓN EN LA AUTONOMÍA	AMBIENTE ADAPTADO Y CONTROLADO, CON SUPERVISIÓN CONSTANTE	
RESTRICCIÓN FÍSICA POR RIESGO DE FUGA O CAÍDA	RIESGO INTRÍNSECO DETERMINADO DE LA SUJECCIÓN FÍSICA Y LIMITACIÓN EN LA AUTONOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> - AMBIENTE ADAPTADO Y CONTROLADO, CON SUPERVISIÓN CONSTANTE - Formación de personal - Comunicación continuada con la familia (información escrita) 	
RIESGO DE SUFRIR AGRESIÓN POR OTRO USUARIO	DAÑO CORPORAL O PSÍQUICO	<ul style="list-style-type: none"> - AMBIENTE ADAPTADO Y CONTROLADO, CON SUPERVISIÓN CONSTANTE - Formación del personal - Separaciones ambientales - Valoración integral. 	
RIESGO DE AYUDA EN LA MOVILIZACIÓN	<p>Secundario: Uso inadecuado de la ayuda técnica utilizada.</p> <p>Secundario: en la movilización incorrecta</p> <p>Secundario: al propio trastorno de conducta y no colaboración del usuario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formación del personal - Aseguramiento y control del estado de las ayudas técnicas 	PROCEDIMIENTO DE MOVILIZACIÓN Y AYUDA EN LAS AVD (actividades de la vida diaria).
RIESGO EN EL MOMENTO DE LA ALIMENTACIÓN	<p>Ingesta inadecuada</p> <p>Desnutrición</p> <p>Atragantamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración continuada del personal auxiliar y enfermería - Formación del personal 	
MEDICACIÓN	IATROGENIA	<p>Revisión del tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de efectos secundarios - Asegurar el cumplimiento terapéutico 	

Fig. 2.61

CARACTERÍSTICA O LUGAR DONDE SE DETECTA EL RIESGO	TIPO DE RIESGO	MEDIDAS A ADOPTAR	PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS
ACCIDENTES EN EL TRANSPORTE. DESPLAZAMIENTOS DEL DOMICILIO A LA PARADA	CAÍDAS ATROPELLO		PROCEDIMIENTO DE TRANSPORTE
ACCIDENTES DERIVADOS DE ORGANIZACIÓN DE LIMPIEZA Y OTROS SERVICIOS	CAÍDAS, RESBALÓN, CHOQUES CONTRA CUBOS, CARROS...	BARANDILLAS, SUELO NO DESLIZANTE... (ESTADO DEL ENTORNO)	
ACCIDENTES EN EL ENTORNO PRÓXIMO	CAÍDAS Y ATROPELLOS	SEÑALIZACIÓN ADECUADA CONTROL MUNICIPAL	
SITUACIONES DE EMERGENCIA		- SIMULACROS - Formación de trabajadores	PLAN DE EMERGENCIA

Figura 2.62

Riesgo	Situación actual Indicador si es posible	¿Están correctamente controlados los riesgos? ¿Es práctica la pauta indicada?	Necesidades especiales a considerar	Medidas de control y correctoras
Caídas				
Contacto e ingesta de sustancias cáusticas				
Exposición a agentes biológicos				
Exposición a ruido				
Accidentes de tráfico				
Agresiones				
Atragantamiento Aspiración				
Desnutrición				
Choques				
Atrapamientos				
Toxiinfección y alergias alimentarias				
Yatrogenia				
Restricción física				
Incendio, explosión, catástrofe (Toda situación de emergencia)				

Fig. 2.63

2.11.6. Los derechos de las familias, personas voluntarias, y personas trabajadoras

2.11.6.1. Procedimiento de participación de residentes y familiares (Matia Fundazioa, 2000)

El papel de las familias en los centros y programas para personas mayores es determinante desde este modelo (Leturia, F.J., 2007).

El objeto de este procedimiento es describir la composición y funcionamiento de la comisión de participación de residentes y familias. La participación de las personas residentes y de las familias en la vida del centro, como clientes y sujetos principales de la vida de los centros, es uno de los principios fundamentales de los centros y por tanto un objetivo que debemos conseguir entre todos y todas potenciando la relación residente/usuario/a- familias- profesionales-voluntarios/as- institución.

La persona residente es la principal protagonista de nuestra atención, siendo la persona más apropiada para expresarse en relación a los servicios que le prestamos, siempre que esté capacitada para ello. Cuando nos encontramos en situaciones de deterioro cognitivo o similares que impiden el adecuado ejercicio del derecho a tomar decisiones, es la familia en primer término quien debe representarle. De cualquier manera la familia tiene un lugar y un espacio muy importante en el centro. La participación de las familias puede mejorar de muchas formas la calidad de vida, siendo de especial interés en el caso de las personas mayores, cuyo deterioro físico y/o cognitivo puede dificultarles el ejercicio de este derecho autónomamente.

Las familias pueden participar de diferentes formas. Una de ellas es a través de las asambleas y/o asociaciones de familiares con capacidad de colaboración en la gestión y obtención de nuevos recursos, colaborar en las actividades de la residencia, informar al equipo de las principales preocupaciones de la familia, etc.

La Comisión de participación de residentes y familiares es una comisión más del conjunto de equipos y comisiones que la entidad y el centro disponen para impulsar los objetivos planteados en su definición de empresa, en su plan general de intervención en servicios sociales, etc. Esta comisión pretende ofrecer un espacio más para la participación de las personas residentes y familiares en la que puedan conocer los objetivos y planes de la fundación y transmitir a sus representantes y profesionales sus inquietudes, colaborando activamente en la promoción de la calidad de vida en sus centros.

Puede estar constituida como una sola comisión en la que estén representadas las personas residentes y usuarias del centro y familiares junto a profesionales y representantes del centro, o en caso de que en el centro haya personas mayores que lo deseen en dos comisiones: una para personas mayores y otra para familiares.

Esta comisión estará compuesta, por los siguientes integrantes:

- Por parte del centro: director/a y trabajador/a social.
- Por parte de los residentes: 3 ó 4 residentes con capacidad mental conservada.
- Representantes de usuarios con deterioro cognitivo: 3 ó 4 familiares

El/la trabajador/a social asumirá el papel de secretario/a de la comisión levantando acta de cada una de las reuniones y temas tratados.

Eventualmente podrán asistir otras personas o representantes con el fin de informar o tratar algún aspecto concreto.

- Esta comisión tendrá un carácter consultivo e informativo y complementario, nunca sustitutorio a las reuniones semestrales a las que son invitadas todos los/las familiares de las personas residentes y usuarias de los centros de día.
- Igualmente puede colaborar en la puesta en marcha de diferentes actividades y proyectos que afecten a una mejora de las condiciones de vida de las personas mayores, así como a lograr una mayor y mejor relación del centro con el barrio o comunidad en que se inserta.

- Se reunirá, como mínimo, con una periodicidad trimestral.
- A esta comisión se le facilitarán los medios para comunicarse y dispondrán de un espacio en el centro para reunirse, así como de un espacio en el órgano de comunicación interna correspondiente para exponer sus colaboraciones.
- Las personas participantes en esta comisión se adherirán a la misma de manera voluntaria. Inicialmente se presentará esta iniciativa a todos/todas los/las familiares invitándoles a participar. Entre aquellas personas interesadas se escogerá a las tres que participarán inicialmente por un periodo de dos años, turnándose al cabo de este tiempo por otras tres hasta que todas las interesadas participen en esta comisión. En un futuro no se descarta que se pueda elegir a estos/estas representantes, aunque con la práctica el objetivo sería que se auto-organizarán autónomamente y fueran ellas mismas las que decidieran cómo seleccionar sus representantes, etc.

2.11.6.2. *Derechos y deberes de las personas profesionales*

Derechos de las personas profesionales

Las personas profesionales de los servicios sociales, además de los derechos reconocidos constitucional y legalmente y de aquellos que les reconocen la normativa laboral y la legislación aplicable en función de su profesión, y sin perjuicio de su aplicación e interpretación de conformidad con el ordenamiento jurídico y la jurisprudencia, tendrán los siguientes derechos:

- a) Derecho a ejercer su labor profesional en los servicios sociales en condiciones de igualdad y dignidad.
- b) Derecho a acceder a una información y orientación inicial destinadas a facilitar su adaptación a las características del servicio.
- c) Derecho a beneficiarse de una formación profesional continuada durante toda su vida activa.
- d) Derecho a participar, individual o colectivamente, en las decisiones que les afecten y en la organización de los servicios y a acceder a los cauces de información, sugerencia y queja que permitan el ejercicio efectivo y la defensa de sus derechos.
- e) Derecho a disponer de los medios necesarios para garantizar la prestación de un servicio en condiciones que respondan a los criterios de calidad exigidos por la normativa correspondiente.

Deberes de las personas profesionales

Las personas profesionales de los servicios sociales, además de ajustarse en su actuación a los deberes que les imponen la normativa laboral y la legislación aplicable en función de su profesión, y de ajustar su intervención a las orientaciones que, en su caso, recoja el código deontológico propio de su disciplina, tendrán los siguientes deberes:

- a) Promover la dignidad, la autonomía, la integración y el bienestar de las personas a las que atienden y respetar todos los derechos reconocidos en la legislación a las personas usuarias y profesionales.
- b) Conocer y cumplir la normativa vigente en el ámbito de los servicios sociales y, en particular, las normas reguladoras de la organización y del funcionamiento de los servicios en los que ejercen su actividad.
- c) Mantener, en sus relaciones con otras personas profesionales y usuarias, un comportamiento no discriminatorio.
- d) Respetar las opiniones, criterios y decisiones que las personas usuarias tomen por sí mismas o a través de su representante legal.

- e) Guardar las normas de convivencia y respeto mutuo en los servicios en los que prestan servicios sociales y en cualquier otro lugar relacionado con sus actividades.
- f) En caso de que sea necesaria la derivación de la persona usuaria a otro u otros servicios, hacerlo de la manera más favorable para aquélla, procurando la continuidad de la intervención.
- g) Respetar y utilizar correctamente los bienes muebles y las instalaciones de los servicios en los que desarrollan sus funciones y de cualquier otro lugar relacionado con sus actividades.
- h) Respetar los plazos que se establezcan para las distintas intervenciones, ajustándose, en todo caso, a los plazos máximos previstos en la normativa vigente.
- i) Poner en conocimiento de la persona responsable del servicio o, si lo estiman necesario, de la o del responsable del departamento del que depende el servicio o de la unidad competente para desarrollar las funciones de inspección, las irregularidades o anomalías que se observen en el funcionamiento, la organización o las instalaciones del mismo.
- j) Poner en conocimiento de la autoridad competente cualquier situación que, en su opinión, y basándose en los elementos de valoración de los que disponen, pudiera conllevar una vulneración de derechos.

2.11.6.3. *Derechos y deberes de las personas voluntarias*

Derechos

La Ley 17/1998, de 25 de junio, expone en su Art. 6 los derechos del voluntario.

1. Participar activamente en la organización en que se integre, recibiendo la debida información sobre la misma, y en especial sobre sus fines, estructura organizativa y funcionamiento, así como constituir y ser parte de los órganos de participación que se constituyan en el seno de la organización.
2. Colaborar en el diseño, elaboración, ejecución y evaluación de los programas o proyectos en los que intervenga así como tener la oportunidad de dar su opinión sobre aspectos de la organización que le afecten como voluntario/a.
3. Recibir el apoyo técnico, humano y formativo que requiera la tarea que desempeñe como voluntario o voluntaria, y recibir orientación sobre las actividades para las que reúna las mejores condiciones.
4. Recibir la cobertura de un seguro por los daños y perjuicios que el desempeño de su actividad como persona voluntaria pudiera causar a terceros, con las características y por los capitales que se establezcan reglamentariamente.
5. Recibir una compensación económica por los gastos realizados en el desempeño de su actividad, siempre que así se haya establecido en las condiciones pactadas entre la persona voluntaria y la organización y dentro de los límites previstos en dicho acuerdo.
6. En la medida en que los programas o proyectos a realizar lo permitan, desarrollar las actividades en su entorno más próximo.
7. Recibir un trato no discriminatorio y justo, respetando su libertad, dignidad, intimidad y creencias.
8. Realizar su actividad en las debidas condiciones de seguridad e higiene, en función de la naturaleza y características de la misma.
9. Obtener el respeto y reconocimiento a su contribución social
10. Cesar libremente, previo aviso, en su condición de voluntario.
11. Los demás que se deriven de la presente ley y del resto del ordenamiento jurídico que haga referencia al voluntariado.

Deberes

La Ley 17/1998, de 25 de junio, expone en su Art. 7 las obligaciones del voluntario.

1. Apoyar, en la medida de sus posibilidades y voluntad, activamente a la organización en la que se integra, participando y colaborando con la misma.
2. Cumplir los compromisos adquiridos con la organización, respetando los fines y la normativa por la que se rige.
3. Actuar diligentemente en la ejecución de las tareas que le sean encomendadas y seguir las instrucciones que se le impartan por los responsables de la organización.
4. Participar en las actividades formativas previstas por la organización y en las que sean necesarias para mantener la calidad de los servicios que se prestan.
5. Guardar la confidencialidad de la información recibida y conocida en el desarrollo de su actividad voluntaria.
6. Respetar los derechos de las personas o grupos de personas a quien dirige su actividad.
7. Utilizar adecuadamente la acreditación de persona voluntaria y el distintivo de su organización.
8. Cuidar los recursos materiales que se pongan a su disposición.
9. En general, realizar la acción voluntaria conforme a los principios recogidos en el artículo 4 de esta ley.
10. Las demás que se deriven de la presente ley y del resto del ordenamiento jurídico que haga referencia al voluntariado.
11. Observar las medidas de seguridad e higiene que se adopten.

2.11.6.4. Código deontológico

La atención e intervención con personas mayores tanto autónomas como en situación de fragilidad, dependencia o discapacidad y sus familias, está relacionada directamente y tiene como objetivo principal mantener, mejorar y promover su calidad de vida. El alcanzar esa calidad de vida implica la plena consideración y respeto de los valores personales, señas más importantes de su identidad personal. De acuerdo con lo anteriormente expresado, las actuaciones deben realizarse de una forma ética garantizando además del desarrollo de la misión, visión y valores de la empresa, la mejor calidad de atención y la búsqueda de excelencia como organización de manera acorde a los más avanzados modelos de gestión y al siguiente código deontológico (Matia Fundazioa, 2003).

Conducta personal

- Manifestar respeto por las personas atendidas y su entorno.
- Manifestar respeto por el resto de profesionales de la organización.
- Saber escuchar, dando valor a lo transmitido por los/las clientes.
- Respetar los derechos humanos (derecho a la vida, a la dignidad, a ser tratado con respeto), los valores, costumbres y creencias espirituales de la persona y su familia.
- Confidencialidad y discreción en el manejo de la información relativa a sus datos privados.

- Colaboración interprofesional, trabajo en equipo, tanto internamente como con otros profesionales e instituciones.
- Contribución activa al desarrollo del núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.
- Que las actuaciones sean acordes a la normativa y se adecuen progresivamente a las necesidades.
- No asumir actuaciones que no sean de su competencia.
- Aceptar la responsabilidad de las acciones que se realicen y delegar en los casos necesarios.
- Mantener el nivel de salud personal necesario que no comprometa la capacidad de intervención.
- Cumplir este código deontológico.

Profesionalidad en su trabajo

- Excelencia profesional.
- Realizar el trabajo lo mejor posible, sin ningún tipo de influencia ni externa ni interna que pueda condicionar el trabajo bien hecho.
- Aplicar todos los conocimientos y recursos disponibles para responder a la necesidad y deseos del cliente. Los conocimientos serán válidos, veraces, fiables y reproducibles en nuestro medio.
- Reconocimiento de todos los participantes en la toma de decisiones como interlocutores válidos y necesarios en la toma de decisiones.
- Saber trabajar con equipos de forma competente, estilo participativo y carácter interdisciplinar, con un modelo de intervención psicosocial y sociosanitario que garantice un nivel de atención de máxima calidad.
- Potenciar la participación de las personas, tanto clientes internos como externos en las decisiones (decisiones consensuadas).
- Decisiones justificadas con criterios éticos (en caso de duda, acudir al comité de ética asistencial).
- Cerciorarse de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas y pacientes.
- Identificar los dilemas éticos que se generen en el marco de la atención e intervención así como la manera de resolverlos.
- Comunicar previamente al cliente siempre los aspectos a favor y en contra de cualquier decisión o actuación (explicar las indicaciones, beneficios y riesgos de las actuaciones profesionales, de manera adecuada, veraz, y comprensible a su situación).
- Colaboración, asesoramiento a las personas trabajadoras y clientes (usuarios y familiares).
- Aceptar únicamente aquellas personas usuarias que cumplan con los criterios de admisión, excepción hecha de lo pactado y organizado de forma consciente y responsable por el responsable.
- Cuando no se pueda dar un servicio de calidad por la tipología o necesidad de la persona usuaria, derivarlo a otros servicios.
- Tener consentimiento para la utilización de la información (obtener autorización del interesado o en su caso de su representante para la utilización de la información).
- Promover, con carácter general, el mejor desarrollo de las capacidades individuales y sociales de las personas mayores, evitando su marginación y propiciando su integración efectiva y participación social.

- Antes del ingreso, siempre que sea posible, informar, especificar y aclarar cualquier duda que el cliente pueda plantear, así como especificar las condiciones que se derivan del ingreso en el centro (derechos y deberes).
- Realizar una prevención de riesgos eficaz con todas las personas trabajadoras (información, consulta, participación, formación y vigilancia de la salud).
- Poner en práctica acciones para conseguir la máxima satisfacción laboral y profesional.
- No aceptar remuneraciones que no hayan sido pactadas con el cliente.
- Respetar la competencia sin realizar actuaciones desleales.
- Ser realistas y honestos en las críticas de trabajos realizados por otros/otras profesionales.

Relaciones con las administraciones, empresas y clientes

- Adaptación al cliente (flexibilidad) siempre que su necesidad pueda ser cubierta con los recursos.
- Colaborar con todas aquellas personas y entidades cuyo trabajo está dirigido a la promoción de la calidad de vida de las personas mayores.
- Contribuir a la coordinación de programas para conseguir mejores resultados.
- Promover políticas y actuaciones que mejoren la situación social.
- No desprestigiar a otros/otras profesionales o entidades.
- Difusión de colaboradores (siempre manteniendo la confidencialidad).
- Si se prevé un conflicto de intereses, comunicárselo al cliente.
- Que el beneficio sea el mayor posible para el mayor número de clientes.
- Responsabilidades compartidas entre el asesoramiento y la decisión consensuada con el cliente.

Responsabilidad con la sociedad

- Solidaridad y, en especial, con los sectores más vulnerables de la sociedad.
- Potenciar las relaciones intergeneracionales buscando una finalidad solidaria y pedagógica.
- Apoyar y mantener el voluntariado.
- Dedicación de conocimientos, técnicas y recursos para cubrir necesidades.
- No apoyar actuaciones que deriven en un incumplimiento de los derechos básicos de las personas.
- Denunciar situaciones que vayan en contra de los derechos humanos y lo expresado en este código (prácticas no éticas).
- Participación en el desarrollo social, impulsando la mejora en la calidad de vida
- Contribuir al aumento de oportunidades, posibilidad de mejora para miembros de la sociedad.
- Promover la conciencia social.
- Satisfacer las expectativas de la sociedad, ser referencia cualificada en el sector y tener una buena proyección exterior.
- No adoptar ni permitir ningún acuerdo que perjudique a la comunidad.

- Difusión del conocimiento y del saber hacer.
- Trabajar en sistemas de gestión medioambiental.
- Impulsar la formación en este sector.

2.11.6.5. Procedimiento de consentimiento informado

El consentimiento informado es una metodología que pretende garantizar el derecho del mismo nombre por el cual es la persona quien, debidamente informada, manifiesta y certifica su consentimiento a determinada intervención o participación en investigaciones... A modo de ejemplo, se presenta el procedimiento de Matia Fundazioa (2000).

Objeto

Determinar las acciones a seguir cuando se solicite consentimiento informado a una persona usuaria, familiar y/o representante legal, las responsabilidades del personal y la forma en que se va informar a la persona usuaria y/o representante legal para garantizar que el consentimiento sea libre y entendido por las partes.

Definición

Se entiende por consentimiento informado la conformidad libre, voluntaria y consciente de un/a paciente o persona usuaria, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud u otro ámbito de la actividad sociosanitaria.

Responsabilidades

El consentimiento informado supone las siguientes obligaciones o responsabilidades:

- Para la dirección del centro: asegurarse de que se solicita consentimiento informado de la forma descrita de todas aquellas actividades o prácticas en las cuales se considera necesario. Solicitar consentimiento informado en los casos que no requieran la participación de personal sanitario o investigador.
- Para el personal sanitario (médico y enfermero/a): informar y solicitar el consentimiento en los procedimientos o prácticas sanitarias para la cuales se requiera el consentimiento informado.
- Para la persona investigadora principal o miembro del equipo investigador: informar y solicitar el consentimiento informado para la investigación y para la cesión de datos para la realización de investigaciones y/o docencia.

Alcance

Este procedimiento es de aplicación a todos los centros: centros residenciales (centros gerontológicos y centro de atención especializada), centros de día, centros de rehabilitación y hospital en todas aquellas prácticas que lo requieran.

No es de aplicación este procedimiento en lo relativo al consentimiento informado para el tratamiento general de datos de carácter personal y para el ingreso voluntario en el centro, requisito que queda resuelto mediante la firma del contrato asistencial que incluye cláusulas al efecto.

Prácticas que requieren consentimiento informado

(1) Técnicas:

- Restricción física
- Solicitud de pruebas analíticas específicas (VIH, VHB y VHC)
- Transfusión
- Urograma
- Enemaopaco

(2) Otros:

- Cesión de documentación clínica a un familiar
- Conformidad con el PAI

(3) Investigación:

- Participación en ensayos clínicos y en investigaciones
- Cesión de datos para la realización de investigaciones y/o docencia

(4) Cesión de imagen y aparición pública de la misma

Sistema operativo

Cuando se determine necesaria una práctica para la cual se requiere consentimiento informado del usuario y/o de su representante legal, la dirección del centro, el personal sanitario y/o investigador, según el caso, informará a la persona usuaria en una reunión sobre el procedimiento, práctica o investigación, las razones que la motivan y sus consecuencias.

En caso de tratarse de técnicas (1) siempre se informará de:

- Ventajas del procedimiento frente a otras alternativas posibles.
- Consecuencias seguras o muy probables del procedimiento, que son relevantes para el usuario. Incluyendo las psicológicas y emocionales que pueden derivarse de la intervención.
- Riesgos típicos, que son los inherentes al procedimiento.
- Riesgos personalizados.

En caso de tratarse de una investigación biomédica, ensayos clínicos con medicamentos o de otro tipo (2), se informará verbalmente así como por escrito de lo siguiente:

- Objetivos de la investigación o ensayo.
- Riesgos e inconvenientes.
- Condiciones en las que se llevará a cabo.
- Derecho a retirarse del ensayo en cualquier momento sin que ello le ocasione perjuicio alguno.
- Punto de información sobre el ensayo.

En este caso, se redactará una hoja de información para la persona que contendrá toda aquella información relevante (como mínimo la descrita anteriormente), expresada en términos claros y comprensibles y estará redactada en la lengua propia de la persona interesada. Deberá firmar la hoja de información y adjuntarla al impreso del consentimiento informado cuando lo entregue.

Cuando el/la profesional se haya cerciorado de que la persona usuaria ha entendido correctamente la información ofrecida, se le dará el impreso de consentimiento informado para que pueda decidir en la intimidad y o consultar el tema a otras personas.

Una vez recibido el impreso correctamente cumplimentado y firmado por la persona usuaria se comunicará a las partes interesadas y se iniciará la práctica o procedimiento. Dicho consentimiento deberá guardarse en el expediente o documentación clínica del usuario/a quedando así sometido a la confidencialidad del conjunto del expediente y será renovado siempre que sea necesario.

En caso de que la persona sea incapaz para la toma de decisiones al respecto y/o esté incapacitada legalmente, ésta será informada de manera adecuada a sus posibilidades de comprensión. No obstante se informará a la familia y/o el representante legal para que sean ellos quienes tengan que dar su consentimiento mediante impreso firmado.

Es responsabilidad de la dirección del centro asegurarse de que se solicita consentimiento informado de la forma descrita de todas aquellas actividades o prácticas en las cuáles se considera necesario.

Cuando la persona usuaria o su familiar o representante no dé el consentimiento informado para un procedimiento valorado por el equipo como necesario para salvaguardar la seguridad de la persona y/o de las personas de su entorno, se solicitará la intervención (habiendo avisado a la familia de ello) del comité de ética, de la administración de justicia y/o del juez (si la persona está incapacitada) para que se tome la decisión oportuna.

No se solicitará consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona enferma y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Legislación relacionada:

- LEY 21/2000. Ley sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.
- LEY 41/2002. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- LEY 44/2003. Ley de ordenación de profesiones sanitarias.
- REAL DECRETO 223/2004. Ensayos clínicos con medicamentos.
- LEY 14/2007. Ley de investigación biomédica.

2.11.7. Otros aspectos

2.11.7.1. Sugerencias, reclamaciones y quejas

Buzones de sugerencias

Los centros contarán con un buzón de sugerencias donde se recogerán todas las quejas, reclamaciones, y sugerencias aportadas por las personas usuarias y familiares. Éstas son recogidas por la dirección del centro y canalizadas a través del Procedimiento de quejas, reclamaciones, sugerencias e incidencias y revisadas por el equipo del proceso de relaciones con el cliente.

Reclamaciones y quejas

La evolución del número de reclamaciones obedece al interés de la organización por conocer las inquietudes de sus usuarios y trabajadores. Para ello, en el 2004 se revisó el enfoque del procedimiento de quejas, sugerencias y reclamaciones, dando un trato diferenciado a estas últimas. Asimismo, en 2005 se ha modificado el formulario de recogida de reclamaciones e incidencias, introduciendo la posibilidad de enviarlas por correo electrónico, lo que nos ha permitido ser más efectivos en el tratamiento de las mismas.

Evolución del nº de reclamaciones, incidencias y sugerencias

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Reclamaciones	20	70	17	87	56	66	
Incidencias	-	28	26	116	152	82	78
Sugerencias	8	19	40	81	88	76	37
TOTAL	28	117	83	284	296	224	225

Numero de mejoras derivadas de la gestión de Q/R/S/I (quejas, reclamaciones, sugerencias, incidencias)

Fig. 2.64

Esta figura mide el porcentaje de mejoras implantadas sobre el total de sugerencias recibidas.

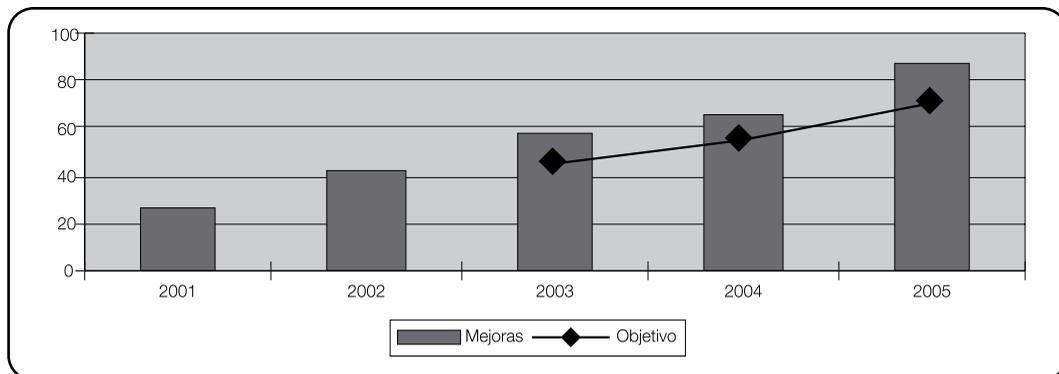


Fig. 2.65

2.11.7.2 Encuestas de satisfacción

La percepción de las personas usuarias y familias se recogerá con las encuestas de satisfacción que se realizarán anualmente a los usuarios/as que no sufran deterioro cognitivo y a las familias del Centro. Para poder analizar los resultados con fiabilidad, se recogerá la opinión de todas las personas usuarias que no tengan deterioro cognitivo y se les entregará a todos los familiares de usuarios/as del Centro. El cuestionario consta de un apartado de sugerencias que se canalizan a través del procedimiento correspondiente.

A modo de ejemplo se presenta un modelo de cuestionario.

Cuestionario para familiar

NOMBRE DEL CENTRO:

SEXO:

PARENTESCO:

1. ¿Conocía Ud los servicios que ofrecía el Centro antes de que su familiar hubiese accedido a ellos?

Sí

No

2. ¿Qué opinión tenía de ellos?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. ¿Cómo valoraría Ud la información que le facilitaron al ingreso de su familiar en el Centro y el trato recibido?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. ¿En qué medida está satisfecho/a de cómo vigilan la salud de su familiar en el Centro?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. ¿Cuál es su opinión sobre el médico/a del Centro a la hora de hacer su trabajo?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. ¿Cuál es su opinión sobre el personal de enfermería del Centro a la hora de hacer su trabajo?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. ¿Cuál es su opinión sobre el/la trabajador/a social del Centro a la hora de hacer su trabajo?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. ¿En qué medida está satisfecho con la actitud y el trato que recibe su familiar por parte del personal del Centro?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. ¿Está satisfecho con la rapidez con que se le atiende una necesidad a su familiar por parte del Centro?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. ¿Está satisfecho con el cuidado de su higiene a su familiar en el Centro?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. ¿Está Ud satisfecho de cómo cuidan la alimentación de su familiar en el Centro?

10 9 8 7 6 5 4 3 .2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. ¿En qué medida está satisfecho con la limpieza del Centro?

10 9 8 7 6 5 4 3 .2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. ¿En qué medida está satisfecho con las diferentes salas del Centro?

10 9 8 7 6 5 4 3 .2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. ¿En que medida está Ud satisfecho con las diferentes actividades que se realizan en el Centro?

10 9 8 7 6 5 4 3 .2 1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.11.7.3. Resultados de los cuestionarios de satisfacción del cliente

El criterio 6 del Modelo de Excelencia EFQM (European Foundation for Quality Management – Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) hace referencia a la satisfacción del cliente.

Tal y como se define y desprende de la misión, visión y valores de Fundación Matia, el eje principal de su gestión es satisfacer plenamente las necesidades y expectativas de todos sus clientes y por tanto conseguir su máxima satisfacción. A través del despliegue de la Política y estrategia en la organización y la revisión y mejora de los procesos asistenciales se consigue cumplir con sus expectativas y aumentar la satisfacción de estos en cuanto a la calidad de los servicios prestados, lo que se refleja en la evolución positiva de los resultados de los diferentes indicadores

MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

Personas usuarias y familiares

La medición de la satisfacción directa del cliente se realiza a través de las encuestas que se realizan con carácter anual y están segmentadas por servicios y centros.

Objetivos. La determinación de los objetivos viene marcada por las líneas estratégicas de la organización. En nuestro sector de actividad, alcanzar un grado de satisfacción igual o superior a 8 en una escala sobre 10 se considera un resultado excelente. Por ello, el objetivo es no estar nunca por debajo de ocho. No obstante, en función de los resultados alcanzados en la medición anterior, se revisan los objetivos y se adecuan de cara a la siguiente medición.

Comparaciones. Es conveniente compararse con entidades similares.

Satisfacción global. Este indicador mide el grado de satisfacción global de las personas usuarias y sus familias en la Fundación Matia. Presenta tendencias sostenidas elevadas, alcanzando los objetivos y con comparaciones favorables... Este indicador se encuentra segmentado tanto por usuarios/as como por familias, en todos los centros.

Satisfacción global por centros y servicios.

La siguiente figura muestra los resultados de satisfacción global por centros y servicios: Hospital, Centro Gerontológico, Centros de Día y Rehabilitación.

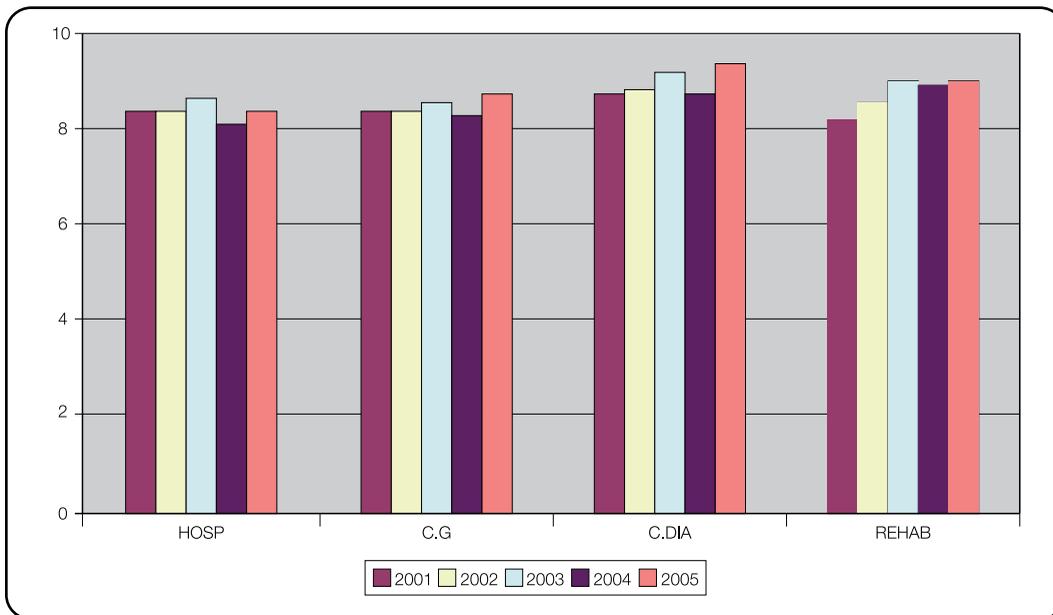


Figura: 2.66

Organización y funcionamiento de Centro /Servicio

Este bloque de indicadores, mide la satisfacción de los clientes con la organización y funcionamiento de los centros y servicios. Los resultados presentan tendencias sostenidas por encima de 8,5, alcanzando los objetivos.

Satisfacción con el funcionamiento y la organización

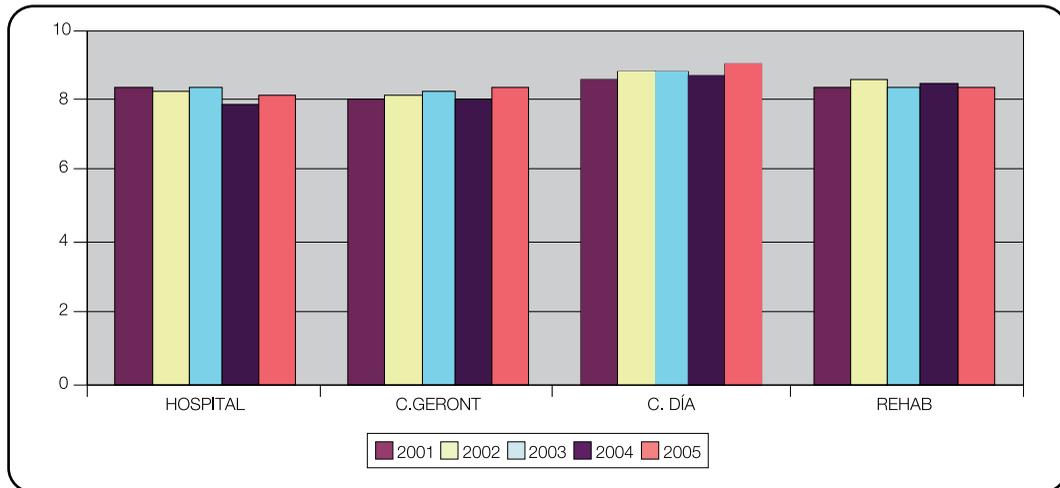


Figura 2.67

Satisfacción infraestructuras por centros y servicios

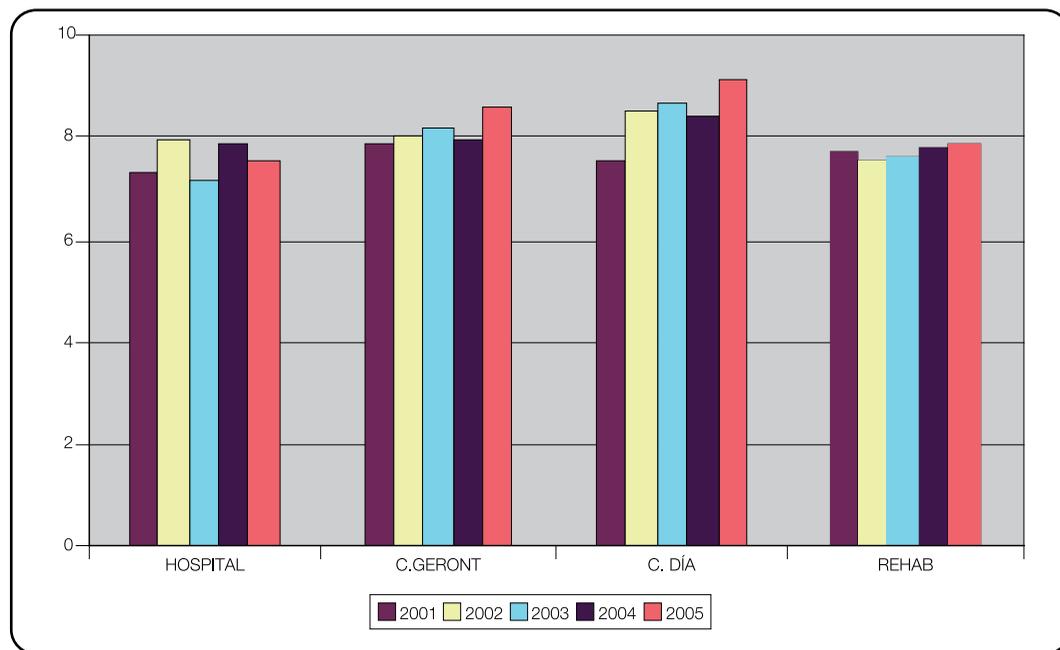


Figura 2.68

Atención necesidades

El indicador de Atención de necesidades mide la satisfacción con la rapidez en la atención, las actividades de la vida diaria y la intimidad. Presenta tendencias positivas a lo largo del tiempo, alcanzando valores en 2005 por encima de 9.

Satisfacción con la atención en los distintos centros y servicios

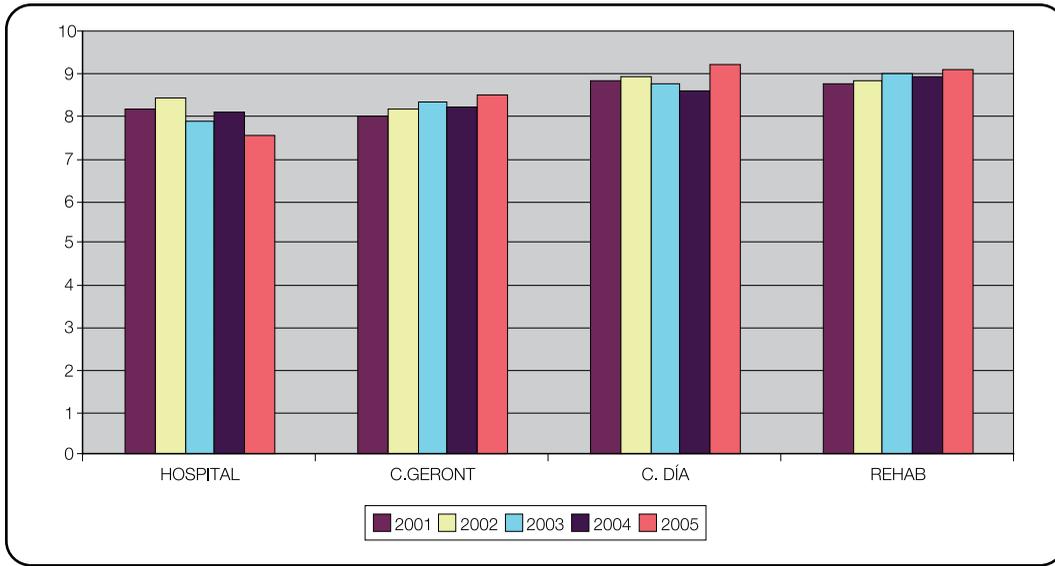


Figura 2.69

Trato y actitud

Nuestros procesos asistenciales están orientados, no sólo a la atención a las patologías y dependencia, sino también a la atención de otras necesidades de nuestros clientes. Presenta tendencias positivas, alcanza los objetivos y las comparaciones resultan favorables. Es consecuencia directa de la orientación al cliente por parte de todas las personas y de la adecuación de los profesionales a las competencias definidas.

Satisfacción con el trato y actitud en los distintos centros y servicios

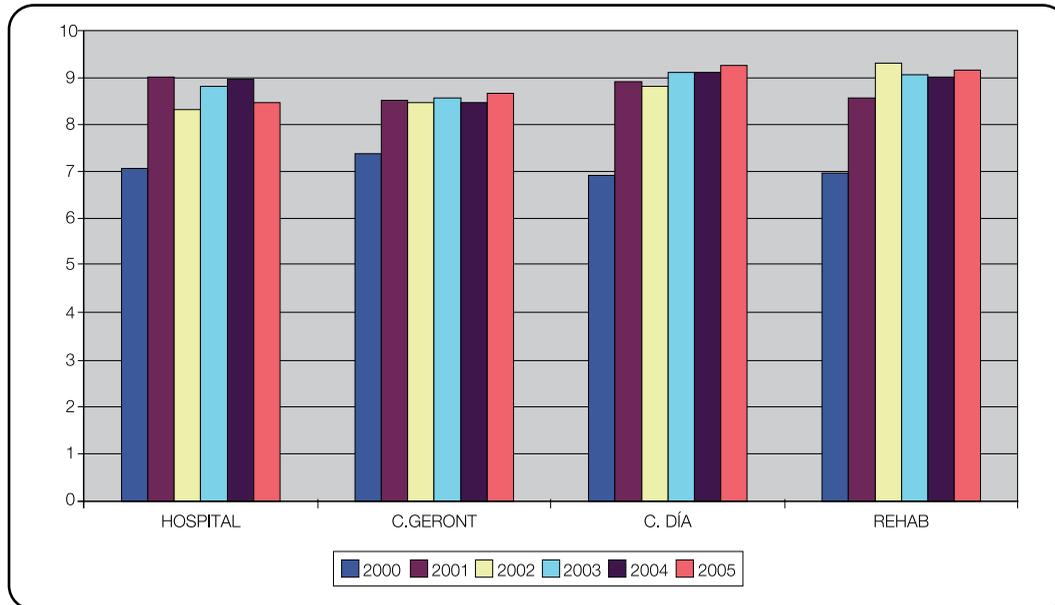


Figura 2.70

Competencias profesionales. Presenta muy buenos resultados, se alcanzan los objetivos y las comparaciones resultan favorables

Satisfacción con las competencias profesionales en los distintos centros y servicios

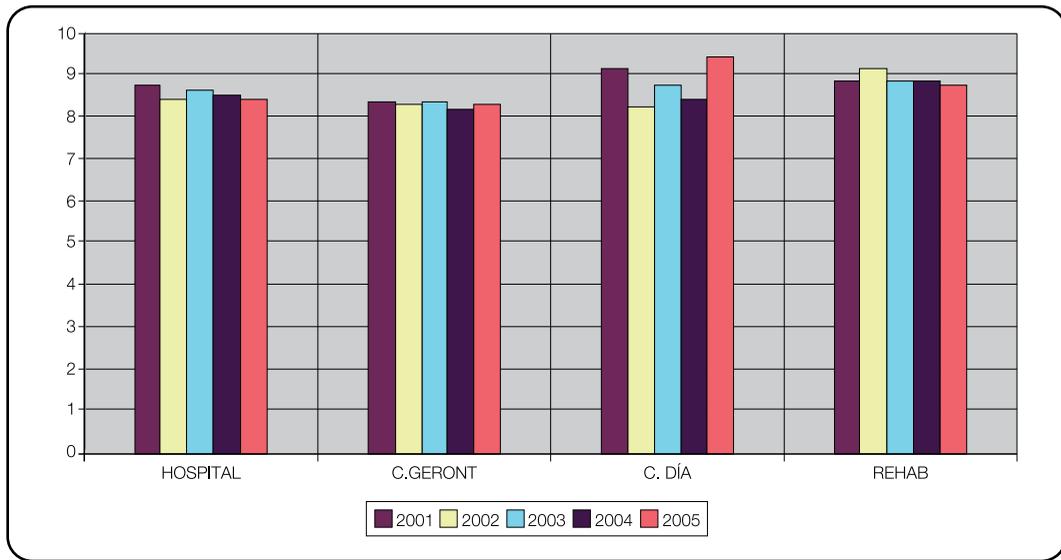


Figura 2.71

Información recibida. Este indicador mide el grado de satisfacción de los usuarios con la información recibida. Presenta tendencia positiva y alcanza los objetivos. Como consecuencia de los resultados obtenidos en el año 2001 pusimos en marcha acciones de mejora encaminadas a mejorar la satisfacción con la información, como por ejemplo convertir al residente o usuario de Centro de Día en interlocutor principal al ingreso, facilitándole a él todo la información sobre los servicios; la realización de una acogida especial al residente de centros gerontológicos y la puesta en marcha de comisiones de residentes y de familias.

Satisfacción en los distintos centros y servicios con la información recibida

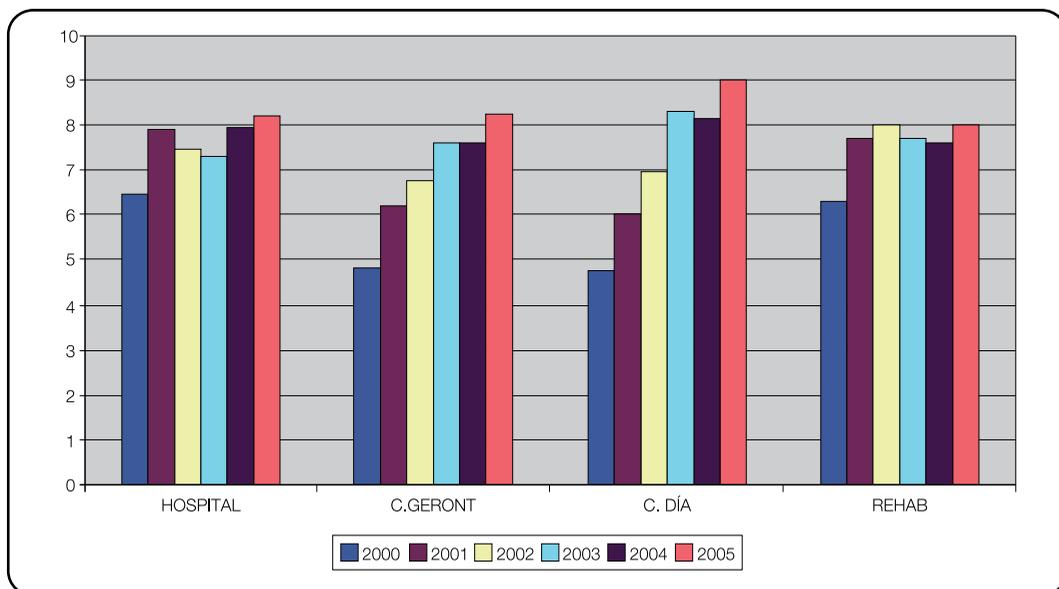


Figura 2.72

2.11.7.4. Servicio de atención al usuario

Las personas usuarias del centro y familiares tendrán a su disposición el Servicio de Atención al Usuario (SAU), donde se recogen todas las quejas, sugerencias, e incidencias de toda la organización y tras su análisis y estudio, se les da la respuesta más adecuada en cada caso o dónde pueden realizar cualquier consulta (Ver acceso por www.matiaf.net)

2.11.7.5. Comisión de familiares/Reuniones de familias

Existirá una Comisión de familiares de las personas mayores dependientes como órgano permanente que se reúne con una periodicidad determinada. A través de ellas las familias podrán aportar las mejoras y sugerencias oportunas. El desarrollo de todas estas reuniones queda recogido en actas.

2.11.7.6. Comisión de personas usuarias

Como órgano de participación e implicación de los usuarios los representantes voluntarios en la Gestión del Centro se reunirán trimestralmente. Con el resto de personas usuarias se realizan reuniones semestrales donde se aportan mejoras, quejas y sugerencias, quedando recogido su desarrollo en actas.

2.11.7.7. Equipos de mejora sobre estos temas

Es importante, a partir del análisis de los resultados de estas evaluaciones, crear equipos de mejora interdisciplinares, con diferentes perspectivas, incluyendo a personas de actuación directa, etc., que analicen los resultados y establezcan programas de mejora. A modo de ejemplo, presentamos el informe final de un equipo:

Este equipo se planteó como objetivo el ACTUALIZAR EL CONOCIMIENTO Y PROMOVER LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS CLIENTES Y USUARIOS COMO CIUDADANOS Y CIUDADANAS NECESITADOS DE APOYOS DEBIDO A SU SITUACIÓN DE ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA y, para ello, analizar el cumplimiento de esos derechos en los centros gerontológicos y de día a dos niveles:

1. Análisis de la situación actual en los centros utilizando como instrumento de valoración el documento “Los derechos de las personas mayores en residencias”, derivado del instrumento “las residencias son para vivir”.
2. La aplicación y la materialización efectiva a nivel organizativo y en la vida real diaria de los derechos proclamados.
3. Formar a los equipos en la importancia de promover estos derechos tal y como se recoge en el documento del Modelo de Atención Psicosocial.
4. Transmitir a las personas usuarias y familiares este derecho.
5. Difundir el conocimiento adquirido al resto de instituciones, empresas y otras entidades dedicadas al ámbito de la tercera edad.

Una vez realizado este trabajo presentamos el siguiente reporte de lo realizado:

6. Se ha impulsado el desarrollo de este tema en los centros gerontológicos explicando que se ha adoptado como herramienta para la evaluación de los derechos de las personas residentes el instrumento del SIIS adaptado del sistema de garantía interna de calidad (adaptación del

“Nursing Homes are for Living in”, NHALF) con el que se ha evaluado la situación actual en todos los centros. A partir de ahora se incluirá en el proceso de atención residencial y de centro de día como instrumento para analizar permanentemente este aspecto y planificar mejoras a introducir en el plan de gestión propio del proceso y de cada centro.

7. Se ha firmado un Convenio de colaboración y se propondrá crear un **Seminario permanente sobre los derechos de las personas mayores y sus cuidadores y la prevención del trato inadecuado y celebrar una Jornada Técnica organizada conjuntamente con Hurkoa** que sirva para generar un Seminario sobre este tema con otras instituciones y entidades que puedan estar interesadas y pueda ser el origen de un Observatorio permanente en este tema.
8. Se intentará que desde ese Convenio de colaboración y la participación de Hurkoa en el Comité de ética asistencial, exista un asesoramiento legal sobre **jurisprudencia** en este tema.
9. Se sigue trabajando en la **Comisión Ético Jurídica del Patronato**.
10. Se propondrá a las instituciones crear una **asesoría jurídica** (propuesta que trabajamos en su día en el Comité ético jurídico del Patronato).
11. Queda pendiente trabajar la **garantía de derechos en investigación**, lo cual se llevará a la Comisión de investigación. Se analiza la posibilidad planteada de que se solicite un solo consentimiento informado genérico a los residentes para agilizar los trámites y no tener que solicitar cada vez que se les vaya a incluir en un proyecto de investigación un consentimiento informado, lo cual no es factible ni oportuno y se decide que debemos solicitar cada vez que se incluya a una persona en un proyecto un nuevo y específico consentimiento informado, pues así está establecido en la legislación y recomendaciones del Consejo de Europa.
12. Creyendo que se ha avanzado bastante en este tema y concretamente en los objetivos marcados por este equipo de gestión del conocimiento en este campo, quedamos en **informar de este tema, de los avances realizados y los siguientes pasos a dar al Comité de mejora y al Comité operativo y en dar por cerrado este trabajo** e integrarlo en la actividad de los procesos y de los centros.

2.11.7.8. Protección de datos y confidencialidad

El tratamiento de los datos tanto de personas residentes, familiares y trabajadores del Centro Gerontológico, se realizará, con arreglo a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y los principios que la regulan y el reglamento de Medidas de Seguridad 994/1994, que regula las medidas de seguridad de ficheros automatizados.

Principio de calidad de los datos

El centro basará su gestión y tratamiento de datos en el principio de calidad de los datos, en el que únicamente recogerá datos que sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación a las finalidades determinadas, como es la gestión social, sanitaria y gestión del personal. Estos datos serán actualizados de manera que respondan con veracidad a la situación actual del afectado.

Principio de información

Todas las personas residentes, familiares y trabajadoras del Centro serán informadas de la existencia de dichos datos, de la finalidad de estos y en su caso de los destinatarios de los datos que se le solicitan.

Deber de secreto

Todas las personas que manejen datos en el Centro guardarán el secreto profesional, con el objeto de salvaguardar la confidencialidad de estos.

Derecho de acceso, rectificación, cancelación

Las personas residentes, familiares y trabajadoras del Centro serán informadas de los derechos que poseen en relación sus datos al ingreso en el centro, o al inicio de la relación laboral cuando se trate de trabajadores, mediante una nota informativa.

Principio de consentimiento: cesión y comunicación de datos de carácter personal

Solo se cederán y comunicarán datos a terceros en los casos que la ley lo contemple y siempre con el consentimiento de la persona interesada, o la familia en el caso de que dicha persona esté incapacitada para hacerlo.

Reglamento de medidas de seguridad

Dependiendo del tipo de dato se establecerán las medidas de seguridad oportunas en base a dicho reglamento:

NIVELES DE SEGURIDAD	TIPO DE DATOS
Básico	- Identificativos - Características personales - Circunstancias sociales - Académicos y profesionales
Medio	- Del nivel básico que permitan obtener el nivel de una persona
Alto	- Creencias - Religión - Salud

Fig. 2.73

Expediente personal

Toda la información que se genera en los centros residenciales así como aquella procedente de las valoraciones previas y/o derivada de otros ingresos o procedimientos administrativos configuran el expediente personal del cliente.

El expediente de la persona residente lo conforman por tanto todos aquellos documentos que, generados previamente o durante el ingreso, sean de interés para la prestación del servicio. Se entiende por prestación de servicio todas aquellas actuaciones realizadas en relación a la persona usuaria e incluye: expediente de ingreso, datos administrativos, valoración integral, seguimiento y evolución sanitaria y social, planes de intervención y su seguimiento.

Entre esta documentación destacan:

- Hoja de admisión
- Expediente previo al ingreso: informe sociofamiliar, valoraciones
- Valoración social de ingreso
- Valoración social post-ingreso
- Hojas de evolución social
- Historia médica gerontológica
- Informes médicos previos y posteriores al ingreso, incluyendo informes de alta hospitalaria, consultas a especialistas, etc.

- Historia de enfermería
- Valoración integral: primera y sucesivas
- Plan de cuidados y actividades
- Hojas de evolución sanitaria
- Otras hojas de control: TA, diabetes, etc.
- Hoja de control analítico
- Informes de radiografías y/o estudios complementarios si los hubiera
- ECG
- Hojas de tratamiento: órdenes médicas
- Contrato
- Parte de admisión interno
- Domiciliación de facturas
- Ficha de efectos personales
- Ficha situación financiera del residente
- Hoja de seguimiento de programas de actividades
- Documento de renuncia si la hubiere
- Seguimiento interno
- Hoja de evolución clínica si hubiere ingreso
- Copia de los informes médico, de enfermería, social, etc. realizados en aquellos casos en que la baja se produce por traslado a domicilio u otro centro

2.11.7.9 Modelo de contrato (*Matia Fundazioa*)

REUNIDOS

De una parte, D. _____ en representación de _____, inscrita en el Registro de Fundaciones del Gobierno Vasco bajo el número de registro _____ y con N.I.F. _____ y con domicilio en _____.

De otra parte D. _____ mayor de edad, de estado civil _____ con D.N.I. _____ representado por D. _____ con D.N.I. _____ y residente en _____ calle _____ en calidad de _____.

Ambas partes se reconocen la capacidad legal para realizar el presente contrato de prestación de servicios y voluntariamente

MANIFIESTAN:

1º.- Que _____ gestiona en la localidad de _____ el Centro de Recursos Sociales denominado _____

2º.- Que D. _____ ha solicitado ingresar en este centro.

3º.- Que con fecha _____, el Departamento de Política Social de _____ ha autorizado el ingreso en el citado Centro _____ mediante la oportuna resolución remitida a este centro.

4º.- Que D. _____, en su propio nombre o D. _____, como su representante en este acto, es conocedor y se muestra conforme con las instalaciones, materiales, accesos, servicios, programas, etc. utilizados en el Centro _____, así como con la Normativa de Régimen Interno, realizando el ingreso de manera libre y voluntaria por su parte, por lo que firman el presente contrato de conformidad con las siguientes

ESTIPULACIONES

Primera.- D. _____ ingresará en el Centro _____ el día _____ de _____ de _____, ocupando la habitación _____, de forma individual/compartida.

Segunda.- El usuario podrá instalar de forma voluntaria, comunicándolo previamente al Centro, aquellos objetos de carácter personal que considere necesario, siempre y cuando no supongan un riesgo, su instalación sea viable y se respete al compañero de habitación. El costo de su instalación correrá a cargo del usuario.

Tercera.- El usuario tendrá derecho a disfrutar del uso de la habitación que ocupa y de los elementos comunes, comedor, sala de actividades, etc. El usuario cuidará del mobiliario y del equipamiento, respondiendo de los desperfectos que no se deban al uso normal de los mismos.

Cuarta.- El usuario deja en custodia los enseres, ropa, joyas, documentación, etc. que se detallan en el impreso relativo al seguimiento de lo aportado por los clientes.

Quinta.- D. _____ recibirá en virtud de la asistencia concertada con el Departamento de Política Social de _____ los servicios de alojamiento, manutención, aseo personal, atención personal, psicosocial y sanitaria.

Sexta.- D. _____, como usuario o como _____ se compromete a abonar la cantidad de _____ euros día/mes y será abonada de manera mensual mediante domiciliación bancaria, cuyos datos se adjuntan.

Séptima.- El Departamento de Política Social de _____ determinará la cuantía que debe aportar la persona que adquiere el compromiso, por la plaza ocupada.

Octava.- La aportación económica fijada en el presente contrato, en la estipulación cuarta, estará sujeta a las variaciones oportunas debidas al incremento de los precios públicos u otras causas, lo que deberá ser oportunamente comunicado y en efecto de aplicación según determine la orden de precios públicos de Diputación aun en el caso de que la persona cause baja o deje de utilizar los servicios.

Novena.- En los períodos de ausencia del Centro, la aportación económica estará sujeta a las normas que rigen en el convenio con el Departamento de Política Social de _____.

Décima.- El usuario aportará, con anterioridad a la admisión, el historial médico correspondiente y cuanta información sea relevante para la mejor atención durante su permanencia en el Centro.

Undécima.- El usuario y su familia se comprometen a colaborar con los profesionales del Centro en la elaboración, ejecución y evaluación del plan de atención al usuario que se realizará durante los tres primeros meses de su estancia.

Duodécima.- La familia y/o tutor legal o en quien ellos deleguen acompañará al usuario en aquellas situaciones que lo requieran como ingresos hospitalarios, traslado al mismo, consultas externas y siempre que las circunstancias lo requieran.

Décimotercera.- El usuario y su familia/representante conoce los órganos de representación existentes en el Centro.

Décimocuarta.- El usuario y su familiar representante conoce los órganos de representación existentes en el Centro.

Décimoquinta.- La ubicación en la habitación, así como la persona de referencia que fija el Centro puede ser objeto de variación por criterio de organización.

Décimosexta.- Las partes reunidas de mutuo acuerdo someten cualquier diferencia o conflicto que pudiera surgir como consecuencia de la interpretación, cumplimiento o resolución de este contrato al Departamento de Política Social de _____.

Leído el presente documento y en prueba de conformidad, las partes comparecientes firman el presente contrato por duplicado y a un solo efecto en la localidad de _____ a _____

EL USUARIO O REPRESENTANTE

LA DIRECCIÓN

NOTA INFORMATIVA

La recogida o tratamiento de datos personales (administrativos o de salud) solicitados por el centro tienen como objeto la gestión adecuada de los servicios prestados, el seguimiento de su estado de salud, el envío de información, la investigación científica y la actividad docente.

El responsable de los ficheros de datos de carácter personal que existen en la entidad _____ es la Dirección, órgano al que ustedes deberán dirigirse para ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación. Los datos que como titular facilite, únicamente serán cedidos a otros organismos del sistema sanitario y organismos oficiales de estadística. Cualquier cesión fuera de las previstas requerirá su expreso consentimiento, salvo que se trate de solucionar una urgencia o para realizar estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal y autonómica.

Es todo cuanto se comunica en cumplimiento del deber de información que impone el art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter Personal.

2.11.7.10. Documento de voluntades anticipadas

Ponemos a su disposición este documento como guía para realizar sus voluntades anticipadas al cual tiene usted derecho de acuerdo con la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.

Sería interesante conocer lo que usted piensa respecto a algunas cuestiones que abordamos a continuación y que pueden ser importantes en el marco de su proceso terapéutico de atención. Con la información que se le presenta a continuación se le posibilita que exprese sus deseos sobre las mismas, así como a que hable con su representante sobre ellas.

Yo, _____, mayor de edad, con DNI núm. _____ y domicilio en _____, calle _____, con plena capacidad de obrar, actuando libremente y habiendo sido informado verbalmente y por escrito por D/Dña _____, en calidad de _____ de _____, declaro que conozco y otorgo el presente **Documento de Voluntades Anticipadas**.

En lo referente a la interpretación y aplicación de este documento, designo mi representante a _____, con DNI núm. _____, con domicilio en _____, calle _____ y teléfono _____, quien acepta y deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario para el equipo socio-sanitario que me atienda, y como garante del cumplimiento de mi voluntad aquí expresada. De la misma manera, por si se diera el caso de renuncia o imposibilidad de mi representante, designo como representante sustituto a _____, con DNI núm. _____, con domicilio en _____, calle _____ y teléfono _____, quien acepta.

Si en un futuro me encontrase en alguna situación en la que no pudiese expresar mi voluntad, como por ejemplo:

- Deterioro cognitivo grave, como demencia severa debida a cualquier causa (por ejemplo: enfermedad de Alzheimer).
- Cáncer diseminado en fase avanzada (por ejemplo: tumor maligno con metástasis).
- Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada (por ejemplo: SIDA).
- Enfermedad degenerativa neuromuscular en fase avanzada (por ejemplo: esclerosis múltiple).
- Estado vegetativo permanente.

Otras: _____

Y si a juicio de los médicos que entonces me atiendan (siendo uno de ellos un especialista en la materia) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según yo la entiendo, **mi voluntad es que NO sean aplicadas –o bien se retiren si ya han sido comenzadas a aplicarse- medidas de soporte vital o cualquiera otras que intenten prolongar mi supervivencia.**

ENTIENDO COMO ESENCIAL PARA UNA VIDA DIGNA:

- No dolor.
- Consciencia de mi estado.
- No dependencia.
- No sondas nasogástricas.
- Autonomía, libertad de movimientos.
- Respeto a creencias religiosas.
- No diseñe (fatiga respiratoria)
- Otras: _____

Puede indicarnos valores, esperanzas, deseos e ilusiones que considere importantes para usted:

Y si en un futuro me encontrase en alguna de las situaciones que antes he señalado SI / NO me gustaría conocer el diagnóstico y su evolución.

Y además Sí / NO desearía que se informase a mi familia sobre el diagnóstico y su evolución.

Deseo, en cambio, que en todo momento se proporcione el tratamiento necesario para aliviar el dolor y disconfort incluso si adelanta o acorta mi expectativa de vida.

Otros temas de otra índole en los que nos gustaría expresara su voluntad son:

	SÍ	NO
Donación de órganos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deseo de incineración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análisis o estudios post mortem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicación de terapias psicosociales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación en investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dispone de este espacio para añadir aquello que quiera expresar o considere que puede ayudarnos para interpretar su voluntad: _____

En el caso que el o los profesionales que me atiendan aleguen motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, solicito ser transferido a otro u otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.



Lugar y fecha: _____

Firma del otorgante

Firma de representante

Firma del representante sustituto.

En caso que el presente Documento no se otorgue ante notario:

Primer testigo: _____ DNI núm.: _____

Firma:

Segundo testigo: _____ DNI núm.: _____

Firma:

Tercer testigo: _____ DNI núm.: _____

Firma:

Si, más adelante, quisiera usted dejar sin efecto el presente documento podrá hacerlo verbalmente o bien firmar, si lo desea, la siguiente orden de anulación:

Yo, _____, mayor de edad, con DNI núm. _____ con plena capacidad de obrar y de manera libre **anulo y dejo sin efecto el presente documento de voluntades anticipadas** en todos sus extremos.

Lugar y fecha: _____

Firma del otorgante.

Le informamos que este documento es confidencial y los datos que en él aparecen están sujetos a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

2.11.7.11. Procedimiento de prevención de trato inadecuado

El trato inadecuado, negligente o la falta de atención es uno de los problemas más graves en las personas mayores. Desde el Centro debemos considerarlo especialmente en las siguientes fases o estadios de la atención:

- Evaluación inicial al ingreso: por ejemplo riesgo de desnutrición.
- En la evaluación propia de nuestra atención, esto es, la atención propia del centro a las personas mayores.
- En la relación entre personas residentes o entre familiares y residentes.
- La situación de las personas atendidas en el centro de día.

Y tanto en la evaluación, en la intervención, en la formación del personal y de las familias.

Siguiendo las pautas del Documento relativo a este tema publicado por el Dpto. de Política Social de la Diputación (2002), **tenemos que sospechar que existen malos tratos cuando apareciendo una lesión:**

- Las explicaciones del cuidador/a sobre las lesiones o de cómo ocurrió el incidente son contradictorias, poco coherentes o inverosímiles.
- Existe disparidad en el relato de la historia por parte de la víctima y del cuidador/a.
- El mayor maltratado es llevado al hospital por otra persona distinta al cuidador/a.
- El mayor es abandonado en urgencias por exacerbación de enfermedades crónicas a pesar de un tratamiento correcto y recursos adecuados.
- Se produce demora en la atención médica. Suele haber un intervalo prolongado de tiempo entre el trauma o la enfermedad y la visita al centro médico.
- Se detecta falta de comunicación de la víctima con el médico si el cuidador/a está presente.
- La vivienda presenta unas condiciones higiénicas pésimas y es inadecuada para vivir en ella.
- Existe una historia previa de episodios sospechosos de malos tratos.
- Observamos en la monitorización de fármacos dosis inadecuadas infraterapéuticas, toxicidad o empleo de fármacos (psicotropos) no prescritos por el médico.

Los principios básicos de la prevención son los siguientes:

- El maltrato es un fenómeno extremadamente complejo, multicausal y pluridimensional.
- No podemos aceptar que la violencia familiar es un asunto privado.
- El maltrato se puede producir en cualquier contexto social: desde el domicilio hasta la más lujosa residencia de mayores, independientemente del nivel cultural del perpetrador.
- Siempre existe riesgo, incluso en los mejores centros, y lo más importante es controlarlo, prevenirlo y gestionarlo adecuadamente. Es preferible esto que evitar afrontarlo negando su existencia.
- La persona mayor maltratada recibe más de un tipo de maltrato y será maltratada más de una vez.
- Sin intervención, el maltrato casi siempre empeora. El maltrato raramente es un hecho aislado, la recurrencia se estima en un 80%. Sin intervención, también aumenta la mortalidad.
- Sólo se puede detectar una situación de maltrato si los que se enfrentan al hecho concreto tienen presente esa posibilidad.
- Todo ciudadano y ciudadana tiene la obligación ética y legal de notificar a las autoridades los casos de sospecha. Los profesionales de la sanidad y los trabajadores sociales tienen especial obligación de identificar y actuar en los casos con razonable sospecha de maltrato.
- Mientras exista un sólo caso de una persona mayor maltratada, debe ponerse en marcha la estrategia correspondiente. El asunto es grave con independencia de su incidencia.

