

Ética y buen trato a personas mayores

Ethics and good treatment to the major persons

Marije GOIKOETXEA ITURREGUI

Facultad de Psicología y Educación

Universidad de Deusto

marije.goicoechea@deusto.es

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013 (pp. 424-448)

Fechas: Entrada: 26-02-2013; Aceptado: 04-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

El artículo parte de la convicción de que las personas mayores desean una vida realizada y buena. Para ello es necesario mejorar su estimación personal (autoestima) y social. Se pretende, en primer lugar, aportar criterios y fundamentos éticos para el buen trato partiendo del reconocimiento del "valor" de la persona mayor, basado en la dignidad que poseen. A continuación propone una guía o itinerario relacional de "buen trato" que permita a la persona mayor capacitarse para un proyecto de vida autónomo en instituciones justas, donde se den las condiciones para desarrollar sus derechos de ciudadanía y la protección de su vulnerabilidad

PALABRAS CLAVE

Vejez, persona mayor, ética, "buen trato", maltrato, dignidad, autonomía..

ABSTRACT

The article starts from the certainty that elderly wish for a good and fulfilled life. For that, it is needed to improve their self-esteem and social esteem, which is the factor that has influence in a bigger way in the treat they receive. Firstly the article deals with contributes with judgment and ethic foundation for the good-treatment, starting from its values recognition, based on the dignity they have. Next, it is proposed a guide or itinerary of a good-treatment that allows the elder person qualify for a autonomy life-project in fair institutions, where there are the conditions for developing their citizenship and the vulnerability protection right.

KEY WORDS

Elder person, ethic, good treatment, autonomy, maltreatment, dignity

INTRODUCCIÓN

La ética hace referencia a la propuesta de vida buena que deseamos. Consideramos que merecemos ser felices, desplegando una vida que vale la pena ser vivida en un marco de autorrealización personal. Como respuesta a ese anhelo, surge el deber o imperativo ético: ¿qué debo vivir, y por tanto decidir y hacer, para lograr lo que deseo? Ahí radica la responsabilidad humana, la obligación de “responder”, ante nosotros mismos y ante los demás, que lo vivido tiene significado en y para un proyecto de vida buena.

Sin embargo, los seres humanos no somos “autosuficientes”, somos biológica, psicológica y socialmente “vivíparos”; como tales, requerimos de un “nosotros” del que formar parte, en el que ser y desarrollarnos como humanos. Los otros son el “hogar”, los “recursos” que necesitamos para capacitarnos cada cual como un “yo” autónomo y diferente. Por eso, todos somos radicalmente “dependientes” para poder logrnarnos y lograr nuestros “fines” personales.

Como el anhelo es lograr un “yo pleno”, no nos conformamos con cualquier vida, sino la mejor posible en cada momento y en cada etapa. Para la ética, todo aquello que no lo mejor, no es suficiente. Exigimos y nos exigimos lo óptimo para lograr bien-estar y, sobre todo, bien-ser. No nos conformamos con vivir, como “no morir” y por tanto, no ser “maltratados”, sino que deseamos y exigimos “vivir bien, al modo humano de vivir bien”, ser “bien tratados”, pudiendo acceder a los recursos y las relaciones que nos permitan una vida realizada, y participando en la vida común, en la “polis” de la que formamos parte.

Todo proyecto de vida tiene momentos y etapas de necesidad y otras de desarrollo. Sin duda, las personas mayores de 65 años viven prioritariamente una etapa de desarrollo, de autorrealización personal desde una identidad consolidada personal y socialmente. Sin embargo, es también un momento de aparición de nuevas necesidades generadas, fundamentalmente, por el cambio de función social (laboral y familiar). En este sentido es un momento de “reconfiguración” que requiere nuevos recursos y relaciones que posibiliten actualizar el proyecto personal sin renunciar a pretender “lo mejor”, lo “óptimo posible” para lograr la autorrealización. La “reconfiguración” requerirá mayores aportaciones personales y sociales (sanitarias, de servicios sociales”, económicas...) en las personas más vulnerables, con mayor



“dependencia funcional” y/o autonomía limitada para gestionar responsablemente su vida.