Pautas de actuación:

- Creer en lo que nos dice la persona mayor
- No culpabilizar nunca a la víctima
- Investigar la verdad

- Consultar a profesionales especializados
- Demandar orientación a los equipos profesionales
- Cumplir los procedimientos legales
- Denunciar a los órganos judiciales para que asistan y protejan al mayor
- Recurrir a los organismos de orientación y atención a los mayores víctimas de malos tratos

Para que sea efectiva, la intervención siempre debe tener un enfoque multidisciplinar. No atañe en exclusiva al personal sanitario, sino que debe incluir a:

- Servicios sanitarios y sociales (médicos de familia, geriatras, personal de enfermería, asistentes sociales)
- Servicios de apoyo (médicos especialistas, psiquiatras, psicólogos, abogados, voluntarios, grupos de interés, etc.)
- Se debe accionar una estrategia integral y coordinada que contenga:
 - Tratamiento de las lesiones físicas y de aspectos psicológicos
 - Información al paciente
 - Parte de lesiones o denuncia al Ministerio Fiscal
 - Criterios de remisión a especialistas
 - Intervención del trabajador/a social
 - Intervención de los servicios sociales
 - Estrategias de protección
 - Control de factores de riesgo
 - Apoyo al cuidador/a: para evitar la sobrecarga o la claudicación del mismo/a.
 - Tratamiento al cuidador/a cuando padece un trastorno psicopatológico abordable
 - Seguimiento del caso

Capítulo 3.

MALOS TRATOS: PREVENCIÓN Y GESTIÓN

3.1. INTRODUCCIÓN

La expresión “malos tratos” se ha ido adaptando en los últimos años y de forma paulatina a modos más suaves de expresión y así empiezan a ser frecuentes, y a estar, en cierto modo, homologadas, expresiones como “trato inadecuado”. La denominación malos tratos tiene un contenido mucho más relacionado con la punibilidad de las acciones que se salen del trato normalizado, y que pueden ser constitutivas de delito o falta. En ocasiones el término trato inadecuado podría ser útil para definir aquellas situaciones que denotan una insuficiencia o incorrección pero no constituyen maltrato. No obstante esta matización sería mejor consensuarla una vez que se avance en la sensibilización adecuada respecto al tema, se definan correctamente “el trato adecuado, el buen trato, etc.” así como los estándares correctos, especialmente en programas y centros de atención.

El punto de apoyo sobre el que se asienta cualquier fundamentación jurídica no es otro que la consideración de persona que todo ser humano tiene. Por muy enferma y mayor que se encuentre una persona no deja de ser persona y tiene unos derechos básicos que se denominan fundamentales y están recogidos en la Constitución. Desde el artículo 14 al 29 de la Constitución Española se van recogiendo una serie de derechos personales que deben ser salvaguardados y que pertenecen a la persona, cualquiera que sea su situación. Estos derechos están también reflejados en la Declaración de derechos humanos aprobada por la ONU en 1948. Todos los ciudadanos y ciudadanas son de primera, no cabe distinciones cuando de estos derechos estamos hablando. Todos tenemos:

- Derecho a un trato de igualdad ante la ley
- Derecho a la vida
- Derecho a la libertad
- Derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen
- Derecho a la libertad de residencia
- Derecho a recibir una información veraz
- Derecho a la tutela y defensa de los jueces...

La mayor parte de los abusos que se cometen contra estas personas están tipificados como constitutivos de delito o falta.

El abordaje del maltrato en la persona mayor, especialmente si no es autónoma, requiere una planificación coordinada en todos los niveles que haga frente a todo tipo de maltrato, se infrinja a quien se infrinja y en cualquier ámbito, bien sea domicilio, centros y programas de atención, tanto sociales como sanitarios, en servicios públicos o privados, medios de comunicación, etc. Todo maltrato es igualmente indigno. Esta planificación debe tener en cuenta los factores multidimensionales del problema y abordarlo conjuntamente de manera interdisciplinar en los diferentes niveles. De lo contrario es difícil que en una sociedad como la actual disminuya notablemente este tipo de comportamiento, alimentado en muchas ocasiones por patrones de conducta aprendidos en la misma sociedad que lo critica (Martínez Maroto, 2007).

Como afirma Martínez Maroto (2002), todo lo relacionado con la violencia se está tratando, sobre todo en los últimos años, de manera muy fragmentada. Así se habla muy a menudo, con especial énfasis, y no sin razón, del maltrato que se inflige especialmente a las mujeres o a los niños. Quizás para superar estas consideraciones fragmentadas es por lo que existe un Plan de Acción contra la violencia doméstica, pero será difícil romper las referencias por colectivos y hablar del maltrato en general.

Así un tratamiento genérico y global de maltrato hubiera sido siempre mucho más adecuado a la realidad social que la vertebración por franjas de edad, por género o por cualquier otra circunstancia. El que maltrata lo hace por múltiples razones, entre las que sobresale la fragilidad del receptor del maltrato y ahí esta lógicamente la figura de la persona mayor, tantas veces objeto del maltrato (Martínez, A. 2005).

El maltrato a personas mayores se engloba en la categoría de violencia doméstica o familiar. Para que los profesionales puedan identificar y detectar si están atendiendo a una persona mayor que pueda estar sufriendo maltrato y/o negligencia es imprescindible que se llegue a un consenso en la definición del término, de manera que todos los profesionales compartan su significado (Pérez Rojo, G. 2004).

Entre el 5% y el 8% de las personas mayores sufren algún tipo de malos tratos, pero este porcentaje, según otros observadores, puede multiplicarse por tres o por cuatro ya que las fuentes de conocimiento del mismo son absolutamente inadecuadas y solo un porcentaje muy pequeño de las personas mayores maltratadas hace algún tipo de denuncia lo que produce un efecto iceberg.

Entre las causas del maltrato se han citado: el cambio de valores en nuestra sociedad actual en la que la juventud, la productividad y la salud son valores en alza, mientras que la persona mayor, enferma con frecuencia, dependiente e improductiva, es infravalorada y a veces resulta una “molestia” para familias nucleares con dificultades para cuidar de ella. Sin duda los factores sociales y culturales están implicados, pero también otros, familiares e individuales. Se han identificado factores asociados a maltrato, como el estrés de la persona cuidadora, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar, etc., pero se consideran factores de riesgo más que propiamente causales, ya que no siempre su existencia condiciona la aparición del problema, sino sólo aumenta la probabilidad de que éste aparezca.

Existen diferentes definiciones de maltrato como la de *“aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, y que se ejercen comúnmente de forma reiterada, basada en el hecho relacional, bien sea éste familiar o de otro tipo”* (Martínez Maroto, 2005) o la de la Organización Acción contra el Maltrato al Mayor, la cual ha sido adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA) que define la violencia hacia el mayor como *“un acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor, que se produce en el seno de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza”* (Panigua, R., Mota, R, 2002).

La American Medical Association y el Consejo de Europa han definido el maltrato a las personas mayores de este modo: *“Todo acto u omisión, intencionado o no, constatado objetivamente o percibido subjetivamente, que produzca daño o amenaza de daño para la salud o bienestar de una persona, de 65 o más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, la seguridad económica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo”*.

Es el principio de maleficencia el que principalmente está implicado en el maltrato a las personas mayores (se les hace o infringe algún daño), pero también los principios de autonomía (se les impide decidir o gestionar su propias vidas) y justicia (no son tratados/as con la consideración y el respeto que merecen, e incluso a veces, se les excluye de determinadas atenciones por no disponer de suficientes recursos patrimoniales) (García, J. 2006).

Todos los trabajos realizados sobre el maltrato hablan de que hace falta llegar a la definición del término, usar el mismo concepto. Los problemas que han surgido al intentar alcanzar un consenso en la definición de maltrato a personas mayores han sido varios, entre ellos cabe destacar (Papadopoulos y La Fontaine, 2000):

- La diferencia de valores, actitudes y creencias individuales o, de un grupo de personas, que definen el maltrato a personas mayores.
- El concepto de maltrato ha sido desarrollado desde la perspectiva de profesionales sin consulta a las propias personas mayores sobre qué creen ellos/ellas que es un comportamiento abusivo.
- La falta de voluntad, por parte de los/las profesionales, la sociedad y las instituciones, para reconocer que el maltrato es una cuestión importante.
- La falta de discusión y cooperación entre los diferentes organismos de profesionales que trabajan con personas mayores.
- Las diferentes perspectivas con que los investigadores/as se han aproximado a este tema: desde la víctima, la persona cuidadora, el médico, la enfermera, organismos de servicios sociales, el trabajador/a social, etc (Glendenning, 1993).

También ha habido barreras a la hora de conseguir un entendimiento común del maltrato a personas mayores. Entre estas barreras destacan (Papadopoulos y La Fontaine, 2000):

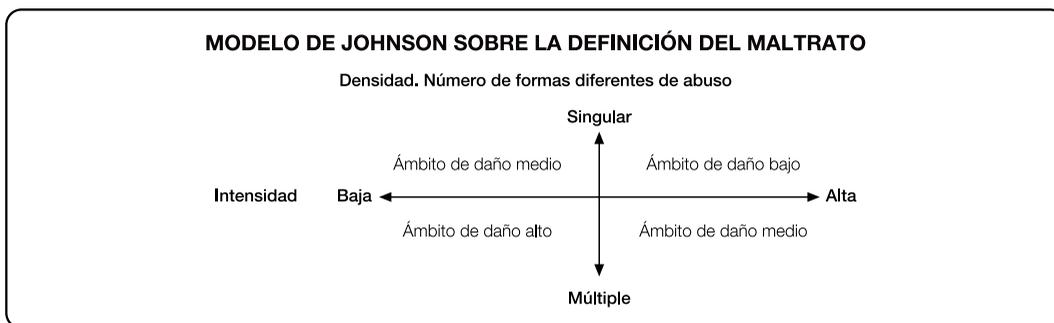
- El uso contradictorio de la terminología. Esto ha dado lugar a una serie de circunstancias que han hecho difícil alcanzar un acuerdo acerca de en qué consiste el maltrato a las personas mayores.
- Los términos de “maltrato” y “negligencia” han sido intercambiados en los diferentes estudios, causando a menudo confusión. Dando como resultado una falta de validez en las comparaciones que se han hecho en las investigaciones que han sido publicadas.
- Etc.

Los autores se dividieron entre los que buscaban establecer una clasificación (definición extrínseca) (Pérez Rojo, G. 2004) y quienes intentaban conceptualizar (definición intrínseca) el maltrato.

Existirían cuatro pasos críticos para la formulación de una definición con sentido para el maltrato a mayores (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Johnson, 1986):

1. **Definición intrínseca:** el primer procedimiento en el proceso de la definición del desarrollo de una definición intrínseca es la conceptualización (Pillemer y Sutor, 1988). El maltrato a mayores se conceptualiza como el sufrimiento innecesario que puede ser infligido por la propia persona o por otros/as, para el mantenimiento de la calidad de vida de la persona mayor (Pillemer y Sutor, 1988). En esta etapa, la definición es muy amplia y se centra únicamente en si la persona mayor ha experimentado algún tipo de dolor o sufrimiento, sin tener en cuenta cuándo o dónde ha ocurrido, si fue intencional o quién lo causó (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Y, para poder conocer el nivel de gravedad del maltrato es imprescindible el análisis de la interacción en la que se ha producido la posible situación de maltrato, puesto que, lo que para una persona puede significar maltrato, puede que no lo sea para otra (Pillemer y Sutor, 1988). En esta etapa, la definición se mide mediante la determinación de la intensidad y densidad. Además, permite considerar el maltrato desde la perspectiva de la víctima y del profesional que interviene. Pudiendo así evaluar conductas por el grado.
2. **Definición extrínseca real:** en esta etapa, se deben establecer qué manifestaciones conductuales (físicas, psicológicas, sociológicas, legales) están presentes. Johnson sugiere que esto facilita la identificación del proceso, permitiendo a los profesionales determinar cuáles son las estrategias de intervención requeridas.
3. **Definición extrínseca operacional:** en esta etapa, las manifestaciones conductuales de la etapa anterior son transformadas en unidades que puedan ser medidas mediante la determinación de la intensidad (frecuencia y severidad del maltrato y densidad (número y diferentes tipos de maltrato) de las manifestaciones de la conducta, permitiendo así que el trabajador/a identifique qué elementos son claramente discriminantes entre lo que es maltrato y lo que no, cuáles son las estrategias de intervención que se requieren y la urgencia con la que son requeridas.
4. **Definición causal:** en la etapa final de la definición, se distingue entre intencionalidad y no intencionalidad y se explora si el maltrato cae bajo una de las cuatro categorías siguientes: abuso (comisión de una acción o acciones que resultan en maltrato) activo o pasivo, y negligencia (omisión de una acción o acciones, dando como resultado el maltrato) activa o pasiva. El tipo de causa determinará cómo se ha de formular la intervención partiendo de un continuo desde medidas pasivas, como la educación, hasta medidas agresivas, como llevar a cabo acciones legales.

A partir de la consideración de estas etapas se puede realizar un esquema con dos ejes, uno con respecto a la densidad y el otro a la intensidad (Figura 3.2). Es especialmente importante alcanzar un consenso tanto en la definición del maltrato (conceptualización) como en su clasificación (definición extrínseca) (Pérez Rojo, G, 2004). La densidad hace referencia al número de formas distintas de maltrato, que puede ir desde una a varias. La intensidad indica un continuo en la gradación, en la frecuencia y severidad de la conducta. En los cuatro cuadrantes que se forman se indica el grado de peligro que corre la persona mayor que sufre maltrato y puede ser bajo, medio o alto (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Johnson, 1986).



Fuente: Papadopoulos y la Fontaine

Figura 3.1

El término de maltrato sólo aludiría a situaciones de extrema vulneración de derechos y, con frecuencia, en términos de agresión física o sumo abandono, lo que atenta contra la integridad de la persona mayor totalmente dependiente o inmovilizada. De forma tópica, se refiere a los escándalos en prensa sobre condiciones infrahumanas en residencias, vídeos de cuidadores agrediendo... Consideran que estas situaciones también pueden darse en el ámbito de una familia, pero esto sólo sería concebible en un entorno francamente desestructurado (*SEGG-IMSERSO, 2004*).

3.2. EL MALTRATO POR GÉNERO

Maria Teresa Bazo realizó una investigación sobre negligencia y malos tratos sufridos en el hogar por las personas mayores de una muestra de personas que reciben los servicios de ayuda a domicilio. Los resultados generales dicen que se observa que todas las personas analizadas, sean varones o mujeres, sufren negligencia, sea en el cuidado físico y psicoafectivo, más que propiamente malos tratos. Sin embargo, el maltrato físico entre las mujeres representa una proporción del doble de casos (11%) que entre varones (5%). El maltrato psicológico y emocional se da entre las mujeres en una proporción de más del doble que entre los varones (36% y 15% respectivamente), y el abuso material es entre ellas cuatro veces el de los varones (20% y 5%). Resumiendo, la proporción de los varones que sufren desatención física y psicológica es algo mayor que entre las mujeres, mientras que en ellas el riesgo de sufrir malos tratos físicos, psicológicos, así como abuso material, y –aunque sea un solo caso detectado en la muestra– sexual, es notablemente mayor que en los varones. Por lo tanto, dado que sufren más en cantidad y en intensidad, siguiendo el esquema de Johnson, vemos que las mujeres se situarían más que los varones en el cuadrante inferior izquierdo formado por los ejes que representan ambas características. Es decir, que el daño potencial para ellas es mayor, al situarse en el ámbito de daño potencial más alto (Bazo, M.T., 2001).

Whitaker (1996) y Arber y Ginn (1996) nos recuerdan que la población femenina aumenta desproporcionadamente respecto a la masculina conforme la población va envejeciendo. La marginación de las mujeres ancianas en la sociedad se debe a dos razones: su género y su edad. Las connotaciones negativas del envejecimiento (dependencia y deterioro) - edadismo - unidas a la idea de inferioridad de la mujer respecto al hombre – sexismo - junto con las diferencias de clase social, actúan para crear desequilibrios de poder. Esto facilita que se den las condiciones en las que el maltrato aparece y se mantiene. El edadismo puede ser el factor más importante.

A primera vista puede parecer obvio que los aspectos de poder y de género sean fundamentales en el fenómeno del maltrato de personas mayores. Debemos, pues, tener en cuenta la compleja interacción de las relaciones estructurales de poder que se dan en la sociedad, lo que establece el contexto en el que el maltrato es minimizado, disculpado o incluso perpetrado (Bridget Penhale., 2003).

3.3. TIPOS DE MALTRATO

Según Carrión y De Paúl (1992), el 60-65% lo sería por maltrato físico, entre el 20-40% por maltrato psicológico y entre 12-18% sufren violación en sus derechos en general. Por supuesto, en ocasiones se dan dos o tres tipos de maltrato juntos.

Conociendo la psicología de las personas mayores, es poco fiable el estudio que sólo tenga en cuenta la denuncia directa o la opinión de familiares o cuidadores/as. Se deberá recurrir a signos de alarma indirecta más o menos importantes, que detecten focos de maltrato, como pueden ser la depresión, la recurrencia en la hospitalización, las caídas sin causa que lo justifiquen, la falta de toma de medicamentos de manera reiterada y otros indicadores similares (Martínez Maroto, 2005).

3.3.1 La perspectiva de las personas mayores

Es importante conocer la perspectiva de las personas mayores españolas sobre el maltrato a la persona mayor. En los estudios orientados a este fin se han recogido seis áreas críticas (IMSERSO, 2004):

– Independencia económica:

La disponibilidad de los medios económicos suficientes para sostenerse sería una aspiración básica de cualquier persona en la madurez. Consideran un ataque a su dignidad como grupo el que haya pensiones que califican de vergonzosas, que sitúan a su perceptor o perceptora en la indigencia si carece de otros recursos o le convierten en un sujeto dependiente de los suyos, mermando su autonomía y su autoestima. Perciben una falta de equilibrio entre la cuantía mínima de las pensiones y el coste del mantenimiento de las necesidades básicas de subsistencia. Este tema se complica de forma especial cuando se alcanza una determinada edad, en la que inevitablemente se precisa asistencia externa en la vida diaria. La oferta pública no llega a cubrir más que a un segmento muy reducido de población. La relación entre pensiones y calidad de vida es inmediata e insoluble en su discurso. Sistemáticamente aflora en todos los grupos la situación de las viudas, a las que se les retira más de la mitad de la pensión al fallecer el marido. Se considera el máximo exponente de la desconsideración que se denuncia, interpretado en ocasiones como una desvalorización de la contribución de estas mujeres a la economía de sus familias con el trabajo no remunerado que han aportado durante tantos años, y una irracionalidad, ya que no es aceptable que se suponga que los gastos habituales se reducen a la mitad al fallecer uno de los cónyuges.

– Valor social:

Opinan que los esquemas actuales han pasado al otro extremo y se desvaloriza totalmente lo que las personas pueden ofrecer cuando tienen acumulada la experiencia y el aprendizaje de toda una vida. Perciben una consideración social muy baja, basada en la concepción de población pasiva, con planteamientos obsoletos, que viven a costa de la sociedad sin aportar nada y, por tanto, sin derecho a exigir más que una vaga consideración por lo que fueron, pero no por lo que son. Esta imagen, que consideran como dominante en nuestra sociedad, es especialmente dañina. Justifica la tendencia a aparcar y silenciar al mayor que, en su opinión, subyace a muchos comportamientos de maltrato. Contrasta la representación que la sociedad tiene de la gente de edad con la que ellos tienen de sí mismos/as. Mientras el espejo social les devuelve la imagen típica de una persona al final de su vida, que deja de tener intereses y deseos y que está fuera del mundo moderno, ellos se perciben como activos y activas, todavía personas, que pueden llevar una vida interesante y tener ideas. Defender este valor parece ser una constante que adopta diversas formas. Algunas personas optan por hacer valer las posibilidades de los y las mayores de trabajar como voluntarios y voluntarias. Otros/as, en cambio, consideran que la valoración que reclaman no procede de tener que seguir siendo productivos/as: desean dedicarse a actividades estrictamente lúdicas, con un carácter cultural más o menos acusado; que se les reconozca ese derecho.

– La comunidad:

La existencia de una comunidad o grupo de referencia resulta crucial para que se dé una buena vejez. La ventaja de sentirse parte de una comunidad tiene una clara vertiente de contar con espacios de socialización y recreo donde compartir intereses y aficiones; y proporciona también seguridad afectiva, de otro orden que la aportada por la familia, especialmente de los hijos e hijas, a los que se asume a priori como siempre y ocupados/as en sus propios asuntos. La comunidad, un valor fundamental para llevar una buena vida, es un elemento básico para su identidad, estabilidad personal y permanencia como seres en sociedad.

– Esfera afectiva: familia y pareja:

Resaltan su idea de que los modos de vida actuales han llevado a la ruptura del contrato intergeneracional. En el esquema de relación en el que ellos y ellas se socializaron, los deberes y derechos por ambas

partes estaban claramente determinados: cada una de las generaciones era responsable de la nueva y de la precedente, porque a su vez había disfrutado de esa protección en la niñez y llegaría a disfrutarla cuando pasara a ser mayor. Perciben que la generación a la que le toca asumir la responsabilidad sólo está dispuesta a hacerse cargo de los más jóvenes. Observan la progresiva difuminación del deber para con los y las mayores, lo que crea una situación de incertidumbre en la que las reglas del juego se van determinando conforme evoluciona y son confusas para ambas partes, lo que provoca tensión, mecanismo de resistencia y miedos, tanto en los y las mayores como en los y las jóvenes.

– La función de los cuidadores y las cuidadoras:

Para las personas mayores, el contrato intergeneracional sigue totalmente en vigor por lo que respecta a sus propias responsabilidades: tienen por completo internalizado el deber de apoyar a sus hijos/as, aunque no tengan certeza sobre la reciprocidad, y el de velar por sus mayores, en muchos casos todavía presentes, o por el propio cónyuge. Esta faceta de cuidadores/as, sobre todo en el caso de las mujeres, es, a la vez, fuente de satisfacción y carga desproporcionada, especialmente en el caso de las clases trabajadoras, lo que conlleva dolor, frustración e impotencia.

– La seguridad/tranquilidad:

Permanecer en su propio entorno físico y afectivo parece ser la clave de esta seguridad. Sin embargo, todos los aspectos anteriormente analizados apuntan en la dirección contraria hacia el final de sus días, lo que provoca una desazón notable en todos y todas. Son conscientes del enorme desgaste y del grado de distorsión que introduce en un núcleo familiar el hacerse cargo de una persona mayor en estas condiciones, por lo que no desean colocar a los suyos en una situación tan penosa. Consideran que sus hijos e hijas no están preparados para asumir esa carga como ellos/ellas lo han hecho, que no encaja en los modos de vida de los y las jóvenes y no pueden esperar de ellos/as. Les preocupa un futuro de merma física o mental que les impida valerse por sí mismos/as. Su intención es resistir en sus hogares hasta que les sea realmente imposible valerse. Les produce desasosiego no percibir que haya dispositivos sociales articulados que les apoyen en este empeño.

Por otra parte los conceptos de dignidad y respeto son reconocidos como fundamentales por las personas mayores, aunque desgraciadamente, con frecuencia, les resulta más fácil hablar de su carencia. La falta de respeto es la forma más dolosa de maltrato según las personas mayores que participaron en el estudio cualitativo “Voces ausentes” (INPEA, 2002).

En este estudio, las personas mayores consideraban los malos tratos bajo tres grandes temas:

- **Abandono:** aislamiento, desamparo y exclusión social.
- **Violación:** de derechos humanos, legales y médicos.
- **Privación:** de opciones, de toma de decisiones, de situación social, de gestión económica y de respeto.

Además de las principales categorías del maltrato, las exposiciones de los y las participantes destacaban varios contextos específicos en los que se daba el maltrato a las personas mayores como parte de planes sociales o institucionales. Dichos contextos eran:

- La jubilación y la función social de las personas mayores.
- Las instituciones de asistencia a largo plazo (residencias).
- Los/las profesionales de asistencia sanitaria como maltratadores y como víctimas.
- Influencias culturales específicas sobre el maltrato (INPEA, 2002).

3.3.2. La perspectiva de los y las profesionales

Si nos centramos en la perspectiva de los y las profesionales tres son los ámbitos desde los que se percibe a las personas mayores según el estudio sobre *“La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores”*.

Como grupo social con derechos:

Quienes trabajan con personas mayores son conscientes de que su trabajo significa poner en práctica la atención social que requiere la persona mayor para la protección de sus derechos. Desde esta postura, en general, se afirma que no siempre existe un marco legal que desarrolle adecuadamente esta protección:

1. derecho a tener una plaza en una institución donde ser atendido dignamente;
2. derecho a una atención especializada y de calidad;
3. derecho a recibir una atención sociosanitaria integral y coordinada;
4. escasez de centros sanitarios/hospitales para media y larga estancia de mayores...

No obstante, a pesar de las insuficiencias, se reconoce un avance en la protección de los derechos asistenciales de las personas mayores.

Como personas con familia:

El papel de la familia está marcado por la incomprensión y exigencia por parte de los/las profesionales, que, a excepción de los médicos, consideran que son ellos los que hacen con los mayores lo que las familias deberían hacer y no hacen. No obstante lo dicho, los trabajadores y trabajadoras de las residencias aceptan mal el hecho de que la familia esté demasiado encima del residente, porque lo interpretan como una “intromisión en su trabajo”, como una “desconfianza” hacia ellos. El equilibrio entre lo que se espera de la familia y las distintas actitudes que se observan es bastante complicado, y muchas veces la percepción de cada profesional tiene más que ver con factores subjetivos.

Como pacientes. Como residentes:

La condición de pacientes es una característica prácticamente intrínseca a la circunstancia de ser mayor. La actitud como residente varía en función de la situación en la que se encuentre respecto a ser dependiente o no.

Las formas de “maltrato” identificadas se dividen en dos grupos, según se produzcan en la esfera íntima o en el ámbito público. Podemos resumirlo en la siguiente tabla: (SEGG – IMSERSO, 2004)

ESFERA	TIPO DE MALTRATO	POSIBLES SITUACIONES
La esfera privada	Explotación como mano de obra	Obliga a la abuela a renunciar a su propio bienestar realizando un esfuerzo que con frecuencia acaba haciéndose inasumible, generando agotamiento.
	Destitución familiar	Escenario en el que la persona permanecía en el domicilio familiar en el caso anterior; o cuando una persona independiente se muda a vivir con sus hijos y nietos periódicamente o de forma independiente. Sería una actitud de “soportar al viejo”, hacerle saber que está de más y que su presencia se considera un inconveniente.

ESFERA	TIPO DE MALTRATO	POSIBLES SITUACIONES
La esfera privada	Desarraigo	Cualquier escenario en el que la persona mayor, en contra de su voluntad, se ve obligada a dejar su hogar. Por ejemplo: circular por los domicilios de varios hijos. Situación que le parece lamentable.
	Explotación económica de los afectos	Hacer creer a la persona mayor que se le quiere para que ponga sus recursos económicos o bienes inmuebles a disposición del familiar que se ofrece como cuidador/a <i>incondicional</i> .
	Abandono	Situaciones en las que una persona mayor que vive sola es abandonada a su suerte, sin que sus familiares directos velen por las condiciones en que vive. También entra aquí el desatenderse de la persona ingresada en una residencia.
Esfera pública o institucional	La asistencia sanitaria	Demora para procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Atribución a la edad de cualquier padecimiento. Déficit de dispositivos sanitarios específicos: geriatra.
	Las instituciones totales	Universos cerrados en los que la lógica imperante es el cumplimiento de la norma y la eliminación de los rasgos identitarios de los institucionalizados en pro de una uniformización necesaria.

Fig. 3.2

CATEGORIAS DE MALTRATO (Touza, C. y otros, 2002)	
Maltrato doméstico	Abuso físico Abuso sexual Abuso psicológico Negligencia Explotación financiera o material
Maltrato institucional	Infantilización Despersonalización Deshumanización Victimización
Auto negligencia	

Fig. 3.3

Los profesionales diferencian los 3 conceptos (La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. Rev. Geriatría y Gerontología):

Negligencia: se asocia a la ausencia de una acción, con consecuencias físicas y/o psíquicas para la persona mayor.

Abuso: se asocia a una acción intencionada, que puede tener consecuencias o no tenerlas (un ejemplo podría ser el trato infantilizado, que no tiene consecuencias palpablemente negativas pero que podría hacer que la persona mayor se sintiera mal, según cómo se le tratara).

Maltrato: se asocia a una acción intencionada y dirigida expresamente a provocar daño físico o psíquico.

Desde los/las profesionales se achaca la falta de respeto de los derechos de las personas mayores, principalmente al sistema social que organiza su vida, y a la propia organización de las instituciones sociosanitarias, porque desde estos dos ámbitos se delimita su actividad profesional; es decir, consideran

que su tarea está organizada, regulada y limitada por las normas sociales e institucionales, normas que generan la imposibilidad de mantener el adecuado respeto y profesionalidad en su tarea. De alguna manera se eximen de su responsabilidad profesional, tendiendo a justificar las situaciones “anómalas”.

Según el mismo estudio sobre “la percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores” existen diferentes causas que pueden propiciar estas situaciones como son aquellas:

- Relacionadas con los profesionales:
 - a) La experiencia personal en el trato con familiares mayores
 - b) La formación y especialización de los/las profesionales
 - c) La motivación profesional
 - d) Voluntarismo-profesionalidad
- Relacionadas con la profesión:
 - a) La dureza del trabajo
 - b) Problemas relacionados con la indefinición de los contenidos laborales
 - c) Corporativismo
 - d) La falta de reconocimiento social
 - e) El desprestigio profesional
 - f) Bajos salarios
 - g) Descontento laboral
- Relacionadas con factores institucionales:
 - a) Falta de recursos
 - b) Deficiencias en la gestión de los servicios

3.4. MODELOS TEÓRICOS CAUSALES DEL MALTRATO DE PERSONAS MAYORES

En lugar de centrarse en comportamientos o regímenes específicos, estos modelos han intentado exponer explicaciones genéricas del maltrato institucional.

El primer modelo, de Pillemer (1988), afirma que el maltrato es el resultado de las características de los miembros del personal y de los/las pacientes, que están influidos por determinados aspectos del ambiente imperante en la residencia y por ciertos factores exógenos que se dan en la institución en cuestión.

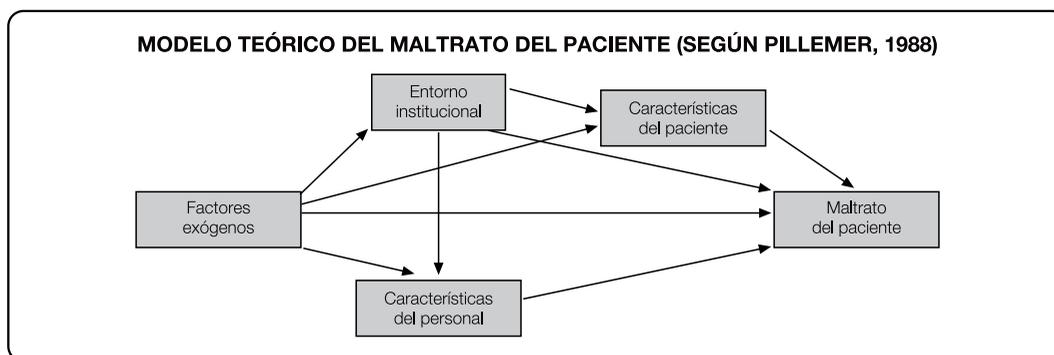


Fig. 3.4

En el segundo modelo, Wardaugh y Wilding (1933) proponen que la corrupción de los cuidados depende de la neutralización de las preocupaciones morales normales, está íntimamente ligada al equilibrio del poder dentro de las instituciones.

En el tercer modelo, el maltrato institucional se da en tres niveles estructurales: macro, medio y micro:

Nivel 1: el maltrato que se da entre individuos dentro de una institución. Ejemplo, el conflicto que se da entre personal y residentes.

Nivel 2: maltrato que se debe al régimen que opera en la institución. Ejemplo, organizaciones cerradas, que miran hacia sí mismas y las que no se toman las quejas en serio.

Nivel 3: maltrato que es resultado del sistema (a través de legislación inadecuada u objetivos erróneos de las políticas sociales, etc.)

Más recientemente, Goergen (2001) hace énfasis en:

1. Efectos de estrés o del burnout en los cuidadores.
2. Elementos de la relación de cuidados que se caracterizan por claras diferencias de poder.
3. Resultados de la falta de control de la vida y del trabajo.

Los factores que se encuentran fuera del control de las instituciones o de los individuos pueden influir sobre la probabilidad de que se produzca maltrato institucional (Pillemer, 1988).

No existe ninguna duda de que los factores exógenos, las políticas sociales y sanitarias, y la regulación e inspección son variables muy importantes que ejercen un impacto sobre la posible aparición de maltrato institucional.

La investigación informa de la existencia de una serie de factores ambientales vinculados a la calidad de los cuidados en las residencias, como son: el estilo de custodia, el grado de los cuidados dispensados, tamaño de la residencia, las tasas del cuidado, situación en cuanto al propietario, ratio por paciente, cambios en el personal, etc. Como ya se ha explicado previamente, pueden afectar al trato:

Estilo de atención: en las instituciones en las que no se concede tanta importancia a dotar a las personas residentes de poder para que ejerzan control sobre sus vidas cotidianas se da maltrato con mayor frecuencia (Lieberman y Tobin, 1983; Comisión para la Mejora de la Sanidad, 2000).

Factores estructurales: cambios en la administración, la aplicación de la regulación y la prevalencia de restricciones físicas. Se considera esencial la regulación de los establecimientos de provisión de cuidados continuados para que se mantengan los estándares de efectividad. Kerrison y Pollock (2001) han afirmado que el sistema de inspección en el Reino Unido no dispone de tantos medios como necesitaría puesto que “cada inspector, de media, es responsable de 21 residencias y de cerca de 700 camas”.

Características del personal: pocas pruebas disponibles. Pillemer (1988) señala la existencia de variedad de determinantes de actitudes inhumanas o negativas por parte del personal, niveles de educación bajos, edad de los miembros del personal, cualificados/no cualificados, niveles de estrés. Más recientemente el burnout del personal se ha mencionado como un predictor significativo de los cuidados de baja calidad y de riesgo de maltrato.

Características del paciente: escasez de investigaciones en esta área. La violencia del paciente y sus comportamientos provocadores son factores predictores de la relativa satisfacción con el trabajo por parte del personal (Dougherty y otros, 1992).

En conclusión, existen pruebas significativas que permiten relacionar los factores del entorno institucional con los comportamientos y regímenes de maltrato, incluyendo el estilo de custodia y los factores

estructurales, a menudo vinculados a los estilos de políticas sociales para los cuidados continuados. Existen pocos estudios que hayan sido capaces de encontrar pruebas que apoyen que determinadas características por parte del paciente o del cuidador pueden ser predicativas del maltrato de personas mayores en el entorno institucional (Paul Kingston, Pat Bond, Julie Palmer, 2003).

3.5. FACTORES DE RIESGO

Probablemente haya diferentes factores de riesgo para los diferentes tipos de maltrato de personas mayores. El Estudio Nacional de Incidencia del Maltrato de Ancianos que se llevó a cabo en 1996 (<http://www.aoa.gov/abuse/report/Cesecsum.htm>) puso de manifiesto que la identificación de los factores de riesgo sirve a dos objetivos. Nos informa del mejor modo de 1) evitar que vuelva a ocurrir algo que ya ha sucedido (prevención secundaria) y 2) estructurar las políticas, los programas u otro tipo de intervenciones para evitar que la situación tenga lugar (prevención primaria). Por lo tanto, una característica personal (por ejemplo, un factor de riesgo es el género) no tiene sentido como factor de riesgo, puesto que no es explicativa y no proporciona información para orientar la prevención primaria o secundaria. Ninguna clase o grado de intervención es capaz de cambiar el género de un individuo. El único modo en que una característica personal puede ser un factor de riesgo es si ésta se identifica como una variable sustitutiva y después se vincula con un marco explicativo. Por ejemplo, los fuertes diferenciales de poder pueden ser un factor de riesgo para el abuso, y dentro de este contexto las mujeres tienen menos poder que los varones y esto es, por tanto, una desventaja. En consecuencia, es más probable que las mujeres sean víctimas de maltrato.

Es muy común que los factores de riesgo se tomen como un predictor para que los/las médicos puedan identificar determinados indicadores como señales de alarma. Cuando se usan de este modo, la idea de factor de riesgo como un antecedente teórico del maltrato se pierde, puesto que la lista incluye a menudo factores que pueden ser consecuencias del maltrato o factores que se dan simultáneamente a éste, así como factores que se dan previamente al fenómeno. La depresión es un ejemplo. Por lo tanto, parece que la depresión no es un factor de riesgo, sin embargo, puede ser un signo de advertencia médica muy válido e importante. Las perspectivas teóricas sobre los factores de riesgo al tratamiento (Pillemer y Finkelhor, 1989) afirmaron que las características de las personas maltratadoras y no tanto las de las personas mayores, son las que suponen el factor de riesgo más importante, dado el estado actual de nuestros conocimientos. No obstante, los factores de riesgo relacionados con las características de los/las mayores son las que todavía reciben la mayor parte de la atención en la literatura clínica (Linda R. Phillips, 2003).

Tener conocimientos sobre los factores de riesgo es crucial en el desarrollo tanto de instrumentos de detección como de programas de prevención. Los factores de riesgo del maltrato a mayores pueden clasificarse en tres grupos generales: probables, potenciales y cuestionables.

Factores de riesgo probables: cuando hay un apoyo unánime o casi unánime en varios estudios.

- a) Condiciones de convivencia
- b) Asilamiento social
- c) Demencia
- d) Características individuales de los agresores
- e) Enfermedad mental de los cuidadores
- f) Hostilidad de pacientes (de Alzheimer)
- g) Abuso del alcohol
- h) Dependencia del agresor

Factores de riesgo potenciales: cuando el apoyo, por parte de los estudios, es contradictorio o limitado.

- a) Género: los informes de la Sociedad Americana de Psicología, así como otros estudios basados en expedientes de otras instituciones, indican que la mayoría de las víctimas son mujeres. Sin embargo, existen dudas sobre si ser mujer constituye un factor de riesgo o si es el mayor número de mujeres en la población general lo que influye en la mayor incidencia de mujeres maltratadas.
- b) Relación entre la víctima y el agresor.
- c) Características del las víctimas: Comijs y otros (1999) constataron que ciertas características o rasgos de personalidad de las víctimas pueden aumentar el maltrato. Por tratarse de un estudio transversal, es imposible determinar si estas características de la personalidad son factores de riesgo o son consecuencia de los malos tratos sufridos.
- d) Raza: Lachs y otros (1994 y 1997) constataron que el ser afroamericano era un factor de riesgo en las denuncias de maltrato. Sin embargo, advirtieron que este hecho podía ser debido a un sesgo en la definición de maltrato de ancianos que utilizan las agencias de los Servicios de Protección de Adultos.

Factores de riesgo cuestionables: cuando se presupone que aumentan la probabilidad de que se dé maltrato, pero no se dispone de pruebas empíricas que lo sustente.

- a) Discapacidad física en la persona mayor: por tanto, no sabemos hasta qué punto este factor de riesgo es relevante en los distintos tipos de maltrato. Sin embargo, el único estudio sobre este aspecto indica que las víctimas de negligencia padecían más minusvalías que las víctimas de maltrato físico o emocional (Pillemer y Wolf, 1989).
- b) Dependencia de la víctima y estrés del cuidador: si existe una opinión generalizada en el campo del maltrato de ancianos, ésta puede ser resumida de la siguiente manera: las personas mayores se convierten en débiles, difíciles de cuidar y, algunas veces, agotadoras para los demás. Estas características causan estrés en los cuidadores y, como resultado del mismo, pueden incurrir en maltrato o negligencia. Desde este punto de vista, el maltrato de personas mayores es considerado, básicamente, como producto del proceso de envejecimiento que lleva a las personas a necesitar cuidados. Muchos de los trabajos preliminares en este ámbito de estudio enfatizaban la dependencia de la persona mayor y el consecuente estrés por parte del cuidador/a, como la causa más importante y, en ocasiones, única, del maltrato de mayores.
- c) La transmisión intergeneracional: varios estudios apoyan esta hipótesis: haber sufrido malos tratos o haber sido testigo de la violencia de los padres está fuertemente relacionado con el maltrato a la pareja o a los hijos en la edad adulta. Con respecto al maltrato de mayores, sólo dos estudios han tratado esta variable y no han encontrado indicios de transmisión intergeneracional en el maltrato físico contra familiares de edad. Sin embargo, dada la importancia que tiene la experiencia de maltrato durante la infancia como factor de riesgo en otras formas de violencia interpersonal, se debería seguir investigando este aspecto (Karl Pillemer, 2003).

GRUPO DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS
GRUPO I	Cualquier persona mayor en el ámbito sanitario, especialmente en el hospitalario.
GRUPO II	Personas mayores que sufren procesos de deterioro cognitivo y residen en residencias públicas o privadas, por su mayor vulnerabilidad al no tener la suficiente capacidad para discernir el trato que recibe de sus cuidadores.
GRUPO III	Personas mayores en situación de dependencia física en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas.
GRUPO IV	Cualquier persona mayor que reciba servicios sociosanitarios y que se caracterice por tener una personalidad/carácter frágil (dócil, conformista...) en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas.

Fuente: Rev. Esp. Geriátría y Gerontología, 2004 : 39(4) : 240-254

Fig. 3.5

FACTORES DE RIESGO	
Maltrato doméstico	Problemas del cuidador Estrés del cuidado Explotación económica Otros factores
Maltrato institucional	La oferta y demanda de plazas en residencias Actitudes negativas a la vejez Falta de comprensión del proceso de envejecimiento El desconocimiento de cómo deben ser los servicios La insatisfacción laboral Características de los residentes
Auto negligencia	Mantenimiento de estos actos en otras épocas Algunos problemas de salud en la vejez La pobreza El aislamiento

Fuente: Intervención psicosocial, 2002. Vol II. Nº 1

Fig. 3.6

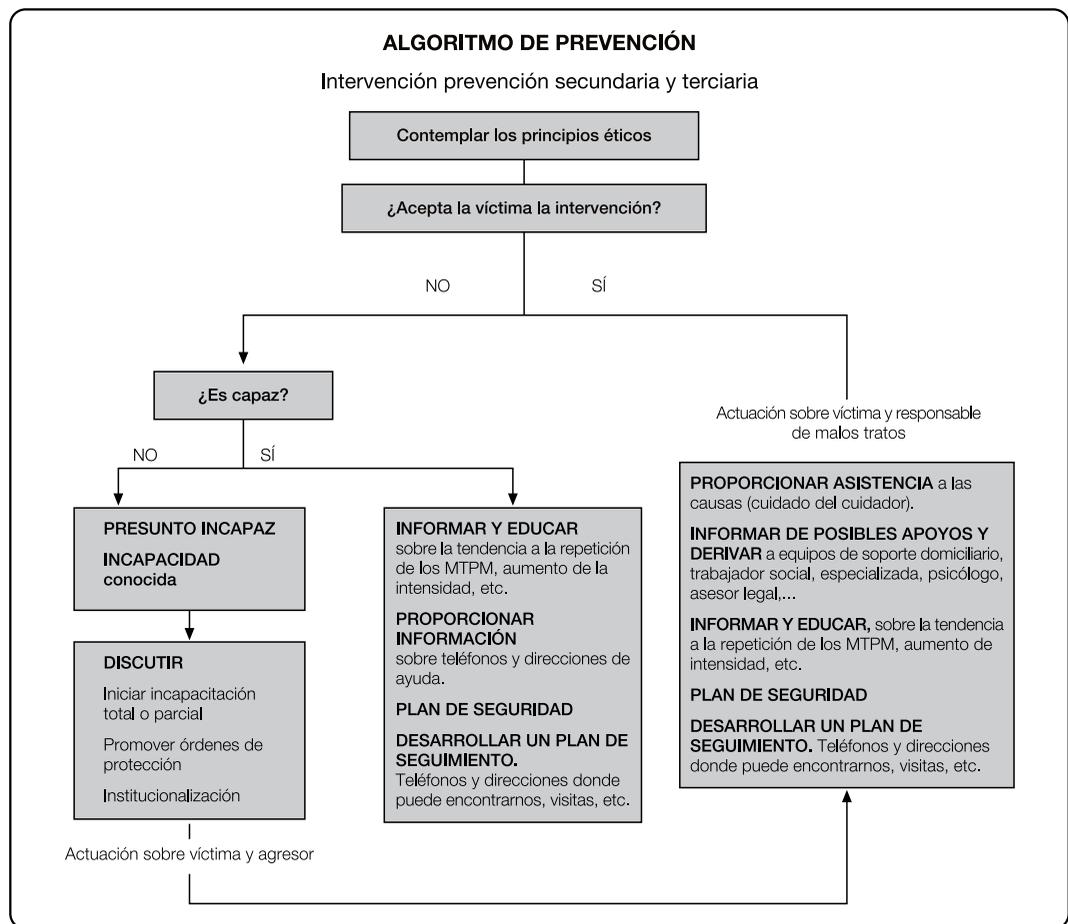
3.6. PREVENCIÓN

3.6.1. Pautas de prevención

En la prevención del maltrato en las personas mayores, las pautas en términos generales son las siguientes:

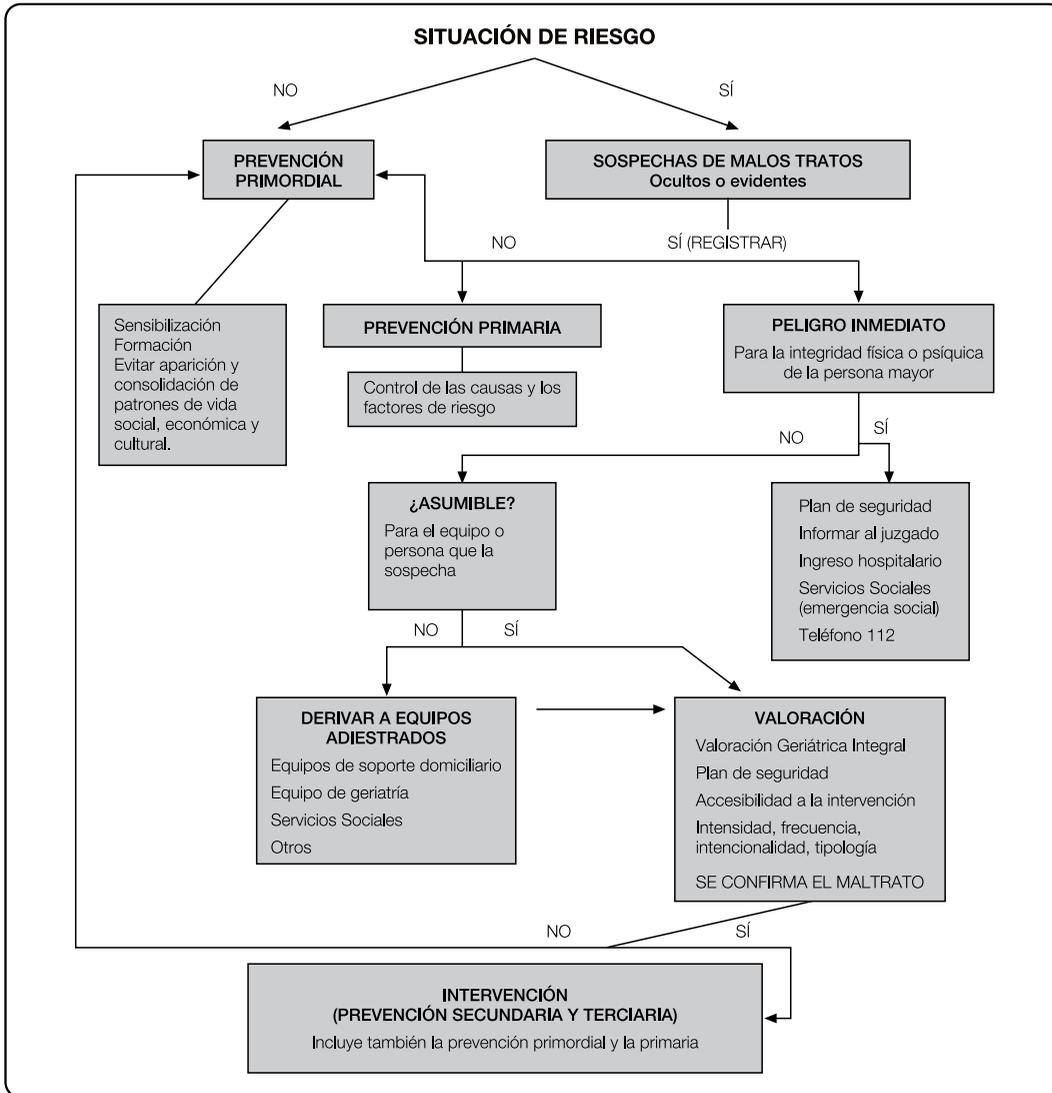
- El maltrato se produce en el entorno habitual de la persona, en todas la clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico.
- Tipos de abusos: físicos, sexuales, psicológicos, social o violación de los derechos, económico, patrimonial o fiduciario, negligencia, abandono y auto-negligencia.
- Los factores de riesgo son padecer un deterioro funcional y/o en funciones cognitivas, aislamiento social, convivir con el maltratador, alteraciones psicológicas del cuidador, ambiente familiar perturbado o una historia previa de violencia familiar.
- El perfil de la víctima suele ser en general mujer viuda mayor de 75 años, con algún tipo de impedimento, aislada socialmente, portadora de conductas anómalas y convivencia con el/la cuidador/a.
- El perfil de la persona maltratadora tiene algunos factores de señal como parentesco con la víctima, no aceptación del papel de cuidador/a, dependiente económicamente de la persona mayor, pobres contactos sociales ...
- Los indicadores más habituales de existencia de maltrato son lesiones físicas, alteraciones emocionales de la víctima, mal estado higiénico, negligencia psicológica (depresión, ansiedad...)
- Sospechar que existen maltratos cuando:
 - Las explicaciones del cuidador o de la cuidadora son contradictorias
 - Disparidad de relato de la historia por parte de la víctima y cuidador.

- Ingreso en urgencias por exarcebación de enfermedades crónicas
- Vivienda con condiciones higiénicas pésimas
- Los principios básicos de la prevención:
 - Es un fenómeno extremadamente complejo, multicausal y pluridimensional
 - Se puede producir en cualquier contexto social
 - Recibe más de un tipo de maltrato
 - Todo ciudadano tiene la obligación ética y legal de notificar a las autoridades los casos de sospecha
- Qué hacer ante un caso de sospecha de maltrato: pues creer lo que nos dice el mayor, no culpabilizar a la víctima, investigar la verdad y consultar a profesionales especializados, sobre todo.



Fuente: Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación. Imsero, 2005.

Fig. 3.5



Fuente: Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación. Imsero, 2005.

Fig. 3.8

Con todo, la familia y la sociedad tiene el deber moral o, mejor, la obligación legal, de no ser maleficentes con las personas mayores, esto es, de no provocarles ninguna forma de daño o maltrato. Sólo desde el respeto a la dignidad de la persona mayor puede realizarse una asistencia sanitaria geriátrica plenamente ética. Cualquier minusvaloración de esta dignidad llevará al rechazo, al abuso y al desprecio del mayor como una “vida sin valor” (García Pérez, J. 2003).

Por el mero hecho de ser persona todos tenemos unos derechos que han de ser respetados y sin los que difícilmente podemos desarrollarnos plena y libremente. El principal y primer maltrato es aquel que no respeta los derechos fundamentales de la persona mayor (Moya Bernal, A. y Barbero Gutiérrez, J. 2005).

El Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, y otros, han propuesto la creación de un Observatorio General sobre malos tratos, que contemple la violencia sobre mujeres, niños y mayores. En su opinión,

“se habla mucho de violencia doméstica y se identifica sólo con la que afecta a las mujeres, de la que, desgraciadamente, tenemos noticias casi a diario y que, sin ninguna duda, es gravísima, pero la realidad es que los malos tratos a los niños y mayores siguen siendo los grandes ignorados cuando, generalmente, se están produciendo simultáneamente” (Paniagua Fernández, R. y Mota López, R.).

La violación de los derechos básicos (humanos y civiles) a menudo está relacionada con el maltrato psicológico y consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que legalmente le corresponden, desde el derecho a la intimidad hasta la libertad de opción religiosa (Sengstock y O'Brien, 2002; Wolf, 1998). Por tanto, en este caso, se ignoran los derechos de la persona mayor y su capacidad de toma de decisiones, negándole por ejemplo, su intimidad, su autonomía a la hora de tomar decisiones con respecto al cuidado de su salud y a otras cuestiones personales (por ejemplo, el matrimonio), ingresándole a la fuerza en una residencia, no dejándole asistir a la iglesia, abriendo su correo (Lafata y Helfrich, 2001)... Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de explotación (Bass et al., 2001; Pérez Rojo, G. 2004).

De los grupos sociales definidos por la edad y/o el sexo que sufren diferentes formas de violencia en la sociedad, es el de las personas mayores el que ha recibido, hasta el momento, menor atención, tanto por parte de los diversos profesionales que les atienden de forma directa, como por parte del resto de actores sociales (medios de comunicación, legisladores, educadores, policía, administradores, jueces...) cuya implicación resulta fundamental en la prevención y actuación. Y ello, a pesar de que posiblemente sea el colectivo en el que la prevalencia de las diferentes formas de maltrato es mayor (Sánchez del Corral Usaola, F., Ruipérez Cantero, I. 2004).

Los malos tratos raramente son objeto de disposiciones específicas, cuando la víctima se trata de una persona mayor, por lo que sólo se aplican normas generales que no siempre pueden resolver debidamente el problema. A título de ejemplo, cabe mencionar la falta de instrumentos jurídicos que favorezcan la comunicación a la autoridad competente de la existencia de un caso de malos tratos.

El Convenio europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, protege a todas las personas contra los tratos inhumanos o degradantes (Art. 3 del CEDH). Las legislaciones nacionales contienen a veces disposiciones más pormenorizadas.

Los recursos sociales para dar una solución al problema, una vez detectado, son escasos a pesar de afectar a un grupo de población que crece exponencialmente.

Las conclusiones de la “Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado”, resumen así la situación actual del problema en España:

- a. Desconocemos la prevalencia.
- b. El maltrato no es privativo de clase social desfavorecida. Puede darse en la familia o en instituciones y los principales implicados son los familiares y cuidadores.
- c. El desconocimiento y la negación del problema dificultan la prevención y la intervención.
- d. No disponemos de una legislación específica de protección de las personas mayores frente a los abusos, pero se deben notificar los casos de sospecha.
- e. Todo profesional en relación con la persona mayor debe estar alerta respecto a signos y síntomas de maltrato.
- f. Los propios mayores deben conocer el problema del maltrato y los recursos sociales existentes para evitar reincidencias o secuelas.
- g. Determinados factores de riesgo aumentan la probabilidad de maltrato.
- h. Se necesita realizar más esfuerzo en investigación sobre el maltrato a la persona mayor.

M^a del Carmen Fernández Alonso (2004) dice: “*La complejidad de las causas hace difícil las intervenciones en prevención primaria. Se trataría de incidir sobre las causas sociales o culturales del problema, es una tarea educativa a nivel de la familia, la escuela, los medios de comunicación y de la sociedad, fomentando el reconocimiento y el respeto a las personas mayores y discapacitadas*”. Y menciona también las siguientes acciones preventivas:

- *El desarrollo de programas de ayuda social a las personas mayores y a las familias por parte de las instituciones públicas y una mayor dedicación de medios para los cuidados psicosociales de la familia.*
- *Cambios en la normativa laboral facilitando la conciliación y condiciones económicas dignas cuando se está a cargo de discapacitados ancianos. La mujer que trabaja fuera del hogar se ve sometida a situaciones de estrés cuando al trabajo habitual en la casa se añade el cuidado de ancianos enfermos a su cargo.*

A todo esto le añade la intervención de los profesionales:

- Detectar los factores de riesgo del anciano y del cuidador y las situaciones de mayor vulnerabilidad para que el maltrato se produzca.
- Canalizar las intervenciones para modificar los factores de riesgo.
- Apoyar a los curadores: vigilar y actuar ante situaciones de estrés y sobrecarga emocional, que pueden constituir el desencadenante de la violencia (Fernández, M.C, 2004).

En cuanto a prevención secundaria apoya la detección precoz del maltrato a través de instrumento cribado capaz de cuantificar y estandarizar la valoración del riesgo. En relación a esto, la Asociación Médica Americana (AMA) recomienda que los médicos interroguen rutinariamente a las personas mayores con preguntas directas acerca del maltrato. Además de entrevistas clínicas al mayor, M^a del Carmen Fernández incluye otras pautas de actuación como explorar cuidadosamente signos físicos, explorar actitudes y estado emocional y realizar un diagnóstico (Fernández, M.C. 2004).

Algunas de las medidas que se ofrecen para evitar que se repitan las agresiones son la atención psicológica al agresor/a, un servicio de mediación familiar y, en los casos más graves, la posibilidad de acceder a una casa de acogida (Fernández, M.C. 2004).

Dentro de la institución, las estrategias de prevención se podrían dividir en tres categorías: administrativas, dirigidas al residente y dirigidas al personal.

Actuación frente al maltrato institucional

Administrativas:

- Reconocer que el maltrato institucional existe y puede darse dentro de la institución que uno gestiona.
- Promover y respaldar guías de actuación sobre procedimientos que pueden llevar a un maltrato si se utilizan inadecuadamente.
- Orientar los planes de promoción de la calidad asistencial hacia la mejora de la calidad de vida de los residentes.
- Seleccionar y mantener al personal con una cualificación adecuada para el puesto que desempeña y orientarle sobre la tarea a realizar antes de su incorporación laboral.
- Desarrollar programas de formación continua sobre el reconocimiento y prevención del abuso insistiendo en áreas como: lesiones no casuales, manejo de trastornos de conducta en el marco de una demencia, manejo de pacientes demandantes o agresivos, técnicas de comunicación con residentes con deterioro cognitivo, reconocimiento de efectos secundarios de los fármacos, dificultades en la relación cuidador/residente.
- Mejorar los ratios personal/residente para evitar una sobrecarga de tareas.
- Incentivar al personal mediante sueldos mas elevados, reconocimiento de la tarea bien realizada.

Sobre el/la residente:

- Informar a la persona residente y a su familia de sus derechos y deberes dentro del entorno residencial.
- En caso de que la persona residente no sea competente, informar a su familia o tutor.
- Defender a la persona residente y animarle a denunciar los casos de posible maltrato institucional.
- Promover la creación de consejos de residentes y de familiares dentro de la institución.

Dirigidas al personal

- Sensibilizar a los trabajadores/as sobre el maltrato institucional a través de talleres con ejemplos reales de situaciones cotidianas dentro de la institución.
- Favorecer las reuniones de equipo para hablar sobre las dificultades en el manejo de situaciones cotidianas con los/las residentes.
- Concienciar de que encubrir un maltrato por una lealtad mal entendida o por otros motivos les convierte en cómplices de un posible delito y refuerza conductas de este tipo.

Fig. 3.19

Además de todas estas medidas intrainstitucionales, es necesario considerar otras a emprender por instancias gubernamentales o por la propia sociedad (López García de Madinabeitia, A.P. 2003).

Prevención primaria:

Hay varias acciones que deberían considerarse al respecto: concienciación pública, detección, etc. Las personas profesionales que trabajan en servicios sociales y sanitarios deben ejercer un control continuo de las condiciones de las personas mayores que son pacientes, clientes o participantes de los programas. Otros posibles “guardianes” podrían ser las personas que trabajan en los bancos, los farmacéuticos, los empleados de ultramarinos o los trabajadores de correos, entre otros. A menudo, donde mejor se detecta el maltrato a mayores es en el hogar y, en consecuencia, los que tienen acceso al hogar tienen una ventaja a la hora de identificar a las personas mayores que han sido maltratadas o víctimas de negligencia. Este grupo incluye a los trabajadores sociales a domicilio, cualquier trabajador que entre en una casa para reparar algo, enfermeras que realizan visitas domiciliarias y miembros de la familia, entre otros.

Prevención secundaria:

Incluye determinar las motivaciones del agresor/a y las razones para el maltrato. En consecuencia, evaluar las reacciones ante la persona mayor y/o la experiencia de ser cuidador/a puede dar una pista acerca de la calidad de las relaciones con la persona mayor. Una evaluación de las experiencias, reacciones y comportamientos de los miembros de la familia puede aportar claves acerca de las áreas en las que deben centrarse los profesionales de la asistencia sanitaria y social.

En 1988, Kosberg, creó el instrumento CCI (Consecuencias del Cuidado). Evalúa el grado perjudicial en tres áreas: restricciones personales y sociales; salud física y emocional; y gastos directos e indirectos. Además, se pide a los miembros de la familia que valoren la importancia que para ellos tienen las necesidades diarias, sociales, psicológicas y médicas de la persona mayor. Finalmente, el CCI pide a los miembros de la familia que evalúen la medida en que la persona mayor es provocadora, reclama más atención y cuidados de los que realmente necesite, es desagradecida, realiza peticiones innecesarias, es impaciente y manipuladora, etc. Las variables discretas del CCI ayudan a los profesionales a identificar las áreas que son percibidas por los miembros de la familia como las más molestas.

En la prevención secundaria también se puede dar asesoramiento y asistencia psicológica a quienes han cometido el maltrato. Existen servicios de apoyo en la comunidad, grupos de autoayuda y otro tipo de recursos.

En cuanto a la persona mayor, tiene que haber recursos profesionales, apoyos ubicados en la comunidad, así como recursos domiciliarios. Los recursos comunitarios para personas mayores, son los hospitales y centros de día, los programas que ofrecen comida caliente, centros para personas mayores... Como recursos domiciliarios están la asistencia sanitaria a domicilio, la entrega de comidas a domicilio y las “visitas simpáticas” por parte de personas voluntarias... En cuanto a los recursos comunitarios para familiares existen los grupos de ayuda, oportunidades educativas, posibilidad de contar con un cuidador durante varias horas al día y como recursos domiciliarios, los servicios de ayuda en las tareas domésticas, asistencia en las compras y ayudas de un cuidador durante varias horas.

Las tareas de prevención abordan directamente las condiciones que contribuyen a crear un entorno abusivo. La prevención conlleva asegurar que las personas mayores queden bajo el cuidado de personas apropiadas, con una motivación adecuada, con experiencia y no “desviadas”. Por consiguiente, la prevención incluye una atención a la persona mayor pero también a su situación presente y futura. El cuidador/a familiar, o el sistema familiar, puede necesitar la ayuda de recursos formales existentes en la comunidad que estén disponibles tanto en el hogar como fuera de él. Además, se necesitan alternativas al cuidado dentro de la familia; alternativas que deberían incluir algo más que residencias. Por lo tanto, en el análisis final, la prevención del maltrato de personas mayores necesita de la colaboración entre los sistemas formales e informales; la comunidad y la familia. De este modo, es más importante que nunca idear y planificar nuevas formas para proteger a las personas mayores del peligro del maltrato (Jordan I., Kosberg, 2003).

Los modelos teóricos de intervención pueden ser integrados dentro de las siguientes categorías: violencia familiar/terapia familiar, acción social y protección del adulto. Estos patrones se caracterizan por dotar de servicios terapéuticos a las familias en conflicto, la publicación de leyes y ordenanzas de protección, la puesta en marcha de centros de acogida inmediata, los grupos de apoyo para ancianos maltratados y sus agresores, la educación ciudadana y el refuerzo de poder de los mayores.

En cuanto a los principales modelos de intervención, en líneas generales podemos señalar que queda mucho por investigar en lo que respecta a la prevención de este fenómeno emergente. Debemos trabajar, por tanto, en políticas encaminadas a la instauración de marcos normativos destinados a precisar las directrices que definen los malos tratos y la negligencia, apoyados por la creación de los servicios necesarios.

Al respecto, también es necesario elaborar programas de educación y formación, no solo académicos sino de educaciones públicas y comunitarias. Es importante asimismo aumentar la sensibilización e información sobre los recursos existentes; poner en marcha programas de prevención, crear los recursos necesarios para el abordaje integral del problema y revisar el sistema de evaluación de la eficacia y eficiencia de los distintos programas que se pueden poner en funcionamiento (Rubia Herrera, R. 2003).

Una de las mayores dificultades es la falta de conciencia social para calificar estos comportamientos como delictivos y la ignorancia, temor y poder de las víctimas. Se debe proporcionar educación y formación con el fin de aumentar la concienciación y el conocimiento del problema, puesto que éste es el marco a partir del cual se pueden desarrollar respuestas adecuadas.

En las recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología sobre “*La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*”, se determina que uno de los objetivos en el ámbito jurídico es “*buscar un reforzamiento especial en la protección jurídica de las personas mayores, sobre todo de las personas mayores dependientes*” (Muñoz Iranzo, J. 2001).

Se hace especial incidencia en que esa protección proceda del Código Penal, y en concreto propone:

- Considerar como circunstancia agravante de la responsabilidad penal, el hecho que el sujeto pasivo de un delito o falta sea una persona mayor.

- Tipificar o delimitar con mayor concreción dentro de determinados delitos o faltas aquellas acciones que suponen maltrato.
- Penar el hecho del abandono de personas mayores dependientes, que tienen muy limitada su capacidad de autodefensa.

La falta de información, de comunicación, de confianza y de tiempo, son todas ellas carencias que llevan a que uno se encierre en el silencio. Pero hay que saber que el silencio puede matar. Sin embargo, el primer elemento en el tratamiento de una situación de maltrato es la información. Antes de darse cuenta de que uno está delante de un caso de maltrato o negligencia, es necesario conocer las formas y saber identificar los factores de riesgo.

Es primordial reflexionar conjuntamente sobre las posibles consecuencias de las soluciones contempladas. Para poner fin a los malos tratos intolerables, hay que ocuparse tanto de la persona maltratada como de la persona maltratadora. Los/las profesionales repiten sin cesar que no disponen de tiempo, pero la reflexión entre los profesionales es indispensable ya que permite ganar tiempo y, mediante una labor interdisciplinaria, ampliar el número de soluciones posibles.

Información-formación-comunicación. No se puede escribir un manual, un libro de recetas, porque se trata de personas que tienen una historia personal, familiar y social única. No se puede sino repetir que la prevención es un trabajo de todos (Busby, F. 2003). Informar y educar a las personas mayores sobre sus derechos, servicios y lugares adecuados a los que acudir en caso de necesidad también es importante.

El discurso acerca de los mecanismos articulados para combatir el maltrato a personas de edad avanzada es algo impreciso y gira en torno de suposiciones o ideas de lo que debe ser, o incluso de lo que debería hacerse, más que denotar conocimiento y claridad sobre los recursos disponibles. No obstante, se identifica con precisión a los actores implicados y se les atribuyen distintas funciones y competencias (SEGG-IMSERSO, 2004), entre otros:

- *Los servicios sociales.* Se considera que es su competencia detectar y remediar las situaciones de “maltrato” en la comunidad. Cuentan con la legítima autoridad para intervenir, un atributo necesario para “entrar” en una esfera privada donde se esté produciendo “maltrato”. En prevención primaria de las situaciones de “maltrato” se considera que también deberían ser los servicios sociales los que hicieran el seguimiento activo de todas las personas mayores para detectar situaciones de vulnerabilidad y ofrecer el apoyo necesario antes de que se deterioren sus condiciones y las de sus cuidadores/as, o se vean obligados a abandonar su hogar o a sobrevivir en soledad. Sin embargo, consideran que su papel en este sentido es, hoy por hoy, francamente limitado.
- *Los servicios sanitarios.* Se les atribuye un papel importante en la detección de casos de maltrato relacionado directamente con deterioro físico por no recibir los cuidados adecuados o ser activamente agredido. Sin embargo, su intervención se reduce a amonestar a los cuidadores/as.
- *La comunidad.* Asignan a los miembros de la comunidad y a los/las familiares no implicados la responsabilidad de romper el velo de la indiferencia y denunciar ante las “autoridades” (sobre todo los servicios sociales) los casos que se producen. Esta obligación no se refiere solo a los casos constitutivos de delito, sino también a lo que pasa desapercibido a quien pueda tomar cartas en el asunto: otros familiares, servicios sociales, organizaciones religiosas o laicas de apoyo a los mayores, e incluso la guardia civil. Se trataría de disminuir la “invisibilidad” de las situaciones de maltrato. Sin embargo, predomina un sentimiento de impotencia y desconocimiento de los mecanismos para actuar que desemboca en la inhibición.

- *La inspección.* El papel de las administraciones públicas de regular los funcionamientos de las residencias y velar por que se mantengan las condiciones adecuadas. También las familias de las personas residentes tienen la responsabilidad de controlar y denunciar las condiciones de las instituciones.

Optan por la prevención primaria antes que la secundaria y abordan las siguientes predisponentes (SEGG-IMSERSO, 2004):

- *Las pensiones.* Adecuar las pensiones mínimas a las necesidades básicas de la persona mayor, evitando la dependencia económica.
- *Extensión y calidad de los servicios sociales públicos.* Priorizar la ayuda domiciliaria, un mayor acceso a los servicios domiciliarios disminuiría mucho la conflictividad en las familias que se hacen cargo de una persona mayor dependiente, con lo que se atajaría uno de los factores más importantes para explicar el mal trato en ese ámbito. Reclaman cierta política de “cuidar del cuidador/a” como herramienta de prevención. Los servicios sociales deberían detectar activamente las necesidades de los/las mayores de su zona. Consideran que los servicios sociales atienden situaciones extremas o marginales, lo que, además de limitar su uso a una parte pequeña de la población, tiene un carácter estigmatizante, ya que hay que estar en condiciones muy precarias para obtener asistencia. Proponen que se extienda su uso, de manera que se evite la desprotección y el deterioro de las capas con un poder adquisitivo medio.
- *Fomento de residencias públicas.* La condición de un precio proporcional a los ingresos es inalienable; además, el número de plazas debería aumentar en proporción a la lista de espera, aunque insisten en que la mejora de la asistencia domiciliaria disminuiría la necesidad de residencias. Garantía de profesionales cualificados y funcionamiento adecuado. La flexibilidad y la personalización deberían regir el funcionamiento.

3.6.2 Soluciones para la prevención de la negligencia y el abuso

- Las soluciones desde el ámbito de los profesionales se basarían en una mejor formación y una empatía con las personas mayores.
- Las soluciones desde la profesión se basarían en una mejora de la coordinación, la creación de protocolos concretos, evitar el corporativismo, fomentar y transmitir el reconocimiento al trabajo.
- Las soluciones institucionales requieren resolver la escasez de recursos, vigilar y controlar la normativa legal, crear un censo que recoja a la población mayor (su situación personal...), fomentar y ampliar la existencia de indicadores de calidad, mejorar y profesionalizar la dirección/gerencia de los centros asistenciales, elaborar políticas públicas de dignificación y no de manipulación de la población mayor, establecer criterios claros y definidos para las exigencias de formación y especialización en todos y cada uno de los niveles y categorías profesionales, poner en conocimiento de los profesionales en qué consisten las conductas negligentes y abusivas, y concienciar al conjunto de los profesionales de la gravedad de las conductas negligentes y abusivas.

RESPUESTA DE LOS SERVICIOS SOCIALES A ESTE PROBLEMA		
Malos tratos domésticos	Intervenciones dirigidas a la prevención	Proyectos que fomenten el poder de las personas mayores como grupo Elaborar propuestas de recursos para atender a personas mayores. Programas de formación al cuidador Programas dirigidos a potenciar el bienestar Proyectos de mejora de las habilidades de la persona mayor para dirigir su vida Proyectos de mejora de las redes de apoyo social Proyectos de asesoramiento gerontológico
	Intervenciones dirigidas a la detección del maltrato	Programas de sensibilización Establecimiento de procedimientos de evaluación y de coordinación
	Programas de intervención dirigidos a los mayores que han sido maltratado	Actuar en situaciones de emergencia Actuar en los casos en que se detecten riesgos posibles
	Programas dirigidos a los agresores	Grupos de apoyo para cuidadores Intervenciones dirigidas a la resolución de los problemas personales Servicios de respiro.
El maltrato institucional	Programas de defensa de los derechos de los residentes	
	Programas de intervención que impidan que las personas mayores lleven una vida pasiva y pierdan su autonomía	
	Programas socioeducativos que integren a los residentes en las actividades del Ayuntamiento	
Auto negligencia	Mejorar la coordinación de los diferentes equipos, formar profesionales e informar a los vecinos.	

Fuente: Los malos tratos a personas mayores: una propuesta para trabajar desde los equipos de servicios sociales de los municipios. Intervención psicosocial 2002, vol. II. Figura 3.7.

Por otra parte, definir una serie de indicadores de riesgo e indicadores de protección permitiría la elaboración de instrumentos de evaluación. Podemos encontrar un instrumento validado en www.aoa.ahns.gov.

Nos equivocamos cuando pensamos que la familia es exclusivamente un ámbito de privacidad. También tiene un aspecto público. Cuando se produce una conculcación de los derechos humanos se da una situación que tiene costes sociales y humanos. El maltrato contra una mujer en el ámbito familiar no es un asunto privado, es público. Pues en el caso de las personas mayores ocurre lo mismo. Debemos luchar decididamente contra esa mentalidad, porque mientras sigamos pensando que es un asunto privado, la solución quedará en manos de quienes están causando el problema. El Estado y la sociedad tienen ahí un papel importantísimo que jugar (José Sanmartín). Por ello, la red de servicios sociales públicos debe tener una gran responsabilidad en la detección de estos casos de violencia encubierta (Ferreiro, M.J. y Carreño, M.C. 2001).

Detrás de la frase cotidiana “son como niños” existe una concepción que suele asociarse con imágenes de decrepitud, enfermedad, dependencia e infantilización. En la práctica de las relaciones, una percepción determinada de la vejez que tiene como trasfondo una concepción paternalista y, por tanto, infantilizadora

de la misma. Cuestión que se plasma en el trato, relaciones e interacciones entre los profesionales y las personas mayores que residen en/o frecuentan estas instituciones, así como en el ámbito de decisión, planificación e intervención técnica y política.

La imagen social, las percepciones, creencias, actitudes y estereotipos de los individuos y de cualquier grupo social constituyen una de las formas de presentación de los mismos e influyen notablemente en los procesos de interacción.

El mencionado estereotipo también está presente en el imaginario de los profesionales que se dedican a la atención de las personas mayores.

De las distintas entrevistas se desprende que, a mayor grado de deterioro físico y mental corresponde una mayor dependencia y, consecuentemente el trato está caracterizado por un mayor grado de infantilización. Concediendo con Barenys constatamos que “...cuanto más deteriorado es el estado mental del anciano mas fácil será que se le dé un trato despectivo o infantilizador” o un trato paternalista.

Esta infantilización supone un trato inadecuado a las personas mayores, que son consideradas “como niños irresponsables en los que no se puede confiar”, pudiendo encuadrar estas situaciones en la clasificación de malos tratos psicológicos. Reduciendo así la calidad de vida de las personas mayores en sus dimensiones psicosociales y, consecuentemente, en lo relativo al clima social.

Entendemos que la infantilización y trato inadecuado sucede por desconocimiento o falta de conciencia –por parte de profesionales y la sociedad en general- de las especificidades del mundo de los/las mayores, por lo que proponemos que la formación de profesionales contemple conocimiento de aspectos específicos, como la competencia social y habilidades para el desarrollo de un trato adecuado, teniendo en cuenta la dignidad de las personas (Civicos, A., Rapp, R.E. 2002).

Sin embargo, todas estas dimensiones de derechos humanos relacionados con las personas mayores, aun siendo reconocidas y explícitas normativamente, se quedan en una mera declaración de buenas intenciones, al no traducirse en la realidad en hechos y situaciones concretas por la infantilización que se hace de los mayores desde el ámbito profesional y político.

Lo que ha pretendido el legislador, por ejemplo, con la regulación de los internamientos involuntarios es garantizar el derecho a la libertad de las personas. Que nadie decida por uno mismo, si no es con autorización judicial, y de paso evitar situaciones de abusos hacia las personas mayores.

El internamiento de una persona mayor a la que no suponemos capacidad de autogobierno requerirá, lógicamente, autorización judicial. Debe existir un proceso de incapacitación previo, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la adopción de esta medida, en cuyo caso estaremos ante un internamiento urgente. Se denominará ordinario al primero. El internamiento urgente exige la comunicación al juez antes de transcurridas veinticuatro horas (Maroto, M. 2002).

Lo ideal es que haya un grupo de trabajo dedicado al abuso y malos tratos y se hagan protocolos de manera estandarizada para identificar en todos los lugares a estos y estas mayores. Y muchas veces, es preciso realizar exploraciones complementarias, porque es difícil hacer el diagnóstico diferencial. La historia clínica consta de una anamnesis, he aquí que la entrevista con la víctima y con el cuidador se ha de hacer de forma separada. Cuando un/a paciente llega a consulta, lo acompaña un cuidador/a, se entrevista al cuidador/a y al paciente en la misma sala. Si se sospecha de abusos y malos tratos, la entrevista se debería hacer en salas diferentes, o primero la víctima y después el cuidador/a. Y habría que tener mucho cuidado y ser muy preciso en las cuestiones que se le preguntan a la persona mayor. No se le puede preguntar: ¿Le han herido? ¿Le han maltratado en su familia?, porque lo negaría. Hay que

ir poco a poco: ¿Se encuentra bien en su hogar? ¿Está cómodo en su casa? ¿Quién prepara la comida? ¿Quién maneja el dinero? ¿Discute a menudo con su hija? ¿Qué ocurre? ¿Le han golpeado? De igual modo, con el responsable del abuso, con el cuidador/a, hay que tener empatía, porque si no es imposible poder captar información: ¿Toma algún fármaco? ¿Cuántas horas dedica al/la paciente mayor? ¿Está agobiado/a con el tema? Por lo tanto, la anamnesia y exploración es importante.

Indicadores: exploración física, abusos psíquicos (le voy a meter a una residencia, porque le voy a poner las gafas para lo que tiene que ver...), negligencia (falta de prótesis auditivas, reingresos hospitalarios por incumplimiento de medicación, higiene...), disparidad de relatos.

Es necesario que desde todos los estamentos se hagan protocolos de detección. Protocolos en los servicios sociales y protocolos en los servicios de urgencia. ¿Qué pretendemos con estos protocolos? Pretendemos detectar el mayor número de pacientes que son víctimas de abusos y malos tratos. Esos protocolos son fáciles de rellenar. Constan de una historia clínica, de una observación del comportamiento del cuidador/a, del aspecto general de la persona mayor, de la exploración física y psíquica, de la valoración de los recursos sociales y de las exploraciones complementarias.

Otra cuestión es cuando la víctima presenta deterioro cognitivo. No es frecuente, pero puede ocurrir, que la persona mayor tenga una depresión delirante o un deterioro cognitivo con delirio y diciendo: “Mis familiares me envenenan”, y acuden a urgencias con delirios estructurados, que si no se es capaz de hacer una valoración geriátrica exhaustiva, y valorar si tiene deterioro cognitivo o no, se puede estar cayendo en un error. Hay que saber si el/la mayor, en verdad, presenta o no abusos de malos tratos. Puede tener una depresión delirante y decir que sus cuidadores le están maltratando o un deterioro cognitivo e insistir en ese tema. Por lo tanto, hay que analizar también el deterioro cognitivo del/la paciente.

Los casos de abandono son más frecuentes que los de maltrato. Podríamos hablar de “abandono activo” cuando hay intencionalidad y de “abandono pasivo” cuando hay incapacidad por parte del cuidador/a, hacia la persona mayor, ya que los términos abandono o trato negligente implican que no se cumple con una obligación. En la actualidad se habla más de “cuidado inadecuado del anciano” sea cual sea el mecanismo, pues el resultado final es que la persona mayor no recibe los cuidados que requiere para conservar su salud física o emocional óptima (Lachs MS, 1993).

Factores de riesgo en el mayor (Lázaro del Nogal M. 1995, Lachs M.S., 1995)

- Deterioro cognitivo
- Deterioro funcional
- Aislamiento social
- Problemas psíquicos en el cuidador
- Ambiente familiar perturbado por otras causas
- Fragilidad
- Dependencia excesiva de otras personas
- Historia previa de violencia familiar

Perfil de la víctima (Lázaro del Nogal, M. 1995)

- Mujer, de edad avanzada
- Dependiente de su cuidador para la mayoría de las funciones de vida diaria
- Con conductas anómalas acompañantes
- Convive con un familiar que es el principal y único cuidador

Perfil del cuidador/a responsable del abuso (Lázaro del Nogal, M. 1995, Lachs, M.S. 1995)

- Consumidor de alcohol, fármacos o drogas
- Con pobres contactos sociales
- No acepta el papel de cuidador/a. No asume la responsabilidad que ello conlleva
- Historia previa de violencia familiar
- Sufre estrés por causas diversas (muertes, pérdida del trabajo o problemas económicos) o tiene múltiples responsabilidades
- Renuncia a las ayudas médicas y de la comunidad
- Depende del anciano desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima
- Demuestra pérdida del control de la situación
- En las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz

Maltrato o negligencia social (Garay Lillo J, 1996)

- Minusvaloración de la figura del mayor
- Escasez de programas destinados a la persona mayor
- Escasez de áreas de aseo o recreación
- Mala planificación ciudadana y barreras arquitectónicas
- Utilización de la persona mayor
- Escasez de pensiones
- Regulación a la baja de prestaciones farmacéuticas-médicas
- Escasez de prestaciones sociales
- Inexistencia de áreas de compra a precio reducido
- Falta de información de los servicios sociales
- Información confusa sobre la eutanasia
- Inexistencia de normativa jurídica que promueva el bienestar del anciano
- Creación de clima de inseguridad en cuanto a las pensiones
- Marginación de la figura del anciano en todos los medios de comunicación
- Maltrato en ventanillas y atención al público
- Poca información a las sociedad para que comprenda los problemas de los mayores (sexualidad, soledad, incapacidad...)
- Presión preelectoral
- Falta de cursos de preparación a la jubilación

Maltrato en residencias

- No suministrar adecuadamente los medicamentos
- No proporcionar condiciones ambientales adecuadas
- Comentarios inadecuados o hirientes
- Tuteo inadecuado
- No utilizar los nombres y apellidos
- No permitir la intimidad (para la higiene, el sexo, la soledad)
- No tener en cuenta las barreras arquitectónicas

- No proporcionar lecturas, distracciones, actividades
- Falta de un plan apropiado de cuidados

Evaluación de la intervención (Chasco Perramon C, 1996)

- Valorar si es por mala voluntad o por ignorancia (negligencia)
- Valorar la severidad
- ¿La víctima tiene conciencia del abuso?
- ¿Qué recursos tiene la víctima? ¿Con qué recursos comunitarios se cuenta?
- ¿Plantea problemas la víctima?
- ¿Qué factores de riesgo existen?
- ¿Quién está infringiendo el abuso?
- ¿Cuál es el estado cognitivo de la víctima?
- ¿Cuál es el estado de salud y funcional de la víctima?
- ¿Han existido intervenciones previas?

A modo de resumen, los malos tratos a las personas mayores pueden ser clasificados como abusos o negligencias físicas, psicológicas o económicas/materiales (Paris BE, 1995):

ABUSO FÍSICO
<p>Actos de violencia que pueden producir dolor, daño, deterioro o enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empujar, golpear, abofetear o pellizcar • Forzar, dañar • Posición incorrecta • Uso inadecuado de sujeciones mecánicas o medicamentos • Coacción o abuso sexual (cualquier forma de contacto o exhibición sexual sin el consentimiento de la persona anciana o cuando la persona es incapaz de dar su consentimiento) <p>Los signos de abuso físico incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematomas, moratones, laceraciones, fracturas, quemaduras, marcas de cuerdas • Hallazgos de laboratorio que indican sobredosis o infradosificación de medicinas • Enfermedades venéreas o infecciones genitales no explicadas
NEGLIGENCIA FÍSICA
<p>Caracterizadas por una incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar el daño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No aplicación de cuidados sanitarios, incluyendo las comidas o hidratación adecuada, terapia física o higiene • No proporcionar ayudas físicas, como gafas, ayudas auditivas o prótesis dentales. Vestimenta inapropiada • No proporcionar medidas de seguridad
ABUSO PSICOLÓGICO
<p>Conducta que provoca angustia mental en el anciano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Censura, acoso o intimidación verbal. Amenazas de abandono o institucionalización. Amenazas de castigo o privación • Tratar a los ancianos como si fueran niños • Aislar al anciano de la familia, amigos o actividades • Falta de intimidad

NEGLIGENCIA PSICOLÓGICA**No proporcionar estímulos sociales a un individuo anciano dependiente**

- Dejar al anciano solo durante largos periodos de tiempo
- Ignorar al anciano o darle un tratamiento de silencio
- No proporcionarle compañía, cambios en su rutina, noticias o información

ABUSO ECONÓMICO O MATERIAL**Mal uso de los ingresos o recursos de una persona anciana para ganancia económica o personal del cuidador.**

- Negar al anciano la vivienda. Ocultar los bienes materiales
- Robarle dinero o posesiones. Mal uso o abuso del dinero
- Coartar al anciano a que firme contrato o asigne poderes notariales a alguien, compra de bienes o cambios en el testamento

NEGLIGENCIA ECONÓMICA O MATERIAL**No utilizar los fondos disponibles o recursos necesarios para mantener o restaurar la salud y el bienestar de un anciano**

- El paciente recibe unos cuidados subóptimos en su domicilio, a pesar de tener unos recursos económicos adecuados
- El paciente parece confuso o desconoce cual es su situación económica o ha trasferido súbitamente bienes a miembros de la familia
- Asignación de la peor habitación de la casa

DETECCION ABUSO DEL ANCIANO. INDICADORES DE MALOS TRATOS**Historia**

- Patrón de esperanza en el médico o en la hospitalización
- Retraso inexplicado en la búsqueda de tratamiento
- No asistencia a varias citas médicas
- Lesiones previas no explicadas
- Explicaciones de lesiones previas inconsistentes con la exploración
- Constatación de la existencia de lesiones similares en otras ocasiones

Observaciones profesionales

- El/la paciente parece temerosa de algún miembro de la familia
- El/la paciente parece reacia a contestar cuando se le pregunta
- El/la paciente y un miembro de su familia dan explicaciones distintas de un incidente
- Un miembro de la familia está indiferente o enfadado con el paciente y rehúsa proporcionarle asistencia necesaria
- Falta de cooperación del cuidador/a
- Antecedentes de frecuentes infecciones urinarias o fallo cardiaco congestivo
- Ropa inapropiada
- Falta de dispositivos de ayuda (audífonos, bastón...)
- Micosis en pliegues no conocida o falta de higiene
- Un miembro de la familia está excesivamente preocupado con el coste de la asistencia médica
- Un miembro de la familia busca evitar que el/la paciente hable en privado o abiertamente con los profesionales sanitarios
- Llegada al sistema de urgencias sin el cuidador principal
- Hospitalización repetida por incumplimiento terapéutico sea medicamentoso u otros cuidados médicos
- Un miembro de la familia parece preocupado sobre un problema particular del paciente, pero no sobre su salud global.

Fuente: The Mount SINAB Victim/Services Agency Elder Abuse Project. Elder mistreatment Guidelines for healthcare professional: Detection, assessment and intervención. New York: Mount Sinai Medical Center, 1988 (modificada).

Fuente: Leturia, F.J, 2002

3.7. MALTRATO INSTITUCIONAL

La organización de las residencias de mayores puede suponer, como hemos dicho anteriormente, un impacto importante en la vida, autonomía y derechos de las personas usuarias de las mismas e incluso una forma de maltrato. El/la residente pierde parte de su autonomía, privacidad e identidad, mientras que los gestores y personal buscan un equilibrio entre las necesidades e intereses de un número de personas con el menor coste posible, pero a expensas de una rigidez que dificulta los cuidados individualizados. La homogenización somete al residente al control de sus cuidadores mediante normas rígidas y actividades impuestas. El funcionamiento encorsetado fomenta un trabajo rutinario, impide el acercamiento personalizado a la persona mayor y consagra la creencia de que “todos los viejos son iguales”: sin pasado significativo, sin una historia de vida y sin personalidad propia. Muchos y muchas residentes, precisamente por su discapacidad física o psíquica, necesitan estimulación social e intelectual y el reconocimiento de su cultura y experiencia vital. Sin duda, esto supone un reto para el personal, más acostumbrado a cubrir necesidades básicas que a desempeñar otro tipo de tareas. La existencia de planes de cuidados individualizados y la planificación centrada en la persona, tal y como se ha explicado en el capítulo 2.7.1., facilita esta tarea, siempre y cuando no se limiten a ser una hoja más en la historia clínica.

La legislación no distingue en función de si el maltrato se ocasiona en el propio domicilio o en una institución pero en este segundo caso la responsabilidad, ya sea civil, penal o administrativa, no se circunscribe tan solo a quien ocasiona el maltrato, sino que se hace extensiva a los responsables de la institución.

A ello hay que añadir que las instituciones, sean públicas o privadas, están sometidas a controles e inspecciones, y exigen un mayor grado de profesionalización, lo cual redundaría en una mayor grado de garantía para la persona mayor que recibe de esta forma mayor protección frente a los posibles malos tratos.

Esto no significa que el domicilio no sea un lugar seguro y aconsejable para la persona mayor, pero sí está claro que el domicilio propio es un lugar de más difícil acceso para el conocimiento de los hechos y la actuación de la justicia (Muñoz, J. 2001).

Las prácticas y reglas pueden ser por sí mismas abusivas o negligentes. Esta segunda forma de maltrato institucional invita a una reflexión más trascendente y revolucionaria sobre el “modo de hacer”, por cuanto se ponen en marcha muchas veces los procedimientos de manera automática, sin pensar si lo que se realiza es correcto o vulnera los derechos más fundamentales de la persona cuidada (López, A.P. 2003).

Kayser Jones distingue cuatro categorías de denuncia por maltrato institucional contra el personal de los centros. En los tres primeros tipos de denuncia se pueden identificar fácilmente modos de hacer cotidianos de muchas instituciones residenciales.

- Infantilización. Tratar al anciano como a un niño irresponsable del que uno no se puede fiar.
- Despersonalización. Proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden necesidades particulares de cada usuario.
- Deshumanización. Además de ignorar al anciano, despojarlo de su intimidad y negarle la posibilidad de asumir decisiones sobre su vida.
- Victimización. Ataques a la integridad física y moral mediante amenazas, intimidación, insultos, chantaje, robo o castigos corporales.

A continuación podemos observar en las siguientes tablas, las formas y factores relacionados de maltrato institucional (López, A.P., 2003):

FORMAS DE MALTRATO EN LA INSTITUCIÓN	
<p>Nutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imposibilidad de elegir alimentos - Restricción como castigo - Comida fría o en malas condiciones - No facilitar dietas (diabéticas, p. ej.) - Servir frías bebidas de consumo caliente, complementos dietéticos por comidas 	<p>Intimidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrar en la habitación sin llamar - Sentarle en retrete sin cerrar puerta o en retretes comunitarios - Cambios posturales o curas a pacientes encamados con la puerta abierta - Llamadas a familia desde el control y en presencia de enfermería - No reconocer sexualidad y necesidad privacidad para estar a solas con pareja - Armario sin cerradura
<p>Vestido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ropa o calzado de cualquier talla, de fallecidos o de uso común - No poner medias o calcetines - Acostar al residente desnudo 	<p>Seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instalación eléctrica en malas condiciones - Salidas de emergencia bloqueadas o de difícil acceso - Timbres inaccesibles - Mobiliario viejo o inadecuado - Falta de entrenamiento para emergencias
<p>Higiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar la misma esponja, toalla o peine para varias personas - Mantener sentados o encamados con orina o heces - Sentar durante horas en el retrete - No vaciar orinales - Sentar en silla-retrete mientras comen 	<p>Aislamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dejar sentado o encamado durante horas. - No actividades de estimulación o entretenimiento - No facilitar acceso a culto religioso - Restringir visitas o llamadas - Ocultar fallecimiento de otros residentes - Dejarle solo <p>Contención química:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicotropos para síntomas conductuales sin probar otros abordajes del problema
<p>Contención física:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encerrar en habitación - Bloquear salidas de emergencia para evitar fugas - Atar a la cama, silla o radiador para evitar que se levante y se caiga - Atar como castigo o por falta de personal 	<p>Entorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habitaciones frías, poco acogedoras, suciedad, decoración obsoleta y sin gusto - Iluminación insuficiente - Distribución confusiónante de estancias - Baños con suelo deslizante - Ausencia de espacios al aire libre - Barreras arquitectónicas - Música o televisión a gusto del personal - Dificultades para tener objetos personales en la residencia
<p>Cuidados de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de atención especializada - No informar de cambios de salud o de sucesos importantes (caídas, accidentes) - No revisar gafas, audífonos y prótesis dentales - No prevenir escaras - Analgesia insuficiente - Ausencia de un plan individualizado de cuidados y de órdenes médicas escritas. - Nihilismo o manía terapéutica - Retirar medicación sin supervisión médica - Dar un fármaco que ha sido eficaz para tratar un problema similar en otra persona <p style="text-align: right;">.../...</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ratio personal/residentes insuficiente - Formación escasa - Contratos sin referencias de otros empleos - Exceso de personal en prácticas - Reticencia a modificar rutinas laborales - Personal extranjero sin conocimiento del idioma - Ausencia de liderazgo y supervisión de los cuidados realizados

FORMAS DE MALTRATO EN LA INSTITUCIÓN	
<p>.../...</p> <ul style="list-style-type: none"> - No dar la medicación en dosis y frecuencia prescritas o con un vehículo inapropiado - Tratamiento camuflado o sin asegurarse de que es necesario mantenerlo - Pastillas machacadas o cápsulas abiertas mezcladas con alimentos o bebidas sin tener en cuenta la farmacocinética. - Negar un tratamiento por su edad - Utilizar farazos “alternativos” sin supervisión médica. 	

Fig. 3.8

3.7.1. Factores de riesgo relacionados con el maltrato institucional

En el siguiente cuadro podemos observar aquellos factores relacionados con el maltrato institucional.

<p>Factores relacionados con el personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de habilidades propias del cuidado - Escasa capacidad para tolerar la frustración y contener la ansiedad - Problemas de agresividad previos - Vida privada estresante - Desmoralización - Dificultades relacionadas con el residente - Proyección de sí mismo en el futuro - Gerontofobia - Ser testigo del declive que conduce a la muerte a pesar de los años de cuidados 	<p>Factores organizativas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Institución como depósito de viejos y antesala de la muerte - Trabajo escasamente reconocido social y profesionalmente - Tareas dificultosas y estresantes - Resentimiento hacia compañeros y superiores que se libera hacia el más débil - Síndrome de burn-out - Trabajadores “veteranos” que creen saberlo todo sobre el oficio - Temor a la implicación afectiva - Inexistencia de liderazgo y supervisión - Cuidados orientados sobre todo a la supervivencia del anciano - Unidades infradotadas de personal y abarrotadas de residentes - Salarios bajos, turnicidad, conflictos de equipo - Personal temporal con escasa formación y experiencia
<p>Características de la persona residente</p> <ul style="list-style-type: none"> - A mayor discapacidad, mayor riesgo de maltrato institucional - Sexo femenino - Discapacidad física o psíquica - Agresividad - Escasas visitas - Carencia de familia - Autonomía y rechazo del rol pasivo o cuestionamiento de las normas - Inhibición depresiva o síntomas conductuales en el marco de demencia - Ser repetitivo y demandante - Aspecto desagradable - Convivencia de residentes jóvenes con daño cerebral y ancianos con deterioro cognitivo 	<p>Factores psicosociales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imagen social negativa de la vejez - “Viejismo” - Tendencia inconsciente a eliminar a los viejos para hacer sitio a los jóvenes - Recuerdo de la dependencia en la infancia - Actitud pesimista sobre la vida y la muerte

Fig. 3.9

3.7.2. Indicios de maltrato institucional

La forma más sencilla de identificar el maltrato institucional es la declaración o queja de un residente, de un miembro del personal o de cualquier otra persona, pero pueden existir muchas razones que impiden que se comunique lo que está sucediendo.

El anciano maltratado se encuentra en un momento vital en el que no desea complicaciones y permanece en una actitud pasiva. Puede además sentirse culpable de lo sucedido. También puede ocurrir que el anciano piense que no le van a escuchar ni creer, que pensarán que su denuncia es un síntoma de enfermedad mental. En ocasiones la propia institución no le informa de sus derechos por lo que el residente puede vivir ajeno a que ciertas prácticas constituyen un maltrato. Por último, los residentes con deterioro físico o mental avanzado no pueden, obviamente, comunicar que están siendo maltratados (López García de Madinabeitia, A.P. 2003).

Indicios de maltrato institucional

Posible negligencia:

- Desnutrición y deshidratación
- Petición o robo de comida
- Palidez, ojos o mejillas hundidos
- Pérdida de prótesis dentales, gafas, audífono
- Rechazo de servicios médicos o sociales
- Encamamiento prolongado
- Ropas sucias, viejas o rotas
- Enfermedades no tratadas
- Retraso en la atención al timbre de llamada
- Descuido del entorno residencial
- Retraso en el cambio de pañal
- Olor a orina y heces
- Uso incorrecto y constante de los dispositivos de contención física

Signos de posible abuso físico:

- Lesiones inexplicables
- Magulladuras múltiples sin relación con caídas
- Calvas en el cuero cabelludo
- Marcas de dedos, hematomas en grado diverso
- Moratones en cara interna de los muslos, ropa interior sucia, rota o con sangre
- Irritación genital e infecciones urinarias de repetición
- Intentos del paciente por ocultar partes de su cuerpo en la exploración
- Accidentes en lugares y momentos extraños
- Letargo, dificultades para hablar, caminar, comer

Signos de posible abuso psicológico:

- Temor, vergüenza, culpa
- Tensión en el baño o vestido

- Pasividad y sumisión
- Cambios de conducta
- Actitud de defensa en presencia de ciertas personas
- Desamparo, llanto
- Aislamiento, aire ausente
- Evitación del contacto visual y replegamiento físico
- Síntomas depresivos, baja autoestima
- Búsqueda de atención y protección
- Susplicacia o agresividad
- Cambios de apetito
- Estados confusionales

Signos de posible abuso financiero:

- Cheques sospechosos (firma extraña o firmados por un paciente incapaz de hacerse cargo de sus finanzas)
- Movimientos súbitos en las cuentas
- Libretas mancomunadas
- Familiares desconocidos que aparecen para reclamar acceso a bienes del paciente
- Impago de facturas por familiares a cargo del paciente
- Austeridad injustificada
- Desaparición de joyas u otros objetos valiosos
- Presiones de diferentes familiares en torno a legados o a otras cuestiones financieras

Actualmente existen dos procesos que pueden disminuir el maltrato de personas mayores en las instituciones que proporcionan cuidados continuados. En primer lugar, como Rosalie Kane indica (2001), propone once dominios de calidad de vida que pueden medirse y que resultan útiles para evaluar la “buena calidad de vida en los cuidados a largo plazo”: sentimiento de seguridad y orden, comodidad física, disfrute, actividad útil, relaciones, competencia funcional, dignidad, privacidad, individualidad, autonomía/elección y bienestar espiritual; similares a los planteados anteriormente en el capítulo correspondiente al modelo de atención.

En segundo lugar, debe darse un movimiento hacia un sistema de cuidados dirigido y centrado en la persona (Kane 2001; Kerrison y Pollock, 2001). De hecho, Kerrison y Pollock han afirmado que: *“Como consumidores, los residentes de las residencias de ancianos tienen los mismos derechos legales que aquellos que contratan otros servicios, pero a causa de su fragilidad o enfermedad se enfrentan a considerables dificultades a la hora de hacer valer estos derechos”*.

Esto puede conseguirse de diferentes modos. En primer lugar, a través de la implicación de las propias personas residentes en la producción de reglamentación, aportando información sobre los estándares necesarios y los resultados deseables en las residencias. En segundo lugar, permitiendo a los/las consumidoras que tengan voz en la autoridad reguladora. Kerrison y Pollock han afirmado enérgicamente que la ausencia de la voz de las personas usuarias es el talón de Aquiles de los estándares de calidad en los cuidados continuados (Paul Kingston, Pat Bond, Julie Palmer, 2003).

Para prevenir el maltrato de personas mayores hace falta identificar los correlatos del problema.

3.7.3. Uso de sujeciones

El uso inadecuado de las sujeciones físicas y químicas puede constituir maltrato en determinadas ocasiones. En muchos casos de maltrato, las personas cuidadoras no tienen instrumentos adecuados para asumir esa carga. Es demostrable que su uso puede reducirse significativamente si organizamos los cuidados, formamos a profesionales, adecuamos el entorno físico y aplicamos un correcto baremo en lo referente al riesgo de caídas y problemas de conducta.

Antonio Barqueño Torijano realizó un proyecto que representa un paso más en un largo camino que debe culminar en la reducción, a su mínima expresión posible, del uso de sujeciones, mejorando la calidad de vida de las personas mayores dependientes y los enfermos de Alzheimer, proporcionándoles mayor autoestima, autonomía y dignidad.

Las sujeciones se dan en diferentes circunstancias que deben ser tenidas en cuenta a la hora de juzgar si se trata de un uso más o menos racional. Ante estos hechos es necesario que las personas dependientes tengan derecho a vivir libres de sujeciones, sobre todo cuando éstas son utilizadas por la conveniencia de cuidadores o la disciplina de los centros. Tanto en casos en los que el/la mayor se valga por sí mismo/a como en los que sea dependiente de sus familiares o del personal sanitario, es primordial la defensa de sus derechos.

La cuestión clave para decidir si esta técnica está siendo utilizada abusiva o negligentemente es preguntarse si la sujeción física es imprescindible y plantearse cuál es la forma más eficaz y menos restrictiva posible de resolver el problema que plantea el residente. Los siete criterios sugeridos por Evans et al. son:

- Utilizar como último recurso, cuando otras intervenciones menos restrictivas han fallado, y durante un tiempo limitado.
- Aplicarla por personal entrenado en su utilización.
- Investigar qué causas la motivaron y buscar tratamiento adecuado para ellas.
- Debatir el caso en el seno del equipo, para llegar a una decisión consensuada.
- Informar a la familia e implicarla en la decisión.
- Evitar que la sujeción física sustituya a la monitorización y vigilancia del paciente.
- Prestar la debida atención a la comodidad y la seguridad del paciente durante el tiempo en que se utilice.

Por último, si existe un protocolo o guía de actuación sobre el procedimiento, refrendado por la propia institución, se reducirá el riesgo de uso abusivo o negligente. A modo de ejemplo presentamos a continuación un procedimiento de sujeción física y otro de sujeción farmacológica.

Protocolo de sujeción química

Un protocolo es un documento escrito que sintetiza los pasos a dar para la realización de una actividad. Es una norma escrita, estandarizada de actuación ante una determinada situación.

¿Qué es una sujeción química?

Cuando nos referimos a una sujeción química estamos hablando de: el uso de medicamentos psicoactivos, ya sean sedantes o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo. En general, se refiere a la administración de esos medicamentos para afrontar un problema para el que, en muchas ocasiones, existe un tratamiento mejor.

¿Cómo y por qué se usan?

Entre un 50% y un 100% de las personas mayores dependientes que viven en residencias consumen medicamentos psicotrópicos a diario y por largos periodos de tiempo. Este dato resulta muy negativo si tenemos en cuenta los efectos secundarios y altamente perjudiciales de estos medicamentos. En muchos de estos casos se puede asegurar que dichos medicamentos se usan como sujeciones químicas.

Existen estudios médicos que evidencian que en enfermos de Alzheimer, muchos de esos tratamientos podrían suspenderse sin temor a que por ello surjan problemas, usando o no medidas alternativas.

¿Quién tiene más riesgo de padecerlas?

Las personas mayores dependientes son quienes más las padecen. El mayor riesgo es para aquellos enfermos con deterioro cognitivo, principalmente los enfermos de Alzheimer (los momentos de mayor riesgo para estos enfermos son: el ingreso reciente en un centro, los traslados de ubicación física, los cambios de personal y las pérdidas de familiares cercanos o personas de referencia). En síntesis, se usan en personas que necesitan mucha ayuda o vigilancia, y en aquellas que son más difíciles de dominar.

Aspectos éticos y legales

Existen pocas referencias en España en lo referente a los aspectos éticos en el uso de las sujeciones, de tal manera que muchas veces cada profesional y cada organización tiene sus propios valores sobre esta cuestión, conscientes de que se trata de un tema delicado y de que hay que saber afrontarlo con las máximas precauciones. Tampoco existen referencias legales específicas, si bien las sujeciones son algo que vulnera un derecho fundamental, como es el derecho a la libertad.

Utilizadas en exceso o de forma inadecuada, las sujeciones pueden ser interpretadas como una forma de «abuso», «negligencia» o «maltrato», supuestos que sí pueden ser perseguidos legalmente, aunque con dificultades.

Efectos potenciales documentados del uso de fármacos psicotrópicos tranquilizantes en personas mayores

- Delirium/alteración del pensamiento.
- Deterioro de la función cognitiva.
- Deterioro de la comunicación.
- Depresión.
- Deterioro funcional físico.
- Mayor probabilidad de ser objeto del uso de sujeciones físicas.
- Movimientos físicos de repetición y rigideces. Riesgo de caídas.
- Problemas de equilibrio. Hipotensión. Riesgo de caídas.
- Mareo/vértigo. Riesgo de caídas.
- Marcha inestable. Riesgo de caídas.
- Deshidratación.
- Estreñimiento extremo crónico. Retención de orina.

Cuidados de un Enfermo de Alzheimer que consume medicamentos tranquilizantes

Cuando una persona comienza a consumir medicamentos tranquilizantes ha de ser vigilada frecuentemente para evitar la aparición de complicaciones conocidas. El equipo asistencial deberá aplicar las siguientes medidas generales con todas las personas que consumen medicamentos tranquilizantes, durante el primer mes de tratamiento o ante cambios de dosis o medicamento:

- Evaluación médica diaria y, si se prolongara, consulta al neurólogo o psiquiatra.
- Vigilancia al levantarse-ponerse en pie.
- Evaluar periódicamente la estabilidad en la marcha.
- Monitorizar actividades de la vida diaria, usándolas como señal de alarma, si hay pérdida de autonomía. No es tolerable que un tratamiento tenga como consecuencia la pérdida de autonomía irreversible.
- Monitorización de la conducta, el estado de ánimo, y la función cognitiva en personas con demencia.
- Garantizar la correcta nutrición e hidratación.
- Evitar el aislamiento.
- Programar actividades adecuadas.
- Hacer cambios posturales en personas muy postradas.
- Monitorizar el hábito intestinal o defecación.
- Monitorizar la eliminación de orina. No es tolerable que aparezca una incontinencia y no se haga algo.
- Prevenir el uso de sujeciones físicas. No es tolerable que la persona sea atada por este tratamiento.
- Y en general, toda medida necesaria para lograr retirar el medicamento lo antes posible.

¿Qué debe hacer usted como familiar?

Si su ser querido está en una residencia, u otro centro, y esto le preocupa, advierta que quiere ser informado cuando se le pauten un medicamento de este tipo. No tiene que ser médico ni algo parecido para recibir información. Esa información le permitirá tomar una postura sobre el asunto, e incluso manifestar su preocupación al médico, que se verá obligado a tranquilizarle y dar explicaciones. Con todo, podrá juzgar si se usa con fines restrictivos o si se hace de forma adecuada y controlada.

Aunque se lo nieguen, puede sospechar la administración si su familiar presenta:

- Postración, inmovilidad excesiva. Somnolencia.
- Habla o se mueve anormalmente lento.
- Abandona su autocuidado (lo que antes hiciera por sí mismo).
- Tiende a inclinarse hacia un lado y es incapaz de sentarse o estar de pie derecho.
- Tiene una marcha inestable.
- Se mareta al incorporarse o ponerse en pie (hipotensión ortostática). (Alto riesgo de caídas).
- Se duerme durante una actividad cotidiana, como comer.
- Tiene la boca seca.
- Se lame los labios repetidamente.
- Está más estreñido.
- Está más confuso.
- Tiene movimientos repetitivos de la lengua, cabeza y tronco. Presenta contracturas y rigideces.

Si presenta varios de esos signos pregunte inmediatamente al médico. Lo lógico es que, si no los ha prescrito él y sospecha como usted, tome medidas, y si los ha prescrito, le deberá informar con detalle.

Si sospecha que el uso es inadecuado y no recibe una respuesta correcta por parte de los responsables del centro, consulte con el resto de su familia y, en conjunto, busquen el asesoramiento de un abogado.

Las administraciones públicas y las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer pueden orientarles adecuadamente.

(Fuente: Antonio A. Burgueño Torijano: *Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. “Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”*)

Protocolo de sujeción física

¿Qué es una sujeción física?

Cuando nos referimos a una sujeción física estamos hablando de: cualquier método aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la propia persona no puede liberarse con facilidad.

¿Cómo y por qué se usan?

Entre un 35% y un 60% de las personas dependientes son sometidas a sujeciones físicas a diario. Este dato resulta muy negativo pues entre sus efectos se cuenta el deterioro físico, mental y social, como veremos más adelante. Si a la existencia de alternativas sumamos la evidencia de datos al compararnos con otros países, vemos que en España existe un abuso clamoroso (Ver cuadro Sujeciones Físicas en personas con Enfermedad de Alzheimer. Antonio A. Burgueño, Médico de Admisión del Hospital General U. Gregorio Marañón de Madrid. Experto en atención sociosanitaria).

¿Quién tiene más riesgo de padecerlas?

Las personas mayores dependientes son quienes más las padecen. El mayor riesgo es para aquellos enfermos con deterioro cognitivo, principalmente los enfermos de Alzheimer (los momentos de mayor riesgo para estos enfermos son: el ingreso reciente en un centro, los traslados de ubicación física, los cambios de personal y las pérdidas de familiares cercanos o personas de referencia). En síntesis, se usan en personas que necesitan mucha ayuda o vigilancia, y en aquellas que son más difíciles de dominar.

Factores de riesgo de ser sometidos a sujeciones físicas:

- Deterioro cognitivo.
- Riesgo de caídas.
- Deterioro funcional.
- Uso de medicamentos tranquilizantes.
- Ser mujer.
- Pobreza.
- Edad avanzada.
- Desarraigo familiar.
- Conducta inapropiada
- Necesidad de cuidados médicos instrumentales.

Aspectos éticos y legales

Como cualquier persona, el enfermo de Alzheimer tiene derecho a estar libre de sujeciones impuestas por disciplina o conveniencia, y ese derecho debe estar en los códigos éticos de profesionales e instituciones y debe ser contemplado en las leyes y normas específicas, así como el derecho a rechazar, el enfermo o su representante legal, cualquier tratamiento recomendado. Si las sujeciones son *«procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud de la persona»*, podemos servirnos de las leyes que amparan el derecho de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, que exigen que la persona, o su representante, las autorice.

Cuidados a una persona sometida a una sujeción física

Cuando una persona está sometida a sujeción física debe ser vigilada frecuentemente para evitar la aparición de complicaciones conocidas. En el apartado A podemos ver cómo debe ser. Por otro lado,

al estar sometida a una medida de alto riesgo para su integridad, física y mental, será sometida a unos cuidados que como mínimo serán los expresados en el apartado B.

Efectos físicos - efectos psicológicos:

- Úlceras por presión.
- Miedo / Pánico.
- Infecciones.
- Vergüenza.
- Incontinencias (urinaria y fecal).
- Ira. Agresividad.
- Disminución del apetito.
- Depresión.
- Estreñimiento.
- Aislamiento Social.
- Pérdida del tono muscular - Atrofia y debilidad.
- Retiro/ Apatía.

Siempre debe buscarse consentimiento informado. La medida aplicada será lo menos restrictiva posible y por el menor tiempo posible.

Valoración de la persona sometida a una sujeción física: cada 2 horas

- Estado de ánimo.
- Existencia de posturas perjudiciales (torsiones, etc).
- Existencia de compresión de algún miembro.
- Aparición de rigideces musculares.
- Temperatura de manos y pies.
- Necesidad de ir al baño.
- Otras necesidades.

A. Alternativas a las sujeciones

La seguridad puede ser garantizada con otras medidas, si bien esto puede suponer que el personal le dedique más tiempo o atención, y también que se le pida a usted más colaboración. Las personas con riesgo de caídas deben ser identificadas y sometidas a programas de prevención. Toda persona para la que se haya pensado en sujeciones, será sometida a revisión de medicamentos, equilibrio, antecedentes de otras caídas, sistema cardiovascular, oídos, glucemia, hidratación, digestiva, existencia de dolor agudo, estado de ánimo, existencia de demencia, el patrón de sueño, y del entorno físico o hábitat, pues la mayor parte de las veces bastará con actuar sobre esos problemas, para evitarlas.

Estándar de cuidados a personas sometidas a restricciones físicas

- Cambios posturales cada 2 horas, también para evitar que se desarrollen úlceras por presión.
- Intervención diaria de un fisioterapeuta, para evitar las rigideces y atrofia muscular.
- Intervención diaria de un terapeuta ocupacional para reentrenar en las AVD (Actividades de la vida diaria).

- Llevar al baño cuando precise, o como mínimo cada 2 horas. Si la persona es incontinente, revisar cada 2 horas la eliminación y realizar la higiene cuantas veces sea necesario para evitar lesiones en la piel y mal olor.
- Dar friegas en la piel, especialmente en las zonas de apoyo y más bajas.
- Dar conversación, leer para la persona, etc., cada poco tiempo. Mayor presencia de la familia.
- Hacer caminar 5 ó 10 minutos cada 2 horas.
- Liberar para comer.
- Facilitar alguna actividad de entretenimiento (manualidades, música, etc).
- Ubicar en zonas tranquilas pero frecuentadas (evitar el aislamiento).
- Las intervenciones que sean necesarias para retirar en su momento la sujeción.

B. ¿Qué debe hacer usted si su ser querido está sometido a ellas?

Si su ser querido está sometido a una sujeción física, averigüe:

- Por qué lo está.
- Qué tipo/s de sujeción/es o dispositivo/s se usa/n.
- Durante cuánto tiempo al día se utiliza cada tipo.
- Dónde se ve sometido a ella (por ejemplo, en su habitación, en la cama...).
- Durante cuánto tiempo cada día.
- Bajo qué circunstancias (cuando se queda solo, después de que se van los familiares, cuando no participa en una actividad estructurada, mientras come).
- Quién sugirió que debía someterse a una sujeción (por ejemplo, el personal, algún otro familiar, el propio interesado).
- Durante cuántos días está previsto usar esta medida.

Bien informado/a, usted puede comprobar si el fin es la disciplina, la conveniencia, el ahorro de personal, etc., o si, por el contrario, se trata de un uso necesario y controlado. Si sospecha que el uso es inadecuado y no recibe una respuesta correcta por parte de los responsables de su aplicación o del centro, consulte con el resto de su familia y, en conjunto, busquen el asesoramiento de un abogado o/y responsables públicos.

Su colaboración

Su actitud será clave para evitar que se abuse de las sujeciones con su ser querido. No se trata de adoptar una actitud de enfrentamiento con nadie, sino de dar a entender que usted está dispuesto a correr ciertos riesgos controlados, con tal de desatarle, o de evitarlo. Desde el punto de vista de evitarlas, o de retirarlas si ya se dan, usted puede ayudar mucho, con más presencia, dando al personal información sobre los hábitos y estilo de vida de su ser querido, en definitiva, implicándose en el proceso de planificación de los cuidados. Hasta el 60% de las personas que cuidan a un enfermo de Alzheimer sufren desórdenes psicosociales (burnout), lo que les hace vulnerables a admitir el uso de sujeciones con su ser querido, como fórmula que evita las manifestaciones que le hacen difícil de manejar.

No se deje convencer de que puede ser necesario el uso rutinario sin límites de tiempo. No delegue totalmente la decisión en el personal.

Capítulo 4. Bioética

4.1. INTRODUCCIÓN

Las definiciones que se han dado sobre la bioética son muy diversas y reflejan, en cierta forma, la variedad de enfoques y concepciones. Bermejo y Belde (2007) definen la ética como la parte de la filosofía que reflexiona sobre las cosas que hacemos, sobre su fundamentación y sobre los valores mientras que la moral es la doctrina práctica que ordena comportamientos concretos, y recoge la definición de Reich (1978) de que *“La bioética es el estudio sistemático de las dimensiones morales – incluidas la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas – de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinar”*; y la define también como *“el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto que examina esta conducta a la luz de los valores y los principios morales”* (Bermejo, 2007).

La bioética actual utiliza, para el análisis de los temas, una metodología interdisciplinar, esto es, se apoya en los datos que le aportan otras ramas del saber como la biología, la medicina, la antropología, la sociología, el derecho, la filosofía, la política, etc.

Desde la bioética se pueden aportar muchas pautas de actuación, pero todas ellas habrán de ir apoyados en los pilares del respeto a la dignidad de la persona humana y la promoción de su calidad de vida. Las claves fundamentales son promover comportamientos de respeto, benevolencia, justicia y solidaridad para todos.

• **Principios básicos de la bioética:**

Principio de beneficencia	Hacer el bien (trato digno y respetuoso) y promover su bien.
Principio de no-maleficencia	No hacer daño y evitar todo mal posible (no abusar, abandonar o maltratar).
Principio de autonomía	Respetar la libertad y capacidad de decisión como agente moral (tanto personal como subrogadamente).
Principio de justicia	Igual consideración y respeto para todos sin ningún tipo de discriminación o marginación, y garantizar el bien común.

Fig. 4.1

• **El respeto a la vida y a la dignidad de las personas mayores:**

Las personas mayores son seres que tienen dignidad, la persona es un valor absoluto (no relativo) y un fin en sí mismo (no un medio), es un ser personal.

La vida es un bien y un valor fundamental, pero puede estar sometida a ciertos juicios éticos en aquellos casos en que la dignidad de la personas esté en tela de juicio, es decir, en aquellos casos excepcionales y debidamente justificados en que sea más ético prescindir de una vida que conservarla (Ej.: ante un caso de distanasia o prolongación artificial de la vida de una persona mayor mediante fármacos o técnicas médicas agresivas).

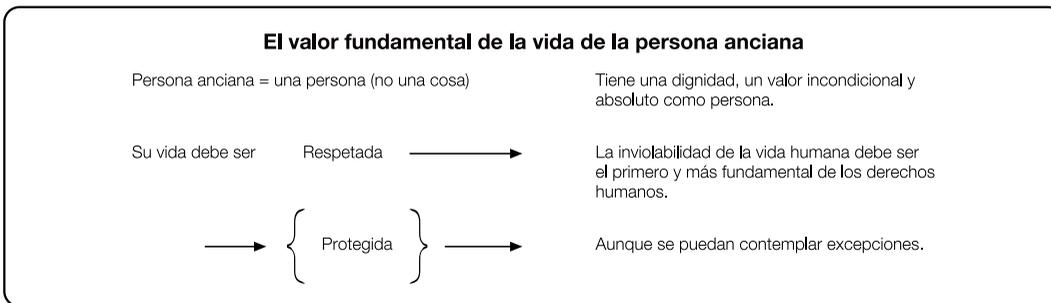


Fig. 4.2

En la vejez, poder vivir con dignidad y seguridad, significa que la persona mayor se vea libre de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales, que reciba un trato acorde a su dignidad que nunca variará, independientemente de la edad, género, patología, etc. u otras condiciones vitales, así como ser valorados por sí mismos.

Todo mayor es persona, porque constitutivamente lo es, pero además también lo es por tener dos rasgos definitorios de la misma: personidad y personalidad. La personidad es el principio antropológico definitorio del ser humano en cuanto tal, esto es, su esencia particular (ser hombre) y su naturaleza general (ser humano). Pero además de pertenecer a la especie homo, el anciano también tiene personalidad, pues desarrolla su capacidad de ser aun a pesar de sufrir incapacidades, falta de autonomía o pérdida de conciencia. El mayor podrá perder, en las últimas fases de su vida parte de su personalidad, sobre todo cuando sufre procesos degenerativos a nivel cognitivo y funcional, pero nunca su personidad.

El humano es un animal con historia, es biográfico, y sólo en este contexto podemos colocar adecuadamente a la persona anciana dependiente. Considerarle capacitada para tomar sus decisiones, para seguir tejiendo la trama de su vida, hasta que llegue la muerte (Álvarez Basarte, L. 2004).

Sobre esta consideración otras entidades de carácter europeo (*Comité Consultatif de Bioethique du Belgique. Rapport Introductif a L'AVIS N° 13 du 9 juillet 2001 relatif aux experimentations sur l'homme*) se han posicionado en este sentido, llamando la atención sobre la investigación en personas mayores con enfermedades degenerativas como es el caso de la enfermedad de Alzheimer. Como asegura Boitte las enfermedades de las personas mayores son una oportunidad para que la medicina aborde estas cuestiones de una manera diferente a como la medicina tradicional lo ha venido realizando hasta la fecha.

No parece sencillo, con este panorama, afrontar el reto que se nos plantea. Hablamos de profesiones en contacto habitual con la fragilidad, la dependencia o la muerte. Hablamos de profesiones de ayuda que conllevan exigencias técnicas, pero además un compromiso ético superior al de otras actividades, precisamente por trabajar con la vulnerabilidad del ser humano (Moya Bernal, A. 2006).

¿Es beneficioso hacer el bien cuando el otro no lo desea? El que define el bien, es o debe ser el sujeto que va a ser objeto de esa acción benéfica. De otro modo se cae en el llamado “paternalismo”. Existen varios tipos de paternalismo, que se pueden sintetizar en dos clases; extendido y limitado (Álvarez Basarte, L. 2004):

LIMITADO: éste no atiende a los deseos, elecciones y acciones de una persona en nombre del propio bien de esa persona ya que sufre de algún defecto, carga o limitación para la toma de decisiones o la acción. Un ejemplo es no tomar en consideración el rechazo de un tratamiento médico de sostén vital, debido a que el paciente no es competente para tomar una decisión como consecuencia del uso prolongado de una droga o fármaco. Pocas personas niegan que el paternalismo restringido sea moralmente aceptable, incluso moralmente obligatorio en algunos casos, expresando el respeto debido a las personas.

EXTENDIDO: protege al individuo incluso en ausencia de defectos o limitaciones severas para la toma de decisiones. No permite las acciones o no toma en consideración los deseos y elecciones de la persona por considerarlos peligrosos o arriesgados. Ejemplo de esto es la transfusión de sangre a la fuerza a un testigo de Jehová adulto y competente que insiste en que dicha transfusión compromete su salvación eterna.

Si algo nos diferencia claramente del mundo animal y resto de la naturaleza es la capacidad de darnos leyes a nosotros mismos, esto es, la capacidad para dirigir nuestra vida, la autodirección. A esta capacidad, Immanuel Kant la llamó autonomía. Y por ello nos convertimos en fines para nosotros mismos y nosotras mismas, es decir, proyectamos qué queremos hacer con nuestras posibilidades. Esto nos confiere dignidad y no precio. Somos, por ello, sujetos de derechos que generan deberes en los demás. Por tanto, la libertad funda la autonomía y ésta el derecho a disponer y decidir sobre la propia vida. Estos conceptos se encuentran en la base de las grandes declaraciones políticas contemporáneas. Por ello es éticamente reprobable coaccionar o impedir o no acceder a peticiones de nuestros mayores dependientes siempre que sean competentes, aun en nombre del mejor interés para ellos y para ellas (Álvarez Basarte, L. 2004).

No parece necesario tener que reafirmar aquí que las personas mayores tienen dignidad y no precio; si acaso, reivindicar una mayor protección de la misma debido a la potencial vulnerabilidad que presentan (Moya Bernal. A. 2006).

La excelencia nos la jugamos en cosas tan sencillas como escuchar a las personas mayores, llamarles como les guste ser llamadas, comunicarse con ellas, sentarse cerca, coger su mano si lo desean, vestirles dignamente, echar una cortina para respetar su intimidad, etc; en definitiva, considerarles y tratarles como personas, transmitiendo humanidad, humanizando la asistencia. Humanizar la asistencia es introducir en ella el mundo de los valores, tenerlos en cuenta (Gracia, 2004).

Mientras exista competencia es moralmente incorrecto no contar con su opinión, con su decisión, con su perspectiva sobre los procedimientos que se van a realizar sobre su cuerpo, y es de una ignorancia bioética total el hacerlo por el beneficio del paciente. Es cierto que existen situaciones de emergencia donde no hay tiempo material para consultar con él o con ella, pero estas actuaciones deben limitarse y justificarse fuertemente desde el discurso moral, que es la base de una excelente práctica médica (Álvarez Basarte, L. 2004).

Realizar actuaciones destinadas a prolongar la vida de estos pacientes, sin asegurar los cuidados básicos, puede hacernos caer en la obstinación terapéutica y resultar maleficientes.

En la persona con demencia, por ejemplo, pueden darse dos tipos de ingresos no voluntarios: el agudo y el programado. El primero no tiene nada que ver con la demencia por ella misma, sino con una complicación que puede ser orgánica o mental. Este caso no tiene otro tratamiento que el de un ingreso urgente.

El ingreso programado no voluntario es aquella situación en que la familia o los responsables de la asistencia de la persona enferma con demencia no incapacitada, por razones de orden familiar, social o de cuidados médicos que no pueden atenderse en su entorno habitual, deciden institucionalizar el enfermo en un centro sociosanitario o psicogeriátrico. En estos casos, debe iniciarse – previamente en el ingreso – el trámite de incapacitación y pedir medidas cautelares, si procede, porque no estamos hablando de un problema médico agudo tal y como se recoge en el documento El ingreso no voluntario y la práctica terapéutica de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos y las personas demenciaada (Comité de Bioética de Cataluña).

La utilización de nutrición artificial en el anciano se ha incrementado en los últimos años de forma notable. Es bien conocido que en la demencia son frecuentes los problemas de disfagia, de negativa o de oposición para alimentarse, lo que puede motivar la utilización de técnicas artificiales, como la sonda nasogástrica o la gastrostomía, para conseguir la nutrición e hidratación de manera artificial.

Uno de los dilemas éticos que se plantean es si este soporte debe ser considerado como un cuidado básico, y por lo tanto éticamente obligatorio, o bien como una medida terapéutica, requerida en determinadas situaciones. El dilema surge en situaciones de enfermedad avanzada e irreversible.

La decisión de colocar una sonda nasogástrica para alimentación es un hecho muy frecuente en un hospital de agudos, en ocasiones se instaura sin que exista ningún tipo de reflexión previa ni por parte del médico ni de la enfermera que la coloca. El hecho de que un paciente deje de comer a los pocos días de ingresar, parece razón suficiente para su instauración.

Ejemplo caso 1. Cuestionario sobre ética de trabajo

<p>Médico/a responsable ¿Qué hace? Mantiene la sonda nasogástrica para nutrición e hidratación</p> <p>Paciente ¿Cómo está? Incompetente Pronóstico irreversible</p> <p>Equipo ¿Qué piensa? Idoneidad de la técnica Necesidad de la sonda nasogástrica No puede intervenir</p> <p>Familia ¿Qué dice? No quieren que sufra No ven el beneficio para la persona enferma</p>	<p>¿Encarnizamiento terapéutico?</p> <p>¿Autonomía?</p> <p>¿No maleficencia? ¿Beneficencia?</p> <p>¿Justicia?</p>
--	---

Figura 4.3.

Las reflexiones a las que nos lleva este caso son varias:

- ¿Todo aquello técnicamente posible es éticamente admisible?
- ¿Se valora la calidad de vida del paciente?
- Cuando el planteamiento ético de los profesionales no coincide, ¿quién toma la decisión última?

Formalmente se trabaja en equipo. El/la profesional médico responsable, el/la profesional de enfermería y los/las médicos especialistas interconsultores pueden tener sensibilidades diferentes aunque complementarias. Por ello, se debe abogar por el diálogo moral en situaciones concretas a la hora de tomar decisiones (Garreta, M. y Arellano, M. 2003).

Pero todavía se complica más el análisis del acto moral si tenemos en cuenta que vivimos en sociedades plurales, multiculturales, multiétnicas, de pluralismo axiológico, por lo que cada uno tiene una perspectiva distinta de cada uno de esos aspectos del acto moral. Cada individuo, desde su diferente formación académica, desde su especialidad, desde sus creencias religiosas, desde sus valores morales, etc., ve unos determinados aspectos del acto moral y no otros, y los aspectos que ve, lo hace desde un punto de vista condicionado por todos esos factores personales. Con esto se complica aún más el análisis de los actos morales. Por ejemplo, un mismo paciente es descrito de forma diferente por un/a internista, por un/a cirujano/a y por un/a anatómico-patólogo/a, cada uno lo ve desde perspectivas distintas. Un problema es planteado de forma diferente por un/a abogado/a, un/a filósofo/a, un/a psicólogo/a, un/a enfermero/a o un sacerdote. Cada uno aporta una perspectiva y enriquece el conocimiento y el análisis de los actos morales, de los problemas morales (Álvarez, J.C. 2004).

Los comités se iniciaron en Estados Unidos en los años sesenta del pasado siglo XX. El primer comité suele considerarse al denominado “Comité de la muerte” que se estableció en 1960 en Seattle con el fin de seleccionar a los pacientes que se iban a someter a la recién desarrollada técnica de la hemodiálisis. La necesidad de seleccionar los pacientes utilizando criterios distintos de las meras indicaciones médicas, llevó a crear, por primera vez, un grupo multidisciplinar en el que participaban legos en la materia y representantes de la comunidad, además de médicos expertos. Su trabajo consistía en introducir criterios morales en la selección de los pacientes.

En España, el primer comité se implantó en 1974 en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona con ocasión de la inauguración del Departamento de Obstetricia y Ginecología para resolver los casos conflictivos desde la perspectiva ética. Pero la mayor expansión de los Comités de Ética Asistencial en España se produce durante la pasada década de los años noventa (Álvarez, J.C. 2004).

Los comités de ética son instrumentos muy eficaces para la toma de decisiones, no siempre fáciles, que se requieren en el trabajo propio de la acción social y suponen un avance hacia los derechos y la dignidad de las personas usuarias de los servicios sociales (Ararteko, 2006).

Las funciones que tienen estos comités son principalmente tres:

- 1) Analizar, asesorar y facilitar el proceso de toma de decisiones clínicas en las situaciones que creen conflictos éticos entre sus intervinientes: el personal sanitario, las personas pacientes o usuarias, las familias y las instituciones.
- 2) Colaborar en la formación en bioética de los/las profesionales del hospital y del área de salud, y muy en particular en la de los miembros del comité.
- 3) Proponer a la institución los protocolos de actuación para las situaciones en que surgen conflictos éticos y que se presentan de manera reiterada u ocasional.

Llama la atención que entre las funciones especificadas por algunas legislaciones y normativas se incluya, incluso como la primera y principal función de los comités de ética asistencial, proteger los derechos de los y las pacientes. El comité de ética asistencial debe defender los derechos del paciente en la misma medida que los derechos de cualquiera de los implicados en la relación clínica (el profesional sanitario, la familia, la institución, la sociedad, etc.) o de los involucrados en el problema ético que se nos plantee. Parece evidente que los intereses y los derechos de todos y cada uno de los implicados deben ser tenidos en cuenta y defendidos. Pero no con mayor o menor diligencia unos que otros (Álvarez, J.C. 2004).

Es un atentado contra la dignidad de las personas dependientes obligarlos a aceptar situaciones que no desean, considerarlos “a priori” como seres infantiles incapaces de tomar decisiones correctas. No ejercemos el “respeto” debido cuando, en razón de la edad o dependencia física o incluso psíquica no muy avanzada, los obligamos a una institucionalización, a una alimentación forzada o incluso a la toma o seguimiento de un determinado tratamiento médico o quirúrgico (Álvarez Basarte, L.).

Los problemas morales son eso, problemas y no dilemas. Los problemas morales pueden tener muchas soluciones y varias de ellas pueden ser correctas a la vez. La corrección de una no implica necesariamente la incorrección de todas las demás. Esto es lo verdaderamente importante, la búsqueda de una solución propia, razonada, pero admitiendo que otros pueden dar otra solución diferente al mismo problema y no por ello ser incorrecta. Para Gracia la bioética ha estado más influenciada durante toda su corta historia por la idea de erradicar los dilemas y tomar decisiones acerca de situaciones conflictivas, que por la de deliberar sobre los problemas (Álvarez, J.C. 2004).

En algunos casos, la autoridad se ve obligada a adoptar una decisión en contra de la voluntad o sin la autorización de la persona de edad avanzada. A este respecto, se abordan dos aspectos: el internamiento y el tratamiento forzoso.

- **El internamiento forzoso:** el internamiento de una persona en contra de su voluntad o sin su consentimiento es una decisión que puede atentar seriamente contra los derechos fundamentales de la misma. El Convenio europeo de los derechos humanos y de las libertades fundamentales garantiza a todas las personas a este respecto el derecho a la libertad (Art. 5 del CEDH), y esta garantía es igualmente aplicable a las personas mayores.

Puede procederse excepcionalmente a un internamiento forzoso, en contra de la voluntad o sin el consentimiento interesado, siempre que se respeten las condiciones previstas en el artículo 5, cha. 1 del CEDH. Puede suceder que la persona mayor atente contra los derechos y libertades de terceros, que sea peligrosa para sí misma, que sea incapaz de asegurar sus necesidades elementales o que atente contra el orden público. En estos casos, se trata de saber si puede adoptarse una medida de internamiento forzoso, de conformidad con el CEDH y, en su caso, en qué condiciones.

- **El tratamiento forzoso:** de conformidad con la Convención para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano con relación a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina), los cuidados de salud no pueden prestarse, por lo general, sin el consentimiento del interesado (Art. 5). A título excepcional, cuando el interesado sufre un trastorno mental, la persona que presta cuidados está autorizada para aceptar o rechazar los cuidados propuestos. Entonces puede imponer los cuidados, pero únicamente cuando no haya riesgo de que dicho tratamiento pueda perjudicar seriamente la salud del interesado, y siempre que se respeten las condiciones de protección previstas por la ley nacional que comprendan los procedimientos de vigilancia y control, así como las vías de recurso (Art. 7 de la Convención - *Seminario sobre la protección de los Derechos Humanos y la situación particular de las Personas de Edad Avanzada en las Residencias para la Tercera Edad o en Instituciones. Documento de reflexión y conclusiones. Del 21 al 23 de octubre de 2001. Suiza*)

Los servicios sociales son servicios especialmente interactivos, es decir, servicios en los que resulta especialmente necesaria la participación activa de las usuarias y usuarios para que la intervención

pueda realizarse y obtengamos resultados esperados. Por ello, la provisión formal de servicios sociales y la construcción de una sociedad activa y solidaria no son sino vasos comunicantes que han de nutrirse mutuamente. De lo contrario iríamos a una versión paternalista y asistencialista de los servicios sociales y a unas redes familiares y comunitarias pasivas y dependientes (Consuegra, F. 2007).

Aunque no es un sistema que garantice al cien por cien la protección de la persona mayor, la incapacitación sí que aporta una cierta seguridad a la situación general de la persona anciana, al exigir la figura del tutor/a, que tiene varios deberes.

Una forma de protección a medio o largo plazo es utilizar la denominada autotutela, establecida en el Código de Familia de Cataluña, y con ella se da la opción a la persona, en previsión de poder ser declarada incapaz, de nombrar mediante escritura pública las personas que quieren que ejerzan el cargo tutelar, y también designar sustitutos o excluir a determinadas personas. En el mismo documento, también puede establecer el funcionamiento, la remuneración y el contenido de la tutela, especialmente en lo relativo al cuidado de su persona (Muñoz Iranzo, J. 2001).

A lo largo de la historia de la bioética, la toma de decisiones clínicas ha pasado por distintas vicisitudes y etapas (Rodríguez, J.M. 2002).