Mi objetivo es contribuir a la reflexión sobre cómo lograrlo. Intentaré aportar criterios éticos que vayan más allá de las obligaciones de “mínimos” para evitar el maltrato a los mayores; pretendo apuntar a máximos de “buen trato” que permitan a los mayores aspirar a una vida feliz y realizada.

1. EL OBJETIVO IRRENUNCIABLE: UNA VIDA REALIZADA

Como ya he apuntado en mi introducción, tratar bien a las personas, en nuestro caso a las personas mayores, antes que una obligación o imperativo, es un modo de relación personal y social que pretende un objetivo deseable para cualquier persona, que no es otro que una vida feliz. Me gustaría no renunciar a dicho objetivo. Con demasiada frecuencia, los que nos dedicamos a la ética convertimos a esta en un sistema de normas y prohibiciones para asegurar un mínimo de bienestar y justicia a todas las personas. De este modo, nuestras reflexiones van dirigidas a determinar obligaciones universales que, lamentablemente, pronto se convierten en las mínimas obligaciones exigibles, es decir en obligaciones legales, y parece que nuestras obligaciones éticas se reducen al cumplimiento de la ley.

Si el objetivo del buen trato a las personas mayores es posibilitar una vida realizada, lógicamente es irrenunciable una perspectiva subjetiva que nos exige conocer qué es satisfactorio para cada persona. Dicha perspectiva subjetiva es incluida en las diversas definiciones y conceptos de “calidad de vida”. El término “Calidad de Vida” es ampliamente utilizado y varias veces re-definido. Quiero partir del concepto de “calidad de vida” de Felce y Perry (Felce 1997; Felce y Perry, 1996) que incluye: 1. factores objetivos de condiciones de vida de una persona; 2. la evaluación subjetiva de la satisfacción obtenida por las relaciones formales e informales; y 3. los valores y aspiraciones personales. Estoy de acuerdo con incluir los valores personales como un factor de las dimensiones subjetivas, como proponen Shalock y Verdugo (Shalock, R. y Verdugo, M. A., 2010), siempre que dichos factores no se confundan con bienestar emocional, sino que se reconozca la importancia que tiene el cumplimiento de los propios “deberes”, en la apreciación y estimación del bienestar. Aporto un ejemplo que puede ayudarnos a comprender esto. Es posible que una persona mayor no reconozca como “buen trato” que un familiar suyo utilice su

dinero y gestione, sin su "consentimiento", la contratación de una auxiliar domiciliaria que mejore su bienestar objetivo (satisfacer sus necesidades físicas correctamente) y emocional (aumentar la comunicación y disminuir el aislamiento). Aunque su bienestar emocional aumente, la persona seguirá considerando incorrecta la propuesta si resulta incompatible con poder mantener un compromiso previo, por ejemplo el mantenimiento económico de un allegado.

Seguiré el planteamiento que Etxeberria, inspirado en Paul Ricoeur (Ricoeur, 2005), aplica a las personas con discapacidad, para describir qué entiendo por una vida realizada que es el objetivo del "buen trato"; en apartados posteriores expondré los principios éticos en que se fundamenta, y posteriormente apuntaré un recorrido o itinerario que les propongo para lograrlo.

1.1 Anhelos de vida realizada

El deseo de vida lograda se apoya necesariamente en la autoestima personal, en la conciencia de ser valiosos, de poseer cualidades y capacidades personales que nos permiten hacer aportaciones que mejoran el bienestar personal y social de los que nos rodean. La autoestima aumenta cuando somos reconocidos, estimados, en el medio en el que vivimos.

No es fácil que las personas mayores mantengan niveles adecuados de autoestima personal. El Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, mayo 2009) en el que se formulan preguntas relacionadas con la vejez, muestra como el 36.2% de la población española identifica a las personas mayores como aquellas que "no pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados", mientras que sólo un 6.2% asocia este grupo de población con "personas activas, que disfrutan de la vida". Otros estudios muestran que estos estereotipos negativos sobre lo que conlleva la vejez están presentes tanto en la población joven como en las personas mayores. (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2002, citado en Iborra, 2008). Se considera a las personas mayores desde una perspectiva principalmente "pasiva", como receptoras de prestaciones y servicios, consumidoras de servicios públicos y privados. Todo esto facilita que otras personas abusen de ellos sin un sentimiento de culpabilidad o remordimiento, y que se les vea como un objetivo perfecto para la explotación (Bytheway, 1994, citado en Iborra, 2008).