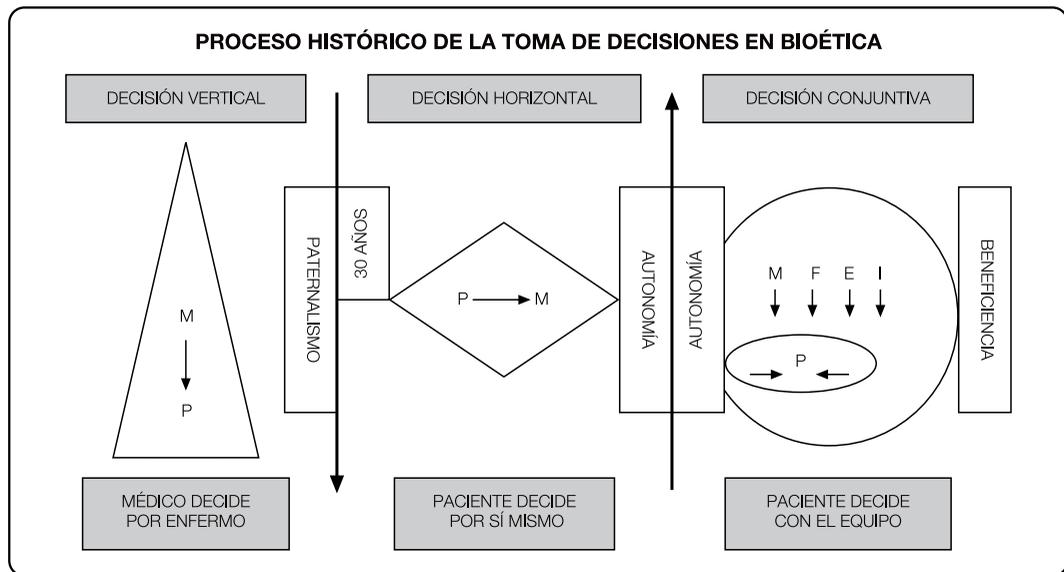


Fig. 4.4

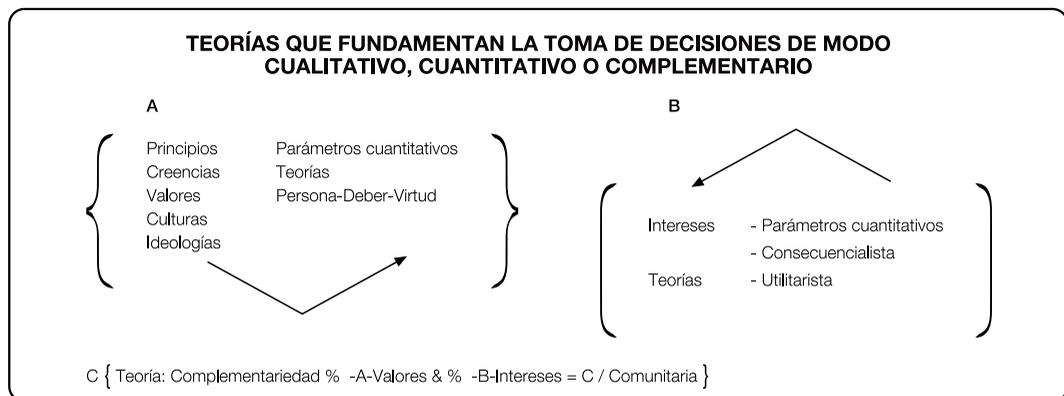


Fig. 4.5

Las bases que fundamentan la toma de decisiones son los principios bioéticos, los valores, las creencias, las ideologías, etc. estas premisas se basan en parámetros cualitativos, representados en las teorías deontológicas de la virtud y, sobre todo, en la de la persona. Esta última fundamenta que el ser humano en tanto que persona tiene dignidad y no precio, no admite discriminación ni desprecio, porque, en tanto que personas, todos los seres humanos son iguales y merecen igual consideración y respeto, por personas ancianas que sean o enfermas que estén.

También hay otras teorías que basan la toma de decisiones más en los intereses que en los valores y se fundamentan en parámetros cuantitativos. Éstas son las teorías utilitaristas que, aplicadas en su máximo rigor, sobreponen los intereses (económicos, etc.) a ciertos valores.

La toma de decisiones requiere unas habilidades en información y comunicación, deliberación y relación, decisión y elección. Se impone informar y comunicarse con el/la paciente, deliberar sobre los pros y los contras del problema dudoso, en una relación de confianza, para elegir una opción entre varias posibles con el enfermo.

El principio de autonomía del paciente se ensalza hoy día como expresión del rechazo a los cánones paternalistas que en otra época inspiraron la práctica médica. Dicho principio, como valor supremo de la ética de nuestros días, encuentra su fundamento jurídico en la pirámide normativa coronada, de un lado, por la Constitución Española, que consagra el respeto a la libertad de las personas en su artículo 1.1, y el reconocimiento de la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad como fundamentos del orden político y de la paz social en el artículo 10. Junto a estos principios, entran en juego también el derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, del artículo 15 y el derecho a la libertad ideológica, religiosa o de culto, del artículo 16. Por otro lado, existen también otros textos fundamentales como la Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea de 2000. A este respecto, y dentro del marco del derecho a la integridad de la persona de su artículo 3, la Carta consagra el principio de autonomía mediante la obligación de respetar el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley (Álvarez Fernández, B. y otros. 2004).

Para que las decisiones sean sustancialmente autónomas deben reunir las siguientes condiciones:

- libertad del individuo;
- información adecuada;
- capacidad o competencia.

Sin embargo, en el campo de la implementación del principio de autonomía queda aún mucho por hacer. La conjunción real de las tres características que deben presidir este principio no es fácil en la vida diaria de la asistencia. De aquí que deba ser objeto de un constante debate ético, jurídico, social y político que sirva para organizar una correcta estructura de información y formación a los profesionales y a los ciudadanos. Nos referimos al respeto del principio de autonomía en pacientes con deterioro cognitivo. En España, tradicionalmente, en estos casos, el protagonismo ha correspondido a los familiares o personas allegadas, que de esa forma se erigen en una suerte de intérpretes e incluso veladores del destino del enfermo. Por tanto, en los casos de deterioro cognitivo severos corresponde al profesional indagar la existencia de directrices del paciente sobre sus preferencias en cuanto a la gestión de sus cuidados sanitarios, bien a través de los documentos por él realizados, bien a través de los indicios que resulten de la historia clínica y, finalmente, a través del recurso al criterio sustitutivo en la persona que el paciente haya designado expresamente o recurriendo a los familiares o allegados más próximos que lo conozcan bien, sean capaces y a la vez conocedores de las preferencias del paciente. Para una correcta eficacia de estos documentos no es necesaria sólo una normativa que consagre el derecho y regule los mecanismos técnicos de implementación en el ámbito sanitario, sino que es necesario, además, que se

entienda y cale en la sociedad, en la administración y en el personal sanitario, la nueva cultura ética del principio de autonomía.

En conclusión, fomentar la realización de directivas anticipadas, como un método de preservación del principio de autonomía del paciente, constituye una garantía a la hora de tomar las decisiones correctas. Esto debe ir precedido de una política social que reconozca el valor intrínseco de la vida, que informe suficiente y comprensiblemente a todos los ámbitos de la población de los mecanismos de soporte vital, y a la vez, exalte los principios de autonomía y libertad frente a cualquier caso (Álvarez Fernández, B. y otros. 2004).

Se encuentran modelos para todos los gustos. Por ello, quizás no sea malo partir de definiciones estrictas y poner de manifiesto que vivir institucionalizado supone, en muchos casos y aunque nos pese, pérdida de libertad y restricción de derechos en alguna medida. Esta pérdida de libertad hace que afloren determinadas situaciones jurídicas que es necesario reconocer de manera muy especial, por razones diversas.

En el desarrollo del trabajo profesional con las personas mayores deberá quedar siempre claro qué pertenece al derecho –al mundo jurídico, a los preceptos de obligado cumplimiento- y qué otras cosas son del terreno de la moral, y pueden suponer un plus o un déficit en nuestra actuación, pero no vinculan, no son de obligado cumplimiento, se incardinan en el mundo de la bioética y su cumplimiento se deriva de los valores morales (Martínez, A. 2007).

Bien entendida, por lo tanto, la incapacitación no limita la capacidad de la persona para ser titular de derechos, sino que limita su capacidad para ejercerlos directamente, precisamente con el fin de proteger y de evitar que, habiendo perdido la capacidad de entender el contenido y las consecuencias de sus actos, pueda tomar, por sí misma o por influencia de otras personas, decisiones que le perjudiquen.

Existen distintos grados de incapacitación y es el/la juez quien debe determinar su extensión, según el grado de capacidad de la persona:

- Es parcial cuando afecta a un determinado tipo de actos.
- Es total cuando afecta a todos los actos.
- La curatela es una forma de protección distinta a la tutela. Se diferencia, por un lado, en que no afecta a la esfera personal de la persona incapacitada, sino a la administración de sus bienes, y por el otro, así como el/la tutor/a asume la representación de la persona incapacitada, el/la curador/a no la representa, sino que le “asiste”, es decir, le ayuda a realizar determinados actos jurídicos.

La autotutela como ya se ha comentado, es la posibilidad de nombrar, anticipadamente, a la persona que queremos que nos represente en el futuro, para el caso de que lleguemos a perder nuestra capacidad de autogobierno y debamos ser incapacitados.

Los problemas ético-legales que plantean las personas con demencia tienen una gran trascendencia en la práctica psiquiátrica, tanto por su repercusión social y familiar como por la importancia que adquiere la opinión autorizada del psiquiatra. Dichos problemas abarcan varios puntos que merecen una consideración por separado (Martín, M. (coord.) 2000):

- a) La valoración de la capacidad legal general
- b) La evaluación de la capacidad para otorgar consentimiento informado
- c) Valoración de la capacidad para otorgar testamento
- d) La capacidad para suscribir contratos

- e) El internamiento de los enfermos con demencia
- f) La persona con demencia y su capacidad para la conducción de vehículos
- g) El permiso de armas
- h) La investigación con enfermos de demencia incapaces
- i) Las directrices de autotutela
- j) Decisiones respecto a la supresión del tratamiento en enfermos terminales
- k) Malos tratos y abandono
- l) La criminalidad de la persona con demencia

La valoración clínica de la capacidad legal general

Debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La incapacidad está relacionada con un estado mental alterado, pero no es equivalente.

Con esto señalamos que es frecuente que diagnostiquemos una enfermedad mental sin que ello implique la existencia de una incapacidad. Muchos enfermos con demencia en estadios iniciales mantienen una capacidad de tomar decisiones aceptables. Lo mismo ocurre con otras enfermedades mentales.

- La incapacidad se refiere a los déficit funcionales.

La capacidad se entiende más como un rendimiento que como un síntoma concreto, y la existencia de determinadas alteraciones psicopatológicas no implican forzosamente la existencia de una incapacidad. De esta manera, la presencia de ideación delirante afecta a la capacidad del paciente si interfiere, por ejemplo, con su capacidad para interpretar correctamente hechos relacionados con el aspecto que se valora.

- La incapacidad depende de los requerimientos de una situación concreta.

La persona enferma puede encontrarse en diferentes situaciones. En unas es necesario mantener una capacidad importante de analizar y procesar información, en otros casos, las habilidades no son tan importantes. Por ejemplo, las habilidades necesarias para regentar un pequeño negocio no son las mismas que para otorgar testamento. En el primer caso, es necesaria una gran capacidad de almacenar y procesar información, y el mantenimiento de las habilidades de la resolución de problemas. En el segundo caso la persona tan sólo necesita conocer el alcance de sus propiedades, las personas que pueden estar implicadas en la toma de la decisión y tener la capacidad de razonar su decisión. Una persona que tenga un Alzheimer leve, por ejemplo, puede no ser capaz de seguir regentando un negocio y, sin embargo, puede tomar decisiones sobre su propio testamento.

- La incapacidad legal depende de las consecuencias.

Otro punto a considerar son las consecuencias de la decisión que ha tomado la persona enferma. Las consecuencias se analizan de una manera sencilla mediante un análisis de riesgo-beneficio. El tipo de análisis que realiza el enfermo nos orienta sobre la capacidad del mismo y sobre el nivel de exigencia que debemos aplicar a cada caso. En general, cuando las consecuencias son más graves el nivel de exigencia debe ser mayor. En este caso estamos aplicando el criterio de la persona razonable. Este criterio se orienta por lo que creemos que decidiría una persona normal, en la sociedad actual, en un caso similar.

- La incapacidad legal puede cambiar.

La incapacidad no debe ser considerada como algo estático y permanente. En los casos avanzados de demencia no se plantean problemas, pero en los estadios iniciales de la enfermedad se pueden producir oscilaciones

en algunas de las capacidades de la persona enferma. Por ejemplo, puede haber cuadros confusionales que limiten su capacidad durante unas horas, aunque cuando remiten el individuo vuelve a ser competente.

- Exploración psicopatológica.

Nos interesa destacar, como una función importante, la evaluación de la introspección (insight) como un elemento fundamental. La ausencia de introspección puede repercutir muy negativamente en la capacidad de analizar la realidad y de tomar decisiones.

- Criterios para evaluar la capacidad legal general.

Son la existencia de las habilidades que le permitan satisfacer las necesidades básicas del ser humano: alimentación adecuada, conseguir cobijo, higiene y limpieza, ausencia de peligrosidad para otras personas, ausencia de peligrosidad para sí mismo o para sí misma, administración de su patrimonio de una manera razonable.

- Iniciativa en el proceso de incapacitación.

Cualquier funcionario o persona al servicio de las administraciones públicas, que tenga conocimiento de que una persona está en una situación de incapacidad, tiene la obligación de comunicarlo al Ministerio Fiscal.

- Obligaciones del profesional de medicina.

Cualquier profesional de la medicina que tenga conocimiento de una persona con demencia en una situación de incapacidad y que sospeche la existencia de una situación de abuso, tiene la obligación de comunicarlo al Ministerio Fiscal.

- Casos de incapacidad en ausencia de posibles tutores:

Para estos casos algunas administraciones han creado las denominadas agencias de tutela o institutos tutelares. Son entes autónomos dependientes de la administración que, una vez incapacitada la persona, se encargan de gestionar sus necesidades de cuidado y su patrimonio.

La evaluación de la capacidad para otorgar consentimiento informado

El consentimiento informado tiene tres elementos fundamentales: información, voluntariedad, capacidad. Por capacidad se entiende que el enfermo no debe padecer una alteración en sus funciones psíquicas que repercuta en sus habilidades para tomar una decisión.

- Habilidades necesarias para la capacidad de otorgar un consentimiento informado. Se considera que existen cuatro habilidades básicas:

- Expresar una elección: es la primera y la más elemental. Para considerar que una persona es competente tiene que ser capaz de expresar una elección. Mediante el lenguaje oral o escrito o mediante gestos. Si una persona es incapaz de expresar una elección se le considera incapaz.
- Entendimiento: es una función que está directamente relacionada con lo que ya hemos mencionado de la introspección. Cuando afirmamos que un individuo ha entendido los elementos relevantes relacionados con la toma de la decisión.
- Apreciación: es la capacidad de valorar adecuadamente la importancia de la enfermedad que padece el individuo. Hay personas que admiten la información que se les ha facilitado respecto a un problema de salud, pero minimizan sus consecuencias y no le dan la importancia que se debería.
- Razonamiento: es la capacidad de la persona enferma de desarrollar un sistema de argumentación lógico, utilizando la información que ha entendido y apreciado para llegar a la decisión.

Valoración clínica de la capacidad de otorgar consentimiento informado

Aunque se han desarrollado numerosos instrumentos para la valoración de la capacidad de otorgar consentimiento informado, consideramos que no es aconsejable el empleo sistemático de alguno de ellos. La decisión del clínico sobre este tema se basa en una cuidadosa valoración del enfermo y la realización de un juicio clínico. Es evidente que en los casos más avanzados de demencia no hay problemas, mientras que en los estadios iniciales o intermedios surgen los conflictos. La decisión final es competencia del juez.

Valoración de la capacidad para otorgar testamento

Son los mismos criterios que para el consentimiento informado. En el caso de los testamentos hay que destacar dos elementos que son fundamentales: la persona testadora conoce todas las propiedades que van a ser objeto del testamento, y conoce la existencia de todas las personas que podrían beneficiarse de su testamento. Conviene destacar que el hecho de que una persona esté incapacitada no le impide realizar un testamento válido –ambas facultades deben valorarse de forma separada- y así lo recoge el Código Civil (Art. 665).

La capacidad para suscribir contratos

Nuestro Código Civil también limita la capacidad de las personas enfermas mentales a la hora de otorgar su consentimiento en un contrato (art. 263: “*No pueden prestar consentimiento en un contrato los locos o dementes y los sordomudos que no sepan escribir*”).

La investigación en personas con demencia

En primer lugar, es evidente que es necesario realizar estudios con personas en estas condiciones. Cada vez hay más fármacos disponibles para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, cuya eficacia sólo puede demostrarse con estudios experimentales. Este problema se plantea tanto en las demencias como en otras enfermedades mentales.

Cuando una persona tiene alterada su capacidad para tomar decisiones, siempre debe existir un/a tutor/a legal que asuma la decisión de participar en el ensayo. Esta persona debe ser informada de los riesgos y complicaciones posibles que pueda conllevar el estudio. Recientemente se han endurecido las regulaciones en algunos países para el desarrollo de este tipo de estudios. En nuestro país la realización de ensayos clínicos con individuos que son incapaces está regulada legalmente.

Las directrices de autotutela

La aplicación de estas directrices se plantea con claridad en el caso de las demencias, especialmente en las de tipo progresivo. En este caso es posible que la persona enferma sea diagnosticada al inicio de su enfermedad, cuando todavía es competente, y que quiera tomar decisiones para cuando ya no lo sea.

4.2. LOS ÚLTIMOS MOMENTOS DE LA VIDA. LA MUERTE DIGNA

Quizás el principal derecho ético que cabría recalcar sería el de la atención integral al anciano, sobre todo, en lo que respecta a la dignidad de su vivir y también de su morir.

Morir con dignidad es importante, pues han de evitarse situaciones que pudieran parecer, a priori, indignas de cualquier ser humano. Pero ¿qué es morir de una forma digna? Como afirma la Asociación Española Derecho a Morir Dignamente, “*morir dignamente significa morir racionalmente y en pleno uso*

de la libertad personal, dueño de las circunstancias que rodean al acontecimiento y con el respeto de los demás hacia la propia voluntad”.

Es una realidad en el Estado Español que algunas personas mayores, enfermas, a veces solas, no disponen de los mínimos necesarios para considerar que su calidad de vida es aceptable y que vale la pena continuar viviendo. Pensiones muy bajas, condiciones precarias de vivienda, soledad y falta de entorno afectivo, son elementos que muchas veces acompañan a un estado grave de salud y que llevan a manifestar deseos de morir. Sería necesario un planteamiento en el ámbito de políticas sociales que resolviera esta situación, elevando el nivel de vida de todas estas personas (Universitat Ramon Llull, 2005).

El derecho a morir con dignidad también encierra el derecho a ser “cuidado o cuidada”. Cuando el “curar” no es posible, permanece operante la obligación ética de “cuidar”. Muchos ancianos podrán padecer enfermedades incurables, pero siempre se les podrá cuidar. Una ética de cuidado aplicada al mundo asistencial geriátrico supone tener en consideración todo lo que significa una asistencia humana y médica integral.

El derecho a una muerte digna equivale, por tanto, al derecho a dejar la persona anciana ser el protagonista de la propia muerte y a que esta muerte acontezca en un ambiente humanizado. Adquiere importancia la existencia y utilización de los llamados testamentos vitales (directrices previas que el enfermo firma con plena lucidez y conscientemente sobre cómo desea ser cuidado en los últimos momentos de su enfermedad) y todo el tema del acompañamiento psicológico para vivir el morir.

Es posible proponer una ética del cuidado para con las personas ancianas enfermas, pues tanto en la profesión médica como social, el cuidado ocupa un lugar esencial. Por otro lado, ante el tema de la ancianidad, en nuestra sociedad actual, no cabe otra expectativa que la sensibilización social y personal. De hecho, preocuparse por los problemas de nuestros mayores significa sentar las bases para mejorar su presente y nuestro futuro.

Por una humanización de la praxis asistencial

Hay que concebir la realidad social y sanitaria desde otra perspectiva, desde la visión del ser humano como tal, como persona, como ser humano que experimenta la enfermedad y la dependencia y recibe de otro ser humano los cuidados de salud y de ayuda, mediante su valía profesional (médicos/as, enfermeros/as, geriatras, terapeutas ocupacionales, directores/as...) y su valía humana (su calor, su empatía, sus cualidades, sus sentimientos, etc.). La condición de estar enfermo no rebaja la dignidad de la persona humana, sujeto de derechos inviolables e inalienables, sino que la refuerza pues, ante un sujeto debilitado psíquica y corporalmente, debemos funcionar humanizadamente desde la justicia social y sobre la base de la defensa de los derechos básicos del paciente geriátrico.

Durante un tiempo, la medicina se situaba en sintonía con los nuevos tiempos. Con la nueva alianza (autonomía, tecnología y sociedad) comienza a desafiar a la muerte y al final de la vida. La tecnología, al no tener que estar subordinada a ninguna ideología, creencia o forma de cultura, era creíble para todos, válida para cualquiera e igualaba a los humanos. Llegar a la vida, mantenerse en la misma a través de un trasplante, abandonarla o no según nuestra voluntad, tenía que ver con la decisión humana en buena medida, y la tecnología médica se hallaba a nuestro servicio. Se comenzaba a hablar de preferencias al morir, la buena muerte, la muerte digna, la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. La sociedad y el derecho venían en su apoyo.

En las últimas décadas, con el gran avance biotecnológico que ha hecho posible una mayor supervivencia de las personas enfermas, se ha producido un cambio en la actitud de los profesionales sanitarios. El reconocimiento del derecho de aquellas a una mejor información, a su capacidad de decidir, la aparición

del Testamento Vital o Documento de Voluntades Anticipadas, la delegación de derechos y la elaboración de nuevas normas y leyes para su protección, son los elementos claves de la evolución experimentada. Está cada vez más aceptado que sea la misma persona enferma, o las personas en quienes éste delegue, los que orienten a los sanitarios sobre lo que se puede hacer cuando aquella ya no sea capaz de decidir por sí misma (*Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2004*).

El nudo gordiano de la cuestión estriba en analizar los problemas derivados de la iniciación, mantenimiento o rechazo del tratamiento para el sostenimiento de la vida. Este tipo de consideraciones se producen frecuentemente en diversas situaciones: enfermos en estado vegetativo crónico, pacientes con enfermedad crónica irreversible y en enfermos terminales. Estos acontecimientos clínicos desencadenan frecuentemente grandes desafíos éticos y jurídicos y son fuente de preocupación, tanto en los pacientes, familiares y el personal sanitario, ya que se debaten dilemas y alternativas que significan la diferencia entre la vida y la muerte, los pacientes frecuentemente son incapaces de participar en el proceso de toma de decisiones y existe la necesidad de involucrar a otras personas en la toma de decisiones.

El rechazo al tratamiento es un derecho de capital importancia, sobre todo en los pacientes que están en la fase terminal de su enfermedad, pudiendo rehusar el tratamiento cuando una determinada terapéutica pueda reducir su calidad de vida a un grado incompatible con su dignidad de persona.

Desde este modelo hay que centrarse más en la persona que sufre una enfermedad que en la enfermedad que sufre la persona. Se debe tener en cuenta que la vida que termina es la del propio paciente, única y absoluta autoridad para la toma de decisiones siempre que sus niveles de conciencia lo permitan. Por lo tanto, debe participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se le han de aplicar (Leturia, F.J. 2002).

La dignidad del ser humano existe en todas las fases de la vida, también para las personas enfermas y las moribundas. Los cuidados paliativos aseguran a las mismas un entorno apropiado y permiten combatir el dolor, contribuyendo al respeto de esta dignidad. En esta medida, el acceso a los cuidados paliativos debe garantizarse a todas estas personas.

Las discusiones entre los detractores y defensores de tal asistencia ponen de relieve, por una parte, el derecho a la vida, que para algunos supone la obligación del estado de proteger la vida, incluso contra la voluntad del interesado y, por otra parte, el derecho de autodeterminación, incluido el derecho disponer de su vida. Es importante abordar este tema, puesto que la legislación de los Estados es contradictoria al respecto. Cabe recordar la polémica que este tema ha suscitado recientemente en Suiza. En efecto, en la ciudad de Zurich, se ha establecido una reglamentación específica aplicable en las instituciones para las personas mayores controladas por esta reglamentación o financiadas por el Estado. En virtud de la misma, el personal de la institución queda totalmente excluido de toda participación en el acto, que únicamente debe ser llevado a cabo por la persona interesada. Establece un procedimiento destinado a comprobar que el interesado actúa por decisión propia y tras haberse informado suficientemente sobre las alternativas, en particular las ofrecidas por los cuidados paliativos (*Seminario sobre la protección de los Derechos Humanos y la situación particular de las Personas de Edad Avanzada en las Residencias para la Tercera Edad o en Instituciones. Documento de reflexión y conclusiones. Del 21 al 23 de octubre de 2001. Suiza*).

En el Estado español es aún muy minoritaria la asistencia a las personas enfermas en fase terminal con un adecuado tratamiento del dolor y del sufrimiento. Una gran mayoría muere en condiciones precarias, con un sufrimiento innecesario y sin un entorno adecuado. En consecuencia sería necesaria una acción firme en política sanitaria, con más inversiones en personal y en infraestructuras especializadas para mejorar y ampliar este tipo de asistencia.

Así entienden el concepto de eutanasia los especialistas: *es toda conducta de un médico u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad o lesión incurable con los conocimientos médicos actuales que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causara la muerte en poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de este padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad (Universitat Ramon Llull, 2005).*

La despenalización de la eutanasia, una vez llegada su concreción en la forma jurídica, debería exigir la concurrencia de unos requisitos imprescindibles, sin los cuales sería una acción que en una u otra medida debería ser penalizada. Los requisitos que se proponen son los siguientes:

- a) Enfermedad que conducirá próximamente a la muerte
- b) Sufrimiento insoportable
- c) Consentimiento explícito del enfermo
- d) Intervención médica en la práctica de la eutanasia
- e) Revisión ética y notificación legal

Por último, señalar que las personas no tenemos el más mínimo reparo, en acudir al notario/a para realizar testamento, cuidando de disponer adecuadamente de nuestros bienes patrimoniales, nombrar tutor/a de nuestros hijos, etc. Paradójicamente rechazamos y nos olvidamos de la preparación y gestión de nuestros últimos momentos (Morales, A. 2003).

Las sociedades científicas y concretamente la de cuidados paliativos, conscientes de la importancia de la bioética para los profesionales sanitarios, desarrollan una importante actividad científica y divulgativa sobre “Cómo afrontar los problemas bioéticos en la fase final de la vida”.

Algunas personas enfermas terminales quieren que su vida, por terrible que sea, dure hasta el último suspiro, y están en su derecho. Pero otras no desean prolongar eternamente su agonía, y éste tendría que ser también su derecho. Una muerte lenta carece totalmente de sentido y, desde luego, no beneficia a nadie (Alfonso, F.J. 2003).

No existe ningún derecho más inviolable, ni más cuidadosamente guardado por la ley, que el derecho del individuo a controlar su propia vida, libre de todo impedimento o interferencia por parte de terceras personas. Si la muerte es el único hecho que el ser humano puede, a lo largo de toda su vida, dar por seguro e ineludible, si se le brinda el derecho de elegir cómo será su vida, ¿por qué otros han de dictaminar cómo debe morir?

En ese instante crucial en el que el sufrimiento pasa a ser realmente insoportable, la persona enferma comienza a considerar seria, consciente y libremente, poner fin a sus días con la mayor dignidad posible.

La muerte es un instante o un proceso que forma parte de la vida, al igual que el sufrimiento lo es del morir. Decía Herodoto: “*Cuando la vida es una pesada carga, la muerte se convierte en un ansiado refugio para el hombre*”.

Comisión ética-asistencial (CEA)

En este apartado nos referiremos, a modo de ejemplo, a la comisión ética- asistencial de Fundación Matia.

La Comisión de ética asistencial es un órgano consultivo de carácter interdisciplinar que analiza, asesora y acompaña los procesos de decisiones en aquellas situaciones y casos que pueden ser problemáticos

desde el punto de vista ético fundamentalmente, así como en situaciones relacionadas con aspectos legales, de la atención a las personas atendidas en los servicios y centros de la institución.

El objetivo fundamental de esta comisión es garantizar la mejor calidad de la atención social, psicosocial y sociosanitaria que se provee a las personas mayores y sus familias y a los usuarios de sus servicios en general, desde los principios de la ética asistencial.

Entre sus objetivos destacan garantizar los principios de la atención, que básicamente son: integración, normalización y personalización, confidencialidad, etc., así como establecer los criterios a seguir para garantizar los derechos de los usuarios.

Igualmente, ejercerá como órgano consultivo ante aquellas situaciones problemáticas, analizando, asesorando y facilitando la toma de decisiones de aquellos profesionales y/o equipos interdisciplinarios que lo soliciten, tanto a nivel general como en casos y situaciones concretas. En ningún caso será responsable de las actuaciones profesionales de estos.

La comisión está compuesta por diferentes profesionales de diferentes disciplinas y centros de Fundación Matia y Fundación Hurkoa.

Serán funciones de la CEA (según su reglamento) las siguientes:

1. Analizar, asesorar y facilitar la toma de decisiones en las situaciones que plantean conflictos éticos entre profesionales implicados en el proceso asistencial, usuarios e instituciones y dentro del ámbito socio-sanitario.
2. Proponer a la institución protocolos de actuación para las situaciones en que surjan conflictos éticos de manera reiterada u ocasional.
3. Colaborar en la formación en bioética de los profesionales de las Instituciones representadas por este Comité.
4. Elaborar una memoria anual de sus actividades y su remisión a las Instituciones representadas por este Comité.
5. La formación continuada de sus miembros.
6. Apoyar, favorecer y colaborar en la constitución de nuevos CEA.
7. Desarrollar todo tipo de actividades relacionadas con la bioética, tendentes a su expansión, tanto entre los profesionales del ámbito sociosanitario como entre las personas usuarias e instituciones.
8. Informar a los miembros de cuantas actividades sobre bioética se organicen y puedan ser de interés para los mismos.

Esta comisión tendrá carácter de promotora, estableciendo los mecanismos, metodología y reglamento de la misma, y establecerá la periodicidad de las reuniones que se celebrarán con carácter ordinario y extraordinario, así como una subcomisión que analice aquellos casos urgentes.

Hasta la actualidad se han realizado programas de formación interna, reuniones de trabajo, análisis de casos, asesoramiento, etc.

Existen otras comisiones de ética asistencial y bioética que realizan una importante actividad de asesoramiento en la toma de decisiones de los profesionales y equipos.

Capítulo 5. La voz de las personas: análisis del conocimiento que las personas mayores, familiares y profesionales tienen sobre sus derechos y grado de ejercicio de los mismos

Para conocer la opinión, la voz de las personas mayores y sus familias hemos trabajado y contado para este trabajo con la opinión de:

Personas mayores autónomas	75 personas de las Escuelas de la Experiencia y Asociaciones de Jubilados
Personas mayores dependientes	78 personas, de las cuales el 70% están en residencias y el 30% en centros de día
Familiares de personas mayores con deterioro cognitivo	16 familiares
Profesionales expertos de Matia y otras entidades de atención	19 profesionales
Profesionales de otras instituciones	3 profesionales
Seminario sobre derechos y prevención del trato inadecuado	34 profesionales de 19 instituciones, entidades y asociaciones

Este capítulo pretende reflejar la importancia de preguntar a las personas sobre sus derechos, sobre la atención, etc., para por una parte, obtener información para la planificación y mejora, pero a la vez, para lograr focalizar su interés en estos aspectos y hacerles más capaces de defender y ejercer sus derechos.

Constituye un modelo de entrevista individual y grupal que se puede utilizar con contenidos similares. En los anexos podemos encontrar los cuestionarios realizados a los cuatro colectivos que han participado en este trabajo: personas mayores autónomas, personas mayores dependientes, familiares de personas mayores con deterioro cognitivo y profesionales.

La entrevista dirigida a personas mayores autónomas está compuesta por 18 preguntas y está basada en el “Manifiesto a favor de las personas mayores” publicado por el Consejo de Personas Mayores y la Diputación Foral de Gipuzkoa, donde se señalan los derechos de las personas mayores: derecho al conocimiento y defensa de sus derechos, derecho a la dignidad, derecho a la independencia, derecho a la participación y derecho a la realización personal.

Las entrevistas dirigidas a personas mayores en situación de dependencia y a familiares, están basadas en el documento del SIIS, “*Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial. ¿Cómo compaginarlos?*”, y las preguntas (32 dirigidas a mayores en situación de dependencia y 30 a familiares) son relativas al derecho al conocimiento y defensa de sus derechos, al derecho a la dignidad, a la independencia, a la libertad de elección y al derecho a la satisfacción.

5.1 LAS PERSONAS MAYORES AUTÓNOMAS

En general las personas mayores autónomas consultadas, con un perfil de mujeres mayores (89%), jóvenes (70% entre 60 y 79 años), casadas (58%) y participativas fundamentalmente, manifiestan un desconocimiento de sus “derechos” como tales, y una parte importante de las mismas incluso desconocen cómo informarse o a dónde dirigirse para conocerlos o informarse sobre los mismos.

Una mayoría de ellas considera que las personas mayores no son tratadas con respeto, con diferentes atribuciones de esta situación relativas a la escasa educación existente actualmente, el cambio de valores, la insuficiencia en el estatus económico de los mayores con bajas pensiones, etc., y sienten que existe discriminación por la edad.

No se sienten identificadas con la imagen que los medios de comunicación ofrecen de las personas mayores porque la consideran negativa y muy centrada en la dependencia y el deterioro.

En cuanto al acceso a los servicios, la mayoría considera que no tienen dificultad para acceder a los mismos, pero difieren en cuanto a cada tipo de ellos. Así, la mayor accesibilidad se manifiesta en relación a los servicios sanitarios, luego a los sociales, y la menor a los culturales.

En cuanto a la participación, aun siendo la mayoría de ellas participantes en programas formativos y en hogares de jubilados, manifiestan no participar en asociaciones relativas a voluntariado o servicios a la comunidad. No obstante, es de señalar un grupo relevante que afirma que estaría interesado en colaborar en estas actividades. En cuanto al conocimiento de las mismas, el 80% desearía tener más información.

En general, aun cuando la mayoría de las mujeres no ha trabajado por cuenta ajena, las que sí lo han hecho, manifiestan no haber tenido un proceso gradual de jubilación.

Para este trabajo, se ha entrevistado a 75 personas mayores autónomas y residentes en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. Todas ellas son participantes de diferentes proyectos de participación social dirigidos a personas mayores como son: Escuelas de la Experiencia, talleres para la participación social dirigidos a este colectivo de edad y centros sociales de Gipuzkoa.

La distribución en cuanto al género de las personas participantes es la siguiente: el 89,33% son mujeres y el 10,67% hombres.

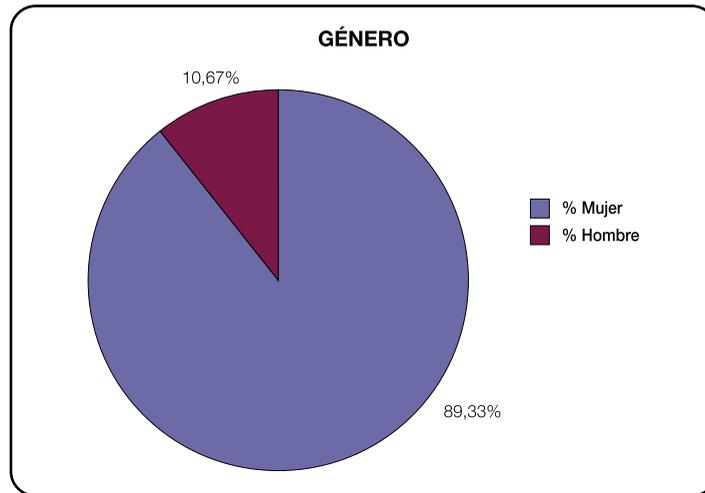


Fig. 5.1

La distribución en cuanto al estado civil de los participantes es la siguiente:

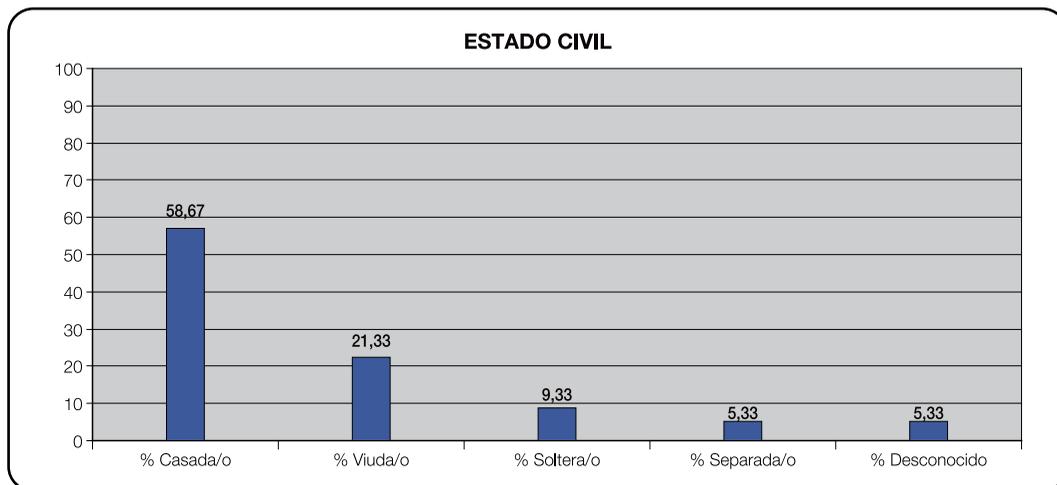


Fig. 5.2

La distribución en cuanto a la localidad de los/las participantes es la siguiente:

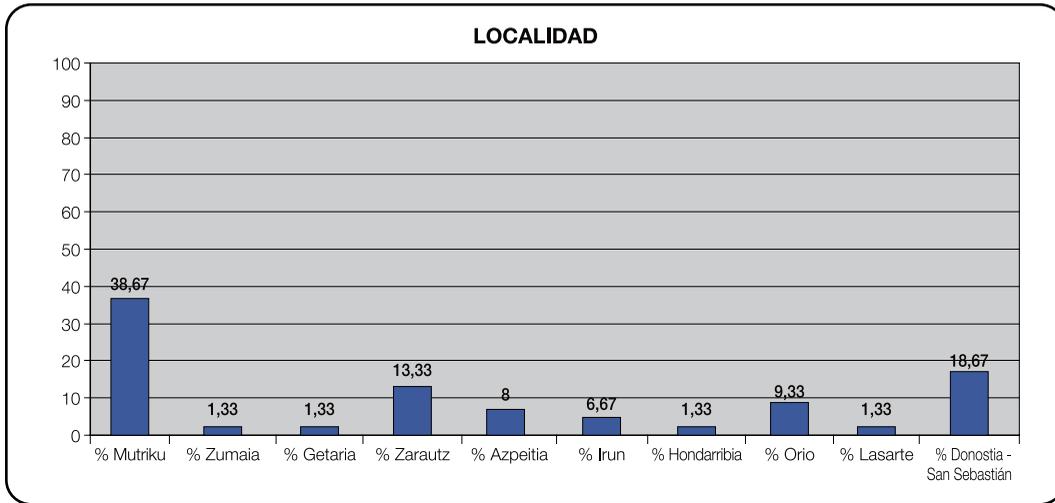


Fig. 5.3

DERECHO AL CONOCIMIENTO Y DEFENSA DE SUS DERECHOS

Las tres primeras preguntas de la entrevista se refieren al derecho al conocimiento y defensa de sus derechos.

1. ¿Conoce todos los derechos de los que disfruta como persona, a nivel social, político, económico...?

Mientras el 53,3% no conoce los derechos que tiene como persona, el 46,7% de las personas encuestadas, dice conocerlos, o por lo menos alguno de ellos.

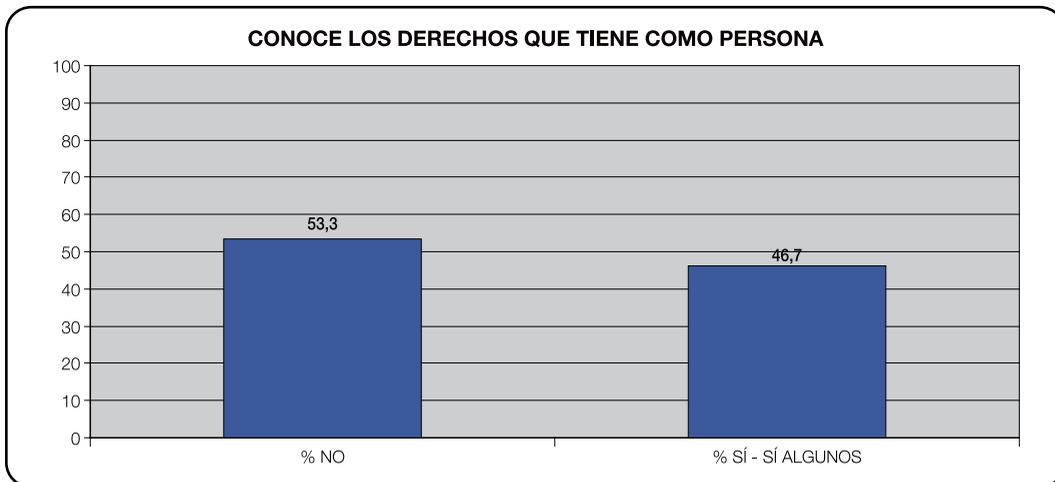


Fig. 5.4

Entre los que refieren los siguientes:

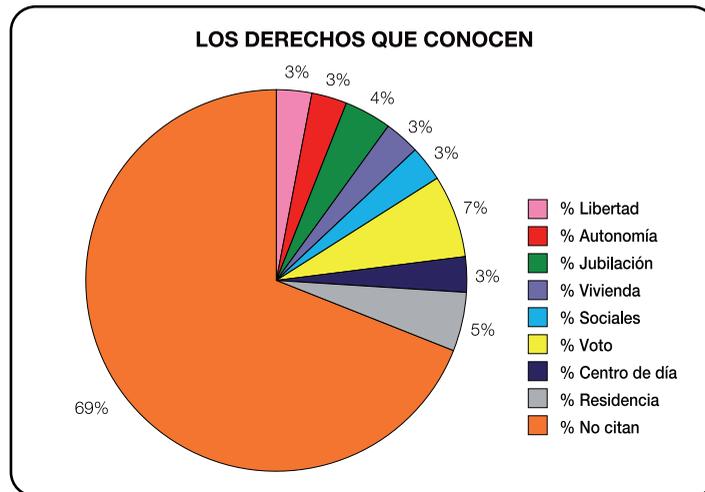


Fig. 5.5

El 69% de las personas entrevistadas no cita ningún tipo de derecho. Entre los derechos mencionados, los más comentados son el derecho “al voto” (7%) y el “derecho a residencia” (5%). A continuación, el 4% refiere el “derecho a la jubilación” y el resto de los derechos mencionados (3%) son el “derecho a la libertad”, “autonomía”, “vivienda”, “servicios sociales” y el “derecho a acceder a un centro de día”.

2. ¿Sabe cómo puede informarse, o a quién dirigirse para conocer los derechos que le amparan?

La mitad de las personas encuestadas, un 51%, dice no saber a dónde acudir para conocer los derechos que tiene como persona. Un 32% opina que sí lo sabe y un 17% no contesta.

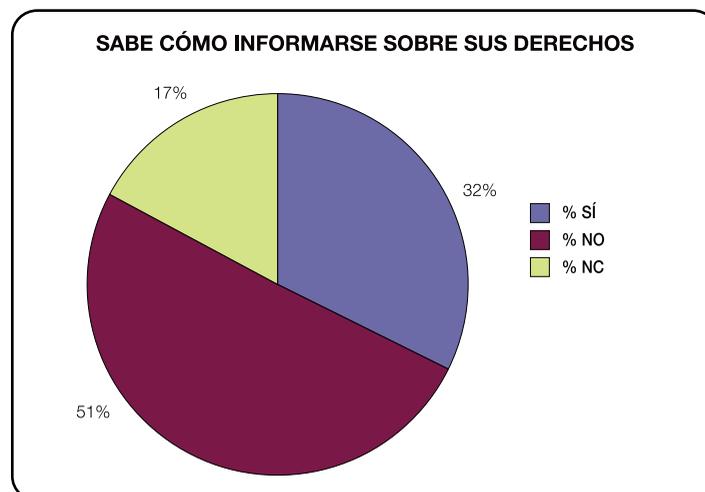


Fig. 5.6

Entre aquellas personas que han dicho que saben a dónde acudir, un 33% considera que acudiría a la “asistente social”; un 34% se dirigiría a “Diputación” y un 24% no cita ninguna persona ni lugar de referencia. El resto, con porcentajes más pequeños, refieren “Fundación Hurkoa” (entidad tutelar de Gipuzkoa), un 3%; “los Servicios Sociales” 3% y “C.A.C” (Centro de Asistencia al Ciudadano), otro 3%.

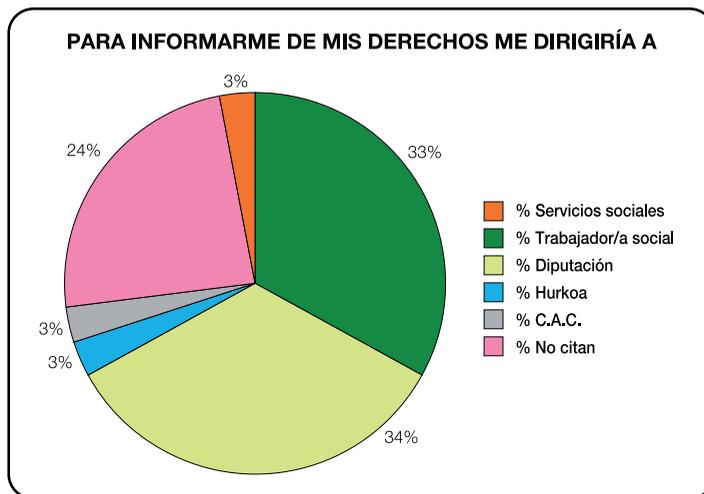


Fig. 5.7

3. ¿Conoce el derecho que tiene a designar a la persona que considere más adecuada para que defienda sus intereses, si en un futuro usted no lo puede hacer por sí mismo/a?

En la siguiente gráfica podemos observar que las respuestas están repartidas. Un 44% dice no conocer ese derecho de designar a otra persona y un 40% dice que sí lo conoce. El 16% no hace ningún comentario al respecto.

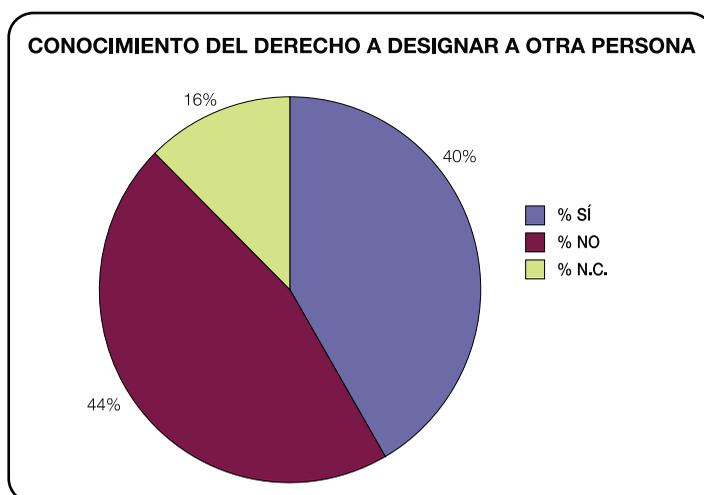


Fig. 5.8

DERECHO A LA DIGNIDAD

Las cuatro preguntas siguientes se refieren al derecho a la dignidad.

4. ¿Considera que vivimos en una sociedad en la que las personas mayores son tratadas con el máximo respeto?

El 72% de las personas entrevistadas considera que a las personas mayores no se les trata con respeto. Un 28% se siente bien tratado y respetado en general por la sociedad.

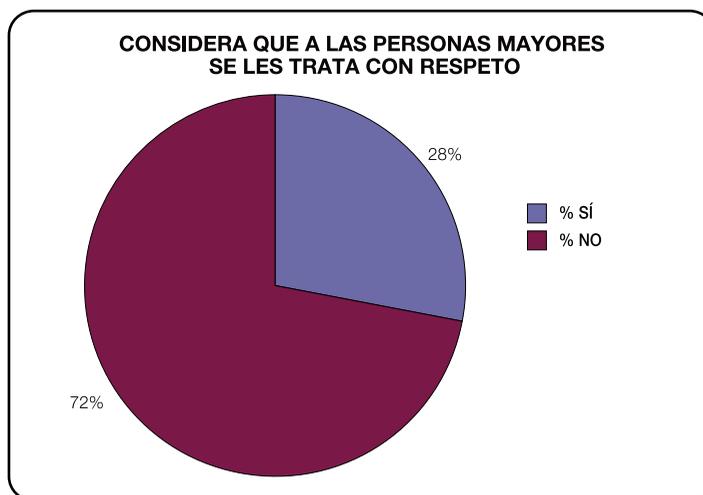


Fig. 5.9

Referimos comentarios de 23 personas al respecto

- *“Si viven en residencias dejan mucho que desear en algunos casos”*
- *“Se puede mejorar mucho”*
- *“Pueden ser independientes pero las pensiones bajas limitan, y en muchos aspectos son ignorados”*
- *“Por la escasa educación”*
- *“Los jóvenes no están educados en el respeto y consideración a los mayores”*
- *“Solo contamos a la hora de votar”.*
- *“Hay personas mayores que no viven en condiciones”*
- *“Depende”*
- *“Se tratan con más respeto cada vez, pero hay que avanzar mucho todavía”*
- *“Tanto como máximo...”*
- *“No se nos trata con respeto en todos los casos”*
- *“No nos respetan demasiado”*
- *“No estamos valorados”*
- *“Vivimos en una sociedad “bonita” y parece que los mayores estorbamos”*

- *“Estamos desvalorados, y además, faltan muchas ayudas y primeras necesidades”*
- *“Se han perdido muchos valores y muchas veces estorbamos”*
- *“Ahora hay menos respeto”*

5. ¿Considera que en la sociedad en la que vivimos, se discrimina a las personas por el hecho de ser mayores?

El 68%, opina que sí, y el 32%, en cambio, no lo considera así.

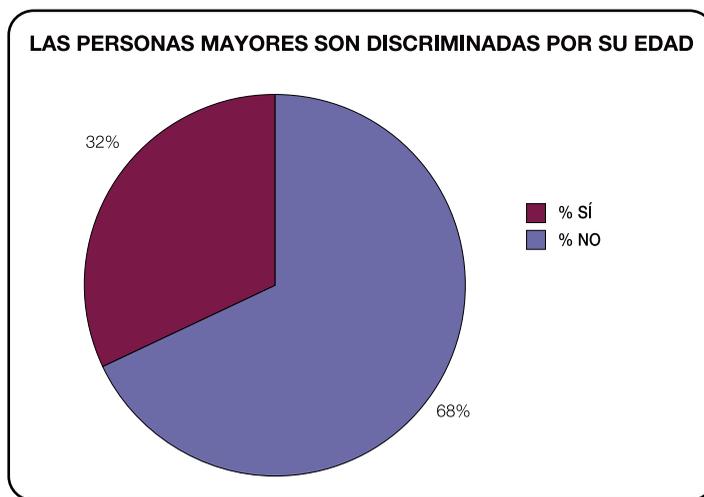


Fig. 5.10

Referimos comentarios de 12 personas sobre discriminación:

- *“Hay personas que los consideran como trastos viejos”*
- *“Son ignoradas en el trato diario y no se respeta su manera de pensar”*
- *“Lo primero que te preguntan cuando vas al médico es la edad que tienes, y para algunos casos no importa”.*
- *“En algunos sitios se les trata como personas que ya están desfasadas, que no están al día de la problemática actual”*
- *“Servimos para poco”*
- *“Parece que por el hecho de ser mayor uno se convierte en tonto”*
- *“Depende en la situación que te encuentres”*
- *“En algunos casos”*
- *“Mientras seas capaz no”*
- *“Depende”*
- *“Un poco”*

6. ¿Se siente identificado o identificada con la imagen que los medios de comunicación dan sobre las personas mayores?

El 76% no está de acuerdo con la imagen que los medios de comunicación dan sobre las personas mayores. Consideran que en la mayoría de los casos se da la imagen de personas mayores deterioradas, tanto física como psíquicamente. El 19% están de acuerdo con la imagen que los medios reflejan y un 5% no contesta.

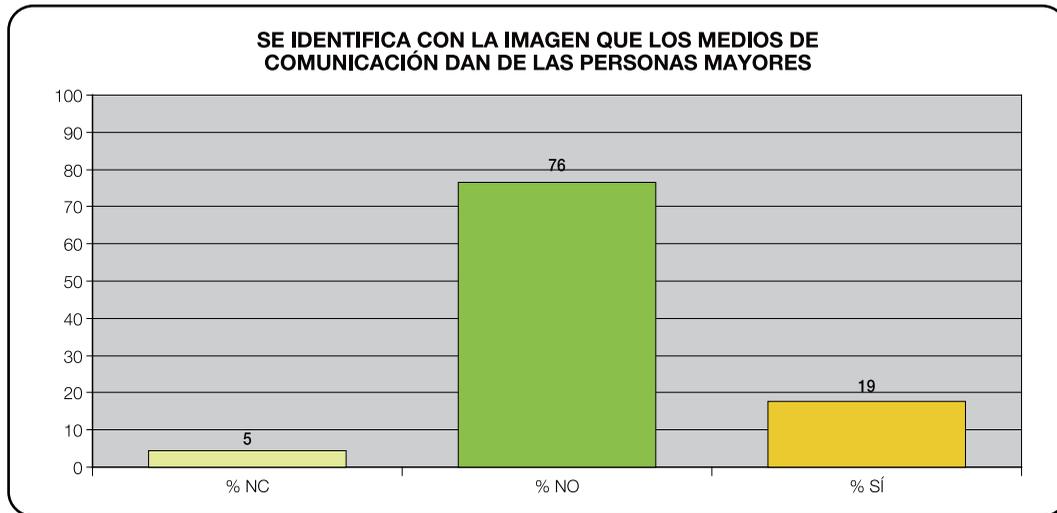


Fig. 5.11

Algunos comentarios sobre los medios de comunicación:

- “Solo les interesan noticias que dan morbo y venden”
- “Pocas veces aparecen personas que hacen algo para la sociedad, por ejemplo, dando clases voluntarias...”

7. ¿Conoce el documento de las Voluntades Anticipadas o Testamento Vital?

Más de la mitad de las personas entrevistadas conocen o han oído hablar de las voluntades anticipadas (72%). En este caso, una persona comenta que ella dispone de este documento y ha realizado las gestiones correspondientes para que en un futuro se pueda ejecutar su voluntad. Un 28% dice no conocerlo.

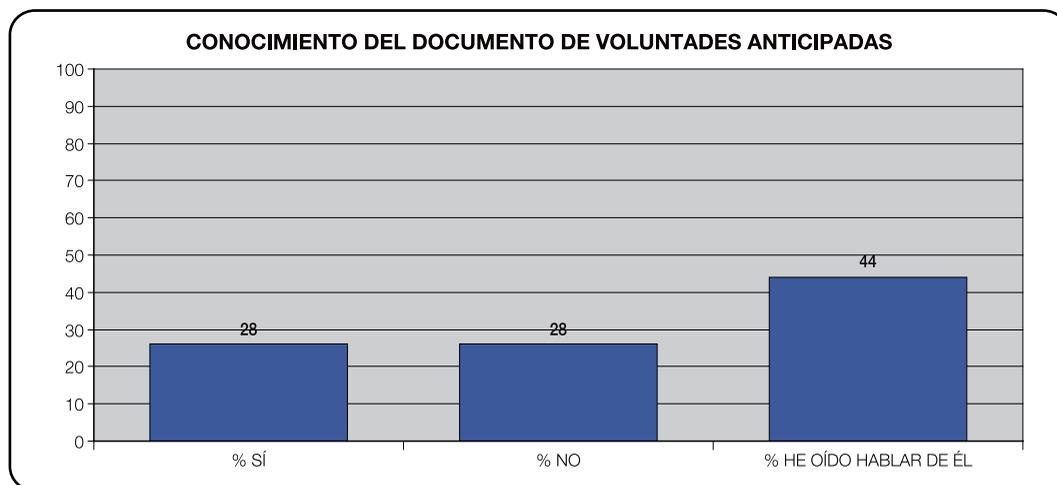


Fig. 5.12

DERECHO A LA INDEPENDENCIA

Las siguientes preguntas, se refieren al derecho a la independencia.

8. Con respecto a los servicios sociales, culturales y sanitarios de su comunidad, responda por favor a las siguientes preguntas:

8.1. Si necesita hablar con el/la trabajador/a social de su localidad o barrio, ¿tiene alguna dificultad para ponerse en contacto con él/ ella?

El 81% considera que no tienen ninguna dificultad para ponerse en contacto con el/la trabajador/a social de su localidad. Un 19% considera que sí la tiene.

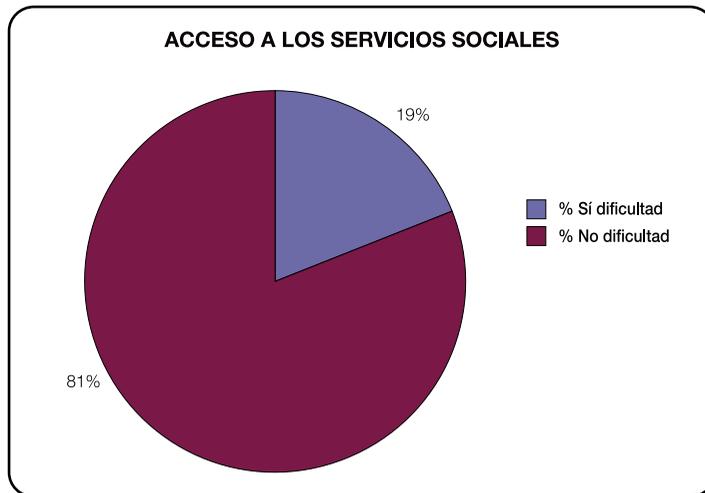


Fig. 5.13

Como se observa en el gráfico anterior, la mayor parte de las personas no refieren dificultades a la hora de acceder a los servicios sociales, sin embargo un 19% sí las ha encontrado.

8.2. Cuando quiere ir a disfrutar de cualquier acción cultural (teatro, cine, conciertos...) ¿encuentra alguna dificultad para acceder a estos servicios?)

El 53% considera que no tienen ninguna dificultad para poder acceder a actos culturales. Pero un 47% considera que sí las tiene.

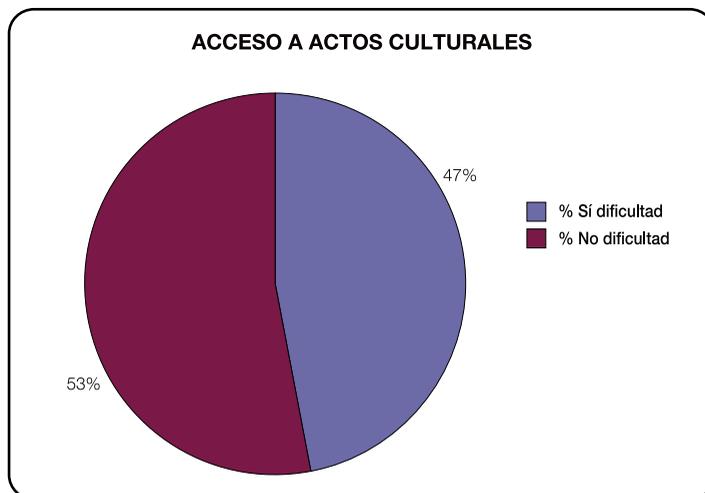


Fig. 5.14

Las razones que dificultan el acceso a actos culturales podemos observarlas en la siguiente gráfica. Entre ellas comentan que para ello hay que salir de su localidad, porque en ella por ejemplo no hay opción de ir al cine o no se ofrecen muchos actos culturales. Algunas personas consideran que la mayor dificultad para acceder a estos actos es económica, porque muchos de los actos culturales, como conciertos o el cine, cuestan mucho dinero que su pensión no les permite disfrutar cuanto ellos quieren. También encuentran dificultades con respecto a la compañía (alguien que les acompañe), a falta de información (fechas, horarios y lugar de los actos) y a la poca diversidad.

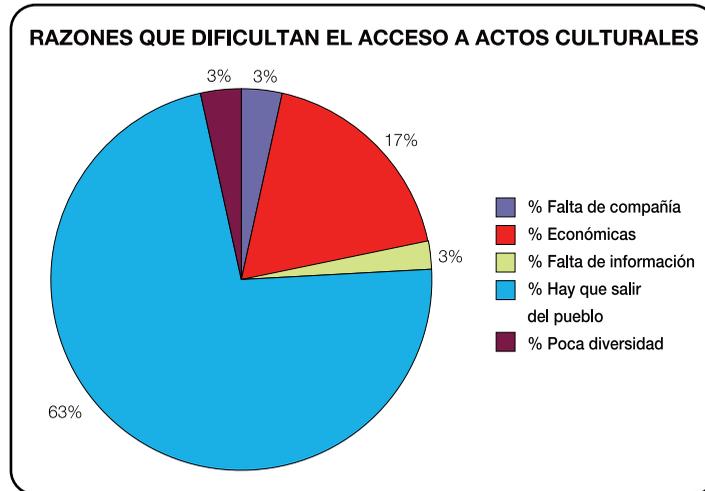


Fig. 5.15

8.3. Cuando necesita ir al médico, ¿encuentra alguna dificultad para acceder a él?

El 97,33% considera que no encuentra ninguna dificultad para acceder a los servicios sanitarios. Solo el 2,67% opina que sí, y comentan que “*hay listas de espera*”. Podemos observar que esta dificultad no tiene nada que ver con el hecho de ser mayor, sino que está relacionado con los servicios sanitarios en general.

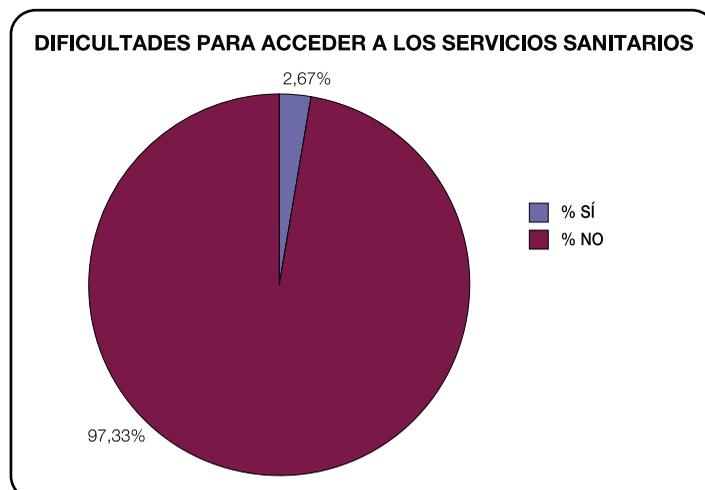


Fig. 5.16

9. ¿Actualmente, cuenta con la ayuda de algún/a familiar o de otra persona o profesional, para realizar las tareas de la casa?

El 79% de las personas mayores autónomas que viven en su domicilio dicen que actualmente no necesita ayuda para realizar estas tareas. Un 21% considera que sí, y para ello cuentan con la ayuda del cónyuge.

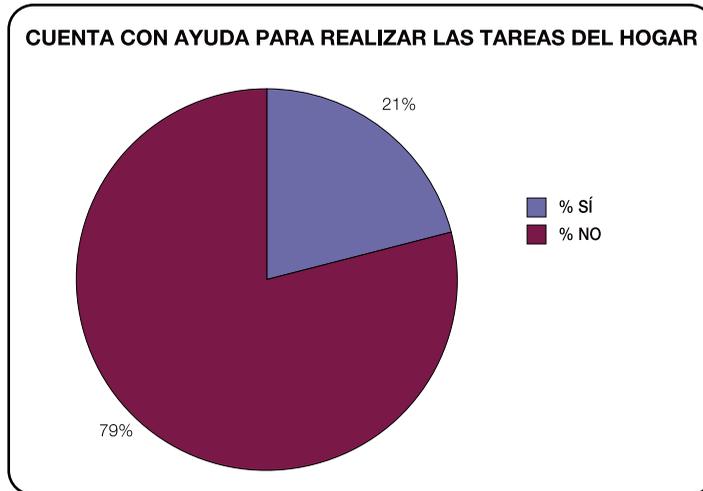


Fig. 5.17

10. ¿Sabe dónde acudir para solicitar información sobre las diferentes ayudas que existen (económicas, técnicas, de apoyo...) en el caso de necesitarlas?

El 64% sabe a dónde acudir para solicitar las diferentes ayudas existentes para las personas mayores. En general, comentan que acudiría primero a donde la "asistente social" a informarse. Llama la atención que 36% no sabría a dónde acudir.

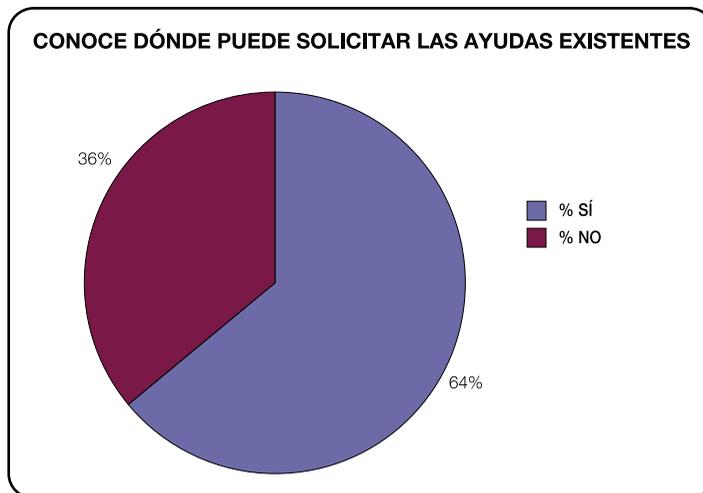


Fig. 5.18

DERECHO A LA PARTICIPACIÓN

Las siguientes preguntas serán referidas al derecho de participación en la sociedad

11. ¿Participa en alguna asociación de voluntariado, ONG... en la que se dé un servicio a la comunidad?

Podemos observar en la siguiente gráfica que el 72% no participa en ninguna asociación en la que se dé este tipo de servicio. Un 28% dice que sí.

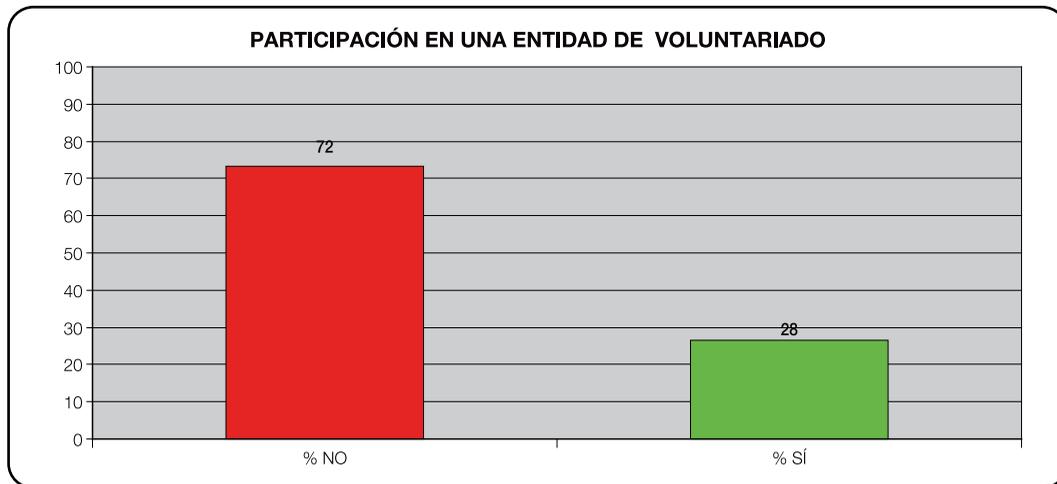


Fig. 5.19

De las personas que participan el 48% participa en el hogar de jubilados, que ofrece una serie de servicios en la localidad, como son charlas, coro, etc., 33% no citan en qué tipo de entidad participan, y el 19% son voluntarios/as de Nagusilan (asociación de voluntarios/as).

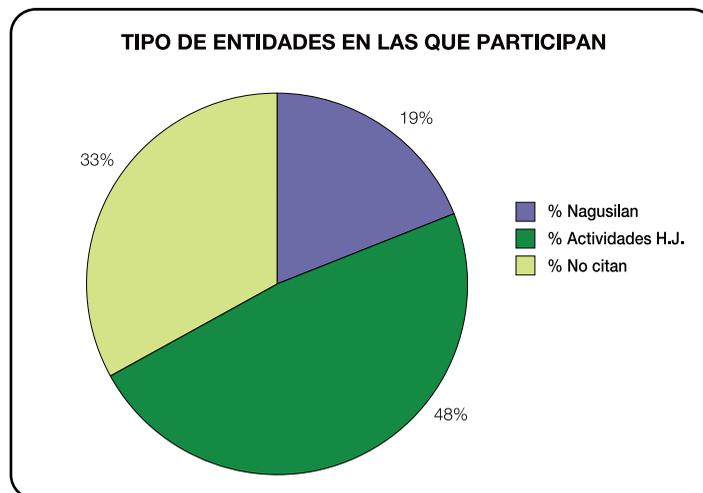


Fig. 5.20

12. ¿Le interesaría participar en alguna asociación de este tipo?

El 34,67% de las personas mayores autónomas dicen que les interesaría participar en alguna asociación de este tipo, entre éstas, prácticamente la mayoría participa en alguna. Al 33,33% no le interesaría este tipo de actividad, y el 32% no saben o no han contestado a esta pregunta.

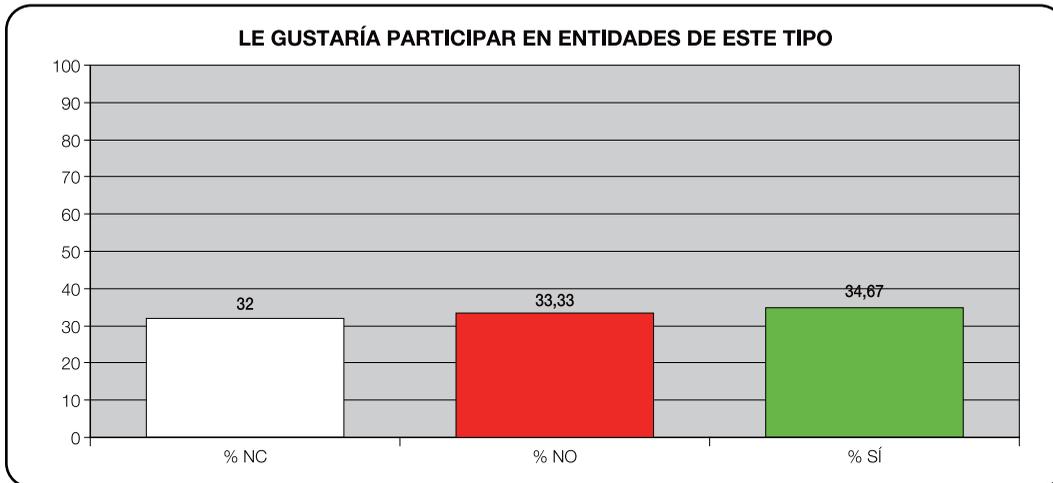


Fig. 5.21

13. ¿En su localidad existe algún órgano que represente a las personas mayores? (Consejo de personas mayores, asociación de personas mayores, representación en el ayuntamiento...)

El 72% comenta que en su localidad sí existe algún órgano que represente a las personas mayores, y un 28% contesta que no.

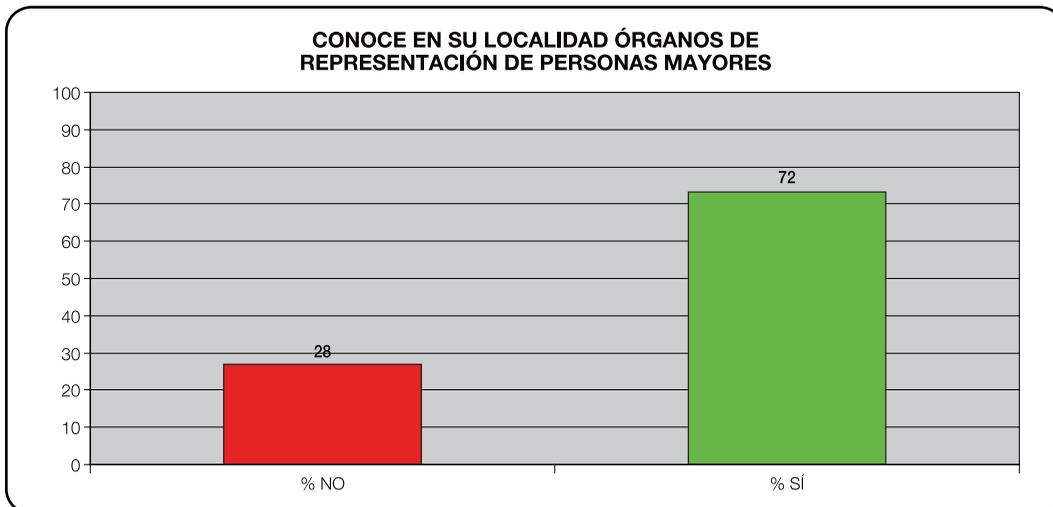


Fig. 5.22

Entre aquellos que dicen existir un órgano representativo, el 67% opina que ese órgano es el hogar de jubilados. El 13% considera que ese órgano representativo en la localidad es la asistenta social en el ayuntamiento, y el 20% no refiere ninguno.

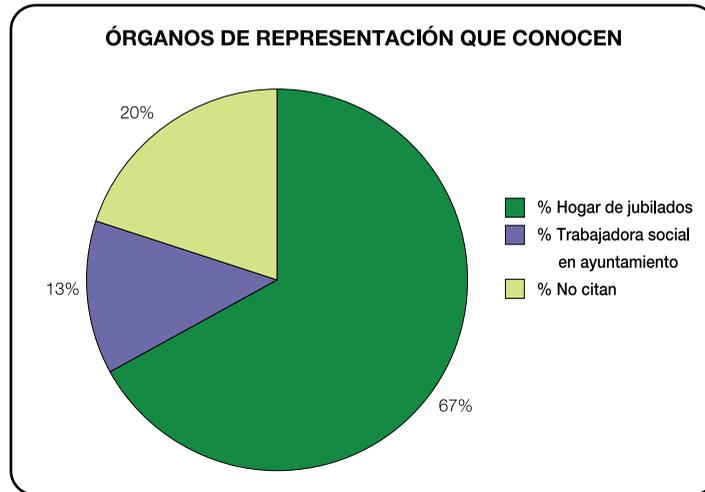


Fig. 5.23

14. ¿Recibe información sobre las políticas relacionadas con las personas mayores que los partidos políticos de su localidad llevan o quieren llevar a cabo?

El 76% de las personas mayores autónomas considera que no recibe información sobre las políticas relacionadas con las personas mayores en su localidad. El 24% dice que sí recibe este tipo de información. Entre estos, el 4% menciona que les ha llegado información por correo.

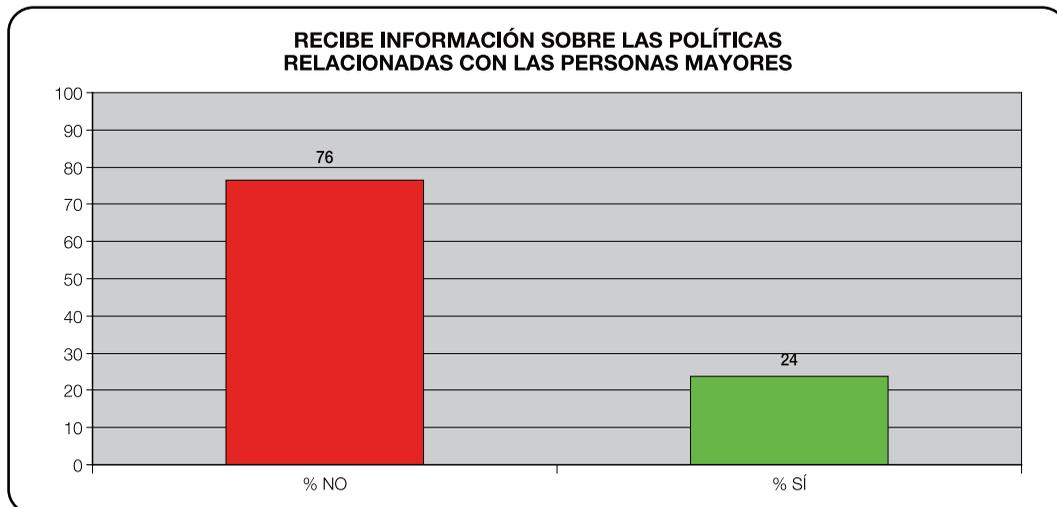


Fig. 5.24

DERECHO A LA REALIZACIÓN PERSONAL

Las siguientes preguntas están relacionadas con el derecho a la realización personal

15. ¿Conoce si existen asociaciones o entidades relacionadas con actividades culturales, formativas, religiosas... en su entorno?

El 59% conoce en su entorno entidades relacionadas con actividades culturales, formativas o religiosas. El 41% desconoce que exista en su entorno este tipo de entidades.

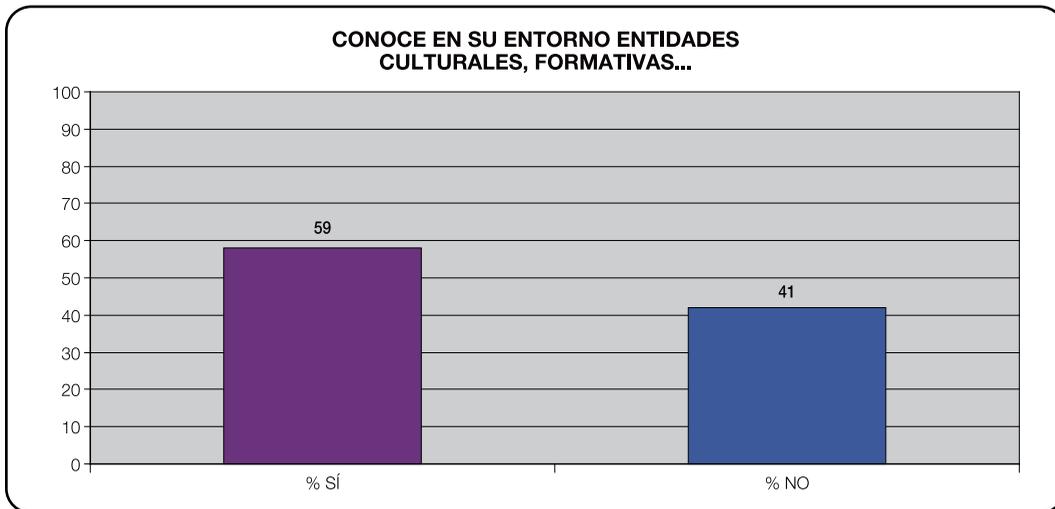


Fig. 5.25

Entre aquellas personas que dicen conocer alguna entidad de este tipo en su entorno, el 50% no menciona ningún tipo de entidad. El 39% consideran que el hogar de jubilados es una entidad que ofrece actividades culturales y formativas. El 3% cita la casa de cultura. Y con un porcentaje de un 2% se mencionan las siguientes entidades que ellos consideran como formativas, culturales o religiosas: actividades culturales que ofrece el ayuntamiento, la parroquia como actividad religiosa, la universidad como entidad que ofrece actividades de formación y también la escuela de idiomas.

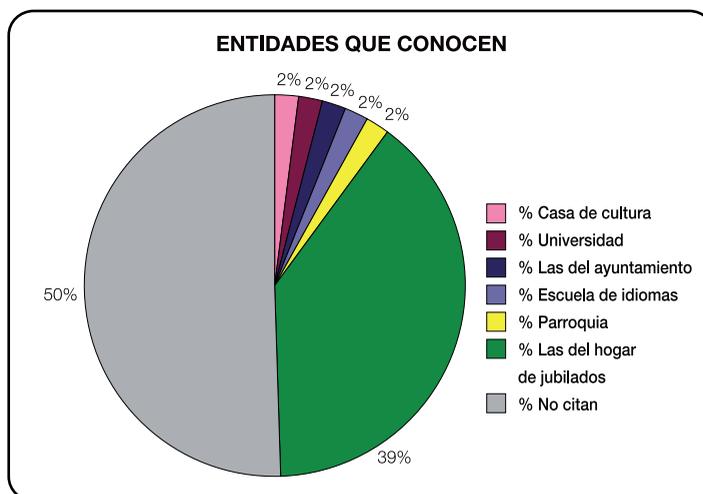


Fig. 5.26

16. ¿Le gusta estar informado/a sobre cualquier novedad, suceso, actividad... que tenga lugar en su localidad?

El 80% dice que le gusta estar informado/a de lo que ocurre en su entorno. El 20% dice que no, que no le interesa.

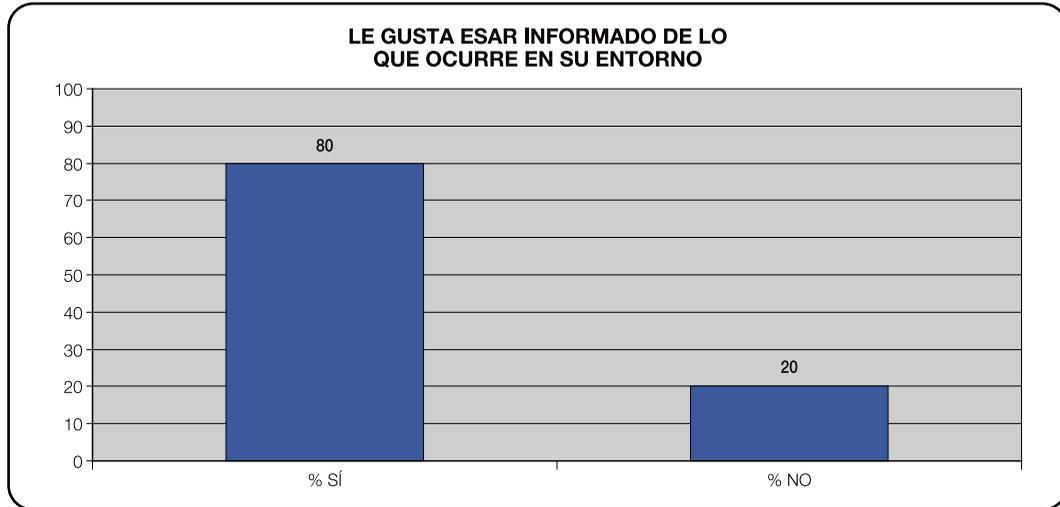


Fig. 5.27

17. En el momento de jubilarse, ¿ha disfrutado de algún tipo prejubilación, como ir reduciendo la jornada paulatinamente o alguna fórmula que le haya permitido jubilarse de manera progresiva?

El 80% no ha disfrutado de una jubilación progresiva, el 20% dice sí haberla disfrutado. Hay que subrayar que la mayoría de las mujeres que han respondido a esta entrevista, han sido amas de casa durante toda su vida. Pero aquellas que han trabajado fuera de casa mencionaron no haber disfrutado de una jubilación progresiva, que estuvieron en las mismas condiciones hasta la fecha de la jubilación. Comentaron que el cambio fue brusco y que les hubiera gustado haber podido disfrutar de esta opción.

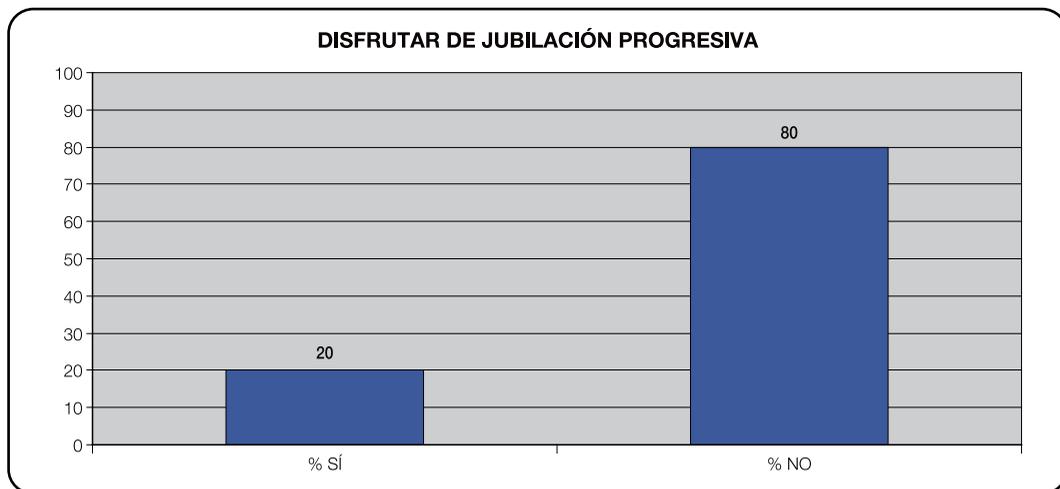


Fig. 5.28

18. En los últimos años en los que desarrolló una actividad laboral, ¿tuvo las mismas oportunidades que los demás trabajadores/as (más jóvenes) para seguir formándose o participar en las oportunidades de promoción interna de su empresa?

El 52% no disfrutó de las oportunidades de promoción interna en la empresa. El 18,67% sí disfrutó de las oportunidades de promoción interna y el 29,33% no contesta a esta pregunta.

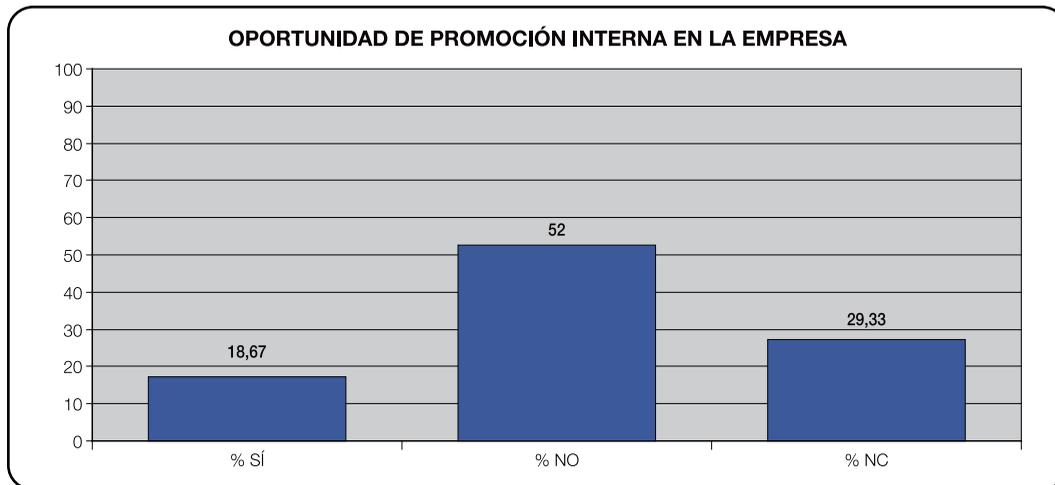


Fig. 5.29

Observando la relación entre las variables manejadas y planteadas en esta entrevista, se pueden señalar los siguientes aspectos relevantes:

- Se aprecia una relación entre el interés que las personas tienen por estar informadas, saber como informarse sobre sus derechos y el conocimiento de los mismos, aunque parece que a pesar de todo, éstas mismas consideran que no reciben suficiente información sobre las políticas dirigidas a personas mayores.
- A las personas que saben cómo informarse sobre los derechos que tienen, les gusta estar informadas sobre las actividades y sucesos que tienen lugar en su localidad; además, saben donde acudir en caso de necesitar cualquier tipo de ayuda (economía, técnica...) y conocen el documento de las voluntades anticipadas.
- Observamos, además, que las personas que saben cómo informarse de los derechos que tienen, conocen el derecho que tienen a designar a otra persona para atender sus intereses cuando no pueden hacerlo por sí mismas. De la misma manera, las personas que dicen conocer los derechos de los que disfruta como persona, conocen además el documento de las voluntades anticipadas.
- Finalmente, podemos referir que las personas que consideran que en esta sociedad las personas mayores no son tratadas con respeto, no se identifican con la imagen que los medios de comunicación dan sobre las personas mayores.

5.2. LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Las personas mayores en situación de dependencia consultadas, mujeres más mayores (10% entre 60-70 años, 63 % entre 75-95 años), viudas (42%) , casadas (28%) o solteras (21%) en residencias (70%) y domicilio con asistencia a centro de día (29%), manifiestan en un 66% no conocer sus derechos y la práctica

totalidad (95%) manifiesta no haber recibido ningún documento al ingreso en el que se le explicara sus derechos, aun cuando algunos (6%) afirman no recordarlo y el 27% que tal vez se lo dieran al familiar .

Solamente el 50% conoce el derecho a designar una persona que defienda sus derechos e intereses si él o ella no puede hacerlo por sí misma en un futuro, lo que puede tener que ver con que la mayoría considera este hecho una responsabilidad y obligación de la familia más que un derecho propio.

En relación a la posibilidad de presentar quejas o reclamaciones, solamente el 44% afirma haber sido informado/a en relación al mismo y saber dónde hacerlo. Sobre la información que reciben sobre aspectos que afecten a su persona como tratamientos, etc., el 66% considera que recibe adecuada información pero un importante 35% no opina así.

La opinión sobre si las personas mayores son discriminadas por la edad se reparte al 50% con interesantes atribuciones causales relativas al desconocimiento que la gente tiene de las personas mayores o la discapacidad o dependencia.

En general están satisfechos con el trato (90%) y sienten que los cuidadores y cuidadoras respetan sus ritmos a la hora de realizar las actividades de la vida diaria, etc (96%), pero un importante 10% no se siente tratado correctamente, esto es, con respeto, amabilidad, comprensión y educación, un importante 6% se siente tratado como un niño/a, o un 20% opina que hay prácticas que no le dejan actuar o pensar de forma autónoma.

Si bien un 52% de las personas consultadas opina que el centro tiene en cuenta su opinión sobre las propuestas de organización y funcionamiento que afectan al estilo de vida, el resto no lo ve así.

Mientras que un 92% de las personas consultadas que viven en residencias cree que pueden utilizar su habitación con total libertad, solamente creen que pueden contar con llave de su habitación un 72%, o pueden estar solos/as cuando lo desean en un 84% de casos, o un 25% cree que a veces entran en su habitación sin llamar. El 92% cree que se respeta su privacidad en el aseo y servicio y al vestirse, mientras que solamente el 89% afirma poder elegir la ropa que se va a poner.

El 86% escoge las actividades que realiza a lo largo del día, el 100% cree que se respetan sus creencias religiosas y políticas, el 96% elige el lugar en el que estar en cada momento y el 94% se siente en el derecho a pedir lo que necesita cuando lo necesita y en cada momento. El 69% cree que las actividades son variadas, suficientes e interesantes, mientras que el resto piensa que son insuficientes o poco interesantes y el 92% cree que sí se les ofrece actividades fuera del centro.

Se han realizado entrevistas individuales a 78 personas mayores dependientes, de las cuales el 70% son residentes en Centros Gerontológicos y el 30% usuarias de Centros de Día. El 68% de las personas entrevistadas han sido mujeres y el 32% hombres. Todas ellas mantienen sus funciones cognitivas intactas con un MEC, superior a 24.

Las entrevistas han sido realizadas por una psicóloga ajena al centro, para disminuir el efecto de deseabilidad y/o cautividad en la opinión, y todas se han realizado de manera individual, bien en el Centro de Día o Centro Gerontológico, en un ambiente de intimidad, respeto y total confidencialidad.

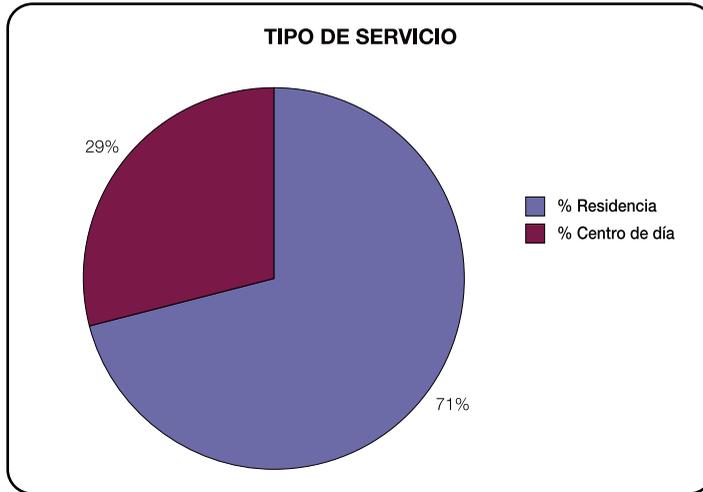


Fig. 5.30

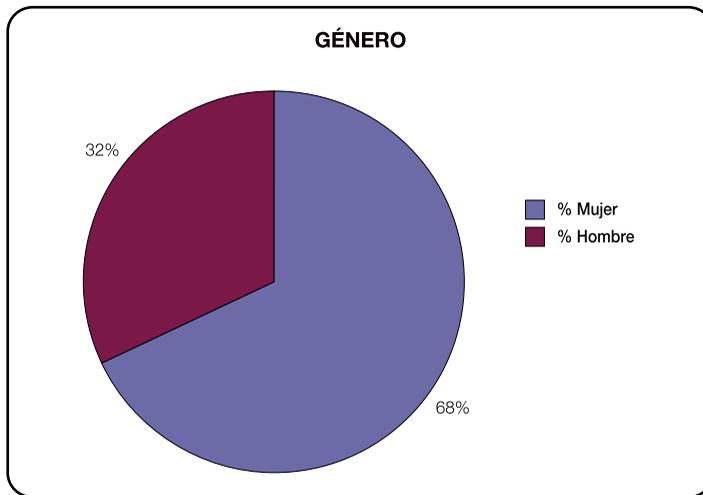


Fig. 5.31

En cuanto al estado civil, el 42% son personas viudas, el 28% están casadas, el 21% están solteros/as y el 7,69% separados/as o divorciados/as.

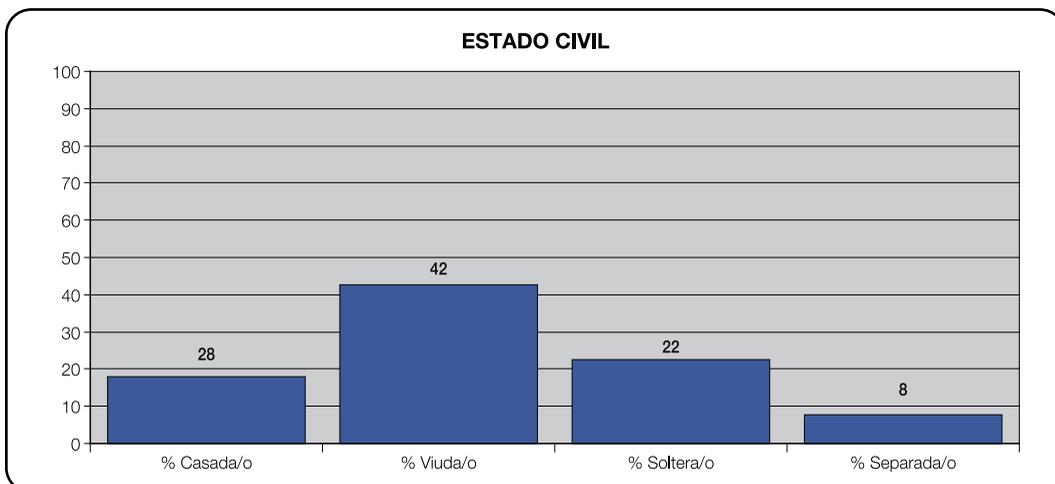


Fig. 5.32

En la siguiente tabla podemos observar que muchas de las personas entrevistadas tienen entre 80 y 90 años.

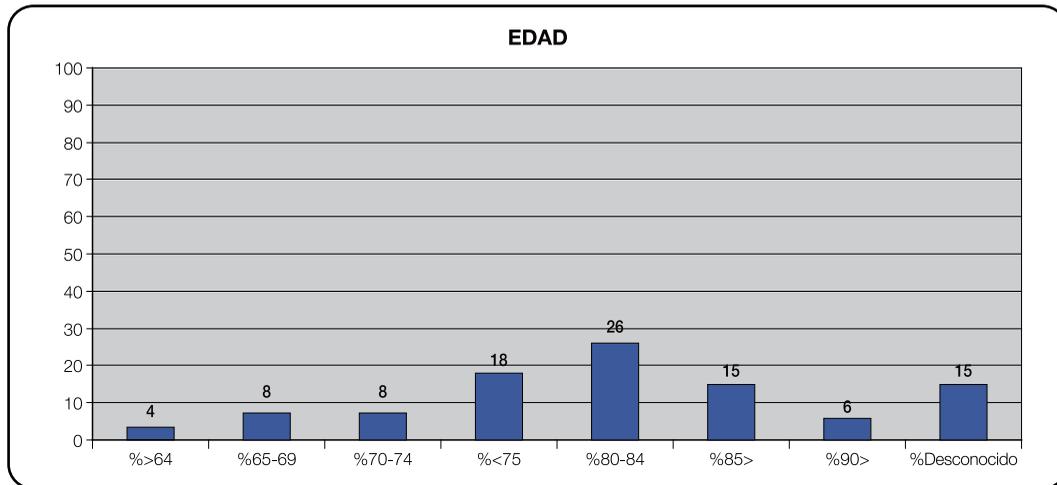


Fig. 5.33

La primera pregunta que se realizó estaba orientada a conocer si las personas residentes de centros gerontológicos y usuarios de centros de día conocen los derechos que tienen como residentes o usuarios/as de estos servicios. De la misma manera, quisimos saber qué entienden ellos por estos derechos.

EL 33% de las personas entrevistadas refirieron conocer los derechos que tienen, mientras que más de la mitad, (el 66%) reconocían no saber decir cuáles eran.

1. ¿Conoce sus derechos como residente o usuario/a de este centro?

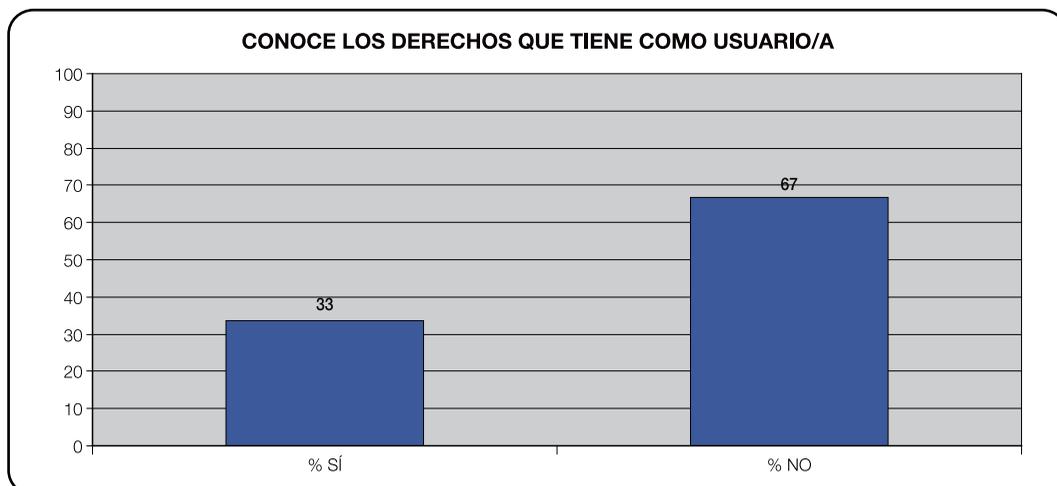


Fig. 5.34

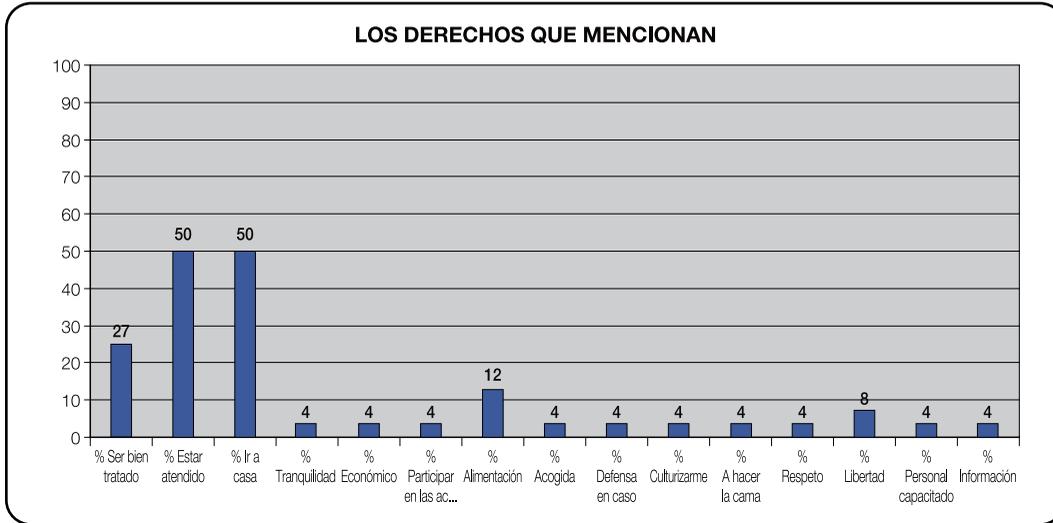


Fig. R35

Las personas que contestaron que sí conocían sus derechos, reconocían como tales los siguientes:

- “Derecho a estar atendido”
- “Derecho a ir a casa”
- “Derecho a ser bien tratado”
- “Derecho a que me den de comer”
- “Derecho a la libertad”
- “Estar bien”
- “Derecho a culturizarme”
- “Estar tranquilo”
- “Que me cuiden”
- “Comer y participar en actividades”
- “Derecho de acogida, defensa en caso de abuso, poder culturizar, poder sobrevivir”
- “Atención, alimentación y cuidado”
- “Comer, dormir, hacer cama, pasear, terapia”
- “Llevarte bien con todo el mundo”
- “Decir las cosas cuando están mal para poder solucionar”
- “Que me respeten”
- “Libertad personal”
- “Que nos traten bien, como personas, el personal que sea capacitado y que asimilen que perdemos facultades”
- “Los mayores no tenemos derechos”
- “A tener información, a ser bien tratado”

2. ¿Le ha proporcionado el centro un documento en el que se detallan sus derechos?

El 95% de las personas entrevistadas dicen que al entrar en el centro o empezar a venir al centro de día no han recibido ningún documento donde se les describan sus derechos. Sin embargo, el 6% de estos no recuerda haberlo recibido, y el 27% comenta que quizá lo haya recibido la persona que se encarga de los trámites (normalmente un familiar).

En los centros en los que se ha realizado el estudio sí se entrega este documento pero al parecer no es un acto suficientemente eficaz o está más orientado a la familia.

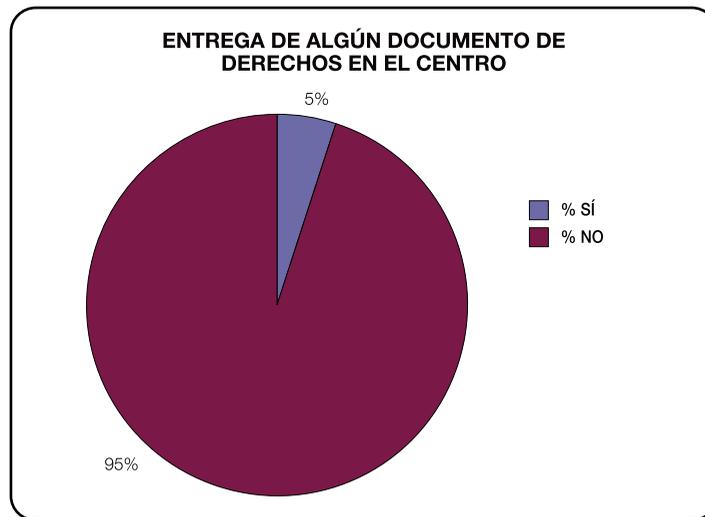


Fig. 5.36

3. ¿Conoce el derecho que tiene a designar a la persona que considere más adecuada para que defienda sus intereses, si en un futuro usted no lo puede hacer por sí mismo/a?

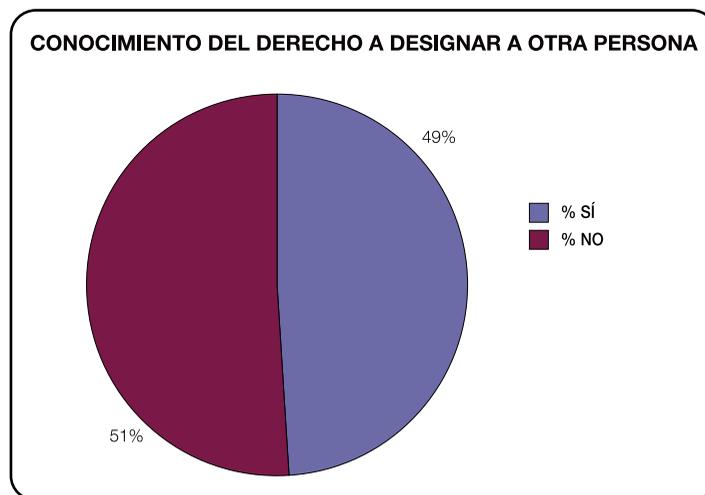


Fig. 5.37

Ante esta pregunta encontramos que la mitad de las personas entrevistadas (49%) conoce este derecho y el 51% dice no conocerlo. Cabe destacar que surgieron muchos comentarios, dirigidos en la misma dirección. Y es que, pudimos observar que la mayoría de las personas entrevistadas consideran casi

como una obligación que un/a familiar se ocupe de sus “asuntos” ahora que ellos ya no pueden hacerlo personalmente. Sin embargo, no lo reconocen como un derecho suyo, sino como una obligación de su familia para con ellos.

Por otra parte, un porcentaje muy pequeño de las personas entrevistadas (3%), reconocen a Fundación Hurkoa (entidad tutelar de Gipuzkoa) y a la trabajadora social del centro como referencia a quien dirigirse en este sentido.

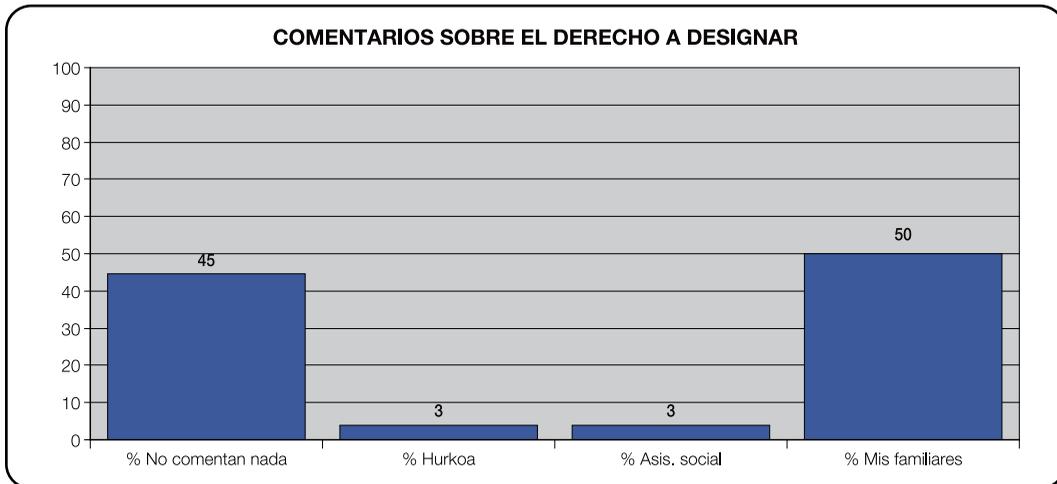


Fig. 5.38

4. ¿Se le ha informado y sabe cómo y dónde presentar una queja, sugerencia o reclamación?

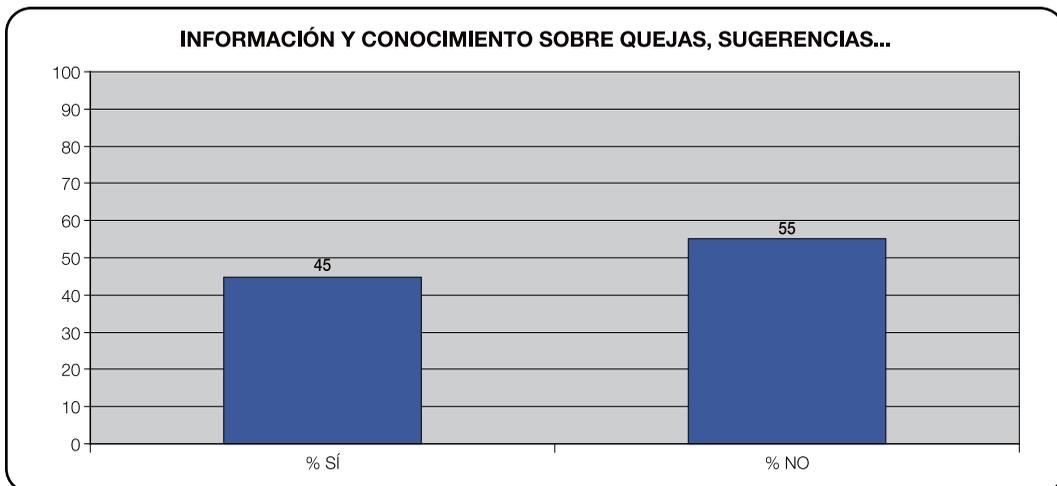


Fig. 5.39

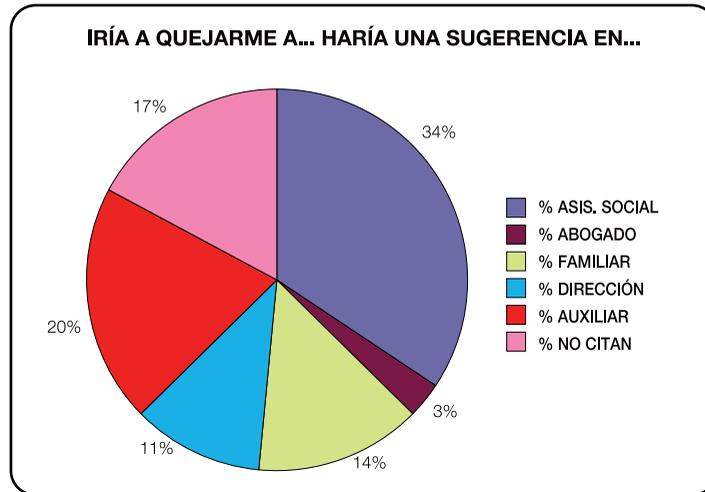


Fig. 5.40

El 55% dice no haber recibido información sobre cómo realizar alguna queja, sugerencia, etc., y un 45% dice saber cómo hacerlo.

Entre aquellas personas que dicen saber a quién acudir, la persona a quien acudirían la mayoría es la trabajadora social (34%). Dicen que acudirían a donde el/la trabajadora social del centro para cualquier cosa que necesiten, sea queja, sugerencia u otro tipo de consulta. Un 20% acudiría a la figura del auxiliar, porque “son las que están más al alcance”. Con ellas sobre todo hablarían de quejas que puedan tener de su atención, o quejas que tienen que ver con la comida, con la ropa... Y un 14% dice que “cualquier cosa que tengan, queja o sugerencia, se lo comentarían al familiar y lo dejarían en sus manos”. Un 11% acudiría a la propia Dirección del Centro y solamente un 3% comenta que lo comentaría con un abogado.

5. ¿Recibe información de todo lo que tiene que ver con su persona? (tratamientos que va a recibir ...)

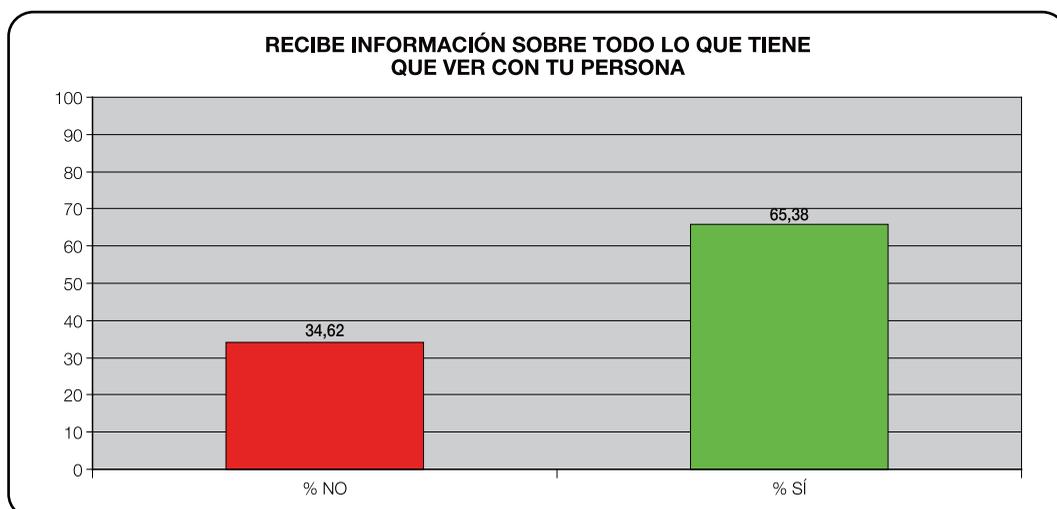


Fig. 5.41

Con esta pregunta, se quería saber si las personas que residen en los Centros Gerontológicos reciben información sobre cualquier situación que tenga que ver con ella (si ante un cambio de tratamiento reciben esta información, si se les explica por qué es conveniente que acudan a determinado grupo de intervención...)

Descubrimos que un 65,38% sí se sienten informados/as en este sentido, frente a un 34,62% que dice no recibir la suficiente información. El comentario principal, es el desconocimiento con respecto a los medicamentos que están tomando.

DERECHO A LA DIGNIDAD

Las siguientes preguntas están dirigidas a conocer si sienten respetado su derecho a la dignidad

6. ¿Considera que en la sociedad en la que vivimos, se discrimina a las personas por el hecho de ser mayores?

El 50% opina que en esta sociedad se discrimina a las personas por el hecho de ser mayores y el otro 50%, sin embargo, no lo siente así.

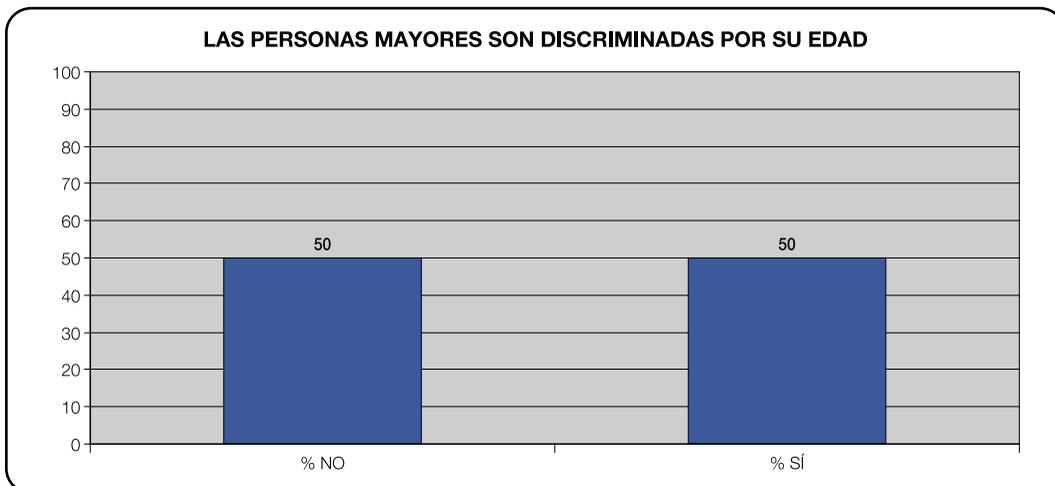


Fig. 5.42

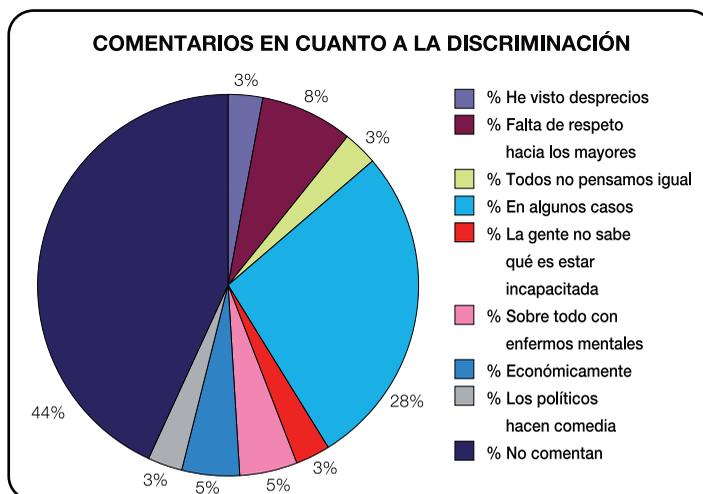


Fig. 5.43

Analizando los comentarios de aquellos que opinan que la sociedad discrimina a las personas mayores, recogemos los siguientes comentarios:

- “No todos pensamos igual” (44%). Las personas que discriminan a los mayores, sobre todo es por desconocimiento.
- “En algunos, casos, según quién y dónde” (28%).
- “La gente no sabe qué es estar discapacitada” (3%).
- “Hay mucha falta de respeto hacia las personas mayores” (8%).
- “He visto desprecios a personas mayores” (3%).

7. ¿Cree que se le trata con respeto, amabilidad, comprensión, y educación, como persona?

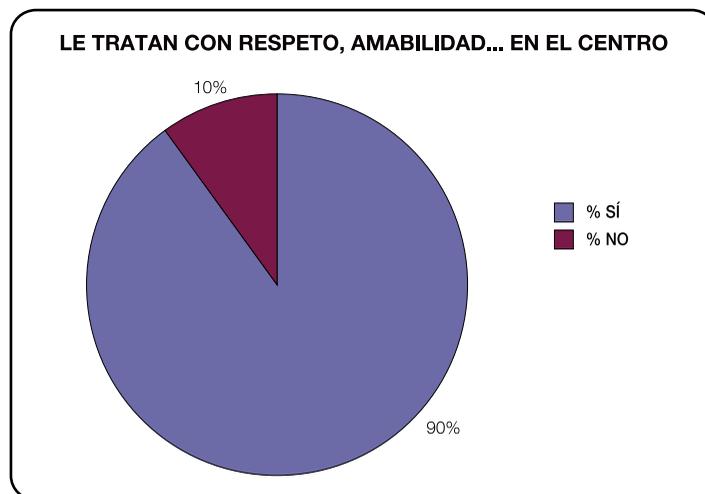


Fig. 5.44

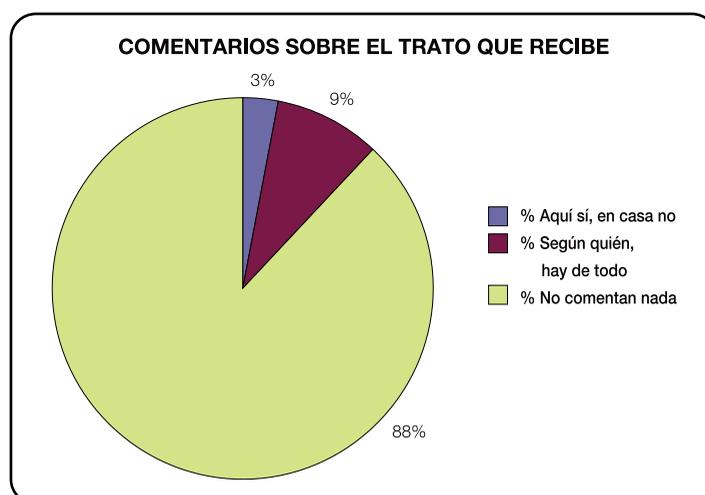


Fig. 5.45

Los usuarios y usuarias entrevistadas en general están satisfechos y satisfechas con el trato que reciben (89,74%). Únicamente un 10,26% ha respondido que no está satisfecho con ese trato, y el comentario principal al respecto es que “hay trabajadoras de atención directa que no les tratan correctamente o con educación”.

8. ¿Se siente respetado por los demás residentes o usuarios?

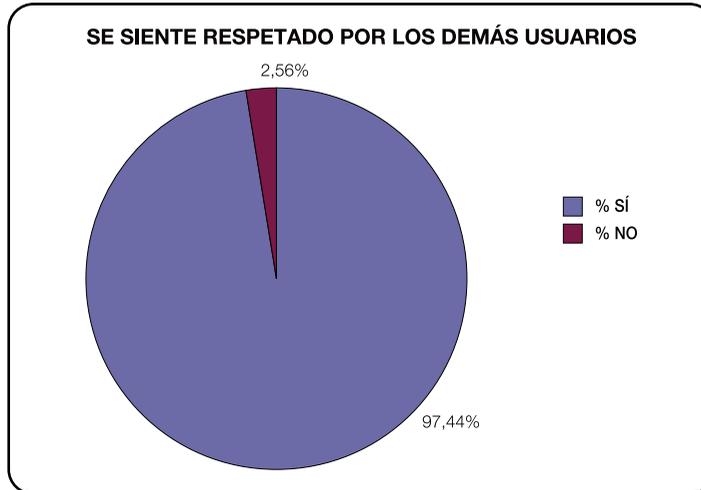


Fig. 5.46

En general, las personas entrevistadas se sienten respetadas por los demás residentes o usuarios/as del Centro. Así opina un 97,44% .

En aquellos casos que dicen que no sentirse respetados por los demás los comentarios que se pueden destacar son los siguientes:

- “Como tienen la cabeza mal...” (3,84%)
- “Según quién, hay de todo” (2,56%)

9. ¿Siente que le tratan como a un niño/a más que como a una persona mayor?

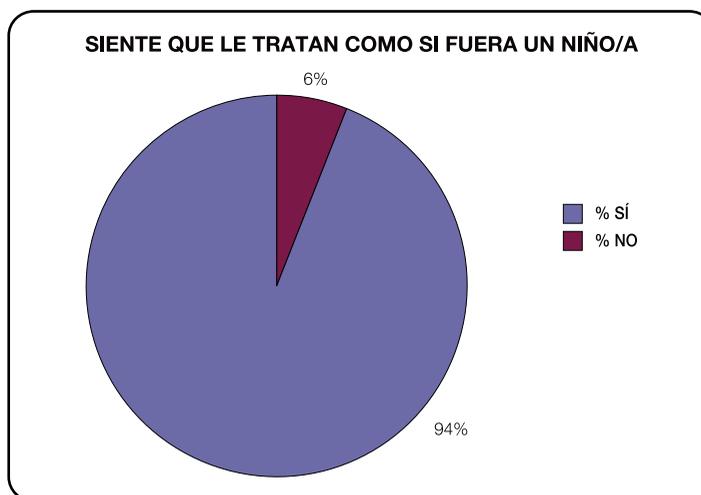


Fig. 5.47

Los usuarios y usuarias de estos servicios opinan que no se sienten tratados como niños, un 94% exactamente. Sin embargo, un 6% de las personas entrevistadas dicen sentirse así en algunas ocasiones.

10. ¿Respetan los trabajadores su ritmo para realizar las cosas como el comer, vestir, etc.?

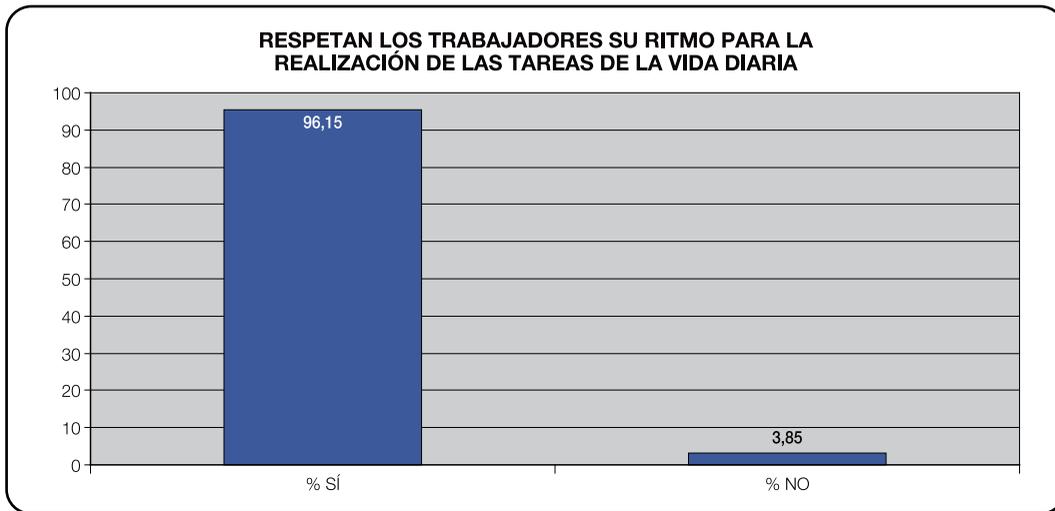


Fig. 5.48

Un 96,15% afirma que los trabajadores/as sí respetan su ritmo. Opinan que, en la medida de lo posible, siempre les dejan que hagan las cosas por ellos/as mismos/as. Sienten que les dejan ser los más autónomos/as posible. Un comentario que hacen al respecto entre los que han contestado negativamente es que “es normal que no te dejen hacer algunas cosas por falta de personal”.

11. ¿Alguna vez ha sido tratado inadecuadamente por algún trabajador/a, familiar o voluntario/a?

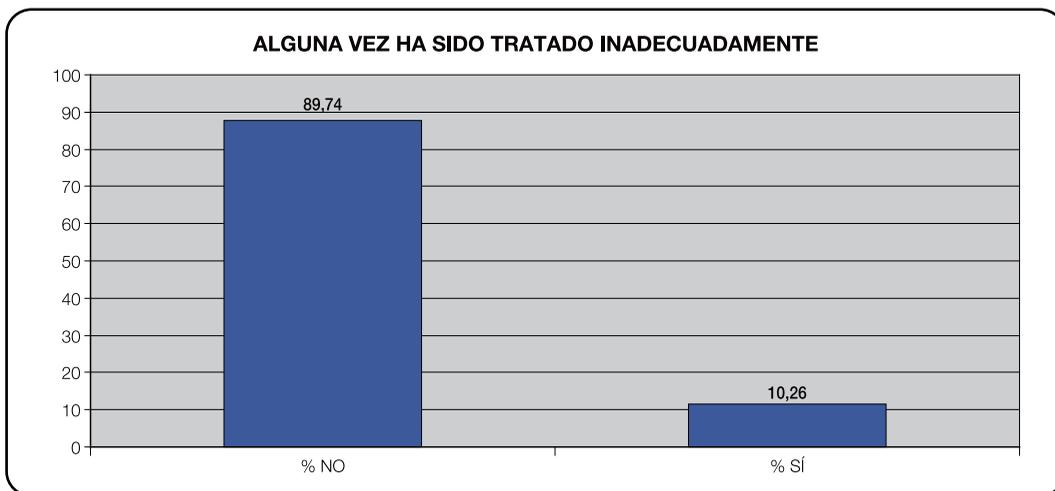


Fig. 5.49

Podemos observar en la gráfica anterior que el porcentaje de los usuarios que consideran que alguna vez han sido tratados inadecuadamente es de un 10,26%. La mayoría, no sienten que se les haya tratado de manera inadecuada (89,74%).

12. ¿Qué significa el maltrato para usted?

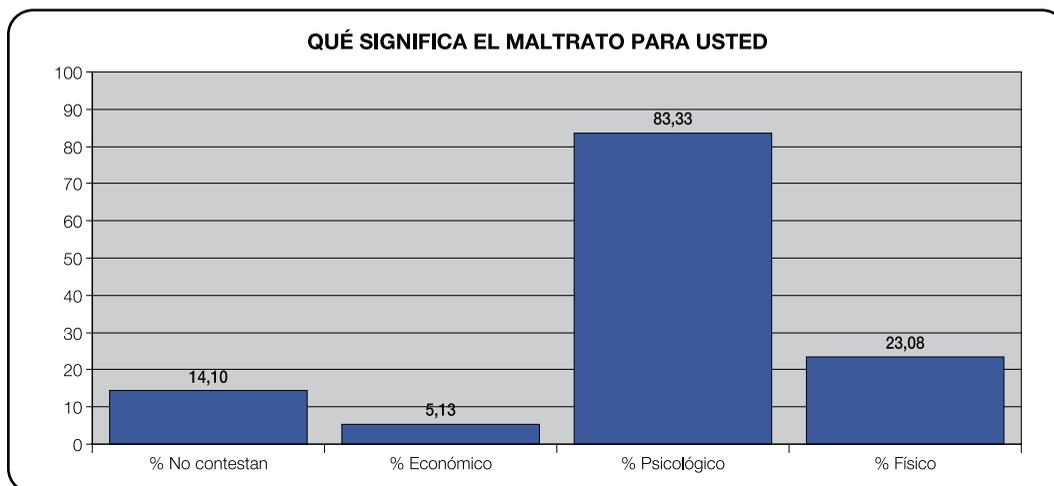


Fig. 5.50

A continuación se exponen los comentarios respecto a lo consideran como maltrato:

- “Que nos quiten el dinero” (1,28%)
- “No tener gente competente” (1,28%)
- “Que te obliguen a hacer algo que no quieres hacer” (6,41%)
- “Tratar con desprecio” (8,97%)
- “Que hagan las cosas sin contar contigo” (10,26%)
- “Chillar” (5,13%)
- “Insultar, humillar” (3,85%)
- “Mentir” (2,56%)
- “Malas contestaciones” (20,53%)
- “Falta de respeto” (3,85%)
- “Que no me escuchen, que no me hagan caso” (8,97%)
- “Que no me den algo que es mío” (1,28%)
- “No dejar elegir” (2,56%)
- “Amenazar” (1,28%)
- “No tratarme con cariño” (1,28%)
- “Tratarme como objeto” (2,56%)
- “No reconocer mis derechos como persona” (1,28%)
- “Abusar” (1,28%)
- “No atender” (10,26%)
- “Pegar” (11,54%)
- “No cuidar” (1,28%)

13. ¿Conoce el documento de las Voluntades Anticipadas o Testamento Vital?

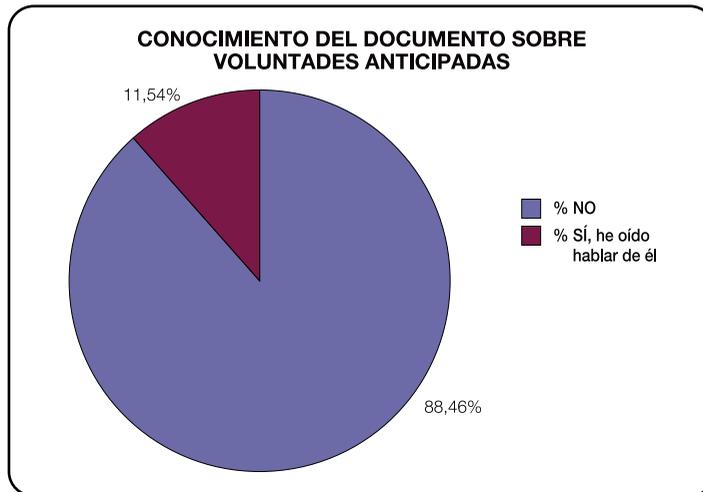


Fig. 5.51

Las personas entrevistadas desconocen el documento de las voluntades anticipadas, un 88,46%. El 11,54% conoce o ha oído hablar de este documento en los medios de comunicación.

DERECHO A LA INDEPENDENCIA

Las siguientes preguntas se refieren al respeto del derecho a la dignidad

14. ¿Considera que hay prácticas que no dejan que actúe o piense de forma autónoma?

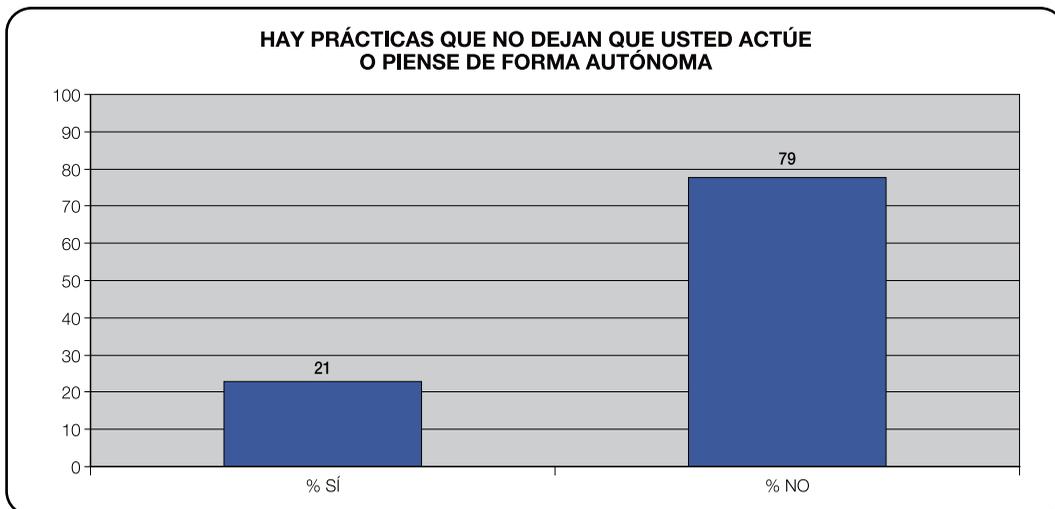


Fig. 5.52

La mayoría de las personas mayores que han participado en esta entrevista no sienten que no se les deje actuar de forma autónoma. Son un 79% los usuarios que opinan de este modo, pero un 21% no está de acuerdo, piensan que “podrían hacer por sí solos más cosas de las que hacen”.

15. ¿Tiene la posibilidad de gestionar sus asuntos personales (dinero, facturas, correo...) personalmente? ¿Recibe ayuda si lo solicita para estas gestiones?

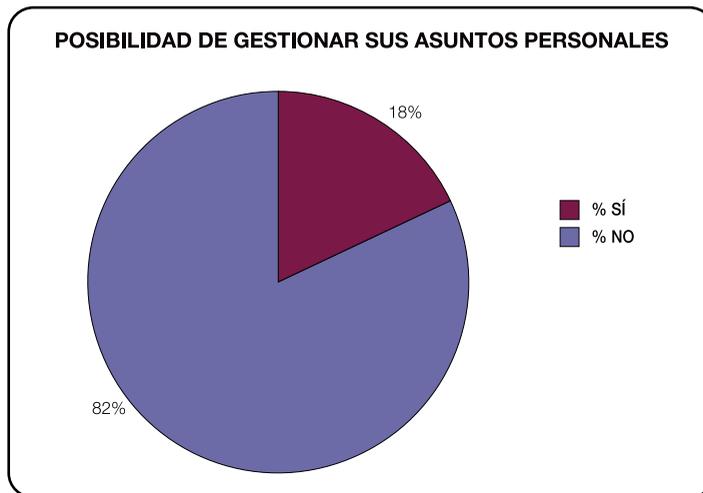


Fig. 5.53

El 82% de las personas encuestadas no gestionan sus propios asuntos habiendo delegado en sus familiares este cometido.

16. En el Centro, ¿tienen en cuenta su opinión sobre cualquier propuesta de organización y funcionamiento que afecte a su estilo de vida?

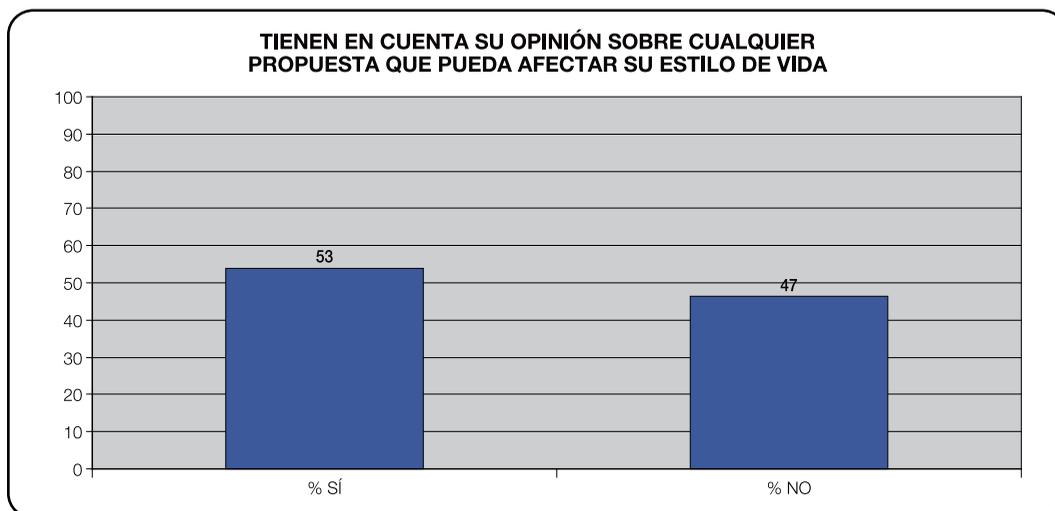


Fig. 5.54

El 53% de las personas encuestadas siente, que ante cualquier propuesta del centro que vaya a afectar a su estilo de vida, en el centro sí se tiene en cuenta su opinión; sin embargo, un 47% opina que esto no es así.

Algunos de los comentarios más significativos que hemos podido recoger son los siguientes:

- *“En los cambios de mesas por ejemplo no nos preguntaron nada antes de hacerlo”. Nos suelen decir, “que os parece si...”*

- “Según para qué cosas nos consultan”
“En algunos casos no se respeta nuestra opinión aunque se nos haya consultado”
- “No creo que tengan porqué hacerlo, porque lo que tienen que hacer aquí tienen afirmado, no se hacen las cosas porque sí, sino con conocimiento de causa”
- “Pero no estamos en un hotel, algunos son demasiado exigentes”.

INTIMIDAD

Las siguientes preguntas se refieren al respeto a la intimidad

17. ¿Tiene la posibilidad de utilizar su habitación con total libertad?