No es casual esta percepción; es la que se nos transmite en los diferentes medios de comunicación. Los medios apenas tienen en cuenta a los mayores en las informaciones y, cuando tienen cabida en ellas, se encuentran en situaciones asociadas a la exclusión social, la dependencia o la marginación. Las personas mayores, en la prensa escrita, forman parte de un colectivo sin voz, que carece de personas con identidad propia, salvo que se trate de personajes célebres y famosos, en cuyo caso se destacan sus actitudes vitalistas, llevando a cabo actividades relevantes relacionadas con la cultura, la ciencia o la política (Observatorio de personas mayores, Imserso 2006).

Lamentablemente, solo tratamos bien a aquello que consideramos valioso. Las personas mayores son un colectivo heterogéneo; cada persona posee identidad propia configurada a partir de los rasgos de la personalidad y de las experiencias vitales de cada una. Sin embargo existe una percepción distorsionada y se les identifica con fragilidad, carencias y, en consecuencia, como una carga social. Además, frecuentemente prima una visión alarmista respecto a la imposibilidad de sostener el sistema público de protección social, por lo que las futuras acciones a desarrollar con las personas mayores deben de ocuparse de los riesgos económicos que pueden suponer para la vida social y no en sus derechos, sus aportaciones o su bienestar.

Estas representaciones sociales generan una clara infravaloración de la vejez que dificulta a las personas mayores a aspirar a un proyecto de autorrealización personal, renunciando a relaciones basadas en el buen trato y en la estima personal y admitiendo situaciones de infravaloración, instrumentalización o indiferencia. Diversos estudios muestran, además, que los estereotipos negativos sobre las personas mayores influyen directamente en su rendimiento y en su calidad de vida. Carmen Huici, junto a Antonio Bustillos y Rocío Fernández-Ballesteros, ha investigado los efectos de la activación de las etiquetas asociadas a la vejez. El uso de estereotipos que identifican a las personas mayores como inútiles, hace que acaben mostrándose más torpes (tomado de la Vanguardia, 2013).

Por ello, la primera tarea es recuperar la estima social y fortalecer la autoestima de las personas mayores que les proteja de la infravaloración, les impulse asertivamente al reconocimiento de su dignidad y sus derechos y promueva el deseo de ideales personales y sociales que persigan una vida lograda.



1.2 Con y para los otros

No somos felices, ni podemos realizarnos solos. La participación en la vida común no es un añadido a un sujeto ya constituido, como dice Etxeberria, (Etxeberria,2004), sino que es esencial para la constitución misma como personas. El espacio de intercambio, donde damos y recibimos apoyos y recursos para nuestra capacitación, es privado y público.

En la vida privada nos dejamos influir e influenciamos la vida de los que son de nuestra confianza. Compartimos valores, fines, proyecto...y nos sentimos obligados a hacer el bien a aquellos con los que nos hemos comprometido. En este espacio la exigencia de buen trato es mayor, pues somos más vulnerables al tener más expuesta nuestra intimidad personal. La relación interpersonal en este ámbito privado forma parte del proyecto de felicidad y de autorrealización, especialmente en las relaciones familiares, de amistad, donde compartimos creencias e ideales.

Los ámbitos asistenciales (sanitarios o sociales) son ámbitos privados. Por eso las relaciones que exigimos a los profesionales de atención y asistencia son de excelencia profesional; exigimos que sus decisiones y acciones vengan fundamentadas y motivadas por el compromiso de hacernos el bien y deben evitar violentar la gestión de la intimidad y la privacidad de las personas, en este caso de las personas mayores. Para ello, como veremos es necesario desarrollar actitudes, habilidades y virtudes que favorezcan el buen trato, especialmente en los ámbitos de atención y cuidado a las personas más dependientes y vulnerables.