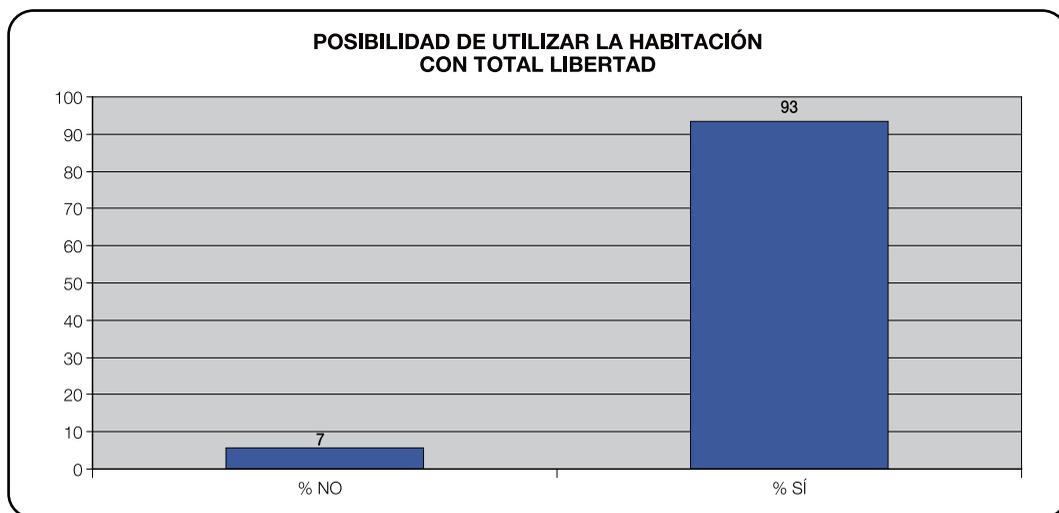


Fig. 5.55

Como se puede observar en el gráfico anterior, los usuarios/as (sólo teniendo en cuenta servicio residencial) sí tienen posibilidad de utilizar la habitación con total libertad, así opina un 93%. Las personas que opinan lo contrario han realizado los siguientes comentarios:

- “Con total libertad no, porque entran y salen cuando quieren (las auxiliares)”.
- “Si estás con otra persona en la habitación (compañero de habitación), no es lo mismo, la libertad no es la misma”.

Aunque la mayor parte de las personas entrevistadas opinan que pueden utilizar con total libertad su habitación, hablando posteriormente con ellas, se observa que los comentarios anteriormente citados son bastante generales. Las personas que comparten habitación, por lo general, opinan que esta libertad no es total, puesto que están con otras personas.

18. ¿Tiene posibilidad de contar con llave de su habitación?

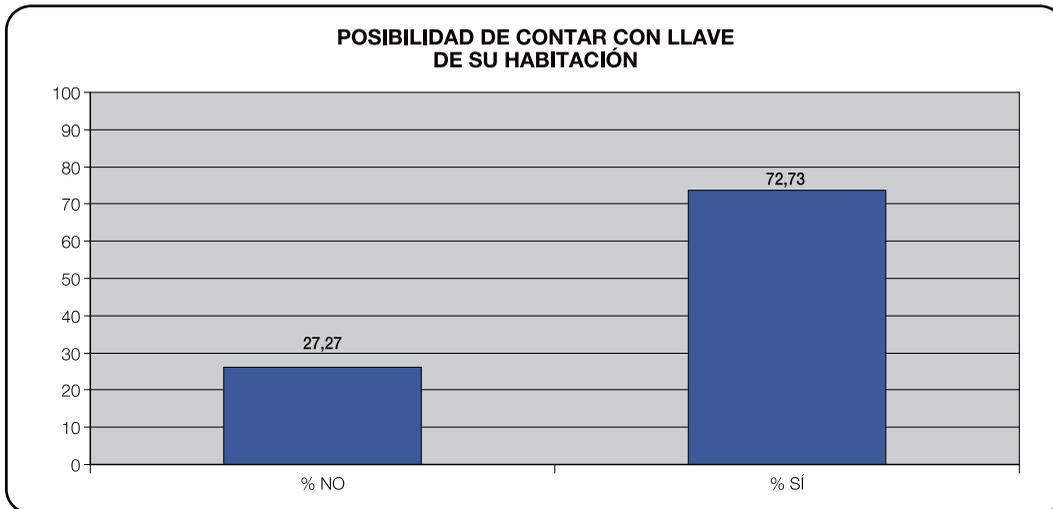


Fig. 5.56

El porcentaje de usuarios/as (de servicio residencial) que ha respondido afirmativamente es de un 72,73%. A continuación observamos los comentarios realizados al respecto:

- “Sabemos que tenemos ese derecho aunque no lo hayamos pedido. Lo que no nos gusta es encontrarnos la puerta abierta cuando nosotras la hemos dejado cerrada” (2)
- “No tengo necesidad, porque no tengo nada en especial”(1)
- “No, pero el armario sí”(1)
- “Pero si quiero, lo pido” (3)
- “No me preocupa”(1)
- “Pero cuando quiero entrar, me abren y listo” (3)
- “No quiero llevar correa”(1)

En general, aunque cuentan con la posibilidad de disponer de una llave para su habitación, normalmente no la utilizan.

19. ¿Tiene la posibilidad de estar solo/a cuando lo desea?

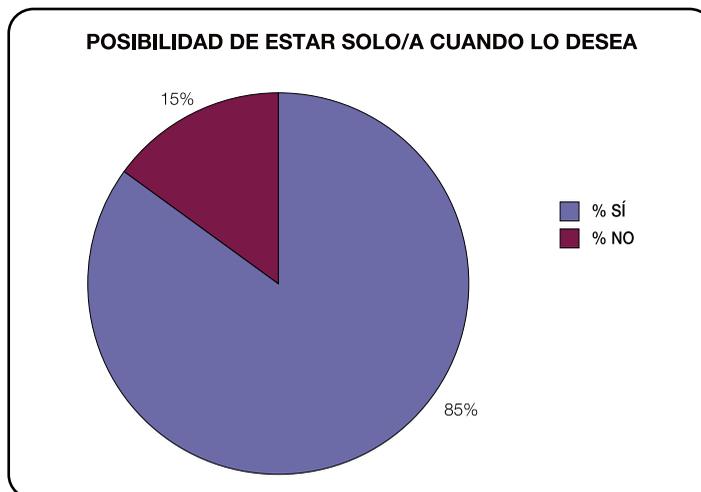


Fig. 5.57

Observando la gráfica anterior, vemos cómo los usuarios/as sí tienen posibilidad de estar solos/as cuando lo desean, así lo afirma un 85% de ellos/as. Un 15% opina que no es posible. Sus comentarios son los siguientes:

- “A veces nos hace falta” (4)
- “Te hacen caso enseguida, no puedes estar solo ni un segundo” (2)
- “Es difícil si tienes compañero en la habitación, porque en el resto de la casa no se puede”
- “Sólo en la habitación tienes posibilidad de estar solo, en el resto de la casa no” (2)
- “Tienes que salir fuera, dentro no hay posibilidad” (1)
- “Siempre hay alguien al lado, no se puede” (2)

Los factores, sobre todo en un centro residencial, como el hecho de que haya una persona de atención directa constantemente, o también, que en los espacios comunes haya siempre alguien, dificultan, en opinión de ellos, la posibilidad de estar solo/a, y además, “si tienes un compañero de habitación”, todavía aumenta la dificultad para poder estar solo/a.

20. ¿Normalmente irrumpen en su habitación sin avisar?

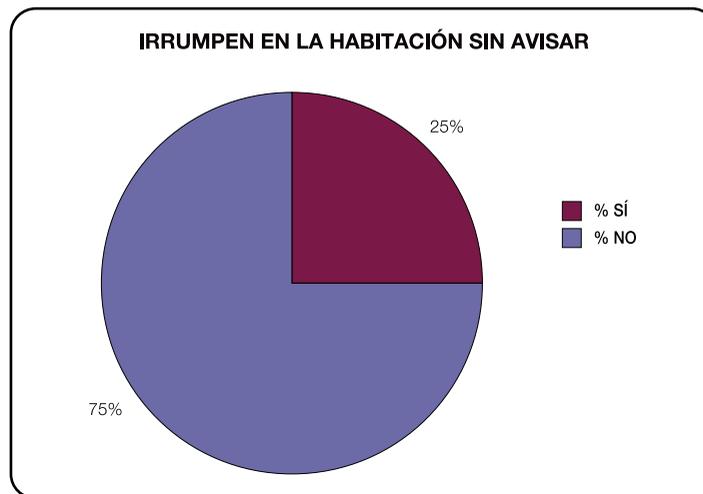


Fig. 5.58

En opinión de la mayoría de los usuarios de servicio residencial, toda persona que entra en la habitación llama antes de entrar. Así opina un 75%. Sin embargo, un 25%, opina lo contrario, que generalmente tanto auxiliares como otras personas entran en su habitación sin previo aviso.

21. ¿Cuándo está en el aseo o en el servicio, se respeta su privacidad?

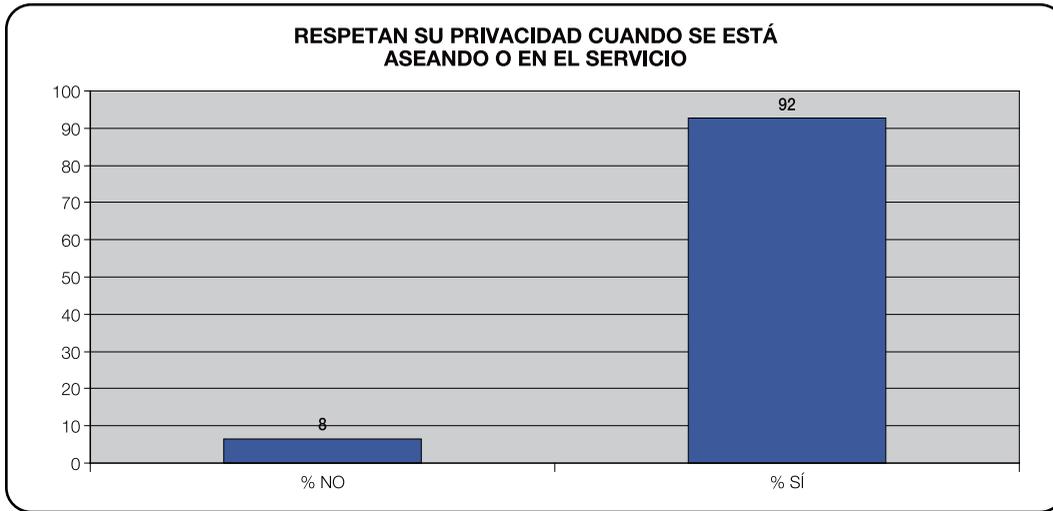


Fig. 5.59

El respeto a la intimidad cuando la persona está en el servicio es un derecho que se cumple según el 92 % de las personas encuestadas. Un 8%, sin embargo, dicen que cuando están en esta situación no se respeta su intimidad, y recogemos comentarios tales como:

- *“Algunos no respetan”*
- *“Entran y salen cuando quieren”*
- *“Les tengo que decir que cierren la puerta”*
- *“No se fían de dejarme sola”*
- *“Me ve la compañera”*

22. ¿Tiene posibilidad de vestirse y desvestirse en condiciones de privacidad?

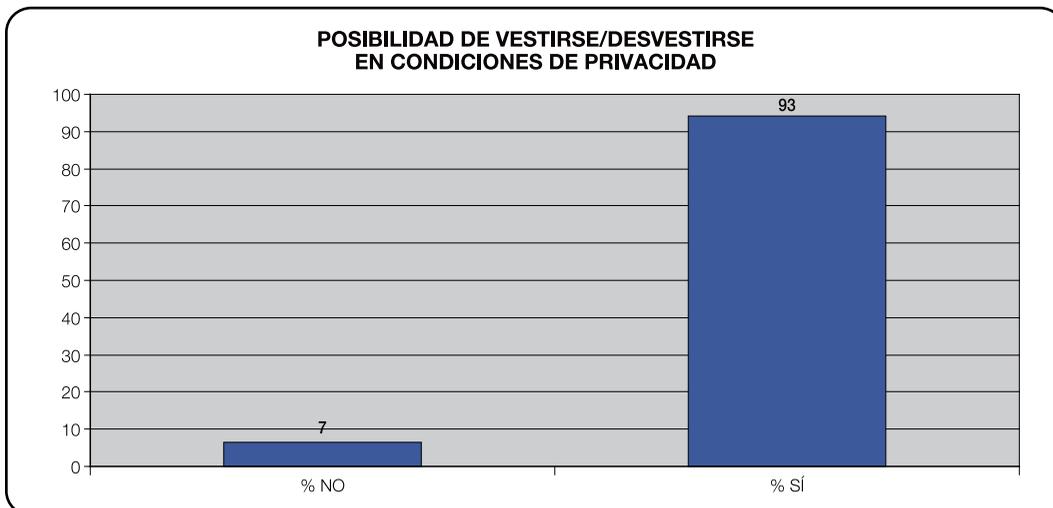


Fig. 5.60

En este caso, las personas entrevistadas opinan en su mayoría que se respeta su privacidad cuando se visten/desvisten. Un 7% opina que no es así, puesto que por su situación les tiene que ayudar otra persona.

DERECHO A LA LIBERTAD DE ELECCIÓN

Las preguntas siguientes se refieren al respeto del derecho a la libertad de elección

23. ¿Tiene posibilidad de elegir entre dos menús?

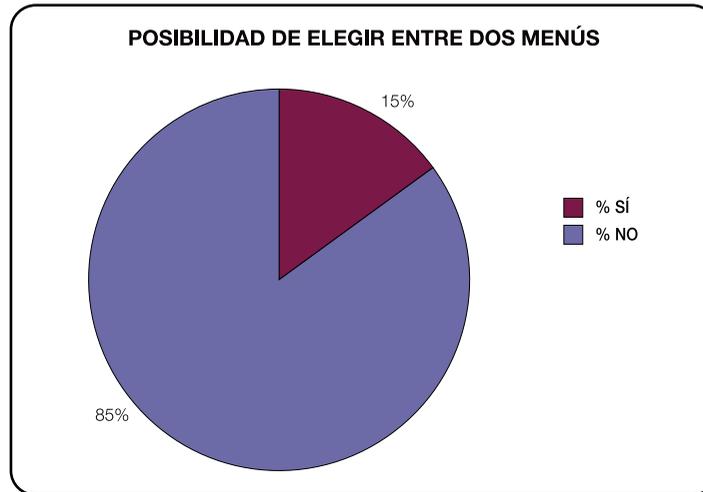


Fig. 5.61

Un gran porcentaje de personas dice no tener posibilidad de escoger el menú (85%). El 15% de usuarios/as que han contestado afirmativamente relacionan la opción a escoger el menú con la posibilidad de cambiar un plato por otro, en el caso de que no le guste, o se refieren a la posibilidad de elegir entre dos postres.

24. ¿Puede elegir a diario la ropa que se quiere poner?

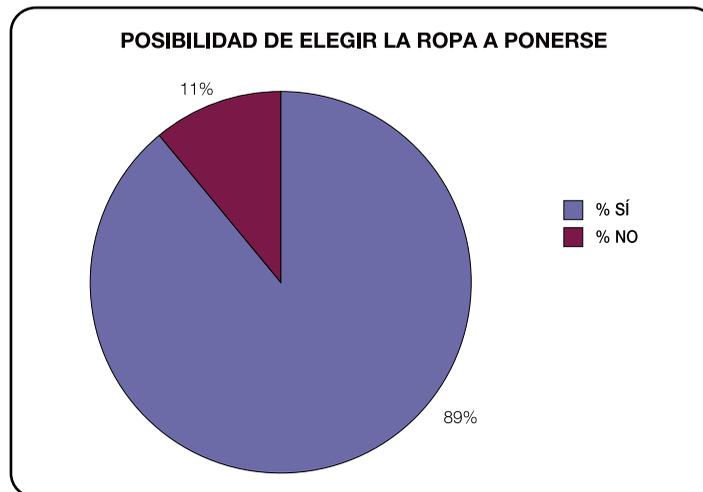


Fig. 5.62

Los usuarios de servicio residencial dicen tener la opción a escoger la ropa que se quieren poner, un 89 %. El 11% dicen que no es así, que no tienen esta posibilidad, y algunos de los comentarios que realizan son:

- *“Ponen lo que les parezca a ellas”*
- *“Muchas veces no hacen caso”*
- *“Aquí hay normas y no es siempre como uno quiere”*

25. ¿Las rutinas diarias (las actividades que transcurren durante un día normal) limitan la posibilidad de elección, o usted puede elegir entre hacer algo y no hacerlo, o entre varias alternativas...?

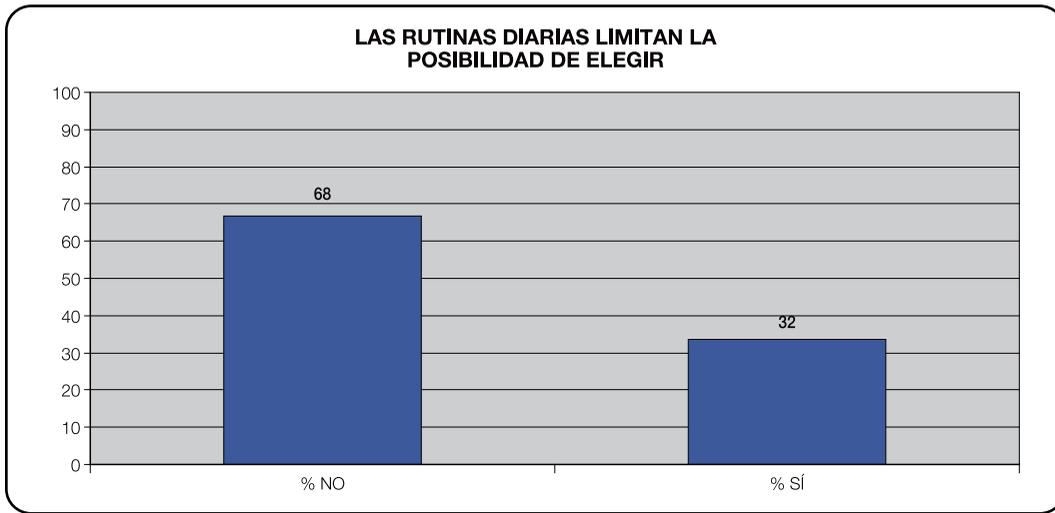


Fig. 5.63

El 68% de las personas encuestadas refiere que normalmente pueden elegir lo que quieren hacer, y que la rutina diaria no afecta a esta posibilidad de elección. EL 32%, sin embargo, opina lo contrario.

26. ¿Decide usted las actividades que quiere hacer durante el día?

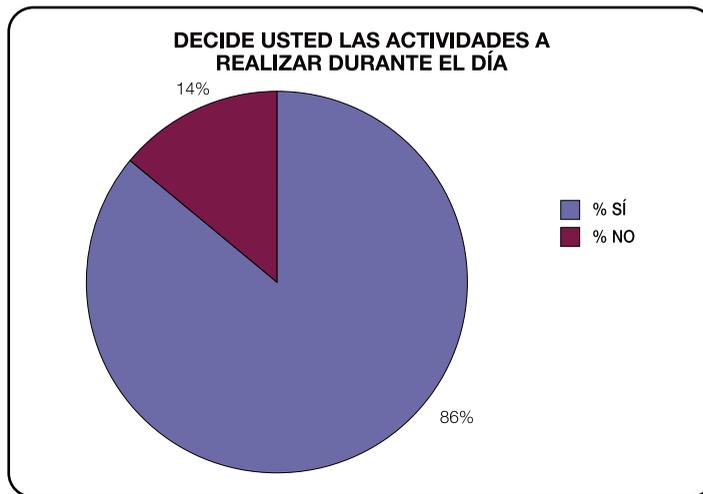


Fig. 5.64

Las personas mayores usuarias de estos servicios y que han contestado a esta entrevista, deciden las actividades a realizar durante el día, así lo afirma el 86% de ellas. Un 14% opina que ellas no pueden elegir las, y encontramos los siguientes comentarios:

- “Se preocupan de que no me aburra”
- “Están programadas” (las actividades diarias)
- “Si no están ellas no puedes hacer” (refiriéndose a las monitoras de actividades)
- “Tengo apuro en decir que no”
- “No me obligan pero me insinúan”

27. ¿Cree que se respetan sus pensamientos y creencias con respecto a la religión, la política...?

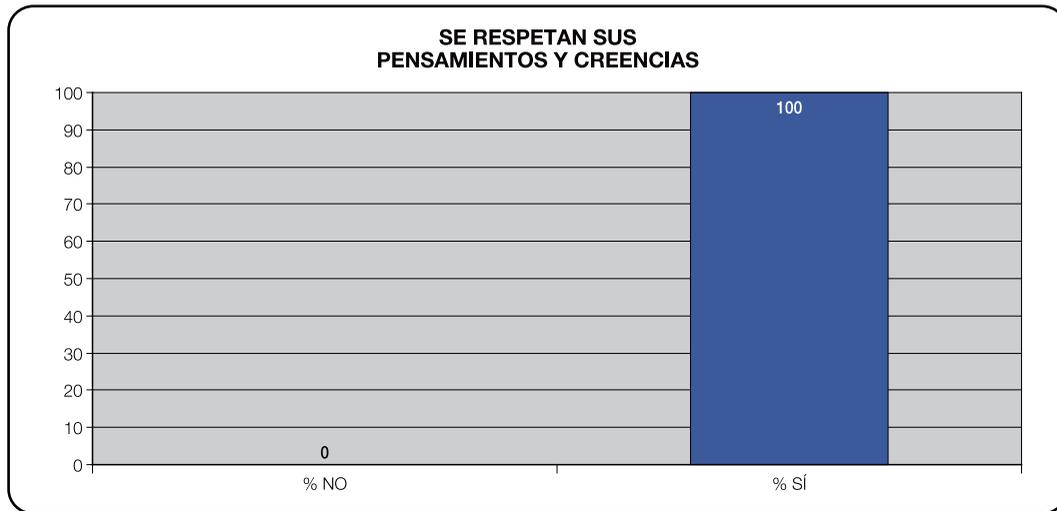


Fig. 5.65

En este caso todas las personas opinan igual. El 100% opina que sus pensamientos y creencias son respetados/as. Algunos comentarios destacables que influyen en que esto sea así, son los siguientes:

- “No se habla de ello” (50%)
- “En el aula de cultura intercambiamos pensamientos y no pasa nada”
- “Respetan, por ejemplo, que no vayas a misa”

Oinan que se respetan, pero a la vez dicen que prácticamente no se habla de estos temas, ni en la residencia ni en el centro de día.

28. ¿Tiene la posibilidad de elegir el lugar en el que quiere permanecer cada momento del día?



Fig. 5.66

El 96% afirma que sí, sin embargo, entre aquellas personas que han contestado que no tienen esa posibilidad de elegir comentan lo siguiente:

- *“Todos tenemos nuestro sitio”*
- *“Te dicen dónde estar”*
- *“Dentro de los espacios destinados para nosotros”*
- *“Menos en las comidas, que cada uno tiene su sitio”*

29. ¿Se siente usted con derecho a pedir lo que necesita en cada momento?

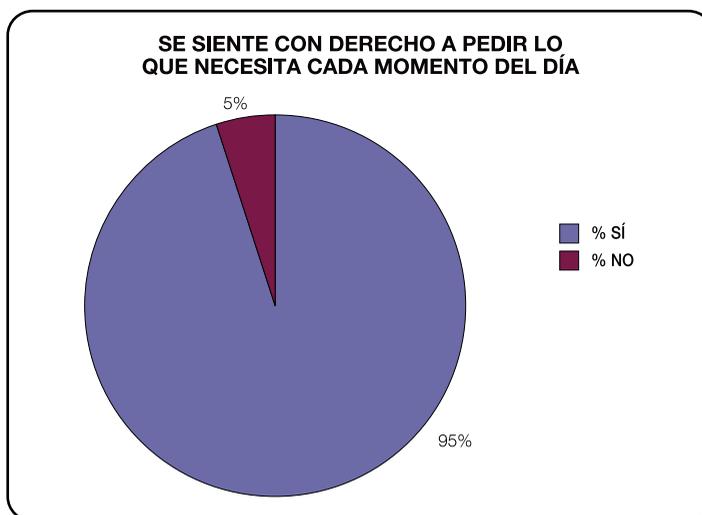


Fig. 5.67

El 95% opina que tiene derecho a pedir lo que necesitan en cada momento del día, prácticamente todos/as. Un 5 % opina que no tienen esa posibilidad. Los comentarios más destacados son los siguientes:

- *“Eso es molestar”*
- *“Depende a quien”*
- *“Las comidas no”*
- *“Puedo pedir todo, pero de ahí a que te lo concedan”*
- *“Si, después de lo que pago...”*

SATISFACCIÓN

Las siguientes preguntas se refieren al derecho a la satisfacción

30. ¿Se organizan actividades interesantes, variadas y en número suficiente, tanto durante la semana como durante los fines de semana?

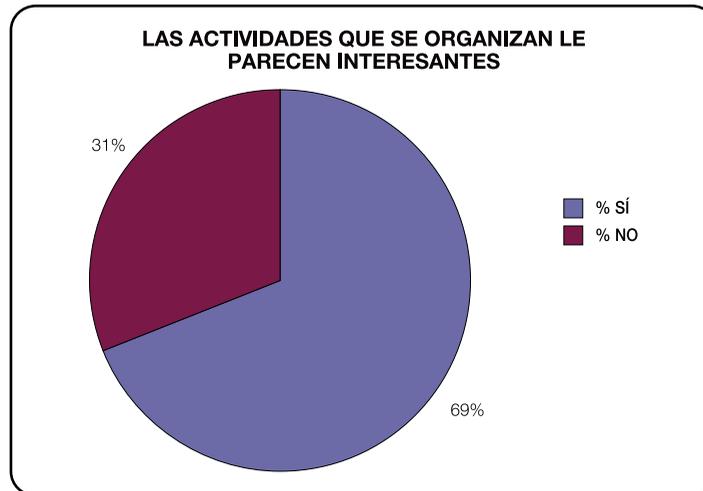


Fig. 5.68

Más de la mitad (un 69%) opina que las actividades que se organizan son interesantes. Un 31% no está de acuerdo no están de acuerdo con esta afirmación y los comentarios que hacen son los siguientes:

- “El fin de semana no hay actividades”
- “Poco, quisiéramos más a menudo”
- “No están hechos para mí”
- “No son interesantes”
- “Algunos no, que nos traten como niño, tocar la tamborrada...”
- “Son propaganda para la casa”
- “Yo quiero internet”

31. ¿Se les ofrece actividades para realizar fuera de la residencia?

El 92% de los entrevistados opina que sí se les ofrecen actividades para realizar fuera del Centro Gerontológico, aunque un 8% opina lo contrario y recogimos comentarios como:

- “Sólo una vez al año”
- “Sólo a la terraza”
- “Muy pocos”
- “Son chorradas, tengo más visto...”

- “Como estoy interno...”
- “No me gustan”



Fig. 5.69

32. ¿Se ofrece algo especial en la comida o en la merienda los domingos y festivos?



Fig. 5.70

Aunque el 96% contesta que sí se ofrecen comidas especiales los domingos y días festivos, nos hacen comentarios como:

- “Poca cosa”
- “Sólo los domingos”
- “No es como en tu casa”

Después de este análisis descriptivo, desde un enfoque cualitativo, parece que existe relación entre las siguientes variables:

El hecho de conocer sus derechos como usuario/a del Centro y que la organización tenga en cuenta su opinión sobre propuestas que afectan a su estilo de vida son dos variables que parecen tener cierta relación. Aunque las personas que han realizado esta entrevista dicen no conocer los derechos que tienen como usuarios/as, sí sienten que la organización tiene en cuenta su opinión sobre las propuestas que afectan a su estilo de vida.

Las personas que dicen que el Centro no les ha proporcionado el documento sobre sus derechos, dicen no saber cómo presentar una queja o sugerencia. A su vez, éstas piensan que reciben información sobre todo lo que tiene que ver con su persona. Además, este hecho (saber presentar quejas...) parece que puede estar relacionado con sentirse con derecho a pedir lo que necesita en cada momento.

Quienes no saben cómo presentar una queja o sugerencia tampoco conocen el documento de las voluntades anticipadas.

La variable recibir información de todo lo que tiene que ver con su persona tiene relación también con decidir las actividades que quiere realizar durante el día y con tener la posibilidad de estar solo/a cuando lo desee. Las personas que dicen recibir esta información refieren además que tienen la posibilidad de estar solos/as cuando lo deseen.

Las personas que se sienten tratadas con respeto, en todos los sentidos, como persona... (por los trabajadores) se sienten a su vez tratados de la misma manera por los demás usuarios; no se sienten tratados como si fueran niños; comentan que las auxiliares respetan su ritmo para realizar las actividades de la vida diaria; no se han sentido nunca tratadas de manera inadecuada; tienen la posibilidad de estar solos cuando lo deseen y tienen la posibilidad de vestirse en condiciones de privacidad.

Las personas que se sienten respetadas por los demás usuarios comentan además que pueden estar solas cuando lo deseen, y tienen la posibilidad de vestirse solos/as en condiciones de privacidad.

Las personas que sienten que no se les trata como a niños piensan que los trabajadores/as respetan su ritmo para realizar actividades como comer, vestirse..., además nunca se han sentido tratadas inadecuadamente.

Finalmente, las personas que piensan que la organización del Centro tiene en cuenta su opinión sobre las propuestas que afectan a su estilo de vida comentan que ellas mismas deciden las actividades que quieren hacer durante el día.

5.3 LA VOZ DE LAS FAMILIAS

Los familiares consultados, 16 familiares de usuarios de centro de día (45%) o residentes de centros gerontológicos (55%), de personas mayores con deterioro cognitivo, 81% hijos, 13% hermanos, y una esposa, principalmente mujeres (75%) afirman conocer los derechos de su familiar (75%), entre los que mencionan el libre acceso a los servicios, la no discriminación, la confidencialidad, dignidad, respeto a las decisiones y creencias, la libertad de decisión y el respeto y el buen trato.

El 50% afirma haber recibido algún documento explicativo de los derechos y el 75% el de la normativa y reglamento interno (que incluye realmente los derechos y deberes). Cuando se les presenta un listado con los derechos los reconocen como propios en unos porcentajes entre el 30-43%. El 94% piensa que se respetan los derechos aun cuando una persona afirma que puede haber “pequeños fallos sin importancia relacionados con la ratio de personal”.

El 87% piensa que no hay barreras ni dificultades para el real ejercicio de estos derechos, una tercera parte conoce la posibilidad de la tutela y curatela, y la mitad las voluntades anticipadas, el 68% sabe dónde presentar las quejas, reclamaciones y sugerencias, y el 100% afirma que se dirigiría a la DTS.

A la pregunta sobre qué significa para ellos el maltrato incluyen en sus respuestas: *“la falta de atención de alguna necesidad, la falta de respeto, no tener en cuenta su dignidad, malas contestaciones, daño moral o psicológico, daño físico...”*

La misma proporción piensa que en los centros se les trata con respeto (pero hay dos personas que afirman que “algunas actitudes de algunas profesionales dejan que desear” y una persona cree que se le trata como a un “niño” pero lo justifica como algo propio e inevitable por el deterioro cognitivo), se respetan sus ritmos y nadie piensa que se les haya tratado inadecuadamente.

Nadie piensa que haya prácticas que no dejen a su familiar actuar o pensar de forma autónoma y todos menos uno piensan que se cuenta con su opinión y propuestas y que se les pide permiso para cualquier toma de decisiones que pueda afectar a su familiar.

Existe un mejor conocimiento en los familiares de residentes que en los usuarios de centros de día respecto a los órganos de participación, como comisiones de familiares, etc. Un 80% considera que el familiar tiene total libertad para utilizar la habitación, un 87% cree que las cuidadoras no entran sin llamar, el 81% que se garantiza la privacidad en las actividades de la vida diaria, aseo, vestido, servicio.

El 81% dice que tanto ellos como los familiares participan en las actividades, el 75% que se respeta sus creencias, el 93% que tienen derecho a pedir lo que necesiten en cada momento, el 87% considera interesantes las actividades y sólo una persona cree que estas actividades no están dirigidas a su familiar y que los fines de semana no hay actividades suficientes.

Para la realización de esta entrevista se pidió la colaboración de 50 familiares de personas con deterioro cognitivo y residentes en centros gerontológico y usuarios de centros de día. De estas 50, se consiguió la colaboración de 16 personas, de las cuales presentamos los resultados obtenidos.

Todos ellos tienen un familiar, persona mayor dependiente, que es usuario de un centro de día o centro gerontológico. Como podemos observar en la siguiente figura, las personas entrevistadas han sido más mujeres que hombres. En total, el 75% de los participantes familiares son mujeres y el 25% hombres.

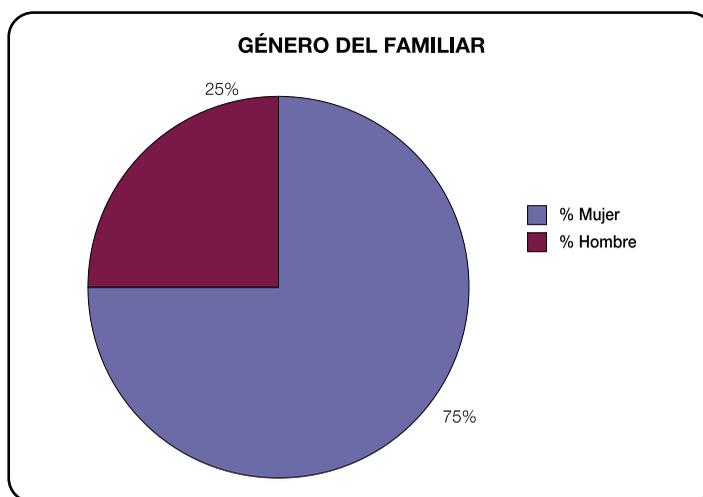


Fig. 5.71

Si hacemos referencia al parentesco de estos familiares, el 81%, la mayor parte de los entrevistados son hijas de las usuarias/as. Un 13% son hermanos/as de la persona mayor dependiente. Y por último, una persona es cónyuge de la persona mayor.

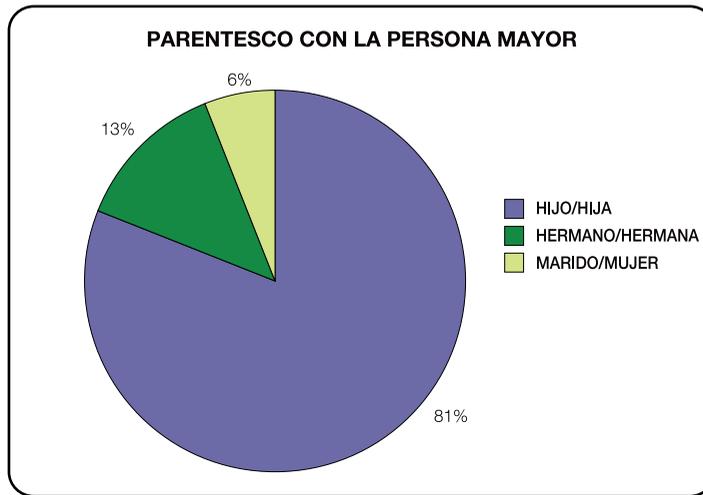


Fig. 5.72

Los familiares entrevistados cuentan con una edad de entre 44 y 75 años (la mayoría, tienen entre 40 y 60 años).

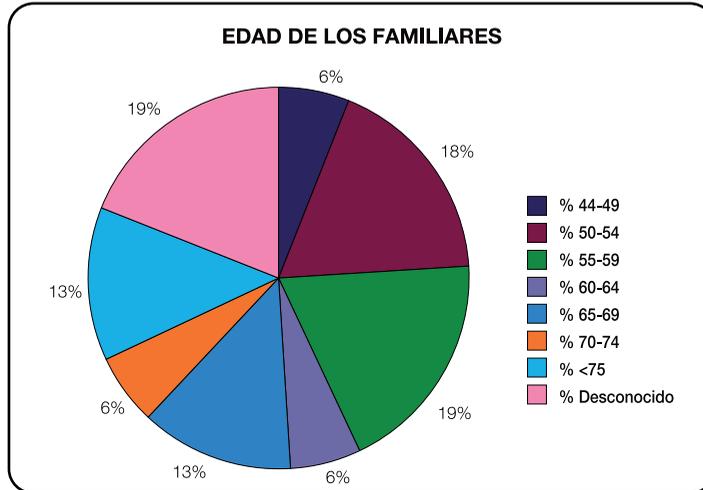


Fig. 5.73

El 55% de los familiares tienen a su familiar en un Centro Gerontológico y en el 45% de los casos, el familiar es usuario de centro de día.

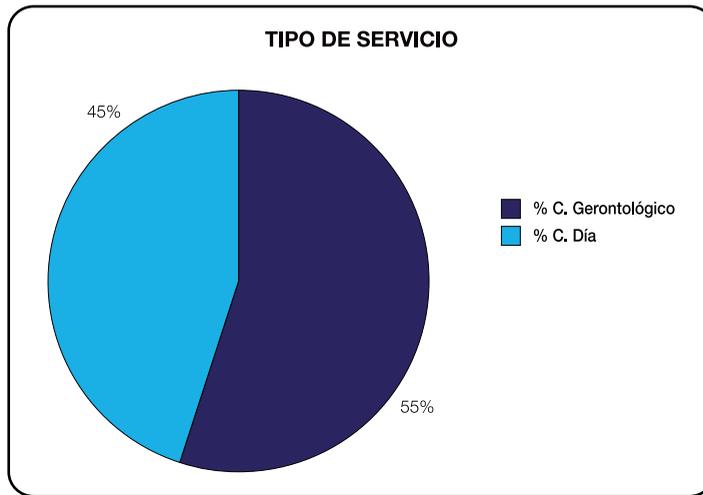


Fig. 5.74

CONOCIMIENTO Y DEFENSA DE SUS DERECHOS

Las siguientes preguntas están relacionadas con el conocimiento de los derechos de la persona mayor dependiente.

1. ¿Conoce los derechos de su familiar como persona residente o usuario de un centro?

De las 16, 12 personas dicen conocer cuáles son los derechos o algunos de esos derechos de su familiar como usuario de ese servicio.

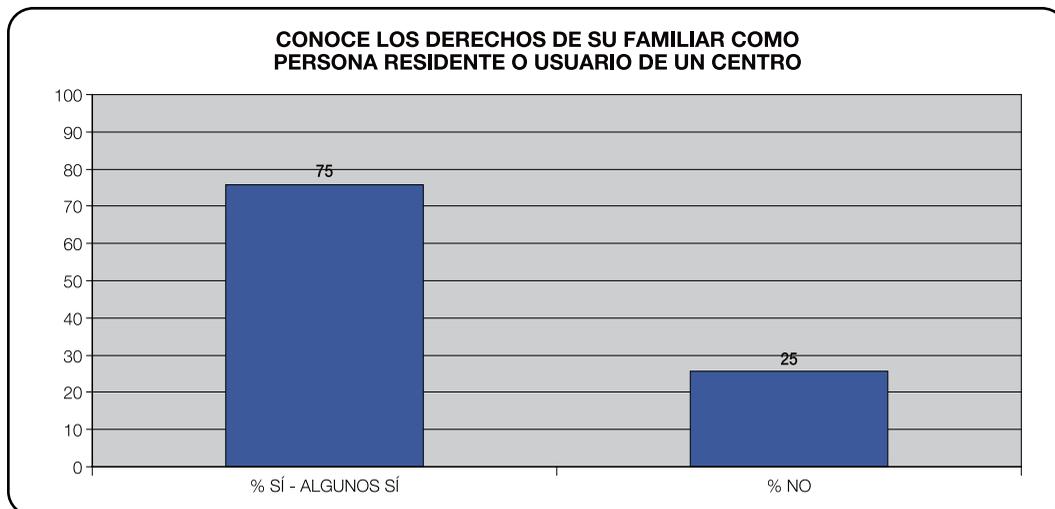


Fig. 5.75

Un 50% de los familiares que han contestado la pregunta afirmativamente no ha mencionado ningún derecho. Presentamos los derechos citados, por persona:

- *Libre acceso a los servicios*
- *No discriminación*
- *Confidencialidad*
- *Dignidad. Respeto a las creencias*
- *Libertad de decisión*
- *Respeto*
- *Buen trato*

2. ¿Le ha proporcionado el centro un documento en el que se detallen sus derechos?

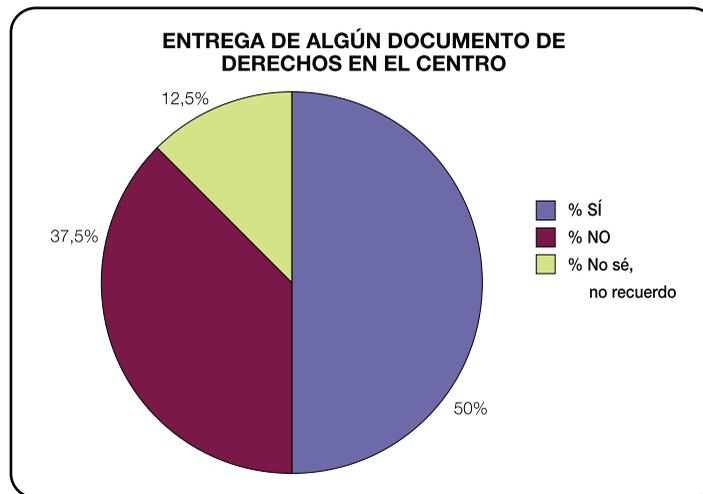


Fig. 5.76

El 50% de los familiares dice haber recibido algún documento en el que se detallen esos derechos. Un 37,5% dice no haber recibido ningún documento en el que se detallen esos derechos, y un 12,5% no sabe o no se acuerda de haberlo recibido. Un 12,5% comenta que la información sobre los derechos y obligaciones ha sido de forma oral.

3. ¿Se le ha proporcionado la normativa o reglamento interno del centro?

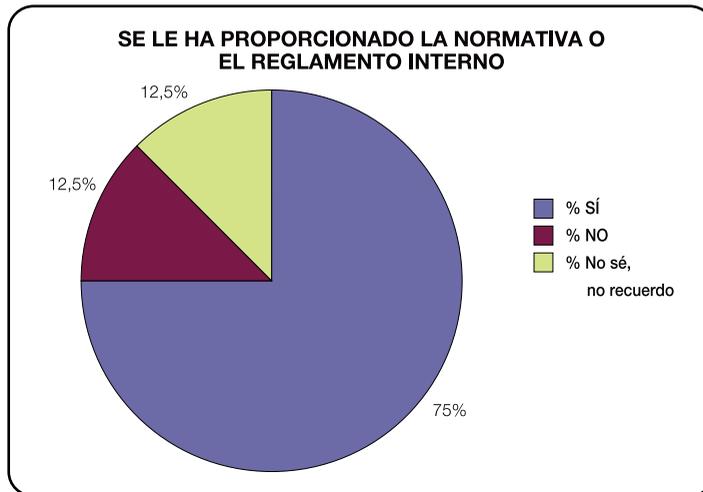


Fig. 5.77

En este caso, podemos observar cómo un 75% de los familiares dice haber recibido la normativa o reglamento interno del centro.

4. ¿Conoce cuáles son concretamente los derechos de su familiar?

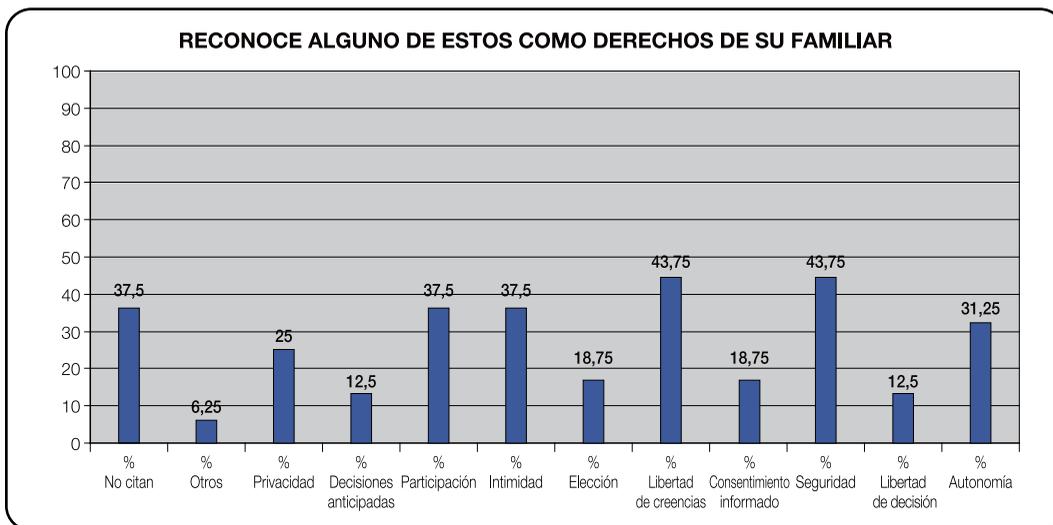


Fig. 5.78

En el cuestionario (ver anexo) se proporciona a los familiares un listado de derechos para que ellos marquen los que consideran como derechos de su familiar dependiente. En la gráfica anterior podemos observar que el derecho a la libertad de creencias y la seguridad son los derechos más mencionados por los familiares, con un porcentaje del 43,75%. A continuación, con un porcentaje del 37,5% se señalan los derechos a la participación e intimidad. El derecho a la autonomía es reconocido por un 31,25%.

Los derechos más reconocidos por los familiares son el derecho a la seguridad, a la libertad de creencias, a la participación y el respeto a la intimidad.

Respecto a algunos de los comentarios que hemos podido recoger, encontramos que algunos de los familiares creen que a las personas mayores que tienen su capacidad mental deteriorada, únicamente les queda el derecho a ser bien atendidos, que estén en un entorno seguro y que se les respete como personas.

5. ¿Siente que, en general, se respetan esos derechos en el centro?

El 94% de los familiares opina que los derechos que han mencionado ellos son respetados.

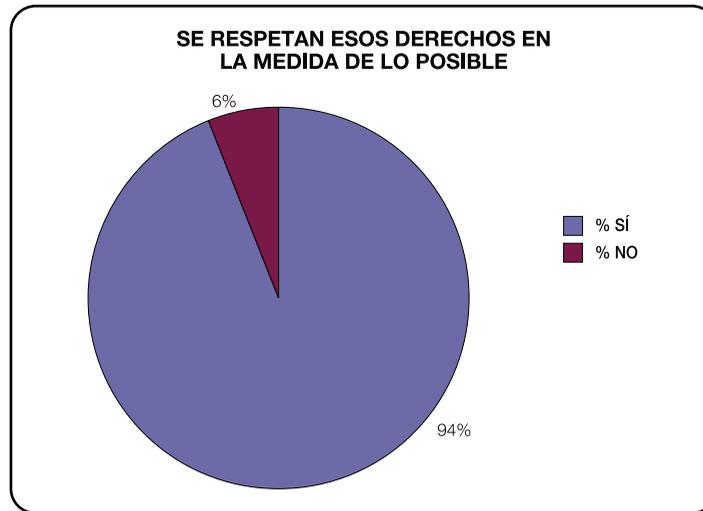


Fig. 5.79

En los comentarios que realizan sobre el respeto a los derechos de sus familiares, un 18,75% comenta que no tienen ninguna queja al respecto. Ellos consideran que los derechos de sus familiares son respetados siempre. Una persona, opina que *“Perfecto no hay nada, que siempre ocurren pequeños fallos que hacen incumplir el respeto a esos derechos, pero que son detalles pequeños, con poca importancia”*. Otro familiar entrevistado, opina que *“El no respeto a los derechos de sus familiares es causa de poco personal para atender al número de residentes”*. Opinan que cuanto más personal haya, es más fácil respetar esos derechos de los usuarios. *“Con poco personal, se aumentan las tareas a realizar, que influye negativamente en la atención a ofrecer a los usuarios, como por ejemplo atender a todas las llamadas, escuchar a la persona...”*

Otra persona opina que los derechos económicos son los que no se respetan. El gasto que ocasiona un servicio residencial es excesivo y en muchos casos por encima de las posibilidades de una persona mayor, lo cual genera que todo lo que tiene esta persona mayor se destina únicamente para ese servicio. Y por último, otra persona opina que se dan ocasiones en que la dignidad de la persona mayor no es respetada. Sobre todo, en cuanto a la actitud y formas de tratar de algunas empleadas de atención directa. Opina que a algunas de ellas les falta vocación y educación. En la siguiente gráfica se reflejan los comentarios de los familiares sobre el cumplimiento del respeto a los derechos de los usuarios.

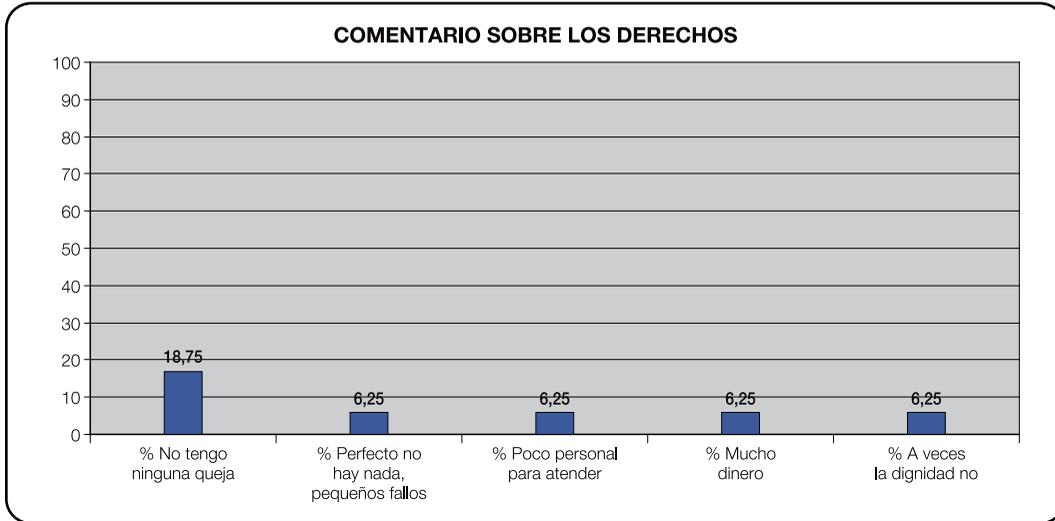


Fig. 5.80

6. ¿Cree que existen barreras /dificultades para la realización/ejercicio de sus derechos? ¿Cuáles?

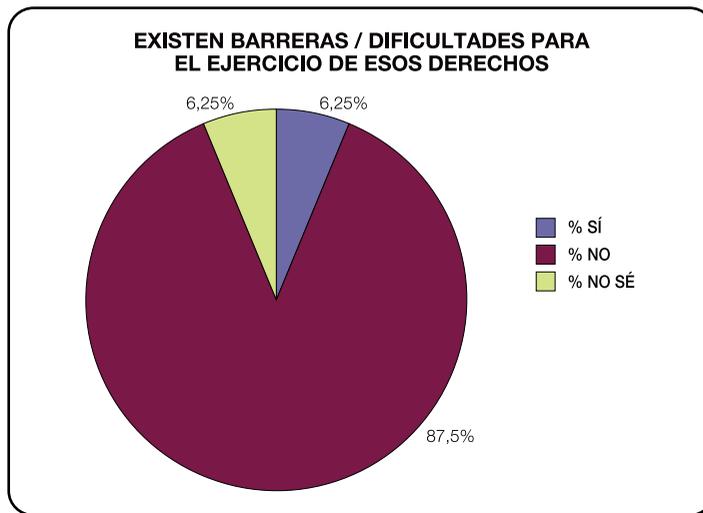


Fig. 5.81

Un 87,5% de los familiares cree que no existen barreras para el ejercicio de los derechos de sus familiares. Solo un familiar opina que sí (el hecho de que la residencia asignada a su familiar se encuentre lejos o en un sitio de más difícil acceso para ella que si fuera otra residencia, hace que se vulnere el derecho a estar en un centro residencial próximo a la vivienda habitual. Y añade que esta situación influye a la hora de realizar las visitas) y otro no lo sabe.

7. ¿Sabe qué son la tutela y la curatela?

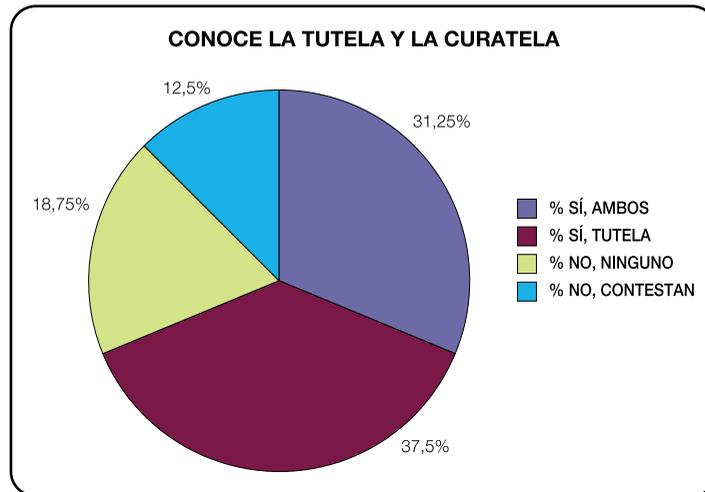


Fig. 5.82

Un 31,5% de los familiares conocen qué significa tanto la tutela como la curatela; es decir, mucho menos de la mitad. Un 37,5% sabe qué es la tutela, pero no saben lo que significa la curatela; incluso hay alguno que menciona que es la primera vez que escucha o lee esa palabra. Un 18,75% desconoce el significado de las dos, y un 12,5% no contesta a esta pregunta. De aquí podemos deducir que los conceptos de tutela y curatela todavía no son muy conocidos entre los familiares.

8. ¿Conoce el documento de las Voluntades Anticipadas o Testamento Vital?

En la siguiente gráfica podemos observar que la opinión está prácticamente dividida. La mitad, un 50% de los familiares, dice conocer o haber oído hablar de este documento. Y un 43,75% no sabe lo que son las voluntades anticipadas.

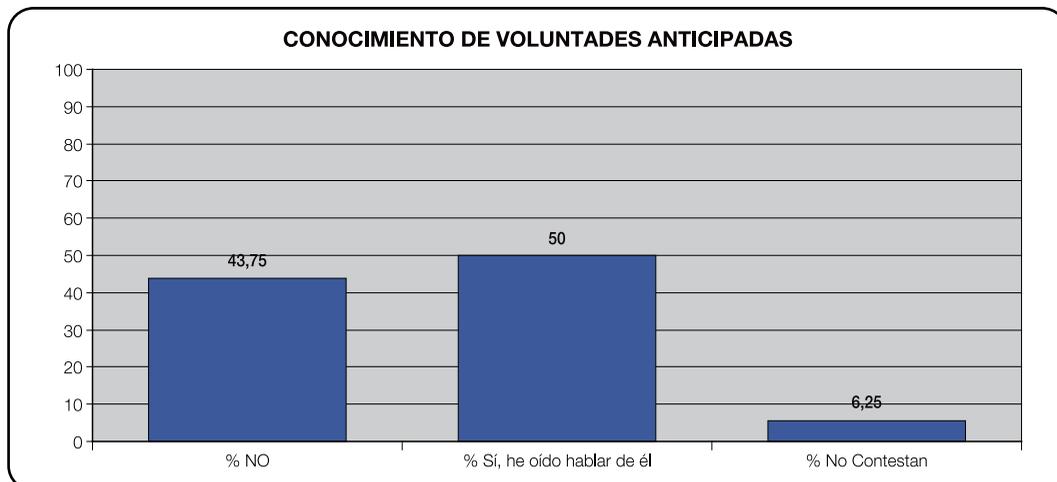
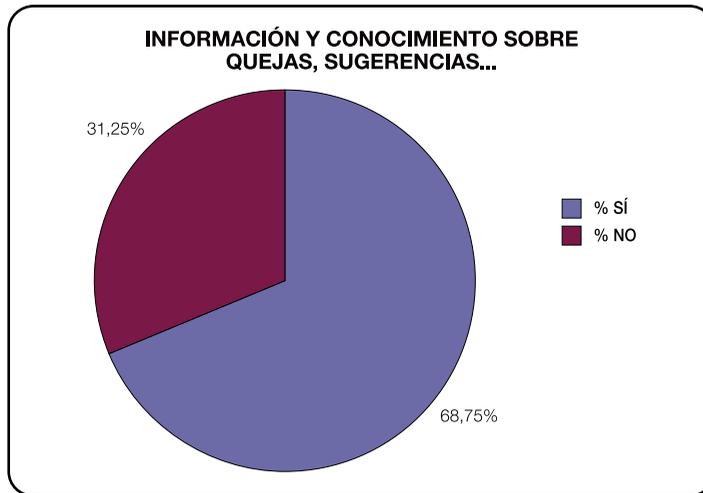


Fig. 5.83

9. ¿Se le ha informado y sabe cómo y dónde presentar una queja, sugerencia o reclamación?

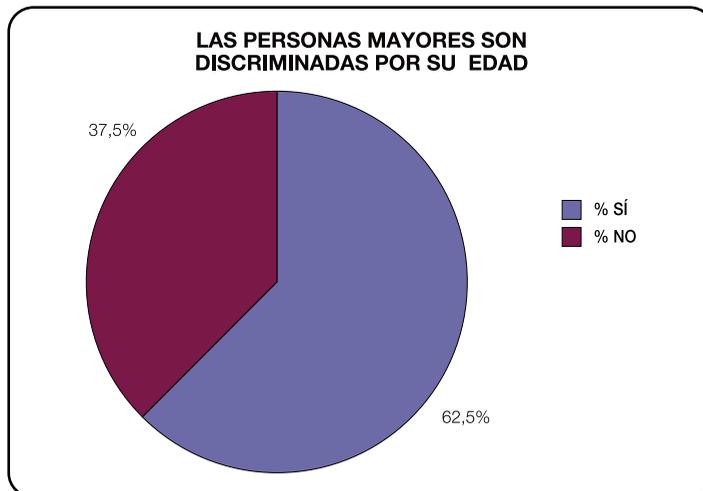
El 68,75% de los familiares dice saber dónde presentar una queja, sugerencia o reclamación. Todos ellos comentan que lo hablarían con la trabajadora social del centro o con la dirección. Un 31,25% dice no haber recibido información de este tipo, pero en caso de tener que acudir a recibir información iría a dónde la trabajadora social. En definitiva, para los familiares existe una figura concreta para este tipo de situaciones, que es la trabajadora social. Podemos observar los datos en la siguiente gráfica.



DIGNIDAD

Las siguientes preguntas están relacionadas con el respeto al derecho a la dignidad

10. ¿Considera que en la sociedad en la que vivimos, se discrimina a las personas por el hecho de ser mayores?



En la gráfica anterior se puede observar que el 62,5% de los familiares opina que sí se discrimina a las personas por el hecho de ser mayores. Algunos de los comentarios que hemos recogido son:

- “En 70% de los casos se le discrimina”.
- “Desde hace un corto espacio de tiempo, creo que la discriminación es menor, pero debe continuar a más”.

- “Contamos con la asistencia conveniente, aunque se podría mejorar en cada caso”.
- “No solo por el hecho de ser mayores se les discrimina, por ser diferente también, de otra persona con capacidades mermadas... Mucha gente discrimina al débil sea la causa que sea”.
- “Hay de todo, algunos no tienen respeto”.

11. ¿Cree que se le trata con respeto, amabilidad, comprensión, educación y como persona a su familiar?

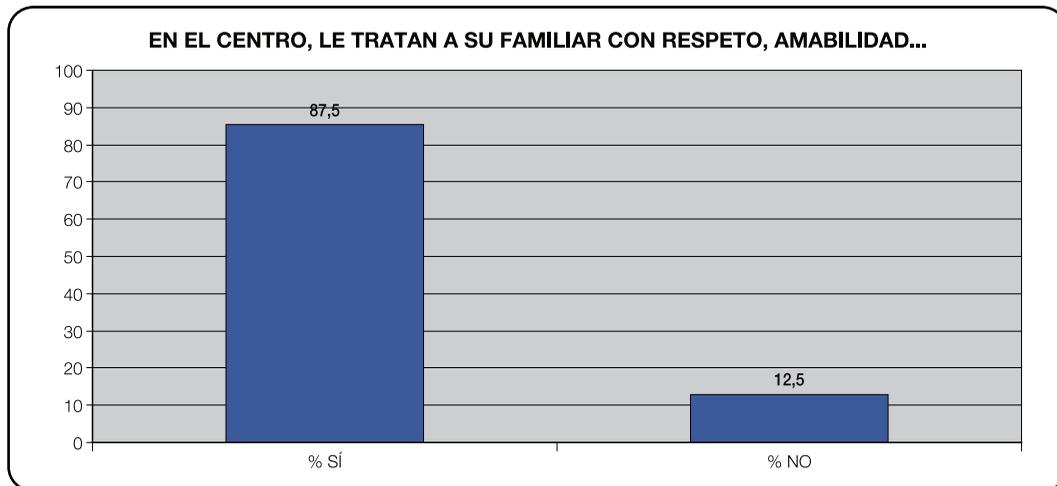


Fig. 5.86

El 87,5% de los familiares opina que a su familiar se le trata con respeto, amabilidad y como persona en el centro donde acude. Dos personas, no consideran que sea así y comentan que es “porque existen trabajadoras que dejan mucho que desear”.

12. ¿Siente que le tratan como a un niño más que como a una persona mayor?

El 93,75% de los familiares opinan que a su familiar se le trata como a una persona mayor. Sólo una persona responde afirmativamente a esta pregunta y refiere que “las personas mayores dependientes, con la capacidad mental mermada, son como niños”, justificando este comportamiento como algo normal y aceptable.

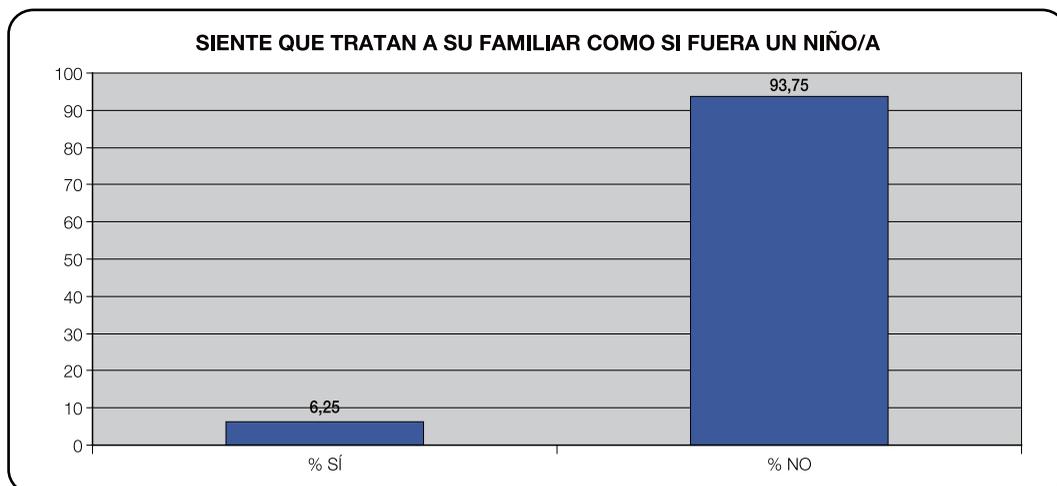


Fig. 5.87

13. ¿Respetan los trabajadores el ritmo de su familiar para realizar las cosas como el comer, vestir, etc.?

El 87,5% de los familiares opina que los trabajadores suelen respetar el ritmo que los usuarios necesitan para poder realizar las actividades de la vida diaria. Un 12,5% de los familiares no está de acuerdo con esto, y comentan que *“es imposible poder respetar ese ritmo dado el hecho que no hay número suficiente de trabajadores para poder atender a los usuarios de forma que se respete su ritmo para realizar las tareas. Al final, se les acumula el trabajo y para poder terminar las cosas a tiempo tienen que hacer unas tareas ellas sin dejar que las hagan las personas mayores”*.

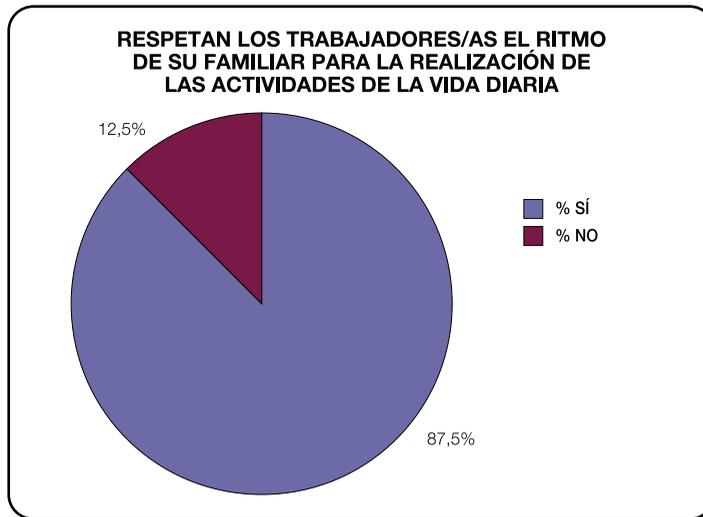


Fig. 5.88

14. ¿Alguna vez ha sido tratado inadecuadamente su familiar por algún trabajador, otro familiar o voluntario?

Todos los familiares están de acuerdo en que su familiar no ha sido tratado inadecuadamente, el 100%. Aunque los familiares, en preguntas anteriores, han comentado que alguna vez no se le trata como es debido, que se le falta a respeto o a la dignidad de la persona, y que esto depende del trabajador que les atienda, en este caso, no hacen referencias en este sentido.

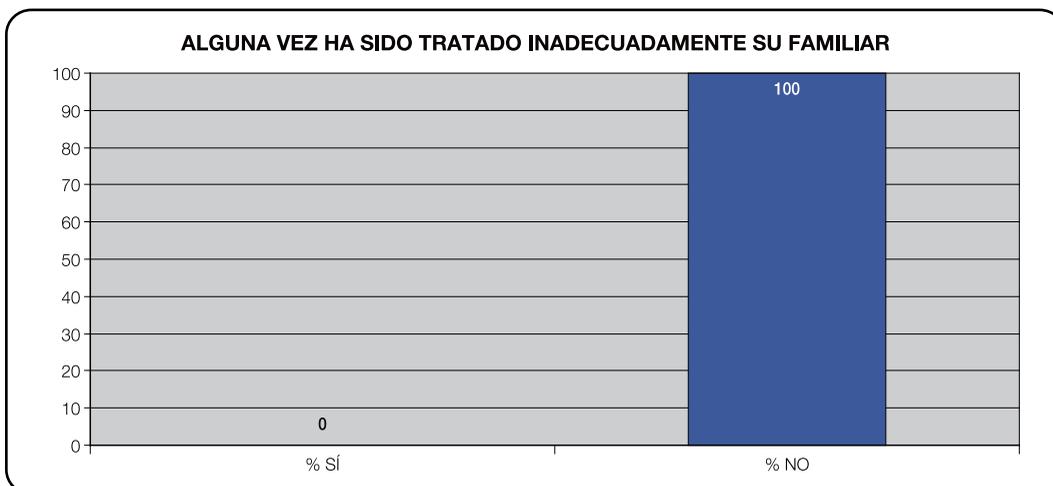


Fig. 5.89

15. ¿Qué significa el maltrato para usted?

El 37,5% considera que las malas contestaciones son maltrato hacia la persona mayor. El 25% considera que faltar al respeto o no tratar con respeto es un tipo de maltrato. Y el 18,75% considera que es maltrato el no tener en cuenta la dignidad de las personas. También refieren como tal el “No atender alguna necesidad” (18,75%) y “Hacer daño” (10,25%).

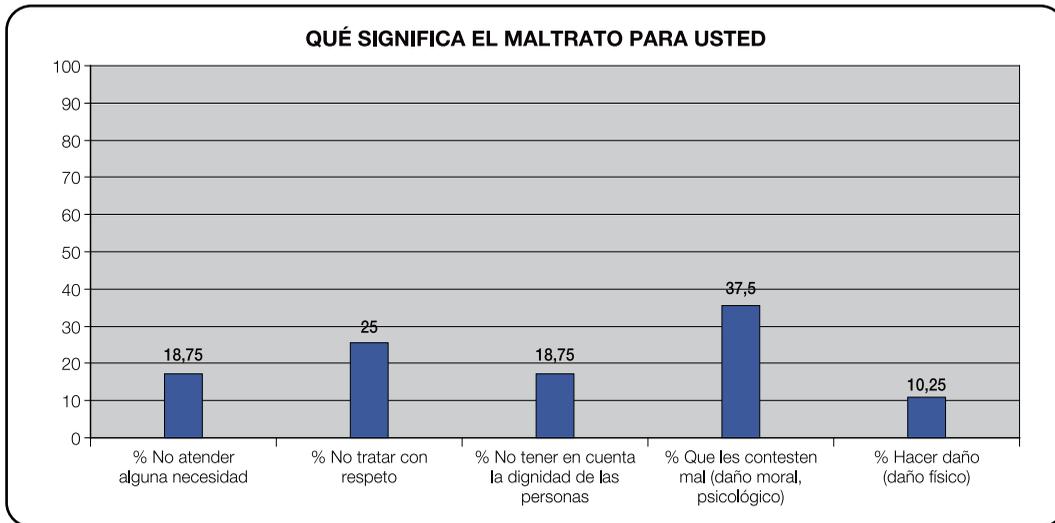


Fig. 5.90

INDEPENDENCIA

Las siguientes preguntas están relacionadas con el derecho a la independencia

16. ¿Considera que hay prácticas que no dejan que su familiar actúe o piense de forma autónoma?

En opinión de los familiares no existen prácticas que no dejen que su familiar actúe o piense de forma autónoma. Así lo opina el 100% de los familiares.

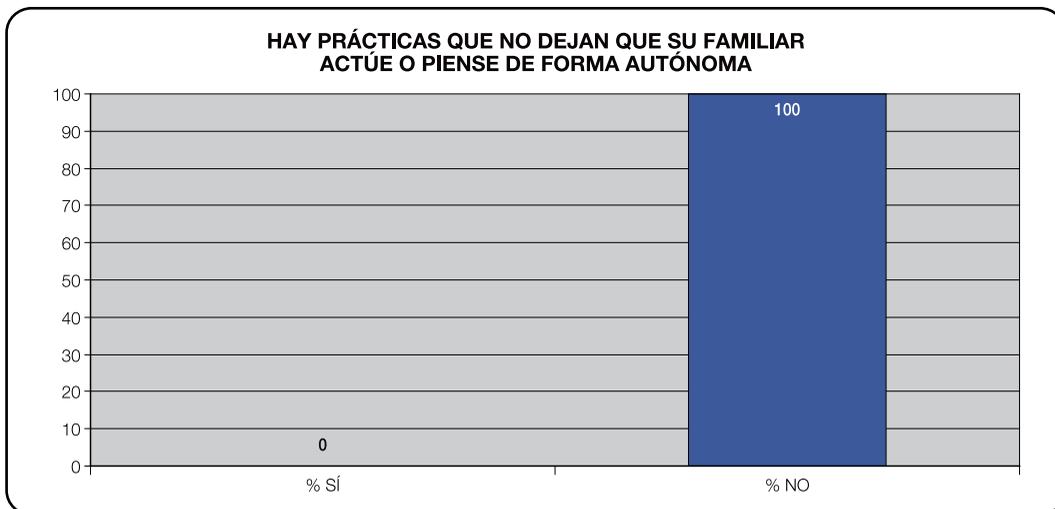


Fig. 5.91

17. ¿Tienen en cuenta su opinión y/o la de su familiar sobre cualquier propuesta de organización y funcionamiento que pueda afectar al estilo de vida de su familiar?

El 94% de los familiares opina que se tiene en cuenta su opinión. Creen que es un aspecto que el centro cuida y siempre suelen consultar antes con ellos. Una persona no está de acuerdo con esta afirmación.

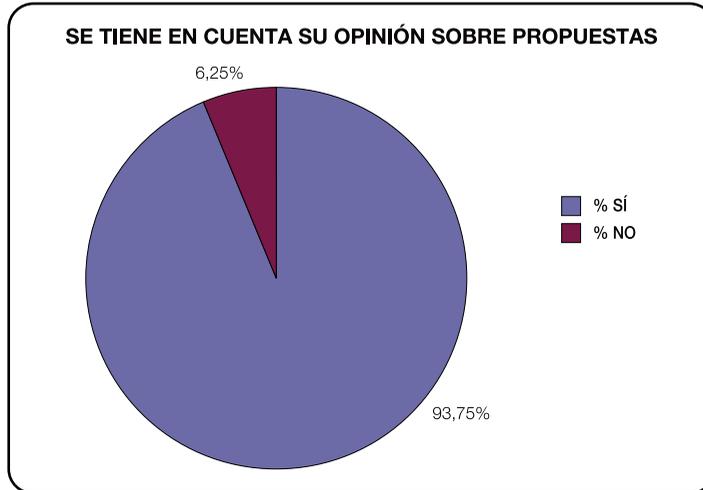


Fig. 5.92

18. ¿Se le pide permiso u opinión a usted cuando el centro debe tomar alguna decisión que le afecte a su familiar? ¿Cree que se respetan sus decisiones?

Como podemos observar en la siguiente gráfica, todos los familiares están de acuerdo en que, antes de tomar alguna decisión que le puede afectar a su familiar, el centro siempre cuenta con su opinión.

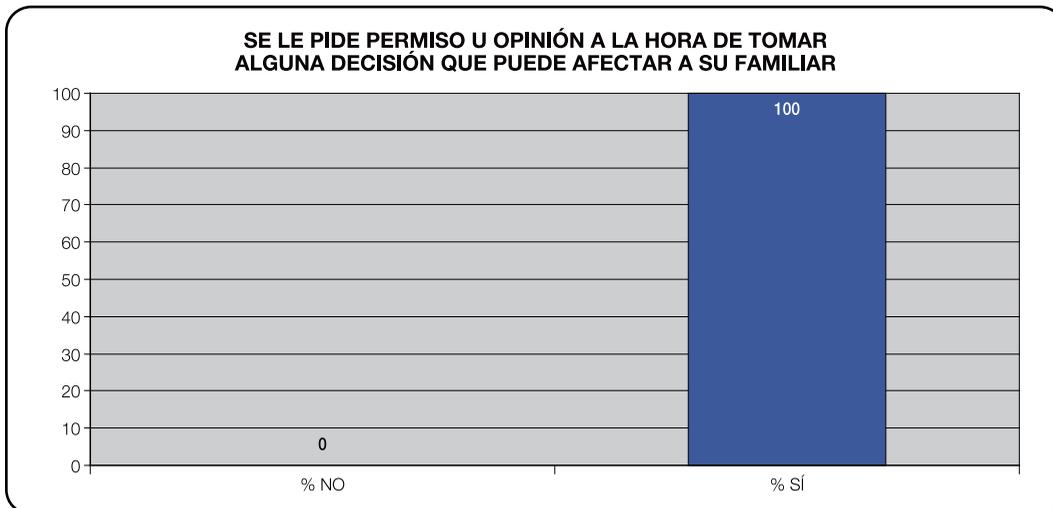


Fig. 5.93

19. ¿Existe en el centro algún órgano (asamblea, comisión, reunión en la que participen residentes) que represente a los familiares?

Los familiares de residentes en centros gerontológicos contestan afirmativamente a esta pregunta, en cambio, algunos de los familiares de usuarios de centros de día (un 18,75%) desconocen que haya alguna comisión, aunque admiten que se hacen reuniones con los responsables.

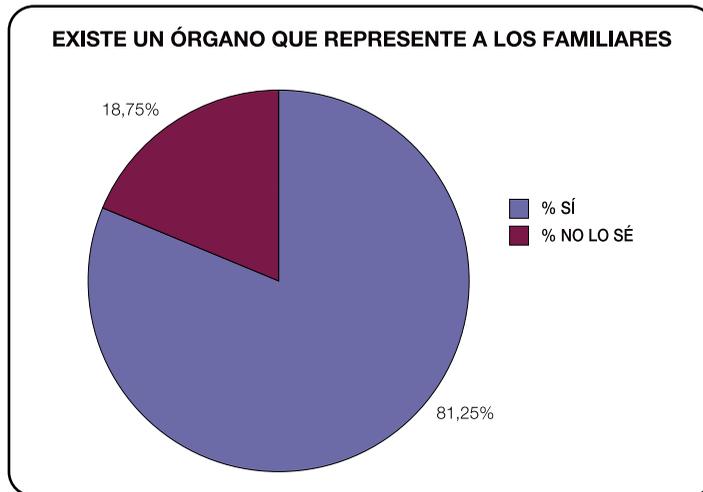


Fig. 5.94

INTIMIDAD

Las siguientes preguntas se refieren al derecho a la intimidad

20. ¿Su familiar tiene la posibilidad de utilizar su habitación con total libertad?

Esta pregunta se ha dirigido únicamente a aquellos familiares que tienen alguna persona mayor en un centro gerontológico. En este caso, el 81,25% de éstos considera que su familiar sí tiene la posibilidad de utilizar la habitación con total libertad. Un 18,75% en cambio opina que no. El comentario de un familiar es, “*Como han perdido la capacidad de poder decidir y necesitan estar bajo supervisión, han perdido esta posibilidad*”. Otro familiar comenta lo siguiente: “*No podemos entrar la habitación, sólo si tenemos que dejar alguna cosa. Para eso le pedimos que nos abra un momento y ya está. Pero no podemos permanecer dentro de la habitación*”.

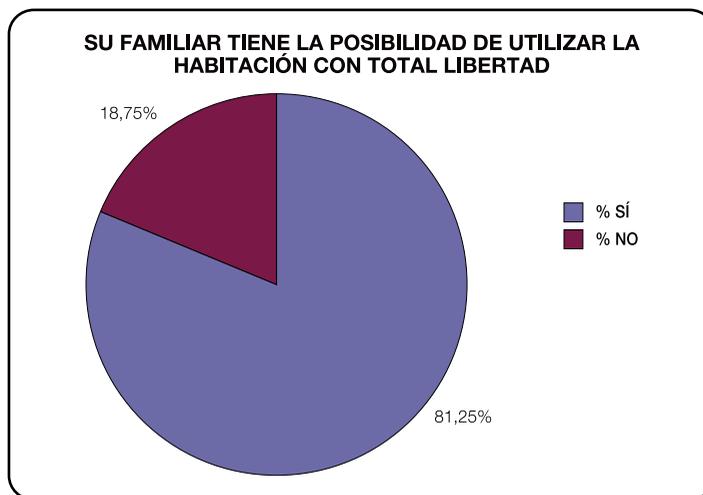


Fig. 5.95

21. ¿Normalmente irrumpen en la habitación de su familiar sin avisar?

El 87,5% de los familiares responde que no, que los trabajadores no suelen irrumpir en la habitación sin avisar. Un 12,5% dice que no lo saben. Estos comentan que *“Como no estamos ahí no podemos saber, porque el familiar no me lo puede comunicar”*.



Fig. 5.96

22. Cuando se está aseando o en el servicio, ¿respetan su privacidad todo el personal?

El 81,25% de los familiares dice que sí se respeta la intimidad de sus familiares cuando están en el servicio. El 18,75% opina que no se respeta esa intimidad. Uno de ellos realiza el siguiente comentario: *“El hecho de tener que ayudarles en todo, ya hace que pierdan la intimidad”*.

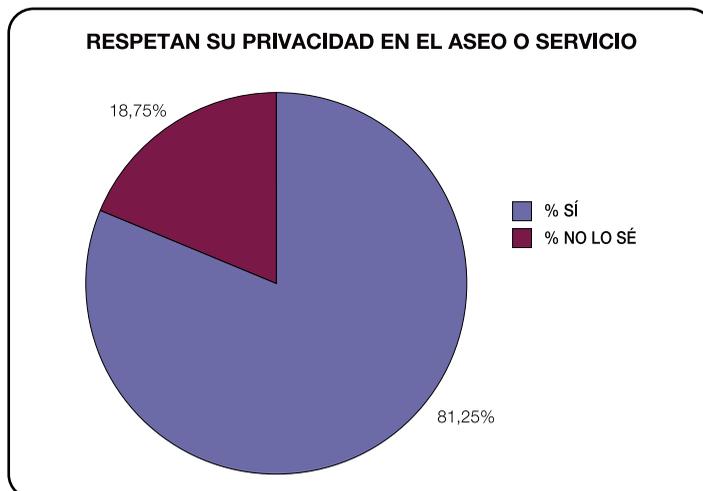


Fig. 5.97

23. ¿Se visten y desvisten en condiciones de privacidad?

Los familiares tienen la misma opinión en cuanto a la privacidad en el vestir o desvestir.

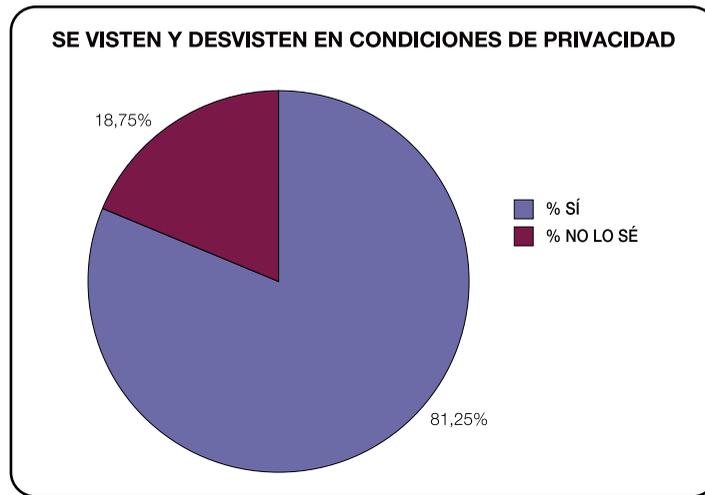


Fig. 5.98

DERECHO A LA LIBERTAD DE ELECCIÓN

Las siguientes preguntas se refieren al derecho a la libertad de elección

24. ¿Puede elegir a diario usted o su familiar la ropa que se va a poner?

En la siguiente gráfica podemos observar que el 75% de los familiares contestan afirmativamente. Éstos son familiares de usuarios de centro residencial.

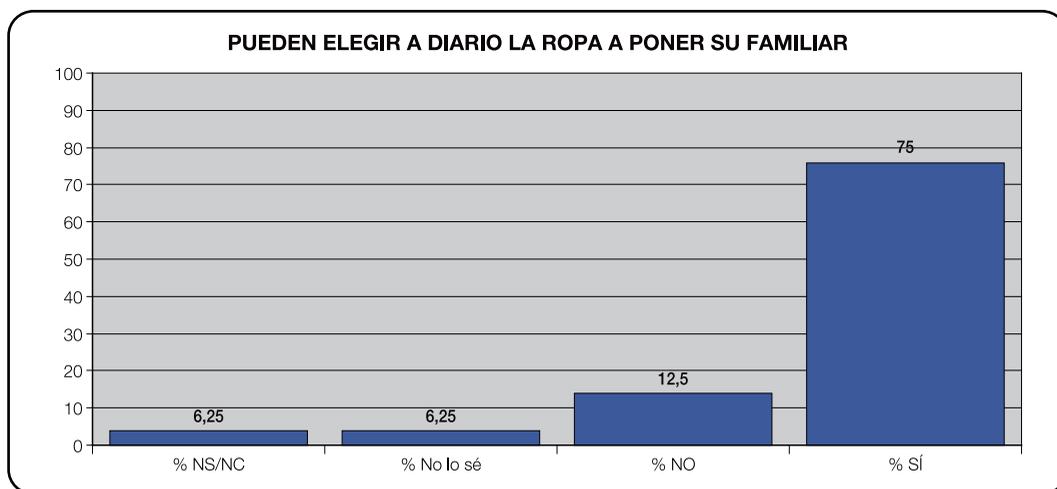


Fig. 5.99

25. ¿Participan en actividades organizadas por el centro usted y su familiar?

El 81,25% de los familiares dice que tanto ellos como su familiar participan en las actividades organizadas en el centro. Entre este tipo de actividades destacan las excursiones y espectáculos. Un 6,25% de los familiares dice que su familiar sí participa, pero ellos, no. Y un 12,5% no contesta a esta pregunta.

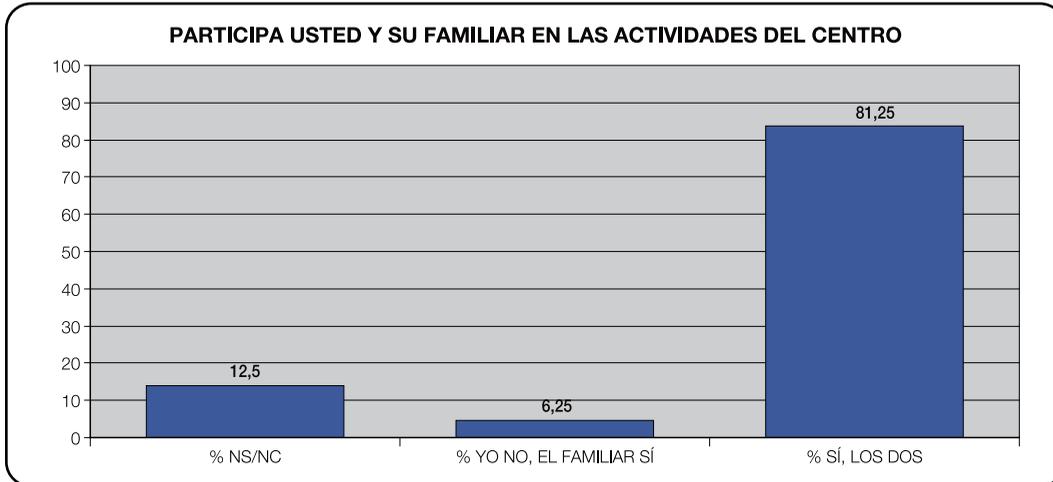


Fig. 5.100

26. ¿Cree que se respetan los pensamientos y creencias de su familiar con respecto a la religión, política...?

El 75% de los familiares opina que los pensamientos y creencias de su familiar sobre cualquier aspecto son respetados. Un 12,5%, en cambio, opina que no se respetan. Y un 12,5% no lo sabe o no hace ningún comentario al respecto.

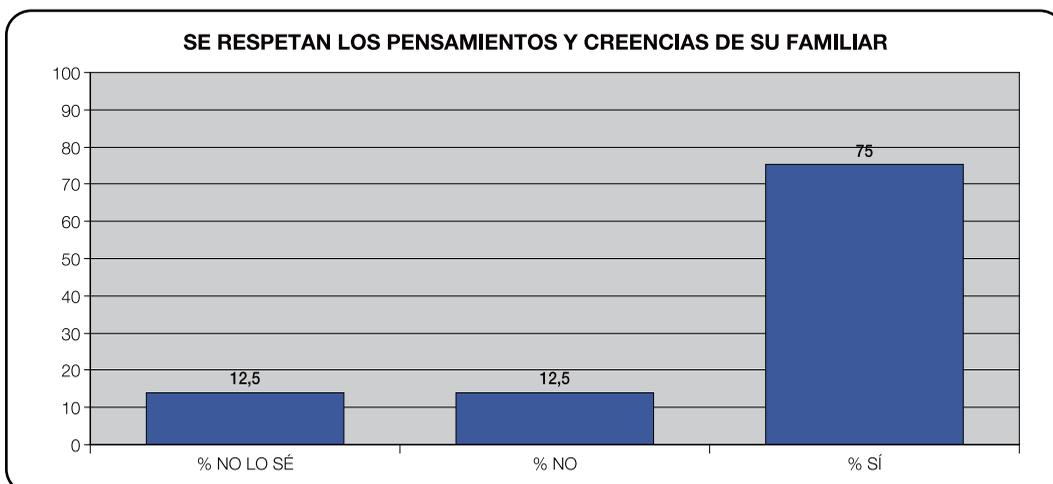


Fig. 5.101

27. ¿Piensa que su familiar tiene derecho de pedir lo que necesita en cada momento?

El 93,75% opina que su familiar tiene derecho a pedir lo que necesita en cada momento. El restante 6,25% no contesta a la pregunta.

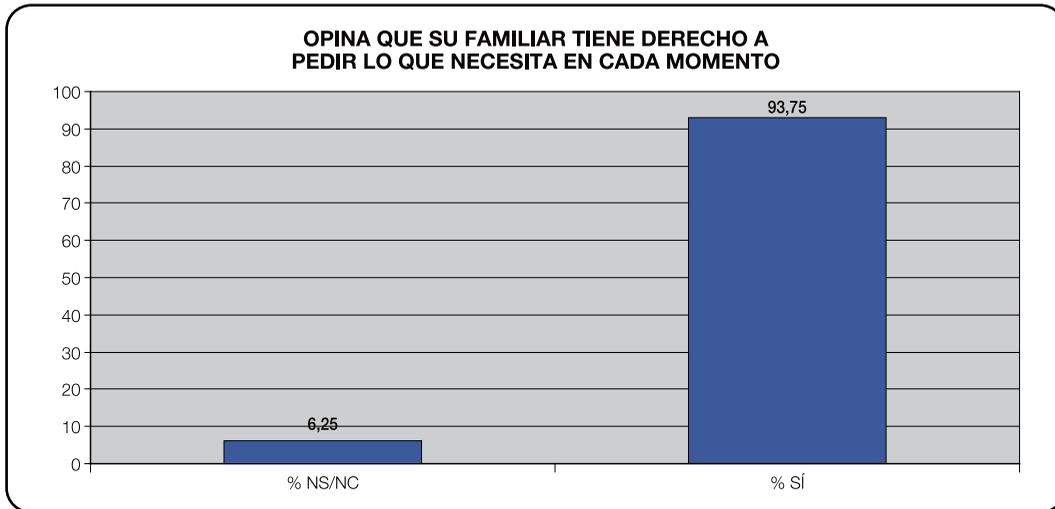


Fig. 5.102

SATISFACCIÓN

Las siguientes preguntas se refieren al derecho a la satisfacción

28. ¿Se organizan actividades interesantes, variadas y en número suficiente, tanto durante la semana como durante los fines de semana para los residentes?

El 87,5% de los familiares consideran que las actividades que se organizan son interesantes. El 6,25% de los familiares no contestan a esta pregunta. Y el 6,25% consideran que no son interesantes o no se realizan en número suficiente. Este familiar opina que su familiar “está abandonado en ese sentido, no hay actividades dirigidas a él, y además el fin de semana no se ofrece ninguna actividad”.

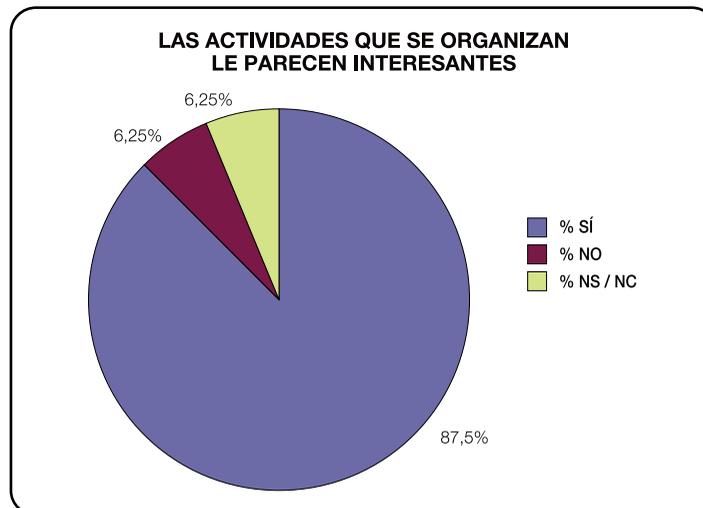


Fig. 5.103

29. ¿Se ofrecen actividades para realizar fuera de la residencia?

El 69% de los familiares dice que sí se ofrecen actividades para realizar fuera de la residencia, como son las excursiones y las visitas a colegios próximos. El 19% no lo sabe. Y un 12% considera que estas actividades no se ofrecen. Uno de estos familiares opina que *“este tipo de actividades están dirigidas a aquellos usuarios que están bien o relativamente bien, a mi familiar no se le ha ofrecido nunca”*.

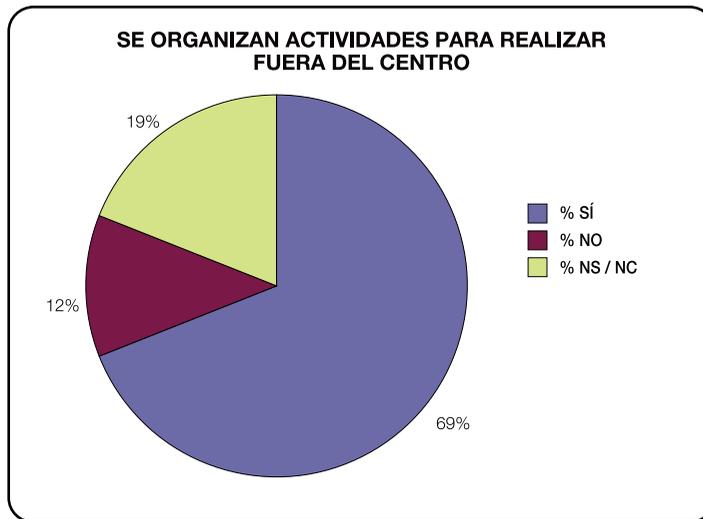


Fig. 5.104

30. ¿Se ofrece algo especial en la comida o en la merienda los domingos y festivos?

El 68,75% de los familiares dice que sí se les ofrece algo especial cuando es alguna festividad, por ejemplo, en las Navidades, en el día de San Sebastián, chocolatada una vez al mes, etc. El 18,75%, no lo saben y un 12,5% considera que no se les ofrece comida especial cuando es alguna festividad. Estos últimos opinan que *“no se les ofrece nada en especial porque tienen problemas de alimentación”*.



Fig. 5.105

5.4. LA VOZ DE LOS PROFESIONALES

Para conocer la voz de los profesionales se han discutido en diferentes grupos de trabajo las siguientes cuestiones en lo que pretende ser un modelo de implantación de un espacio de reflexión sobre este tema en los centros, servicios y programas, de manera que los participantes puedan trasladar estas cuestiones a la reflexión interna de sus equipos:

1. ¿Los derechos de las personas mayores, su garantía y promoción es un aspecto determinante de la calidad de vida y de la calidad de atención en el ámbito y/o centro donde trabajas?
2. ¿Se hace lo suficiente en cuanto a enfoque, formalización, implantación y despliegue y en revisión de lo realizado?
3. ¿Crees que en relación a la prevención del trato inadecuado se hace lo suficiente en los mismos niveles que se han mencionado anteriormente?
4. ¿En qué casos, programas, recursos, te parece que es más urgente trabajar estos temas?
5. ¿Crees que las personas mayores son conscientes de sus derechos y capaces de defender y exigir los mismos?
6. ¿Cuáles son los derechos mas importantes a promover y garantizar y cómo lo harías?
7. ¿Crees necesario crear algunos programas, servicios, etc. para este fin?
8. ¿Crees que evaluar los derechos, integrar objetivos para su promoción en todo el proceso de atención, es un paso importante para poder desarrollar una cultura en todo el equipo con que trabajas en estos aspectos?
9. ¿Crees que actualmente se trabaja bien y es suficiente lo que se hace? En caso contrario ¿qué podríamos hacer?
10. ¿Qué se podría hacer desde la atención sanitaria?
11. ¿Qué se podría hacer en la atención social?
12. ¿En las residencias?
13. ¿Crees que se dan casos de trato inadecuado en tu centro, recurso o programa?
14. ¿Cuáles y/o de qué tipo?
15. ¿Crees que la administración debiera actuar como ahora en relación a los mismos o ser mas exigente y rotunda en sus actuaciones? ¿Sólo en casos graves o en todos?
16. ¿Conoces las herramientas de derechos y calidad de vida que se están utilizando en los centros?
17. ¿Crees que podríamos hacer algo más? Señálalo con total libertad.

En general, la percepción es muy crítica en relación a la garantía de los derechos de las personas mayores dependientes. Se percibe que los mayores jóvenes sí son conscientes y hacen valer su estatus y mejores condiciones de vida (salud, cultura, educación, relaciones, condiciones económicas...), pero los muy mayores y dependientes, especialmente cuando se dan ambas condiciones, están muy desprotegidos socialmente (tanto económicamente, como por ejemplo pensiones de viudedad, como en cuanto a servicios...).

Se considera que existe un desconocimiento importante de los derechos existentes por parte de estas personas y de sus familias, y un problema importante de accesibilidad a los recursos y a ejercer los derechos. Y que es urgente un análisis real de las situaciones de dependencia y desprotección (en todos los sentidos), una mejora en la información de estos derechos, un sistema de apoyo a la accesibilidad a los recursos y al ejercicio de los derechos a través de servicios específicos con este fin (servicios de apoyo, intermediación, información, etc. refuerzo de los servicios sociales de base...), a ser posible integrados (aunque luego sean especiales para mayores).

La complejización de los perfiles de la dependencia y los cambios en el apoyo social sugieren la conveniencia de crear servicios de mediación familiar o adaptar los existentes a las necesidades de este colectivo.

Como criterio general, se estima que se debe evitar crear nuevos servicios y programas específicos para las personas mayores y se debieran integrar en servicios generales (con especialización interna en las particularidades de las personas mayores).

Se percibe un riesgo en la prestación económica de la Ley de promoción de la autonomía personal y prevención de la Dependencia, por cuanto no tiene carácter finalista para el cuidado de la persona dependiente y en su calidad de atención y calidad de vida, lo que puede reforzar situaciones ya existentes, tanto para bien como para mal: quienes atienden mal lo seguirán haciendo y no dejarán de hacerlo para seguir recibiendo la prestación.

Se percibe como urgente establecer mecanismos de detección de problemas no solo de gravedad sino también de inadecuación leve y moderada, para establecer mecanismos de corrección.

Igualmente surge la urgencia de coordinación de servicios sociales, sanitarios..., de concienciar a las instituciones y organismos públicos de la gravedad del problema y a los profesionales para establecer protocolos concretos de actuación (a ser posible similares e integrados a los existentes para menores y género, violencia doméstica...)

En el caso de la atención sanitaria, es urgente desarrollar sistemas y/o servicios de geriatría, media y larga estancia, mecanismos de gestión de casos, atención en ayuda especializada, planificar programas y sistemas que permitan una mejor gestión de casos y su coordinación, evitando ingresos y derivaciones innecesarias, plurifarmacia...

En el caso de residencias y centros de carácter social, es urgente establecer protocolos y procedimientos relativos a la prevención del trato inadecuado, una política de inspección más estricta con una práctica sancionadora más clara y menos tímida desde la Administración, la cualificación y formación de los profesionales y el reconocimiento estricto de los derechos de los usuarios y clientes (incluidas las familias), la inclusión de estos aspectos en los sistemas de evaluación, registro, atención, etc. Y la inclusión clara y decidida de las familias y los voluntarios y la comunidad en los centros, frente a la impermeabilidad y cerrazón actual de muchos centros donde no sabemos qué pasa, y la creación real de órganos de participación, fiscalizadores en el buen sentido de la palabra evaluaciones obligatorias internas (autoevaluación) y externas reales y serias.

5.4.1. Resultados grupo de expertos profesionales

Grupo cualitativo. Entrevistas a 16 profesionales del ámbito sociosanitarios.

Grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

1. Los derechos de las personas mayores, su garantía y promoción es un aspecto determinante de la calidad de vida y calidad de atención.

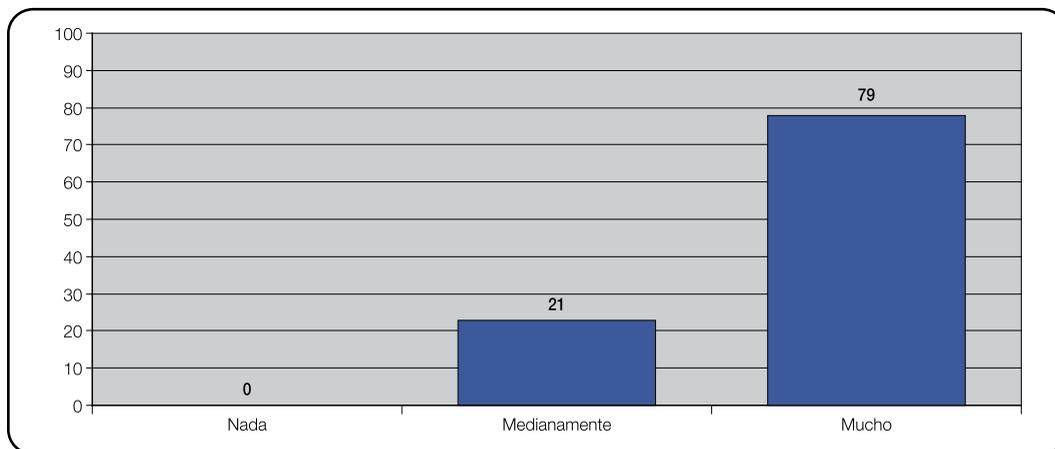


Fig. 5.106

2. Se hace suficiente en cuanto enfoque, formalización, implantación y despliegue y en revisión de lo realizado.

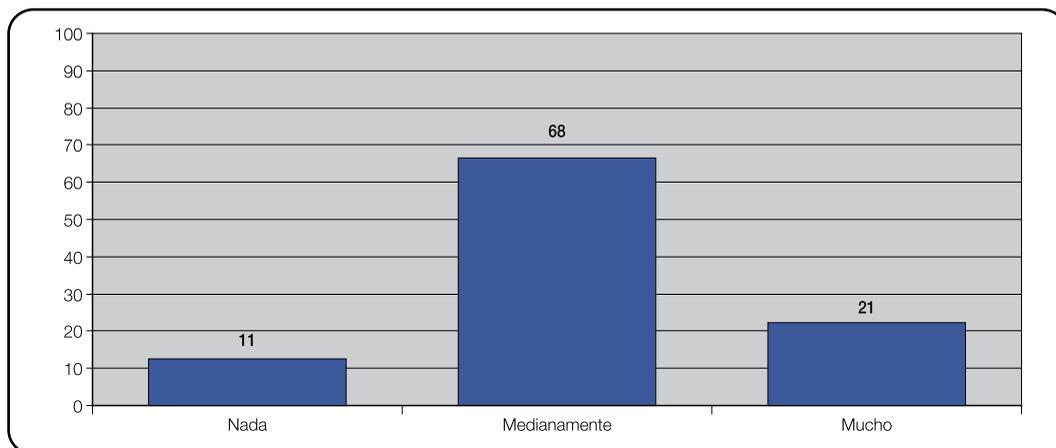


Fig. 5.107

3. Con relación a la prevención del trato inadecuado se hace lo suficiente en los mismos niveles que se han mencionado anteriormente.

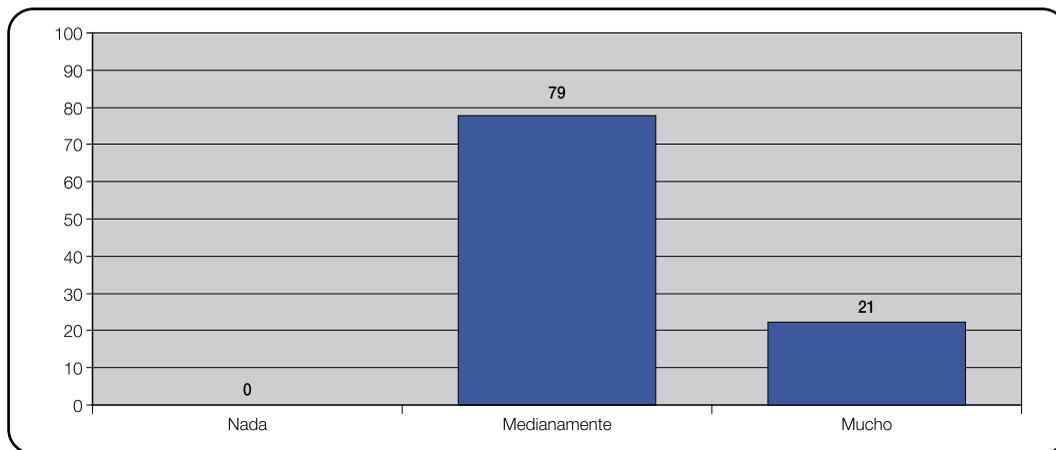


Fig. 5.108

4. ¿En qué casos, programas, recursos le parece que es más urgente trabajar estos temas?

- “En las relaciones”
- “Conflictos puntuales en la atención del día a día (resolución conflictos)”
- “Comité de ética”

5. Las personas mayores y sus familiares son conscientes de sus derechos y capaces de defender y exigir los mismos.

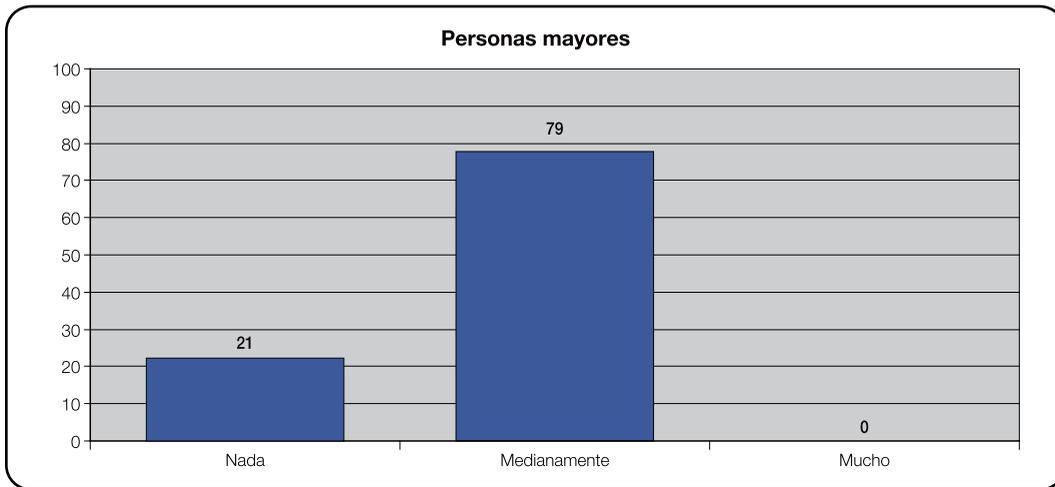


Fig. 5.109

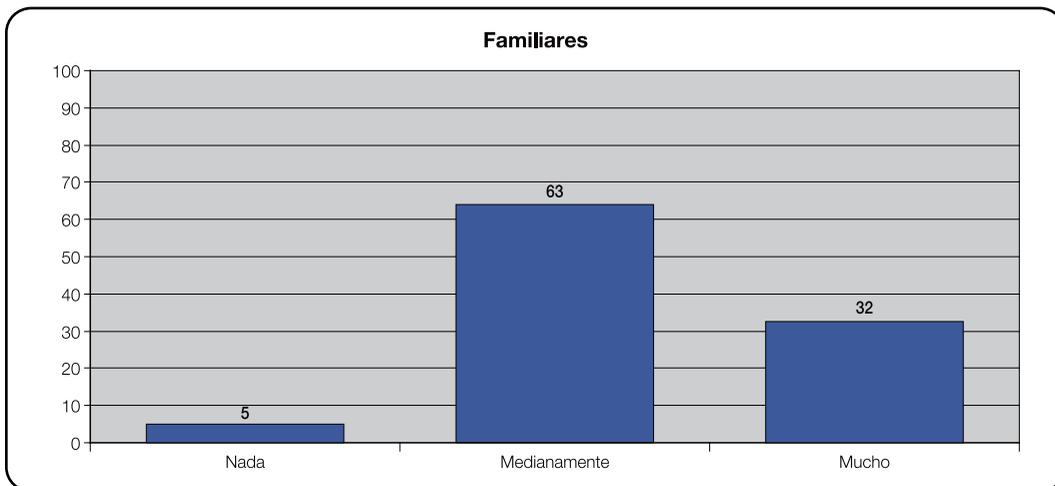


Fig. 5.110

6. ¿Cuáles son los derechos más importantes a promover y garantizar y cómo lo haría?

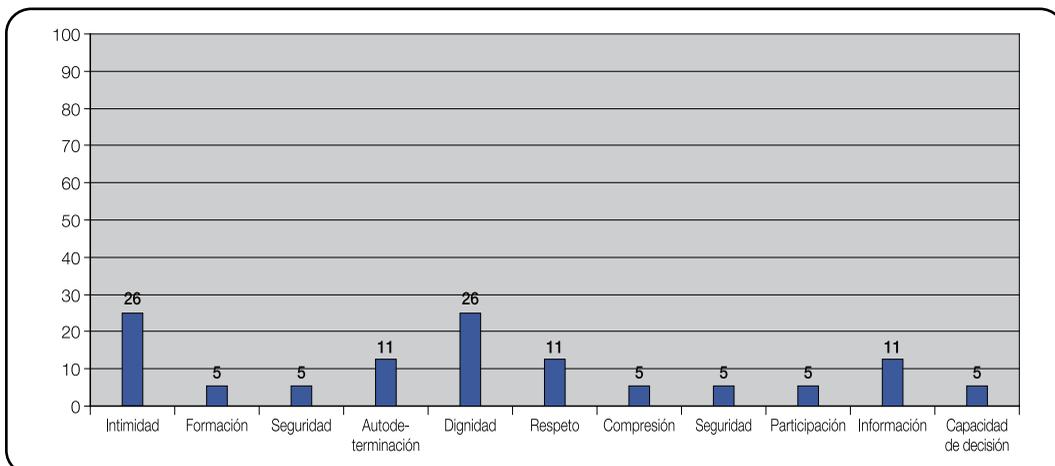


Fig. 5.111

7. ¿Es necesario crear algunos programas o servicios para este fin?

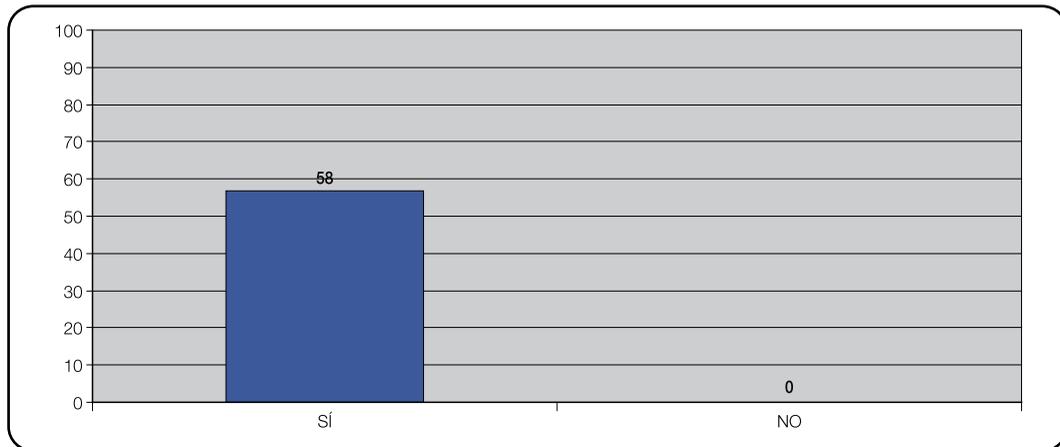


Fig. 5.112

8. Evaluar los derechos, integrar objetivos para su promoción en todo el proceso de atención es un paso importante para poder desarrollar una cultura en todo el equipo con que trabaja en estos aspectos.

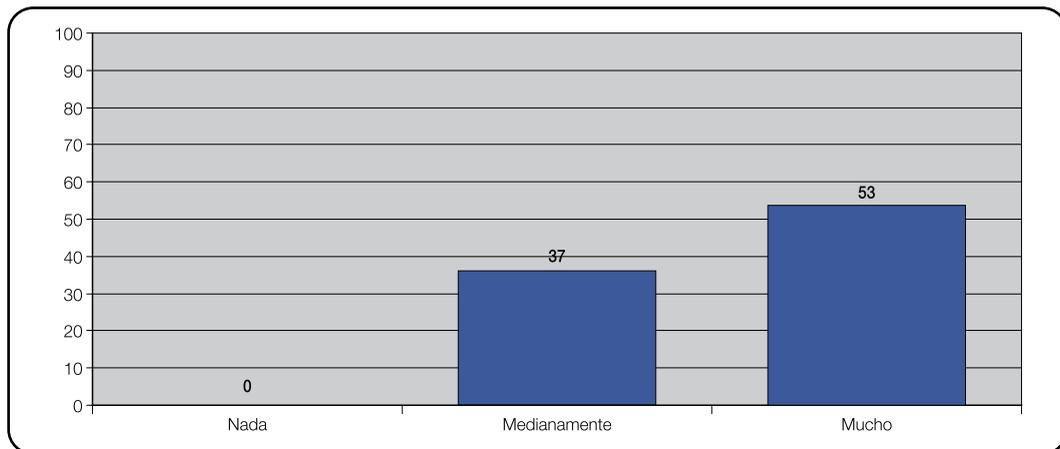


Fig. 5.113

9. Actualmente se trabaja bien y es suficiente lo que se hace. En caso contrario, ¿que podríamos hacer?

- *“Trabajo más personalizado con el cliente”.*
- *“Necesitamos “integrarlo” en la atención que cada uno ofrecemos, responsabilizarnos”.*
- *“Se puede mejorar mucho”.*
- *“Tratar como tema específico este tema en el comité de ética”.*
- *“Informar sobre nuestras actuaciones profesionales, fomentar la autonomía del paciente hasta el máximo que su situación funcional y cognitiva permitan”.*

10. ¿Qué se podría hacer desde la atención sanitaria?

- “Profundizar más”.
- “Más dedicación”.
- “Detección factores de riesgo sanitario”.
- “En la mayoría de los casos detenernos a pensar en cómo debemos actuar, no trabajar a demanda, planificar”.
- “Crear grupos de trabajo que trabajen estos temas”.
- “Incidir en la información del paciente en la toma de decisiones asistenciales. Informar – escuchar”.

11. ¿Qué se podría hacer en la atención psicosocial?

- “Personal para poder hacer más grupos”.
- “Más tiempo”.
- “Detección de factores psicosociales de riesgo”.
- “En la mayoría de los casos detenernos a pensar en cómo debemos actuar, no trabajar a demanda, planificar”.

12. ¿En las residencias en general?

- “Más personal y con preparación y querer hacer”.
- “Formación en los equipos de trabajo”.
- “En la mayoría de los casos detenernos a pensar en cómo debemos actuar, no trabajar a demanda, planificar”.
- “Definir adecuadamente el trato”.

13. ¿Cree que se dan casos de trato inadecuado en su centro, recurso o programa?

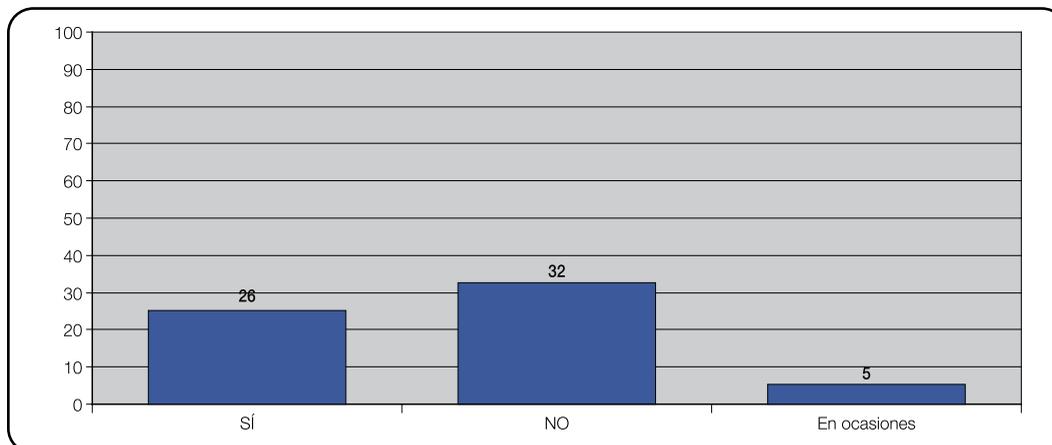


Fig. 5.114

14. ¿Cuáles y/o de qué tipo?

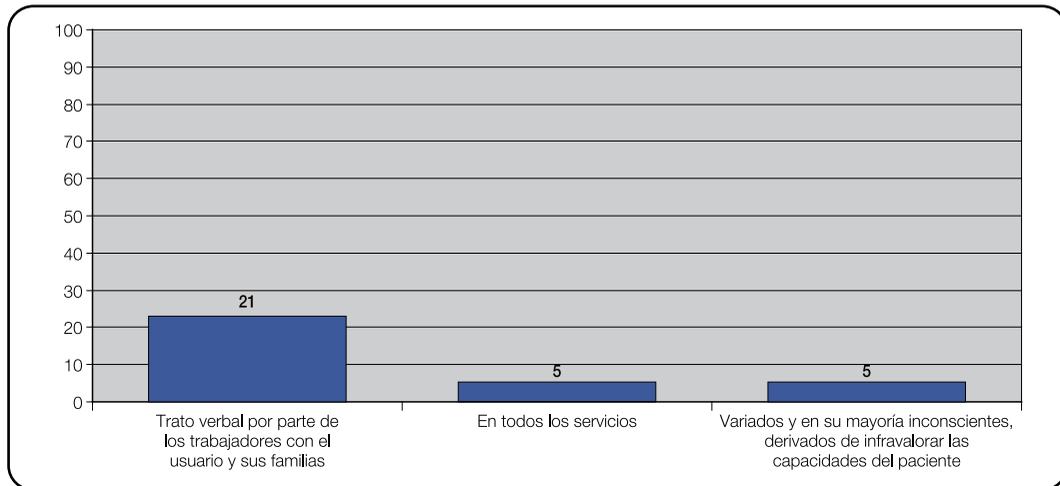


Fig. R115

15. ¿La administración debería actuar como ahora o ser más exigente en sus actuaciones? ¿Sólo en casos graves o en todos?

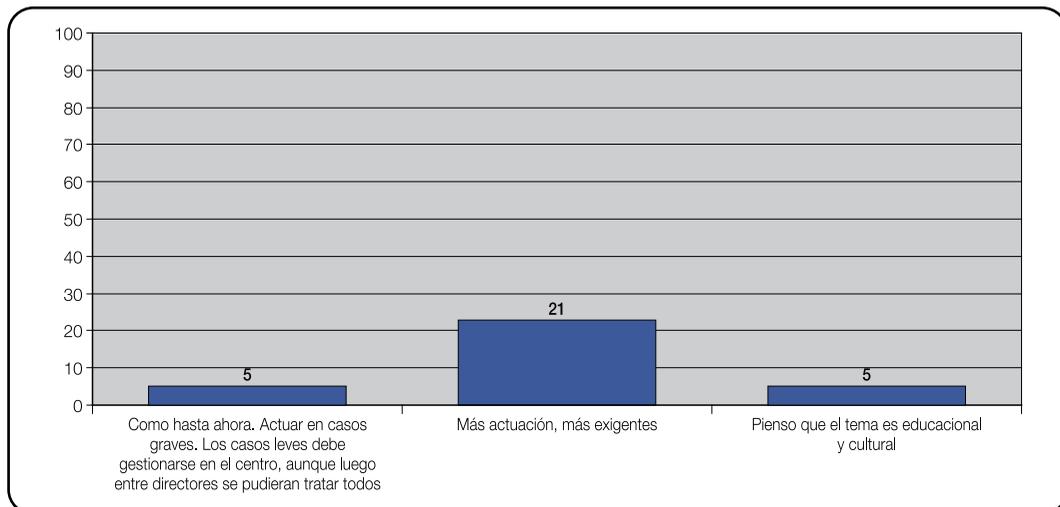


Fig. 5.116

16. ¿Conoce las herramientas de derechos y calidad de vida que se están utilizando en los centros?

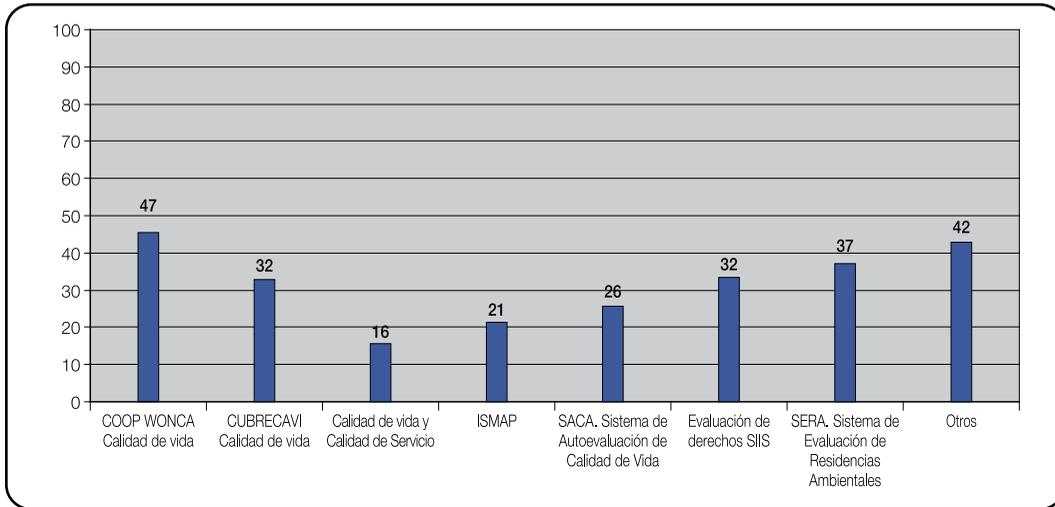


Fig. 5.117

17. ¿Cree que podríamos hacer algo más? Señálelo con toda la libertad.

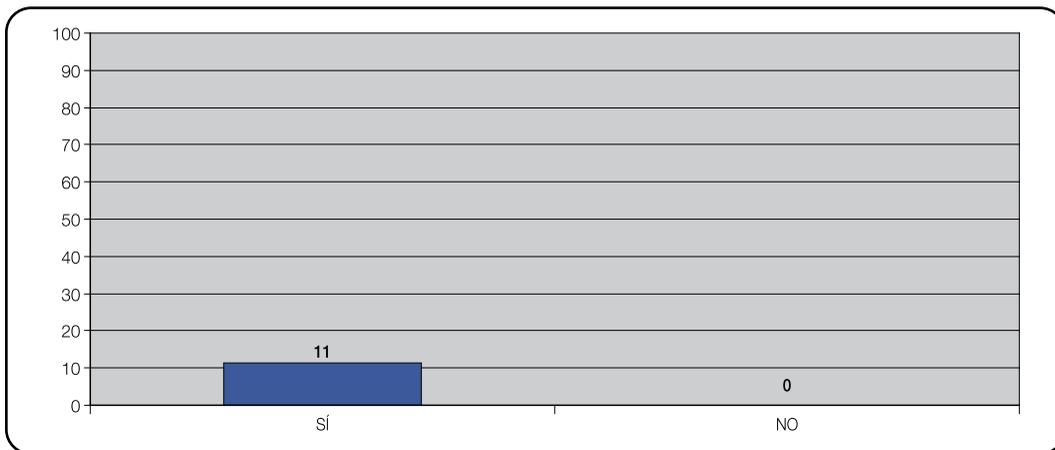


Fig. 5.118

5.4.2. Comité ético jurídico

El Comité ético jurídico de Matia, compuesto por tres patronos juristas y tres gestores y profesionales, ha realizado una serie de consideraciones fruto del análisis de las cuestiones planteadas, que fundamentalmente se pueden resumir en que desde un punto de vista jurídico considera que la atención a las personas mayores y sus derechos esenciales y concretos se han incrementado y matizado de manera importante en los últimos tiempos, existiendo una normativa legal precisa y concluyente y siendo necesaria su aplicación con el máximo cuidado. En este sentido se estima necesaria la redacción de documentos, reglamentos, manuales que permitan controlar al máximo el respeto a las personas mayores.

Por otra parte, dada la complejidad del tema, se ve necesaria la actuación personalizada en cada caso, para lo cual sería conveniente la existencia de un servicio especializado que pudiera atender y estudiar el problema de cada persona y su entorno familiar, analizando sus particulares características y enfocando la solución del cada problema de manera concreta.

5.4.3. Avances del Seminario sobre derechos de las personas mayores y sus cuidadores y prevención del trato inadecuado

1. Origen y creación del seminario

Ante la problemática situación actual en relación con la promoción y garantía de los derechos de las personas mayores discapacitadas y dependientes, y específicamente las que sufren demencia, así como la de sus cuidadores y la necesidad de promover un análisis permanente de los mismos y de medidas de promoción de una mejor garantía de los mismos, y desde la experiencia de Matia Fundazioa y Fundación Hurkoa en la atención y protección a estas personas, se planteó la creación de un seminario permanente sobre “Los derechos de las personas mayores y sus cuidadores/as y la prevención del trato inadecuado”

Este seminario es un grupo de trabajo permanente liderado por Ingema y Fundación Hurkoa, y constituido por diferentes profesionales del entorno social e institucional que desarrollan su labor profesional en el área de mayores en diferentes ámbitos (sanitario, social e institucional).

2. Objetivos

Con la creación y el desarrollo de este grupo de trabajo nos proponemos los siguientes objetivos generales:

- Conocer la situación real de los derechos de las personas mayores dependientes con demencia y de sus familiares cuidadores cuando viven en su domicilio y en centros gerontológicos.
- Comprobar que el ejercicio práctico de aquellos derechos que consideremos prioritarios y básicos en una correcta atención básica de carácter social y sanitario se cumplen.
- Implementar medidas para su promoción.
- Promocionar su mantenimiento en la satisfacción de los mismos.
- Difundir el conocimiento adquirido al resto de instituciones, empresas y otras entidades dedicada al ámbito de la tercera edad.

3. Miembros y participantes

Son 34 los profesionales de la Comunidad Autónoma Vasca, que han participado durante este último año en el seminario, implicados en esta iniciativa de manera personal.

1. Fermín Barceló (Ararteko)
2. Encarna Lázaro (Diputación Foral de Gipuzkoa)
3. Almudena Esteberena (Ayuntamiento Donostia-San Sebastián)
4. Belén Jericó (Ayuntamiento Donostia-San Sebastián)
5. Mertxe Maeztu (Ayuntamiento Vitoria-Gasteiz)
6. Nekane Larrañaga (Afagi)
7. Iñaki Serrano (Aspaldiko)
8. Jose Antonio Garaizar (Ayuntamiento de Bilbao)
9. María Leal (Ayuntamiento de Irun)
10. Rafael Ramos (C.G. Egogain- Diputación Foral de Gipuzkoa)

11. Jose Antonio Marín (Diputación Foral de Alava)
12. Mertxe Muñiz (Diputación Foral de Bizkaia)
13. Ana Agundez (Diputación Foral de Bizkaia)
14. Jose María Begiristain (Gobierno Vasco –Dpto. Sanidad)
15. Susana Montesino (Fundación Hurkoa)
16. Jose Ignacio del Pozo (Fundación Hurkoa)
17. Evelia Cantera (Fundación Hurkoa)
18. María Casla (Fundación Hurkoa)
19. Eduardo Clavé (Hospital Donostia)
20. Angel Morales (Hospital Donostia)
21. Jose Ramón Aginaga (Hospital Donostia – Servicio urgencias)
22. Arantza Aranzabal (Hospital Donostia – Servicio urgencias)
23. Maria José Unzueta (Kutzazabal Donostia)
24. Itziar Igartua (Kutzazabal Donostia)
25. Olga Díaz de Durana (Diputación Alava)
26. Jose Luis Elosua (Nagusilan)
27. Miguel Calvillo (Nagusilan – Gueske)
28. Itxaso León (Residencia Getxo)
29. Xabier Ibarzabal (Matia Fundazioa)
30. Ana Orbegozo (Matia Fundazioa)
31. Lourdes Artola (Matia Fundazioa)
32. Ainara Azcue (Matia Fundazioa)
33. Francisco Javier Leturia (Matia Fundazioa - Ingema)
34. Nerea Etxaniz (Ingema)

4. Metodología de trabajo: enfoque interdisciplinario

El enfoque de trabajo de este seminario es interdisciplinario. En base a ello, el grupo se divide en otros cuatro grupos, donde se trabaja:

- GRUPO 1. Derechos de las personas mayores y sus cuidadores, y barreras para su real ejercicio.
- GRUPO 2. Trato inadecuado en el ámbito sanitario.
- GRUPO 3. Trato inadecuado en el ámbito social.
- GRUPO 4. Trato inadecuado en el ámbito domiciliario.

Con periodicidad trimestral, se lleva a cabo una reunión general de todos los componentes del seminario, donde se pone en común el trabajo realizado.

5. AVANCES DEL SEMINARIO. Resumen del trabajo realizado

5.1 Los derechos de las personas mayores y barreras para su ejercicio

- Los derechos de las personas mayores: son todos y cada uno de los derechos humanos, pero entre ellos hay que tutelar con una especial intensidad protectora:
 - Derecho a la salud.
 - Derecho a la igualdad y prohibición de discriminación.
 - Derecho a la intimidad.
 - Derecho a una vida digna; en lo económico, en lo educativo, en lo cultural.
 - Derecho a morir dignamente.
 - Derecho a la seguridad personal frente a los malos tratos.

El desarrollo de estos derechos supone:

- **Independencia:** conlleva, tener acceso a alimentación, vivienda, etc., poder residir en su propio domicilio.
- **Participación:** supone permanecer integrados en la sociedad, poder prestar servicios a la comunidad.
- **Cuidados:** requiere poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia, tener acceso a servicios de atención integrales: sanitarios, sociales y jurídicos.
- **Autorrealización:** demanda poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente sus potenciales, tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales, recreativos etc.
- **Dignidad:** exige recibir un trato digno, poder vivir y morir con dignidad.
- **Seguridad:** estar libres de explotaciones y de malos tratos.

En el caso de personas mayores institucionalizadas, en el Decreto regulador de los centros residenciales para la tercera edad, se reconocen los siguientes derechos:

1. Acceder a los servicios sociales residenciales y recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
2. Ser atendidos con respeto, corrección y comprensión de forma individual y personalizada.
3. Tener garantizada la confidencialidad de los datos de carácter personal que afecten a su intimidad.
4. Mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas del exterior.
5. Recibir información y ser consultadas sobre todos aquellos temas que puedan afectarles o interesarles en su calidad de residentes.
6. Ver respetada su intimidad, en función de las condiciones estructurales de los servicios sociales residenciales, y autonomía para elegir su propio estilo de vida.
7. Ver facilitado su acceso a la atención social, sanitaria, farmacéutica, educativa, cultural y en general a todas las necesidades personales que sean imprescindibles para conseguir un adecuado desarrollo psíquico-físico.
8. Elevar a la dirección del centro propuestas o reclamaciones relativas al funcionamiento o a la mejora de los servicios y a recibir respuesta sobre las mismas.

9. Cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia.
10. Ser informadas, en lenguaje fácilmente comprensible, del contenido de estos derechos y de los cauces para hacer efectivo su ejercicio.

Barreras para el ejercicio de los derechos de las personas mayores

Tras las reflexiones realizadas en este seminario, apuntamos algunas de las muchas barreras que existen para asegurar el ejercicio de los derechos de las personas mayores, y sobre las que hay que empezar a trabajar:

1. Actitudes (sociales):

- Falta de sensibilidad social sobre la realidad de las personas mayores, sobre la responsabilidad social hacia ellas, sobre el problema del maltrato...
- Es una realidad oculta, no cuantificable, no denunciada (factores culturales como vergüenza, miedo...).
- Debilidad del propio sector para tener voz propia: participación en el funcionamiento de los servicios; voz en las modificaciones normativas que les afecten; capacidad de presión...
- Cambios en los modelos de familia.

2.- Políticas (públicas):

- Debilidad de los mecanismos de detección: ausencia de protocolos, servicios sociosanitarios...

3.- Prácticas (profesionales):

- Indefinición del maltrato, incluso entre los propios profesionales.
- Falta de formación, capacitación específica del personal profesional: SAD (servicio de ayuda a domicilio), personal sanitario, trabajadores sociales... (importancia para la prevención, para saber encarar los casos, como vía de detección...)

4.- Mecanismos de garantía, en una doble perspectiva:

(a) legislación, normativa;

(b) capacidad de control, verificación:

- Falta de instrumentos jurídicos que favorezcan la comunicación a la autoridad competente, ante la existencia de malos tratos.
 - Obligación legal de denunciar por parte del personal cuidador vs. libertad de denunciar o no para la propia persona mayor.
 - Cautelas en las restricciones de derechos fundamentales: previstas por la ley; con decisión judicial motivada; con derecho a abogado...
-
- Poca investigación y difusión de estudios sobre maltrato.
 - Ausencia de servicios de apoyo para las víctimas y para la rehabilitación de cuidadores con tratos inadecuados.
 - Ausencia de programas de información dirigidos a la persona mayor para prevenir riesgos (Ej. ante posibles fraudes como consumidores).

Entre las barreras “estructurales”, destacar:

- Limitación de los recursos destinados a las personas mayores (necesidades no cubiertas).
- Barreras a la coordinación y a una respuesta integral por cuestiones de organización (dependencia de diferentes Departamentos o Administraciones...)
- Ausencia de cartas de derechos específicos para situaciones de especial vulnerabilidad:
 - i. Para personas dependientes;
 - ii. Para pacientes;
 - iii. Para personas con demencia;
 - iv. Para personas incapacitadas;
 - v. Para personas institucionalizadas...

5.2. Malos tratos y trato inadecuado

Definición de maltrato:

La American Medical Association y el Consejo de Europa han definido el maltrato, como todo acto u omisión, intencionado o no, constatado objetivamente o percibido subjetivamente, que produzca daño o amenaza de daño para la salud o el bienestar de una persona de 65 o más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, la seguridad económica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo.

Tipos de abusos y malos tratos:

- **Abuso físico:** uso de la fuerza física. Agresiones con daño en la integridad corporal, con intención de provocar dolor, lesión corporal o ambas.
- **Abuso sexual:** realización de actos sexuales, sin consentimiento; empleando la fuerza, amenaza o aprovechándose del deterioro cognitivo del anciano. En algunas clasificaciones lo consideran como una especialidad de abusos físicos.
- **Abuso psicológico:** consiste en infligir angustia, dolor emocional o estrés. Incluye: insultos y agresiones verbales, amenazas, intimidaciones, humillaciones, infantilización, silencios ofensivos, amenazas de abandono o institucionalización.
- **Abuso social o violación de derechos:** actos que incluyen el confinamiento o cualquier otra interferencia con la libertad personal: negación en la toma de decisiones; aislamiento social de amigos, nietos, etc.; impedir el acceso a medios de comunicación, etc. En algunas clasificaciones los consideran como abusos psicológicos.
- **Abuso económico, patrimonial o fiduciario:** mal uso o explotación del dinero, posesiones o bloqueo del acceso a dichos bienes.
- **Negligencia:** incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios necesarios, para evitar daño físico, angustia o daño mental. En este apartado se incluye la administración incorrecta de medicamentos y la falta de cuidados médicos.
- **Abandono:** es el hecho de que cualquier persona que cuida y custodia a una persona mayor le desampare de manera voluntaria.
- **Autonegligencia:** se caracteriza por el comportamiento de un mayor, que amenaza su propia salud o seguridad. Generalmente se manifiesta por una negación a proveerse una adecuada alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación.

5.3. Signos y factores de riesgo de malos tratos

Signos de malos tratos e indicadores de sospecha de malos tratos

FÍSICO	PSÍQUICO	SOCIAL	LEGAL
A. Mal uso de la medicación.	A. Humillación.	A. Aislamiento.	A. Mal uso material
Ausencia. Empleo inadecuado. Interacción dañina. Empleo innecesario.	Vergüenza. Culpa. Ridículo. Rechazo.	Retraimiento involuntario. Retraimiento voluntario. Superv. inadecuada. Super. improcedente.	Malversación propiedades. Incumplimiento de contratos. Impedimento acceder a propiedades.
B. Daños corporales	B. Acoso	B. Confusión de roles	B. Robo
Necesidades médicas desatendidas. Higiene deficiente. Problemas de ingesta. Trastornos del sueño.	Insultos. Intimidación. Temor. Agitación.	Competición. Sobrecarga. Inversión. Difuminación.	Hurto de propiedades. Estafa de contratos. Extorsión material. Extorsión de contratos.
C. Agresión corporal	C. Manipulación	C. Mal uso de labores cotidianas	C. Mal uso de derechos
Lesiones externas. Lesiones internas. Agresión sexual. Acto suicida/homicida.	Ocultamiento de información. Falsificación. Deprivación emocional. Injerencia en decisiones.	Hogar desorganizado. Falta de intimidad. Entorno inapropiado. Abandono.	Negación de contrato. Servid. involuntaria. Tutela involuntaria. Mal uso autoridad profesional.

Fig. 5.119

Factores de riesgo asociados al ámbito domiciliario

FACTORES RELACIONADOS con el mayor. Existen personas mayores que por sus peculiaridades personales, familiares o sociales tienen más riesgo de sufrir malos tratos:

- Personas mayores que viven en su domicilio o en el del cuidador, que requieren numerosos cuidados y excederán en breve la capacidad familiar para asumirlos.
- Personas mayores cuyos cuidadores expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel y muestran pérdida de control de la situación.
- Personas mayores cuyos cuidadores presentan signos de estrés.
- Personas mayores que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar (niños, esposa,...).
- Personas mayores que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (pérdida de trabajo del cuidador, relaciones conyugales deterioradas).

Hay situaciones que predisponen a la persona mayor a sufrir esos malos tratos:

- Deterioro funcional de la persona mayor (dependencia importante para las actividades de la vida diaria).

- Alteración de las funciones cognitivas (reducción de las capacidades intelectuales).
- Aislamiento social.
- Convivir en el mismo domicilio por acuerdo previo.
- Cuidador con alteraciones psicológicas.
- Ambiente familiar perturbado por causas externas.
- Historia previa de violencia familiar.

Perfil de la víctima:

- Mujer mayor, viuda, de más de 75 años.
- Impedida física o mentalmente, o ambas.
- Carente de funciones, pérdida de roles: esposa, madre, cuidadora etc.
- Aislada socialmente.
- Importante deterioro funcional por una enfermedad crónica o progresiva (Alzheimer, Parkinson, ACVA, etc.).
- Dependiente de su cuidador para la mayoría de las actividades de la vida diaria.
- Portadora de problemas y conductas anómalas: incontinencia, agresividad, agitación nocturna.
- Convive con un familiar que es el principal y único cuidador.

Perfil del “mal cuidador/a”:

- Cualquier persona puede producir un maltrato a otra. No obstante, existen algunas características que podrían hacernos sospechar que estamos delante del autor potencial de un maltrato.

Con respecto al agresor se pueden identificar dos teorías:

- Considerar que no todos son sujetos patológicos. Hay investigaciones que apuntan la idea de considerar cada vez más al agresor como un individuo no tan desviado de la norma, incluso como una víctima más.
- En contraposición a este postulado, existen investigaciones que indican que los agresores de ancianos pueden presentar psicopatologías más graves que los agresores de otros colectivos (Finkelhor y Pillermer, 1987; Wolf; 1986).

Factores asociados al maltrato:

- Parentesco con la víctima: hijo, hija, esposo.
- No aceptar el papel de cuidador. No asumir la responsabilidad que ello conlleva.
- Depender de la persona mayor desde el punto de vista económico, la vivienda suele ser de la víctima.
- Consumidor de fármacos, alcohol y/o drogas.
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica o alteraciones de la personalidad.
- Tiene pobres contactos sociales.

- Renuncia a las ayudas médicas y de la comunidad.
- En las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz.
- Demuestra pérdida de control de la situación.
- Historia previa de violencia familiar (esposa, niños).
- Sufre estrés por causas diversas (pérdida de trabajo, portador de cualquier enfermedad, problemas conyugales).

Factores relacionados con el maltrato institucional

El maltrato en el medio institucional es un fenómeno insuficientemente estudiado, y la literatura existente es escasa, pero se supone que es un fenómeno frecuente, a pesar de no contar con datos ni descripciones de los incidentes. Esta inexistencia de datos es debida a dos causas: por un lado, cuando se producen y son evidenciados, se resuelven casi siempre dentro del ámbito interno del Centro y con la mayor discreción posible, y en otros casos no llegan a conocimiento de las/os responsables por diversos motivos.

La forma más sencilla de identificar el maltrato institucional es la declaración o queja de una/un residente, de un miembro del personal o de cualquier otra persona, pero pueden existir muchas razones que impiden que se comunique lo que está sucediendo.

La persona mayor maltratada se encuentra en un momento vital en el que no desea complicaciones y permanece en una actitud pasiva, resignada, puede además sentirse culpable de lo sucedido y tratar de justificar la agresión o evitar denunciarla por considerarlo una muestra de su vulnerabilidad y dependencia. Otras veces no está claro quién es el/la agresor/a, porque piense que no le van a escuchar ni creer, que pensarán que su denuncia es un síntoma de enfermedad mental, o incluso que se tomarán represalias.

Los familiares, si están al tanto de lo que sucede, tendrán dificultades para denunciarlo porque, en su preocupación por el bienestar de la persona mayor, quizá no crean lo que dice, y, si lo hacen, se plantearán dónde encontrar otra plaza de residencia con las dificultades que conlleva poder acceder a una de ellas.

También para el equipo puede ser complicado reconocer y denunciar los malos tratos, con una tendencia inicial a negar la posibilidad de que en el centro haya maltrato institucional y una firme creencia en que “aquí se cuida bien de las personas mayores”, el temor a represalias por parte del abusador/a y la condena al ostracismo de otros compañeros/as por haber roto el pacto de silencio cómplice, optando por mirar para otro lado para no complicar su futuro personal y laboral.

Por otro lado, los/as gestores/as pueden no saber cómo manejar estas situaciones o simplemente querer evitar complicaciones. Tratarán de sopesar los intereses del mismo, en el caso de que esos malos tratos fueran conocidos fuera de la institución; lo que podría suponer mala fama, pérdida de clientela o el cierre de la misma.

Las actuaciones inadecuadas pueden afectar a la persona según la forma en la que se lleven a cabo. Nos referimos a un trato inadecuado por actos físicos, psicológicos (incluido el abuso sexual) y económicos y de acuerdo con la gravedad de la actuación puede llegar a ser penalizado como delito o falta, también aquellas acciones u omisiones normalmente constitutivas de delito o falta que tienen como víctima a la persona mayor y que se ejercen comúnmente de forma reiterada, basadas en el hecho relacional, bien sea este familiar o de otro tipo.

Prevención, diagnóstico e intervención

Principios básicos de la prevención. Para poder prevenir tenemos que tener en cuenta siempre los siguientes principios:

- El fenómeno de la dependencia es complejo y multicausal.
- No podemos aceptar que la violencia familiar sea un asunto privado.
- El maltrato se puede producir en cualquier contexto social.
- La persona mayor maltratada recibe más de un tipo de maltrato y será maltratada más de una vez.
- Sin intervención, el maltrato casi siempre empeora.
- Solo se puede detectar una situación de maltrato si tenemos presente esa posibilidad.
- Todo ciudadano tiene la obligación ética y legal de notificar a las autoridades los casos de sospecha.

Tipos de intervención

Desde un punto de vista teórico se pueden distinguir cuatro tipos de intervención (Biehl L., 1999)

a.- Medidas preventivas y de sensibilización.

- Actuaciones cuyo objetivo es la sensibilización, información y promoción de estilos de vida no violentos.
- Procesos orientados a la sensibilización, capacitación y formación de profesionales y cuidadores.
- Diseño de programas específicos de prevención para los sectores educativo, judicial, seguridad, sanitario y social.

b.- Medidas asistenciales y de intervención social, destinadas a la creación de recursos para dar respuestas a las necesidades directas de las víctimas.

- Fortalecimiento institucional.
- Diseño de un modelo de atención integral y coordinado de las víctimas.

c.- Medidas legislativas y procedimentales.

- Mejorar la legislación y el procedimiento legal, para conseguir una mayor eficacia en los procesos, con una mejor protección de la víctima.

d.- Investigación y calidad.

- Medidas encaminadas a la obtención de datos fiables y completos sobre violencia doméstica.
- Acciones relacionadas con la medición de la calidad de la atención.
- Seguimiento y evaluación de la calidad e impacto de los servicios.

En cuanto a la prevención, este seminario propone las siguientes medidas preventivas: (Fig. 120)

PREVENCIÓN			
	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
DIRIGIDO A	Sociedad. Sector es específicos.	Detección de riesgos. Intervenciones directas.	Tratamiento y reparación del daño.
OBJETIVO	Incidir sobre causas sociales y culturales del problema.	Detección precoz del maltrato.	Tratamiento y reparación del daño.
RESPONSABILIDAD	Diputación Foral de Gipuzkoa. Delegación de Educación. Ayuntamientos. Osakidetza (salud mental).	Ayuntamientos a través de sus unidades de base. Osakidetza, a través de ambulatorios y Centros de Salud Mental. Profesionales del sector.	Instituciones y profesionales del ámbito social, sanitario, legal...
SISTEMA OPERATIVO	<p>Diputación Foral de Gipuzkoa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Impulsará campañas de sensibilización dirigidos a la población en general y a profesionales en coordinación con entidades públicas y privadas. Elaborará folletos informativos sencillos dirigidos a la población en general. Promoverá y/o apoyará jornadas y encuentros entre los diferentes profesionales (sanitarios, sociales y jurídicos) para reflexionar sobre este tema. Desarrollará los programas de apoyo a los mayores y familias y/o cuidadores. (Programa SENDIAN). <p>Delegación de Educación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Velará por incluir este tema en los programas formativos a profesores y alumnos. <p>Ayuntamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizarán campañas de sensibilización en los colectivos de riesgo (Hogares de jubilado, asociaciones, etc.). Impulsará programas de formación a los T.Sociales, Auxiliares domiciliarias, voluntariado. Potenciarán su coordinación con los Centros de Salud. <p>Osakidetza-Salud Mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientará a sus profesionales y les dotará de herramientas adecuadas para lograr una detección precoz. Detectará los factores de riesgo generales en grupos específicos: personas mayores, cuidador. Tratando de identificar las situaciones de mayor vulnerabilidad para que el maltrato se produzca. Las intervenciones para modificar los factores de riesgo tendrán un carácter general. Apoyará a los cuidadores: vigilando y actuando ante situaciones de estrés y sobrecarga emocional, que pueden constituir el desencadenante de la violencia. Estimulará la generación y utilización de recursos comunitarios de apoyo que proporcionen servicios domiciliarios, reposo y disminución del estrés, a las familias y cuidadores de alto riesgo. <p>Potenciará la coordinación y derivación entre sus propios centros y servicios (Hospitalización, atención ambulatoria, Salud Mental), los Servicios Sociales y jurídicos.</p>	Es preciso hacer un proceso de acercamiento a la realidad mediante instrumentos de valoración y observación. Este seminario propone varios instrumentos de detección pendientes de validación. (ver páginas siguientes, 5.4. <i>Instrumentos de detección</i>)	Este seminario propone los siguientes algoritmos de intervención, seguimiento del caso. <i>Capítulo 3. Fig.3.17 y 3.18</i>

5.4. Instrumentos de detección

CUESTIONARIO PARA EL SUJETO

En el domicilio:

1. ¿Alguna vez en su casa le han pegado o le han hecho daño?
2. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
3. ¿Ha firmado documentos que no comprendía?
4. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
5. ¿Tiene miedo de alguien en su casa?
6. ¿Alguna vez le han tocado sin su consentimiento?
7. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que no quería?
8. ¿Le han cogido cosas suyas sin su permiso?
9. ¿Está solo/a a menudo?
10. ¿Tiene control de sus finanzas o de su dinero de cada día?

En centros sociosanitarios, residencias:

1. ¿Alguna vez algún/a trabajador/a del centro le ha pegado o le ha hecho daño?
2. ¿Alguna vez, algún/a trabajador/a del centro le ha amenazado?
3. ¿Ha firmado documentos que no comprendía?
4. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
5. ¿Tiene miedo de algún/a trabajador/a?
6. ¿Alguna vez le han cogido cosas suyas sin su permiso?
7. ¿Está solo/a a menudo?

En centros sanitarios:

1. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que no quería?
2. ¿Sufre de algún dolor crónico poco o no aliviado?
3. ¿Es muy dependiente con relación a los cuidados básicos? (comida, higiene...).
4. ¿Tiene control de sus finanzas o de su dinero de cada día?
5. ¿Alguna vez en el hospital le han pegado o le han hecho daño?
6. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
7. ¿Ha firmado documentos que no comprendía?

8. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
9. ¿Tiene miedo de alguien en el hospital?
10. ¿Alguna vez le han tocado sin su consentimiento?
11. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que no quería?
12. ¿Le han cogido cosas suyas sin su permiso?
13. ¿Ha sufrido algún daño (no normal) por parte de los/as trabajadores/as al realizar su trabajo? (cambios posturales...).
14. ¿Ha sufrido algún dolor que no ha sido aliviado?

CUESTIONARIO PARA LA PERSONA CUIDADORA

1. La persona a la que atiende, ¿se relaciona normalmente con su familia o vive excluida en su espacio?
2. ¿La persona a la que atiende presenta síntomas de depresión? (llora con frecuencia, muestra apatía...)
3. ¿La persona a la que atiende se agita en presencia de terceros?
4. ¿Manifiesta cambios bruscos de humor?
5. ¿Aparece descuidada en su aspecto exterior?
6. ¿Amenaza con suicidarse o querer morir?
7. Si presenta algún síntoma físico de maltrato (moratones...), ¿es incapaz o le da apuro hablar de ellos?
8. ¿Expresa su intención de separarse o de cambiar de casa?
9. ¿Padece una pérdida de peso inexplicable médicamente?
10. ¿Presenta casos repetitivos de caídas inexplicables?
11. ¿La casa en la que vive presenta unas condiciones adecuadas?
12. ¿Considera que está preparada para ocuparse de una persona dependiente?
13. ¿Presenta algún problema de salud?
14. ¿Depende económicamente de la persona de la que se encarga?
15. ¿En algún momento ha tenido que utilizar la fuerza física para atender a la persona cuidada? (poner cinchas, en el momento del aseo...).
16. ¿Le es difícil soportar las conductas agresivas de las personas a las que atiende?
17. ¿En el día a día de su trabajo se irrita con facilidad?
18. ¿Lleva mucho tiempo dedicándose a este trabajo?
19. ¿Considera que tiene el tiempo suficiente para dedicar a las personas que atiende?
20. ¿Ha recibido algún tipo de formación para dedicarse a este trabajo?

CUESTIONARIO PARA LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

1. ¿Considera que la ratio de personal de su centro es la idónea para atender adecuadamente a los/as residentes?
2. ¿La distribución de residentes/usuarios según su estado, es la adecuada para procurar una buena atención?
3. ¿El canal de comunicación entre dirección y trabajadores/as del centro es adecuado?
4. ¿La presencia de personal (auxiliares...) es constante en todas las plantas?
5. ¿Se les pregunta a los/as usuarios/as de manera regular sobre cuestiones referentes a la posibilidad de recibir algún trato inadecuado?
6. ¿Los/as trabajadores/as están alerta ante signos y síntomas clínicos de conductas relacionadas con el maltrato?
7. En el caso de que algún/a usuario/a recibiera algún tipo de maltrato o trato inadecuado, ¿tendría alguna persona de referencia a quien dirigirse?
8. En caso de sospecha de maltrato hacia algún/a usuario/a, ¿existe en el centro algún protocolo de actuación?
9. ¿Se realizan actividades formativas sobre este tema para los/as trabajadores/as del centro? ¿Y para los/as usuarios/as?

CUESTIONARIO SOBRE DERECHOS

- ¿Se siente con derecho a participar en la toma de decisiones que afectan a su vida?
- ¿Se siente usted con derecho a pedir lo que necesita en cada momento?
- ¿Se siente con derecho a quejarse de todo aquello que le atañe a su vida y no le parezca adecuado para su bienestar?
- ¿Sabe usted que, si es su voluntad, puede delegar en un representante la realización de determinadas gestiones económicas?
- ¿Participa en las actividades organizadas por el centro?
- ¿Decide usted las actividades que quiere hacer durante el día?
- ¿Normalmente irrumpen en su habitación sin avisar?
- ¿Ha sentido alguna vez que no le han atendido con la suficiente atención?
- ¿Siente que le tratan como a un/a niño/a más que como a una persona mayor?
- ¿Conoce exactamente hasta dónde llegan las funciones que debe desempeñar la persona/as que le atienden?

Intervención sobre el/la agresor/a

Los programas de intervención (Echeburua y Corral, 1999) pueden encuadrarse dentro del sistema judicial penal o en procedimientos independientes. Aunque van dirigidos fundamentalmente a hombres

en el contexto de la violencia doméstica, pueden ser trasladados al maltrato a mayores. Los tratamientos más efectivos siguen el modelo de intervención cognitivo-conductual. Son intervenciones intensivas y de larga duración, por un período de uno a dos años. Tienen tasas muy altas de abandono, rechazo y escaso éxito terapéutico (30%).

Características:

- Desarrollo de empatía hacia las víctimas.
- Confrontación con los mecanismos de defensa: negación y minimización.
- Desarrollo de conciencia emocional y control de los impulsos agresivos.
- Prevención de recaídas: conocimiento ciclo de la violencia.

En los países nórdicos, es en donde más se han desarrollado. Desde el punto de vista práctico citaremos tres:

- Proyecto ATV (Alternativ Til Vold), en Noruega (desde 1987)
- Proyecto Manscentrum, en Suecia (1991)
- Proyecto Mobile, en Finlandia (1995)

CONCLUSIONES DEL SEMINARIO

- La experiencia del seminario nos lleva a la necesidad de una reflexión conjunta transversal, interinstitucional, liderada por la iniciativa social, entre los diferentes ámbitos, social, sanitario, implicando a medios de comunicación, judicatura, educación, etc.

Además, observamos y vemos la urgencia en poner en marcha los mecanismos necesarios para cubrir las siguientes necesidades:

- Las instituciones competentes deben ser las encargadas de liderar la promoción de los derechos y la prevención del trato inadecuado, tanto a las personas mayores como a sus cuidadores/as.
- Definir un modelo de buenas prácticas y detectar las barreras para su materialización.
- Elaborar una planificación estratégica para intervenir sobre este problema tanto en el ámbito asistencial, como en el ámbito doméstico.
- Definir un sistema de prevención, detección, protocolización, tratamiento, información y sensibilización, y formación de profesionales.
- Creación de herramientas validadas para la detección del maltrato aplicable en todos los niveles asistenciales, aplicables también al cuidador/a.
- Adaptar los centros residenciales y sanitarios a las nuevas necesidades planteadas por las demencias, deterioro cognitivo, etc.
- Mejorar la coordinación en todas estas fases de actuación.
- Crear un dispositivo, o especializar uno existente, que apoye al conjunto de profesionales en los diferentes niveles asistenciales.
- Considerar las particularidades existentes en las situaciones de riesgo en las relaciones de cuidado, por una falta de soportes formales suficientes.
- Implicar a los medios de comunicación para evitar imágenes sesgadas de las personas mayores, etc.

Capítulo 6.

Conclusiones

Tal y como se recoge en el análisis de las aportaciones realizadas por las personas mayores y sus familias, éstas manifiestan una considerable satisfacción respecto a este tema aun cuando aparecen una serie de críticas, situaciones no resueltas, etc. sobre las que tenemos que incidir más. Seguramente esta manera de apreciar el tema es bastante real pues, en general, la situación no es problemática para la mayoría de las personas, pero es suficiente que se perciba el edadismo, la falta de respeto o consideración, y aquellos casos que manifiestan problemas concretos para alarmarnos y considerar la justificación de este trabajo.

En general, en el caso de los/las profesionales es importante considerar que la percepción es muy crítica en relación a la garantía de los derechos de las personas mayores dependientes. Se percibe que los mayores jóvenes si son conscientes y hacen valer su estatus y mejores condiciones de vida (salud, cultura, educación, relaciones, condiciones económicas...), pero los muy mayores y dependientes, especialmente cuando se dan ambas condiciones, están muy desprotegidos socialmente (tanto económicamente, pensiones de viudedad, como en cuanto a servicios...).

Se considera que existe un desconocimiento importante de los derechos existentes por parte de estas personas y de sus familias, y un problema importante de accesibilidad a los recursos y a ejercer los derechos. Y que es urgente un análisis real de las situaciones de dependencia y desprotección (en todos los sentidos), una mejora en la información de estos derechos, un sistema de apoyo a la accesibilidad a los recursos y al ejercicio de los derechos a través de servicios específicos con este fin (por ejemplo servicios de apoyo, interme-

diación, información, etc. refuerzo de los servicios sociales de base), a ser posible integrados (aunque luego sean especiales para mayores).

La complejización de los perfiles de la dependencia y los cambios en el apoyo social sugieren la conveniencia de crear servicios de mediación familiar o adaptar los existentes a las necesidades de este colectivo. Como criterio general, se estima que se debe evitar crear nuevos servicios y programas específicos para las personas mayores y se debieran integrar en servicios generales (con especialización interna en las particularidades de las personas mayores).

Se percibe un riesgo en la prestación económica de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia (LAPAD, 2006) por cuanto no tiene carácter finalista para el cuidado de la persona dependiente y en su calidad de atención y calidad de vida, lo que puede reforzar situaciones ya existentes tanto para bien como para mal: quienes atienden mal lo seguirán haciendo y no dejarán de hacerlo para seguir recibiendo la prestación. Es urgente establecer mecanismos de formación, apoyo, etc.

Se percibe como urgente establecer mecanismos de detección de problemas no sólo de gravedad sino también de inadecuación leve y moderada, para establecer mecanismos de corrección.

Igualmente surge la urgencia de coordinación de servicios sociales, sanitarios..., de concienciar a las instituciones y organismos públicos de la gravedad del problema y a los/las profesionales para establecer protocolos concretos de actuación (a ser posible similares e integrados a los existentes para menores y género, violencia doméstica...)

En el caso de atención sanitaria, es urgente desarrollar sistemas y/o servicios de geriatría, media y larga estancia, mecanismos de gestión de casos, atención en ayuda especializada, planificar programas y sistemas que permitan una mejor gestión de casos y su coordinación, evitando ingresos y derivaciones innecesarias, plurifarmacia...y especialmente la discriminación por edad.

En el caso de residencias y centros de carácter social, se manifiesta la urgencia de establecer protocolos y procedimientos relativos a la prevención del trato inadecuado, una política de inspección más estricta con una práctica sancionadora más clara y menos tímida desde la Administración, la cualificación y formación de los/las profesionales y el reconocimiento estricto de los derechos de las personas usuarias y clientes (incluidas las familias), la inclusión de estos aspectos en los sistemas de evaluación, registro, atención, etc. Y la inclusión clara y decidida de las familias y las personas voluntarias y la comunidad en los centros, frente a la impermeabilidad y cerrazón actual de muchos centros donde no sabemos qué pasa, y la creación real de órganos de participación, fiscalizadores en el buen sentido de la palabra, evaluaciones obligatorias internas (auto evaluación) y externas reales y serias.

La calidad asistencial de los servicios de atención a las personas mayores es un reto urgente que no puede seguir siendo ocultado primando el incremento de coberturas o el establecimiento de requisitos de tipo estructural relativos al continente (estructura, arquitectura, equipamiento...) cuando las prácticas internas, la atención, las condiciones y preparación del personal, los derechos, etc. son lo realmente esencial para la calidad de vida de las personas que atendemos.

Sería urgente lograr una clara definición consensuada entre todos los agentes de lo que debe ser el “trato adecuado” en cada programa, servicio, centros, así como en medios de comunicación, en otras políticas y servicios, qué desviaciones del mismo se pueden dar, cuáles son y en qué medida asumibles o no, y especialmente las consecuencias de las mismas.

A partir de esta definición del trato adecuado se deben establecer estándares e indicadores no sólo de estructura y proceso, como habitualmente se está haciendo, sino sobre todo de resultados.

Se deben primar las buenas prácticas, estableciendo mecanismos para compartirlas y difundirlas para su aprovechamiento.

Sería conveniente generar una estrategia transversal en la que las diferentes políticas y sistemas, tanto el de servicios sociales como el sanitario, educativo, ordenación urbana, movilidad, empleo etc. reflejen adecuadamente el peso de este 20% de la población y recojan adecuadamente de manera normalizada la respuesta a sus necesidades desde cada ámbito competencial.

Como también se ha comentado anteriormente, se debería generar una política de empoderamiento de las personas mayores y sus familias dándoles capacidad para interactuar con la administración, con la sociedad, con los agentes sociales, especialmente en el caso de las situaciones de discapacidad y dependencia.

Entendemos que, más allá de las revisiones sobre los derechos o los malos tratos, el modelo de atención y las técnicas, instrumentos... utilizados y presentados en este documento pueden ser una guía para todos los que quieran profundizar en la implantación de este modelo y realizar acciones tanto en la promoción de los derechos y una atención de garantía de seguridad, como en la prevención y adecuada gestión del trato inadecuado.

ANEXOS

CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Todas las personas tienen unos derechos más o menos genéricos como personas, como ciudadanos de un país y otros más o menos concretos en cada circunstancia.

A continuación se le presentan unas preguntas sobre el grado de conocimiento de estos derechos, su ejercicio y las dificultades si las hubiere para este.

Este cuestionario está dirigido exclusivamente a personas mayores de 65 años, es anónimo y solamente se utilizará para obtener resultados generales del estudio.

Conteste sinceramente sobre su experiencia personal, por favor.

Gracias

Género: Hombre / Mujer

Edad:

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a

Localidad de residencia:

DERECHO AL CONOCIMIENTO Y DEFENSA DE SUS DERECHOS: CONSERVACIÓN DE TODOS LOS DERECHOS INHERENTES A LA CONDICIÓN DE PERSONA Y DE CIUDADANO, Y OPORTUNIDAD DE EJERCERLOS.

1. ¿Conoce sus derechos como residente o usuario/a de este centro?

SÍ

NO

Algunos sí. ¿Podría citar alguno?

.....

2. ¿Le ha proporcionado el centro un documento en el que se detallan sus derechos?

SÍ. ¿Se lo han explicado? ¿Entiende fácilmente su contenido?

NO

.....

3. ¿Conoce el derecho que tiene a designar a la persona que considere más adecuada para que defienda sus intereses, si en un futuro usted no lo puede hacer por sí mismo/a?

SÍ

NO

.....

4. ¿Se le ha informado y sabe cómo y dónde presentar una queja, sugerencia o reclamación?

SÍ

NO

.....



5. ¿Recibe información de todo lo que tiene que ver con su persona? (tratamientos que va a recibir, ...)

SÍ

NO

.....
.....

DERECHO A LA DIGNIDAD: RECONOCIMIENTO DEL VALOR INTRÍNSECO DE LAS PERSONAS, INDEPENDIENTEMENTE DE CUÁLES SEAN SUS CIRCUNSTANCIAS, RESPETANDO SU INDIVIDUALIDAD Y SUS NECESIDADES PERSONALES, Y MOSTRANDO, EN TODO MOMENTO, UN TRATO RESPETUOSO.

6. ¿Considera que en la sociedad en la que vivimos, se discrimina a las personas por el hecho de ser mayores?

SÍ

NO. ¿Por qué?

.....
.....

7. ¿Cree que se le trata con respeto, amabilidad, comprensión, y educación, como persona?

SÍ

NO

.....
.....

8. ¿Se siente respetado por los demás residentes o usuarios?

SÍ

NO

.....
.....

9. ¿Siente que le tratan como a un niño más que como una persona mayor?

SÍ

NO

.....
.....

10. ¿Respetan los trabajadores su ritmo para realizar las cosas como el comer, vestir, etc.?

SÍ

NO

.....
.....

11. ¿Alguna vez ha sido tratado inadecuadamente por algún trabajador, familiar o voluntario?

SÍ

NO

.....
.....

12. ¿Qué significa el maltrato para usted?

.....
.....

13. ¿Conoce el documento de las Voluntades Anticipadas o Testamento Vital?

SÍ

NO

He oído hablar de él

DERECHO A LA INDEPENDENCIA: POSIBILIDAD DE ACTUAR O DE PENSAR DE FORMA INDEPENDIENTE, INCLUIDA LA DISPOSICIÓN A ASUMIR CIERTOS NIVELES DE RIESGO CALCULADO.

14. ¿Considera que hay prácticas que no dejen que actúe o piense de forma autónoma?

SÍ

NO

.....
.....

15. ¿Tiene la posibilidad de gestionar sus asuntos personales (dinero, facturas, correo...) personalmente? ¿Recibe ayuda si lo solicita para estas gestiones?

SÍ

NO

.....
.....



16. ¿En el Centro, tienen en cuenta su opinión sobre cualquier propuesta de organización y funcionamiento que afecte a su estilo de vida?

SÍ

NO

.....
.....

INTIMIDAD: DERECHO DE LAS PERSONAS A ESTAR SOLAS SI ESE ES SU DESEO, A NO SER MOLESTADAS Y A NO SUFRIR CONTINUAS INTROMISIONES EN SUS ASUNTOS PERSONALES.

17. ¿Tiene la posibilidad de utilizar su habitación con total libertad?

SÍ

NO

.....
.....

18. ¿Tiene posibilidad de cerrar con llave su habitación?

SÍ

NO

.....
.....

19. ¿Tiene la posibilidad de estar solo/a cuando lo desea?

SÍ

NO

.....
.....

20. ¿Normalmente irrumpen en su habitación sin avisar?

SÍ

NO

.....
.....

21. ¿Cuando está en el aseo o en el servicio, se respeta su privacidad?

SÍ

NO

.....
.....

22. ¿Tiene posibilidad de vestirse y desvestirse en condiciones de privacidad?

SÍ

NO

.....
.....

DERECHO A LA LIBERTAD DE ELECCIÓN: POSIBILIDAD DE ELEGIR LIBREMENTE ENTRE DIVERSAS OPCIONES

23. ¿Tiene posibilidad de elegir entre dos menús?

SÍ

NO

.....
.....

24. ¿Puede elegir a diario la ropa que se quiere poner?

SÍ

NO

.....
.....

25. ¿Las rutinas diarias (las actividades que transcurren durante un día normal) limitan la posibilidad de elección, o usted puede elegir entre hacer algo y no hacerlo, o entre varias alternativas...?

SÍ

NO

.....
.....



26. ¿Decide usted las actividades que quiere hacer durante el día?

SÍ

NO

.....

.....

27. ¿Cree que se respetan sus pensamientos y creencias con respecto a la religión, la política...?

SÍ

NO

.....

.....

28. ¿Tiene la posibilidad de elegir el lugar en el que quiere permanecer cada momento del día?

SÍ

NO

.....

.....

29. ¿Se siente usted con derecho a pedir lo que necesita en cada momento?

SÍ

NO

.....

.....

SATISFACCIÓN: REALIZACIÓN DE LAS ASPIRACIONES PERSONALES Y DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES PROPIAS EN TODOS LOS ASPECTOS DE LA VIDA COTIDIANA.

30. ¿Se organizan actividades interesantes, variadas y en número suficiente, tanto durante la semana como durante los fines de semana?

SÍ

NO

.....

.....

31. ¿Se les ofrece actividades para realizar fuera de la residencia?

SÍ

NO

.....
.....

32. ¿Se ofrece algo especial en la comida o en la merienda los domingos y festivos?

SÍ

NO

.....
.....

CUESTIONARIO PARA PERSONAS MAYORES AUTÓNOMAS

Todas las personas tienen unos derechos más o menos genéricos como personas, como ciudadanos de un país y otros más o menos concretos en cada circunstancia.

A continuación se le presentan unas preguntas sobre el grado de conocimiento de estos derechos, su ejercicio y las dificultades si las hubiere para este.

Este cuestionario está dirigido exclusivamente a personas mayores de 65 años, es anónimo y solamente se utilizará para obtener resultados generales del estudio.

Conteste sinceramente sobre su experiencia personal, por favor.

Gracias

Género: Hombre / Mujer

Edad:

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a

Localidad de residencia:

DERECHO AL CONOCIMIENTO Y DEFENSA DE SUS DERECHOS: ACCESO A LOS CAUCES DE INFORMACIÓN Y VÍAS DE PROTECCIÓN Y DEFENSA QUE LOS GARANTICEN SUS DERECHOS

1. ¿Conoce todos los derechos de los que disfruta como persona, a nivel social, político, económico....?

SÍ

NO

Algunos sí. ¿Podría citar alguno?

.....
.....

2. ¿Sabe cómo puede informarse, o a quién dirigirse para conocer los derechos que le amparan?

SÍ

NO

.....
.....

3. ¿Conoce el derecho que tiene a designar a la persona que considere más adecuada para que defienda sus intereses, si en un futuro usted no lo puede hacer por sí mismo/a?

SÍ

NO



DERECHO A LA DIGNIDAD: RECONOCIMIENTO DEL VALOR INTRÍNSECO DE LAS PERSONAS, RESPETANDO SU INDIVIDUALIDAD

4. ¿Considera que vivimos en una sociedad en la que las personas mayores son tratadas con el máximo respeto?

SÍ

NO ¿por qué?

.....
.....

5. ¿Considera que en la sociedad en la que vivimos, se discrimina a las personas por el hecho de ser mayores?

SÍ

NO

.....
.....

6. ¿Se siente identificado con la imagen que los medios de comunicación dan sobre las personas mayores?

SÍ

NO

7. ¿Conoce el documento de las Voluntades Anticipadas o Testamento Vital?

SÍ

NO

He oído hablar de él

DERECHO A LA INDEPENDENCIA: POSIBILIDAD DE SEGUIR ELIGIENDO SU FORMA DE VIVIR, DE PENSAR, DE ACTUAR, DE RELACIONARSE.

8. Con respecto a los servicios sociales, culturales y sanitarios de su comunidad, responda por favor a las siguientes preguntas:

8.1. Si necesita hablar con el/la trabajador@ social de su localidad o barrio, ¿tiene alguna dificultad para ponerse en contacto con él/ella?

SÍ

NO

8.2. Cuando quiere ir a disfrutar de cualquier acción cultural (teatro, cine, conciertos....
¿ encuentra alguna dificultad para acceder a estos servicios?

SÍ ¿Podría citar alguna?

NO

No suelo acudir a este tipo de eventos.

8.3. Cuando necesita ir al médico, ¿encuentra alguna dificultad para acceder a él?

SÍ

NO

9. ¿Actualmente, cuenta con la ayuda de algún familiar o de otra persona o profesional, para realizar las tareas de la casa?

SÍ

No, no lo necesito.

No, pero sí necesitaría esta ayuda

10. ¿Sabe dónde acudir para solicitar información sobre las diferentes ayudas que existen (económicas, técnicas, de apoyo...) en el caso de necesitarlas?

SÍ

NO

DERECHO A LA PARTICIPACIÓN: DERECHO A PERMANECER INTEGRADAS EN LA SOCIEDAD Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA MISMA.

11. ¿Participa en alguna asociación de voluntariado, ONG... en la que se dé un servicio a la comunidad?

SÍ

NO

12. ¿Le interesaría participar en alguna asociación de este tipo?

SÍ

NO

13. ¿En su localidad existe algún órgano que represente a las personas mayores? (Consejo de personas mayores, asociación de personas mayores, representación en el ayuntamiento...)

SÍ

NO

NO LO SÉ

14. ¿Recibe información sobre las políticas relacionadas con las personas mayores que los partidos políticos de su localidad llevan o quieren llevar a cabo?

SÍ

NO

DERECHO A LA REALIZACIÓN PERSONAL: SEGUIR DESARROLLANDO PLENAMENTE SU PERSONALIDAD, SUS CAPACIDADES Y SU POTENCIAL

15. ¿Conoce si existen asociaciones o entidades relacionadas con actividades culturales, formativas, religiosas... en su entorno?

SÍ ¿Participa en alguna de ellas?

NO. ¿Sabe a dónde acudir para recibir esta información?

16. ¿Le gusta estar informado sobre cualquier novedad, suceso, actividad... que tenga lugar en su localidad?

SÍ

NO

17. En el momento de jubilarse, ¿ha disfrutado de algún tipo prejubilación, como ir reduciendo la jornada paulatinamente o alguna fórmula que le haya permitido jubilarse de manera progresiva?

SÍ

NO

18. En los últimos años en los que desarrolló una actividad laboral, ¿tuvo las mismas oportunidades que los demás trabajadores (más jóvenes) para seguir formándose o participar en las oportunidades de promoción interna de su empresa?

SÍ

NO

CUESTIONARIO PARA FAMILIARES

Todas las personas tienen unos derechos más o menos genéricos como personas, como ciudadanos de un país y otros más o menos concretos en cada circunstancia.

A continuación se le presentan unas preguntas sobre el grado de conocimiento de estos derechos, su ejercicio y las dificultades si las hubiere para este.

Este cuestionario está dirigido exclusivamente a familiares cuidadores de personas mayores dependientes, es anónimo y solamente se utilizará para obtener resultados generales del estudio.

Conteste sinceramente sobre su experiencia personal, por favor.

Gracias

Género: Hombre / Mujer

Edad:

Servicio: Centro gerontológico Centro de Día Otros

Parentesco con la persona mayor dependiente:

DERECHO AL CONOCIMIENTO Y DEFENSA DE SUS DERECHOS: CONSERVACIÓN DE TODOS LOS DERECHOS INHERENTES A LA CONDICIÓN DE PERSONA Y DE CIUDADANO, Y OPORTUNIDAD DE EJERCERLOS.

1. ¿Conoce los derechos de su familiar como persona residente o usuario de un centro?

SÍ

NO

Algunos sí. ¿Podría citar alguno?

.....

2. ¿Le ha proporcionado el centro un documento en el que se detallan sus derechos?

SÍ

NO

.....

3. ¿Se le ha proporcionado la normativa o reglamento interno del centro?

SÍ

NO

.....

4. ¿Conoce cuales son concretamente los derechos de su familiar?

AUTONOMÍA:	ELECCIÓN:
LIBERTAD DE DECISIÓN:	INTIMIDAD:
SEGURIDAD:	PARTICIPACIÓN:
CONSENTIMIENTO INFORMADO:	DECISIONES ANTICIPADAS:
LIBERTAD DE CREENCIAS:	PRIVACIDAD:
OTROS:	



5. ¿Siente que, en general, se respetan esos derechos en el centro?

SÍ

NO

.....

.....

6. ¿Cree que existen barreras/dificultades para la realización/ejercicio de sus derechos? ¿Cuáles?

SÍ

NO

.....

.....

7. ¿Sabe qué son la tutela y la curatela?

SÍ

NO

.....

.....

8. ¿Conoce el documento de las Voluntades Anticipadas o Testamento Vital?

SÍ

NO

He oído hablar de él

.....

.....

9. ¿Se le ha informado y sabe cómo y dónde presentar una queja, sugerencia o reclamación?

SÍ

NO

.....

.....

DERECHO A LA DIGNIDAD: RECONOCIMIENTO DEL VALOR INTRÍNSECO DE LAS PERSONAS, INDEPENDIENTEMENTE DE CUÁLES SEAN SUS CIRCUNSTANCIAS, RES-PETANDO SU INDIVIDUALIDAD Y SUS NECESIDADES PERSONALES, Y MOSTRANDO, EN TODO MOMENTO, UN TRATO RESPETUOSO.

10. ¿Considera que en la sociedad en la que vivimos, se discrimina a las personas por el hecho de ser mayores?

SÍ

NO ¿Por qué?

.....
.....

11. ¿Cree que se le trata con respeto, amabilidad, comprensión, educación y como persona a su familiar?

SÍ

NO

.....
.....

12. ¿Siente que le tratan como a un niño más que como a una persona mayor?

SÍ

NO

.....
.....

13. ¿Respetan los trabajadores el ritmo de su familiar para realizar las cosas como el comer, vestir, etc.?

SÍ

NO

.....
.....

14. ¿Alguna vez ha sido tratado inadecuadamente su familiar por algún trabajador, otro familiar o voluntario?

SÍ

NO

.....
.....



15. ¿Qué significa el maltrato para usted?

.....
.....

DERECHO A LA INDEPENDENCIA: POSIBILIDAD DE ACTUAR O DE PENSAR DE FORMA INDEPENDIENTE, INCLUIDA LA DISPOSICIÓN A ASUMIR CIERTOS NIVELES DE RIESGO CALCULADO.

16. ¿Considera que hay prácticas que no dejen que su familiar actúe o piense de forma autónoma?

SÍ

NO

.....
.....

17. ¿Tienen en cuenta su opinión y/o la de su familiar sobre cualquier propuesta de organización y funcionamiento que pueda afectar al estilo de vida de su familiar?

SÍ

NO

.....
.....

18. ¿Se le pide permiso u opinión a usted cuando el centro debe tomar alguna decisión que le afecte a su familiar? ¿Cree que se respetan sus decisiones?

SÍ

NO

.....
.....

19. ¿Existe en el centro algún órgano (asamblea, comisión, reunión en la que participen residentes) que represente a los familiares?

SÍ

NO

.....
.....

INTIMIDAD: DERECHO DE LAS PERSONAS A ESTAR SOLAS SI ESE ES SU DESEO, A NO SER MOLESTADAS Y A NO SUFRIR CONTINUAS INTROMISIONES EN SUS ASUNTOS PERSONALES.

20. ¿Su familiar tiene la posibilidad de utilizar su habitación con total libertad?

SÍ

NO

.....
.....

21. ¿Normalmente irrumpen en la habitación de su familiar sin avisar?

SÍ

NO

.....
.....

22. ¿Cuando se está aseando o en el servicio, respeta su privacidad todo el personal?

SÍ

NO

.....
.....

23. ¿Se visten y desvisten en condiciones de privacidad?

SÍ

NO

.....
.....



DERECHO A LA LIBERTAD DE ELECCIÓN: POSIBILIDAD DE ELEGIR LIBREMENTE ENTRE DIVERSAS OPCIONES

24. ¿Puede elegir a diario usted o su familiar la ropa a poner?

SÍ

NO

.....
.....

25. ¿Participa en actividades organizadas por el centro usted y su familiar?

SÍ

NO

.....
.....

26. ¿Cree que se respetan los pensamientos y creencias de su familiar con respecto a la religión, política...?

SÍ

NO

.....
.....

27. ¿Piensa que su familiar tiene derecho de pedir lo que necesita en cada momento?

SÍ

NO

.....
.....

SATISFACCIÓN: REALIZACIÓN DE LAS ASPIRACIONES PERSONALES Y DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES PROPIAS EN TODOS LOS ASPECTOS DE LA VIDA COTIDIANA.

28. ¿Se organizan actividades interesantes, variadas y en número suficiente, tanto durante la semana como durante los fines de semana para los residentes?

SÍ

NO

.....
.....

29. ¿Se ofrecen actividades para realizar fuera de la residencia?

SÍ

NO

.....
.....

30. ¿Se ofrece algo especial en la comida o en la merienda los domingos y festivos?

SÍ

NO

.....
.....

**LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA
PREVENCIÓN DEL TRATO INADECUADO**

CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES

Entendiendo que desde el modelo de intervención psicosocial y el proceso de atención residencial se debe garantizar y promover los derechos de las personas mayores atendidas, su seguridad, y su calidad de vida, contesta por favor de la manera más sincera, práctica y aplicada a estas preguntas con el fin de poder mejorar nuestra atención en estos aspectos.

Este cuestionario es anónimo.

1. ¿Cree que los derechos de las personas mayores, su garantía y promoción es un aspecto determinante de la calidad de vida y de la calidad de atención en el ámbito y/o centro donde trabaja?

Nada 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Mucho

2. ¿Cree que se hace lo suficiente en cuanto a enfoque, formalización, implantación y despliegue y en revisión de lo realizado?

Nada 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Mucho

3. ¿Cree que con relación a la prevención del trato inadecuado se hace lo suficiente en los mismos niveles que se han mencionado anteriormente?

Nada 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Mucho

4. ¿En qué casos, programas, recursos le parece que es más urgente trabajar estos temas?
-

5. ¿Cree que las personas mayores y sus familiares son conscientes de sus derechos y capaces de defender y exigir los mismos?

Personas mayores: Nada 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Mucho

Familiares: Nada 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Mucho

6. ¿Cuales son los derechos más importantes a promover y garantizar y cómo lo harías?
-

7. ¿Cree necesario crear algunos programas, servicios, etc. para este fin?
-

8. ¿Cree que evaluar los derechos, integrar objetivos para su promoción en todo el proceso de atención, es un paso importante para poder desarrollar una cultura en todo el equipo con que trabaja en estos aspectos?

Nada 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Mucho

9. ¿Cree que actualmente se trabaja bien y es suficiente lo que se hace? En caso contrario, ¿qué podríamos hacer?

Nada 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Mucho

10. ¿Qué se podría hacer desde la atención sanitaria?

11. ¿Qué se podría hacer en la atención psicosocial?

12. ¿En las residencias en general?

13. ¿Cree que se dan casos de trato inadecuado en su centro, recurso o programa?

14. ¿Cuáles y/o de qué tipo?

15. ¿Cree que la administración debiera actuar como ahora en relación a los mismos o ser más exigente y rotunda en sus actuaciones? ¿Sólo en casos graves o en todos?

16. ¿Conoce las herramientas de derechos y calidad de vida que se están utilizando en los centros?

- COOP WONCA Calidad de vida
- CUBRECAVI Calidad de vida
- Calidad de Vida y Calidad de Servicio
- ISMAP
- SACA. Sistema de Autoevaluación de Calidad de Vida
- Evaluación de derechos SIIS
- SERA. Sistema de Evaluación de Residencias Ambiental
-

17. ¿Cree que podríamos hacer algo más?: Señálelo con total libertad:

Muchas gracias por su colaboración. Mila esker galdetegi hau erantzuteagatik.

Proceso de Atención Gerontológica

Bibliografía

- ANDREWS F.M. y WHITHEY S.B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. New York: Plenum Press.
- ARBER, S. y GINN, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*. Narcea, 1996.
- ASTUDILLO, W. y MENDINUETA, C. (1995). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*, Eunsa. Pamplona.
- ASTUDILLO, W. Y MENDINUETA, C. (2004). *Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Guipúzcoa. Derechos de los enfermos y cuidadores*. Michigan Inservice Education Countil.
- BALTES, M.M. Y WENER WHAL, H. (1990). Dependencia en los ancianos. En L.L. Carstensen y B.A. Edelman (Eds.), *Gerontología clínica y salud: intervención psicológica y social* (pp. 40-58). Barcelona: Martínez Roca.
- BAZO, M. T. (2001). *Negligencia y malos tratos a personas mayores en España*. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Volumen 36 nº 1, 2001, pp. 8-14.
- BAZO, M.T. *Incidencia y prevalencia*. VII Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia. Violencia contra personas mayores, es posible un mundo sin violencia. Centro Reina Sofía, 18 y 19 de septiembre de 2003. Palau de la Música de Valencia.
- BAZO, MT. (2002). *Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad*. Revista Española de Geriátría y Gerontología; 37:10-12.
- BAZO, MT. (2006). *Negligencia y malos tratos a las personas mayores*. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 36 (1):8-14.
- BERGNER, M.; BOBBIT R.A.; CARTER, W.B.; GIBSON, B.S. (1981). *The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure*. Med Care, 19:787-805.
- BERISTAIN, I. y BUSTINDUY, A. (2005). *El envejecimiento de la población vasca. Sus consecuencias económicas y sociales*. Serie: Estudios de economía, nº 17, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco, pág. 271.
- BIEHL L. (1999) *Notas técnicas de prevención de violencia* (Nota técnica nº 7). Banco Interamericano de Desarrollo. Washington DC.
- BURGUEÑO TORIJANO, A. *Guía para Personas Mayores. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer*. Programa "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer".
- BUSBY, F. *Prevención: hablar y ser escuchado*. VII Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia. Violencia contra personas mayores, es posible un mundo sin violencia. Centro Reina Sofía, 18 y 19 de septiembre de 2003. Palau de la Música de Valencia.
- BUTLER R. (1975). *The Tragedy of Old Age in America*, en "Why Survive? Being old America. Harper and Row. New York.
- CAMPBELL, A.; CONVERSE. P.E. y ROGERS W.L. (1976). *The quality of American life*. New York: Rusell Sage Foundation.

CARP RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. Nueva York, NY, Springer, 2000.

CHASCO PERRAMON C. (1996). *Malos tratos en el anciano*. Geriatrika. 1996; 12(4): 51-52.

CÍVICOS, A. y RAPP, R. E. *Son como niños. Reflexiones en torno a la infantilización de la vejez*. Revista de servicios sociales y política social, nº 59, 2002, pp. 133-147.

DE LA CAMARA, JJ (2003). *Derechos de los usuarios de centros residenciales para mayores*. Madrid, AENOR.

DÍAZ ALEDO, L. (2003). *Los mayores en los medios de comunicación*. Revista Nult. Gerontolo; 14(4): 283-284.

ECHEBURÚA, E., Y DE CORRAL, P. (1999). *Programas de intervención para la violencia familiar*. Boletín Criminológico, nº 40, Marzo-Abril.

EVANS L.K. et AL. (1991). *Nursing care and management of behavioural problems in the elderly*, en Harper, M.S.(edi.), *Management and care of the elderly: psychosocial perspectives*, Sage. London.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1993) *Calidad de vida en la vejez*. Rev. Intervención Psicosocial, 77- 94.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (Ed.) (1996). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos (SERA)*. Madrid: IMSERSO.

FERNÁNDEZ, M. C. (2004). *Malos tratos a los ancianos*. Barcelona, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, pp. 12.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1985). *Hacia una vejez competente. Un desafío a la ciencia y a la sociedad*. En A. Marchesi, M. Carretero, y J. Palacios (Eds.): *Psicología Evolutiva*. Madrid: Alianza.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1987). *El Ambiente. Análisis Psicológico*. Madrid: Pirámide.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1989). *Evaluación y tratamiento psicológicos en ancianos*. Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicología. Valencia, Mayo.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997), *Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales*, en Anuario de Psicología, 73 (2), 89-104.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. et AL. (1997). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos SERA*, IMSERSO, Madrid.

FERREIRO, M. J. y CERREÑO, M.C. (2001). *Protección jurídica de los mayores en el ámbito de la salud*. EN: ASPECTOS JURÍDICOS Y PERSONAS MAYORES. Serie: GERONTOLOGÍA SOCIAL, nº 4, MADRID, EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, pp. 313-327.

FERRER LUES, M y PELAEZ, M (2001). *Salud pública y los derechos humanos de los adultos mayores*, Acta bioética, 2001,7(1):143-155.

FLANAGAN J.C. (1982). *Measurement of quality of life: Current state of the art*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63, 56-59.

- FRIES, J. F. (1980), *The compression of morbidity: near or far?*, en *Milbank Quarterly*, 67, 2.
- GARAY LILLO J. (1996). *Calidad de vida*. *Geriatrka*;12(4):35-43.
- GARCÍA NAVARRO, JA (2001) *Calidad asistencial en la atención al paciente con demencia*. Ponencia presentada en el curso sobre demencias que se realizó en el Colegio de Médicos de Madrid el día 18 de mayo de 2001.
- GARCÍA NAVARRO, JA. (2000). *Calidad asistencial en unidades de media estancia y convalecencia geriátrica*, *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 2000,;35(S6):47-60.
- GARCÍA PÉREZ, J. (2003). *Bioética y personas mayores*. Imsero, Portal Mayores.
- GARCÍA, J. (2003). *Bioética y Personas Mayores*. *Sesenta y Más*, nº 214, 2003, pp. 46-51.
- GARRETA M, ARELLANO M. (2003). *Conflictos éticos en la toma de decisiones*. *Rev. Mult. Gerontol*; 13:47-50.
- GLENDENNING, F. (1993). *What is elder abuse and neglect*. En P. Decalmer y F. Glendenning(Eds.), *The Mistreatment of Elderly People* (pp. 1-34). Londres: SAGE.
- GÓMEZ, J., SEPÚLVEDA, D., E ISAAC, M. (2003), *Reducción de la dependencia en el anciano*. Servicio de Geriátria de la Cruz Roja, Madrid.
- GRACIA, DIEGO. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, Eudema, 1991, ISBN 84-7754-083-7.
- HIGHTOWER, J. *Maltrato a los mayores y violencia de género*. VII Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia. Violencia contra personas mayores, es posible un mundo sin violencia. Centro Reina Sofía, 18 y 19 de septiembre de 2003. Palau de la Música de Valencia.
- IBARZABAL ARANBERRI, X. (2004). *¿Qué conflictos éticos se plantean en la terminalidad?*, en: Dilemas éticos en el final de la vida. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- INPEA, 2002. *“Voces Ausentes”*. Opinión de las Personas Mayores sobre el Maltrato al Mayor. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- JANICKI, M. P., Y ANSELLO, E. F. (2000), *Community supports for aging adults with lifelong disabilities*. New York, Brookes.
- JORDAN I., KOSBERG, J.I. *La prevención del maltrato de personas mayores*. VII Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia. Violencia contra personas mayores, es posible un mundo sin violencia. Centro Reina Sofía, 18 y 19 de septiembre de 2003. Palau de la Música de Valencia.
- KAHANA, E. (1975). *A congruence model of person environment interaction*. En P.G. Windley, T. Byerts and E.G. Ernst (Eds.): *Theoretical development in environments and aging*. Washington, DC., Gerontological Society.
- KAHANA, E.; LIANG, J. y FELTON B.J. (1980). *Alternative models of person-environment fit: Prediction of morale in three homes for the aged*. *Journal of Gerontology*, 35, 584-595.
- KINGSTON, P. y PENHALE, B. (2000). *Maltrato hacia las personas mayores: una guía para los profesionales*.

KINGSTON, P.; BOND, P.; PALMER, J. *Indicadores del maltrato de personas mayores en instituciones*. VII Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia. Violencia contra personas mayores, es posible un mundo sin violencia. Centro Reina Sofía, 18 y 19 de septiembre de 2003. Palau de la Música de Valencia.

KITWOOD TOM, (1997) *La preocupación por los demás: una nueva psicología de la conciencia y la moralidad*. Ed. Desclée de Brouwer.

KOSBERG, J.I. (1995). *Maltrato hacia las personas mayores: perspectivas internas y transculturales*.

LACHS M.S. (1993). “*Fulmer T. Recognising elder abuse and neglect*”. *Clin Geriatr Med* 1993; 9(3): 665-675.

LACHS, M.; PILLEMER, K. (1995) “*Abuse and neglect of elderly persons*”. *New England Journal of Medicine*, 332, pp. 437-443.

LACHS, M.S., et al. (1997). *Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study*. *Gerontologist*, 37(4), 469-74.

LAFATA, M.J. y HELFRICH, C.A. (2001). *The Occupational Therapy Elder Abuse Checklist*. En C.A. Helfrich. *Domestic Abuse Across the Lifespan: The Role of Occupational Therapy*. The Haworth Press, Inc.

LAWTON M.P. (1975). *Competence, environmental press and adaptation*. En P. G. Windley, T.O. Byerts y G. Ernst (Eds.): *Theory development in environment and aging*. Washington D.C., Gerontological Society.

LAWTON M.P. y NAHEMOW, L. (1973). *Ecology and the aging process*. En C. Eisdorfer y M.P. Lawton (Eds.): *The psychology of adult development and aging*. American Psychological Association, Washington, DC.

LAWTON, M.P. (1977). *The impact of the environment on aging behavior*. En L.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York, Van Nostrand Reinhold.

LÁZARO DEL NOGAL M. (1995). *Abusos y agresiones sexuales en los ancianos*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*; 30: 43-47.

LETURIA F.J. (2008). Un lugar para vivir. Documental. *Colección Cuadernos de Geriatría y Gerontología*. (Ingema – Matia – Erein) *En colaboración con el Gobierno Vasco, Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales*.

LETURIA, F.J. (2007). *El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios*. *Rev. Zerbitzuan, Donostia – San Sebastián*, pp. 129-144.

LETURIA, F.J./ (coord.) (2002). “*Detección de riesgo de trato inadecuado: prevención y mediación*”. En: *Jornadas sobre trato inadecuado a personas mayores (Vitoria-Gasteiz, 17-18-19 mayo 2001)*. VII jornadas amg/ pertsona adintsuei emandako tratu desegokia (Vitoria-Gasteiz, 2001ko maiatzak 17-18-19). VII Jardunaldiak amg. Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Álava, 2002, pp. 115-119.

LITTLE, A. (1988). *Psychological aspects of working with elderly clients*, en Squires, A. J. (ed.), *Rehabilitation of the older patient*, Sydney, Croom Helm.

LOBO, A. et al (1979). “*El mini examen cognoscitivo, un test sencillo práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos*”. *Actas luso españolas de neurología y psiquiatría*; 1979,3:189-202.

LÓPEZ GARCÍA DE MADINABEITIA, A.P. (2003). “*Maltrato en el ámbito institucional*”. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*; 13 (2): 102-113.

- LORENZO, R. y RUIZ BUENO, R. (2007). *“Método sobre discapacidad”*, Cizur Menor, Aranzadi.
- MARTÍ, Josep de (2006). *“El ingreso de personas con deterioro cognitivo en residencias”*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 61.
- MARTÍNEZ MAROTO (2005). *“La protección de los derechos de las personas mayores”*. Abogacía española. Derecho y sociedad; nº3, págs 15-20.
- MARTÍNEZ MAROTO, A. (2002). *“El trato inadecuado hacia las personas con enfermedad de Alzheimer”*. En: temas jurídicos relacionados con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Serie: cuadernos prácticos sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Madrid, AFAL, pp. 139-149.
- MARTÍNEZ MAROTO, A. (2003). *“Malos tratos y personas mayores: un enfoque jurídico”*, Revista Española de Geriátrica y Gerontología: 38(3):129-13.
- MARTÍNEZ MAROTO, A. (2006). *“Diez temas jurídicos de Portal Mayores”*, Madrid, IMSERSO.
- MARTÍNEZ, A. (2003). *“Desajustes legislativos en la institucionalización de las personas mayores: necesidades reales versus respuestas jurídicas”*. Revista Multidisciplinar de Gerontología, vol. 13, nº 4, pp. 242-248.
- MARTÍNEZ, A. (2005). *El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación Española*. Informes Portal Mayores, nº 40, Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO, pp. 31.
- MELICH, R. (2003). *“Familia y alimentos: el derecho de alimentos entre parientes. El acogimiento familiar de mayores”*. Serie: Informes Portal Mayores, nº 7, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Imsero, pp. 20.
- MONEREO ET AL. (2007) *“La protección jurídica de las situaciones de dependencia”*, Granada, Ed. Comares.
- MONTORIO, I, Y LOSADA, A. (2004), *“Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional”*, Boletín sobre envejecimiento, nº 13, Observatorio de Personas Mayores, Madrid, IMSERSO.
- MOOS R.H. y MITCHEL, R.E. (1982). *“Social support and well-being: Implications for prevention programs. Journal of Primary Prevention”*. Win Vol 3(2) 77-98.
- MOOS, R.H. y LEMKE, S. (1985). *“Specialized living environments for older people”*. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*, (2ª ed.), 864-889. Nueva York, Van Nostrand Reinhold.
- MOOS, R.H.(1979). *“Evaluating educational environments: Procedures, measures, findings and policy implications”*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MORALES, A. (2003). *“La participación del paciente en su tratamiento, toma de decisiones”*. Delegación de derechos.
- MOYA BERNAL, A. y BARBERO GUTIERREZ, J (Coord.) (2006). *“Malos tratos a personas mayores: guía de actuación”*, Madrid. IMSERSO.
- MUÑOZ IRANZO, J. (2001). *“Aspectos jurídicos de los malos tratos a personas mayores”*. Revista Multidisciplinar de Gerontología; 11 (2): 78-81.

PANEQUE SOSA, M. (2007). “*La protección de los derechos de las personas mayores en España por los defensores del pueblo*”, Madrid, Portal de Mayores, Informe 79.

PANIAGUA, R. y MOTA, R. (2002). “*La violencia hacia los mayores*”. Alternativas: cuadernos de trabajo social, nº 10, pp. 231-240.

PAPADOPOULOS, A. y LA FONTAINE, J. (2000). “*Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice*”. Londres: Winslow Press Ltd.

PENHALE, B. “*El concepto de maltrato de personas mayores: rompiendo el silencio*”. VII Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia. Violencia contra personas mayores, es posible un mundo sin violencia. Centro Reina Sofía 18 y 19 de septiembre de 2003. Palau de la Música de Valencia.

PÉREZ ROJO, G. (2004). “*Dificultades para definir el maltrato a personas mayores*”. Informe portal Mayores.

PHILLIPS, L.R. “*En busca de los factores de riesgo para el maltrato de personas mayores*” VII Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia. Violencia contra personas mayores, es posible un mundo sin violencia. Centro Reina Sofía. 18 y 19 de septiembre de 2003. Palau de la Música de Valencia.

PILLEMER, K. “*Factores de riesgo en el maltrato de personas mayores*”. ¿Qué nos dice la literatura? VII Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia. Violencia contra personas mayores, es posible un mundo sin violencia. Centro Reina Sofía. 18 y 19 de septiembre de 2003. Palau de la música de Valencia.

PILLEMER, K. y FINKELHOR, D. (1989). “*Causes of elder abuse: caregiver stress versus problem relatives*”. Am J Orthopsy;59: 179-187.

PILLEMER, K.A. y SUITOR, J.J. (1988). “*Elder abuse*”. En V.B. Van Hasselt y R.L. Morrison (Eds.), Handbook of Family Violence (pp. 247-270). Nueva York, NY: Plenum Press.

PILLEMER, K.A. y WOLF R.S. (1986). “*Elder abuse: Conflict in the family*”. Dover, MA: Auburn House (Westport, Greenwood Publishing).

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2005a), “*La intervención con las personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales*”, en Casado, D. (dir.), Avances en bienestar basados en el conocimiento, Madrid, Ed. CCS.

RODRÍGUEZ, RODRÍGUEZ, P. (2007) “*Las preferencias, los principios y criterios de la intervención y los derechos de las personas mayores*”. En: Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Serie: Gerontología Social, nº 6, Madrid, Editorial Médica Panamericana, , pp. 22-45.

RUIPÉREZ, I. (2004), “*Prevención geriátrica de la dependencia*”, en Casado, D., Respuestas a la dependencia. Madrid, Ed. CCS.

SAIZ ARNAIZ, A. (1999). “*La apertura constitucional al derecho internacional de los derechos humanos*”. El artículo 10.2 de la Constitución española, Madrid, Consejo General del Poder Judicial.

SÁNCHEZ CARAZO, C. (2006). “*La intimidad un derecho fundamental de todos*”, en Martínez Maroto, A. Díez temas jurídicos de Portal Mayores, Madrid, IMSERSO.

- SÁNCHEZ DEL CORRAL USAOLA, F. y, RUIPÉREZ CANTERO, I. (2004) “*Violencia en el anciano*”. Portal Mayores.
- SCHALOCK R.L. (2006). Prólogo al libro “*Cómo mejorar la Calidad de Vida de las personas con discapacidad*”. Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, ISSN 0210-1696, Vol. 37, N° 218, págs. 5-8.
- SCHALOCK R.L. et al. (1990). “*Attempts to conceptualize and measure quality of life*”. In R.L. Schalock (Ed.). *Quality of life: Perspectives and issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- SCHALOCK R.L. y VERDUGO M.A. (2006). “*La calidad de vida y su medida: principios y directrices importantes*”. Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, ISSN 0210-1696, Vol. 37, N° 218, págs. 5-8.
- SCHALOCK, R. L., KEITH, K., y HOFFMAN, K. (1990). “*Quality of life questionnaire standardization manual*”. Mid-Nebraska Mental Retardation Services, Inc.
- SCHALOCK, R. L., y VERDUGO, M. A. (2002). “*Handbook on quality on life for human services practitioners*”, Washington D. C.: American Association on Mental Retardation.
- SEGG (2002). Decálogo de las Personas Mayores.
- SEGG. “*Vejez, negligencia, abuso y maltrato; La perspectiva de los mayores y de los profesionales*”.
- SEIJAS VILLADONGOS, E. (2004). “*Los derechos de las personas mayores*”. Madrid, BOE.
- SENGSTOCK, M.C. y O'BRIEN, J.G. (2002). “*Identifying and treating domestic abuse in the elderly: A training program for health and social service professionals*”. <http://hometown.aol.com/mcsengtoc/elderabuse.htm>.
- SHALOCK R.L. y VERDUGO M.A. (2003). “*Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*”. Madrid: Alianza.
- SHALOCK, R. L., Y VERDUGO, M. A. (2003), “*The concept of quality of life in human services: a handbook for human service practitioners*”, Washington D.C, American Association on Mental Retardation.
- SIIS. Centro de Documentación y Estudios (2001). “*Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial. ¿Cómo compaginarlos?*”.
- TOUZA, C. y otros. (2002). “*Los malos tratos a las personas mayores: una propuesta para trabajar desde los equipos de servicios sociales de los municipios*”. *Intervención psicosocial*, vol. 11, n° 1, pp. 27-41.
- TRIADO, C. (2003). “*Incapacitación y protección de los derechos de las personas mayores*”. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(4):239-240.
- VERDUGO, M. A., GÓMEZ, L. E. y ARIAS, B. (2008). Escala de Calidad de Vida “Fumat”.
- VICTOR ROSELLÓ, MALLOL (2006). “*Aplicación de la normativa de protección de datos en residencias geriátricas*”.
- WALSH, D. (2008). (Traducción de Ángel Padierna). “*Manual de entrenamiento en el cuidado de personas con demencia para profesionales de recursos sanitarios y residenciales*”. Colección Cuadernos de Geriatria y Gerontología. Ed. Erein. San Sebastián.

WARDAUGH Y WILDING (1983). *“Towards an explanation of the corruption or care”*. Critical Social Policy. 37(13), 4-31.

WOLF, R.S. (1998). *“Domestic Elder Abuse and Neglect”*. En: I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt, editors. *Clinical Geropsychology* (pp. 161-165). Washington, D.C.: American Psychological Association.

WOLF, R.S., & PILLEMER, K.A. (1989). *“Helping elderly victims: The reality of elder abuse”*. New York: Columbia University Press.

YANGUAS, J. y LETURIA ARRAZOLA, F.J. (2006). *“Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional”*. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

YANGUAS, J. y LETURIA ARRAZOLA, F.J. (2006). *“Intervención psicosocial con personas mayores”*. Psicología de la vejez / coord. por Feliciano Villar, Carme Triadó. ISBN 84-206-4819-1, págs. 389-422.

Otras fuentes

ARARTEKO (1999). *Los derechos no caducan con la edad: el año internacional de las personas mayores*.

ARARTEKO (2005). *Atención a personas mayores en la CAPV: servicios de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales*.

ARARTEKO (2006). *Informe anual al Parlamento Vasco*.

Barcelona 02 <http://www.gencat.es/benestar/congres/concluponent.htm>.

Código Deontológico Español, 1999.

Conclusions del 4t Congrés Nacional de la Gent Gran de Catalunya. Generalitat, 2002.

Consejo de Europa: Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Ratificado en Oviedo el 4 de Abril de 1997.

Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Resolución 61/106, de 13 de Diciembre.

Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina Cap. II Art. 5.

Decálogo de derechos de las personas mayores aprobado por la Comisión Sectorial de las personas mayores. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco. Eusko Jaurlaritza, 2002, pp. 1.

Decreto 139/2007, de 11 de septiembre, del Comité de Bioética de Euskadi.

Decreto 41/1998 sobre Servicios Sociales Residenciales para la Tercera Edad.

Decreto 64/2004, de 6 de Abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas.

Decreto 68/2000, de 11 de Abril: Normas Técnicas sobre Condiciones de Accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación.

Diputaciones Forales de la CAPV; Carta de Derechos de las Personas Mayores Dependientes, “Sus derechos son nuestros derechos”.

Documento abierto de derechos y libertades de las personas mayores con dependencia. Bienestar Social. Ayuntamiento de Barcelona.

En pie de Igualdad. Manifiesto por una sociedad accesible elaborado por las Diputaciones de Álava, Bizkaia y Guipúzcoa.

Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: *la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano*. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2004; 39 (2): 72-93.

Hacia una posible despenalización de la eutanasia: Declaración del Institut Borja de Bioética (Universitat Ramon Llull). 2005.

II Plan Integral contra la violencia doméstica 2001-2004. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2004; 39(4):240-54.

Ley 1/2000, de 7 de Enero, de Enjuiciamiento civil; Artículo 763 de Internamiento no voluntario por trastorno psíquico.

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.

Ley 14/1986, Artículo 10.6 (Información y Consentimiento Informado). Ley de autonomía del paciente.

Ley 20/1997 para Promoción de la Accesibilidad.

Ley 41/ 2002 de 14 de Noviembre, básica de reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales, del País Vasco.

Ley 51/2003, de 2 de Diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.

Ley 7/2002 de 12 de Diciembre, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad.

Ley foral Navarra de servicios sociales, Ley 15/2006, de 14 de diciembre.

Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los malos tratos a las personas mayores: una propuesta para trabajar desde los equipos de servicios sociales de los municipios. Intervención psicosocial 2002, volú. 11.

Manifiesto a Favor De Las Personas Mayores: Consejo de Personas Mayores. Diputación Foral de Guipúzcoa.

OMS 2000. Hacia un consenso institucional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores.

Pautas para prevenir el maltrato a las personas mayores. Diputación Foral de Guipúzcoa. Departamento para la Política Social.

Real Decreto 63/1.995, de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Seminario sobre la protección de los Derechos Humanos y la situación particular de las Personas de Edad Avanzada en las Residencias para la Tercera Edad o en Instituciones. Documento de reflexión y conclusiones. Del 21 al 23 de octubre de 2001. Suiza.

The Mount SINAB Victim/Services Agency Elder Abuse Project (1998). Elder mistreatment Guidelines for healthcare professional: Detection, assessment and intervention. New York: Mount Sinai Medical Center, 1988 (modificada).