Pero la vida común es también una vida de participación como ciudadanos y ciudadanas en el espacio público. Todo proyecto de autorrealización incluye la responsabilidad sobre el espacio común. La dependencia de algunas personas mayores tiende a provocar, con frecuencia, fenómenos de aislamiento o de reagrupamiento institucional de semejantes. Se da en esos casos el riesgo de excluir y marginar o de considerar a las personas mayores que viven en dichos espacios solo como objetos de rehabilitación o de asistencia, con inexistentes apoyos para la participación como ciudadanos. Como dice Etxeberria "cuando hablamos de construir una sociedad abierta para las personas con discapacidad, con espacios accesibles de todo tipo (educativos, laborales, festivos, etc.), en marcos en los se integran personas con toda condición, no estamos sólo planteando una cues-

tión de justicia, estamos asentando las posibilidades de una vida lograda para todos". (Etxeberria y Florez, 2011).

1.3 En instituciones justas

La polis es el espacio de seguridad donde las personas esperamos que se tenga en consideración nuestras necesidades personales cuando dichas necesidades, por requerir abordajes especializados o por sobrepasar las capacidades de nuestro medio informal, no pueden satisfacerse en los espacios privados.

Para que todas las personas puedan acceder en condiciones de igualdad a los recursos necesarios se requieren instituciones justas que generen condiciones contextuales que impidan la discriminación y marginación de determinadas personas o colectivos y distribuyan con criterios de equidad los recursos disponibles. Se ha llegado a decir que la historia de los derechos humanos es la historia del reconocimiento de las necesidades básicas acompañado de la exigencia de que la sociedad se organice de modo tal que se satisfagan efectivamente en todas las personas (Etxeberria, 2008).

La justicia puede tener diversos modos de comprenderse. El buen trato a las personas creemos que va más allá del planteamiento liberal de respetar sus libertades y plantea la justicia como igualdad de oportunidades, lo que supone por un lado asegurar a todos el acceso a los bienes y recursos básicos con los que poder llegar a un proyecto de vida realizado en libertad y, por otro, compensar en lo posible las deficiencias de capacidades personales que algunas personas mayores dependientes pueden padecer y que no pueden ser superadas en sí (por ejemplo, una ceguera), a través de los recursos que sean necesarios para ello.

Podemos fundamentar la propuesta de fomento del buen trato a las personas mayores dependientes, como una propuesta de justicia que integra la atención a sus necesidades y la provisión de apoyos para una vida social en igualdad, desde tres enfoques distintos (Seoane, 2011):

Un primer fundamento teórico es el enfoque de las capacidades, desarrollado entre otros por Amartya Sen, y por la filósofa norteamericana Martha Nussbaum (Sen, 2000; Nussbaum, 2012). Este enfoque indica que un tratamiento justo de las personas dependientes exige el fomento de sus capacidades internas y externas. Una capacidad no es



lo que una persona hace o es, sino lo que una persona puede hacer o puede ser, por lo que se debe conceder libertad para decidir y ayudar a que sea o lo haga. Nussbaum propone una lista abierta de las capacidades centrales o básicas, aptas para garantizar una vida acorde con la dignidad y concebidas como derechos humanos básicos: 1) Vida. 2) Salud corporal. 3) Integridad corporal. 4) Sentidos, imaginación, pensamiento. 5) Emociones. 6) Razón práctica. 7) Afiliación. 8) Otras especies. 9) Juego. 10) Control del propio entorno: a) político; b) material (Nussbaum, 2012).

El segundo soporte teórico es el enfoque de los funcionamientos seguros, desarrollado desde la Filosofía política por Jonathan Wolff y Avner de-Shalit (Wolff y de-Shalit, 2007). Ellos afirman que la discapacidad, la dependencia, en nuestro caso de las personas mayores, es una desventaja social y, por tanto, un problema de justicia social. Existe una desventaja social cuando una persona tiene escasas oportunidades auténticas para funcionar de forma segura, debido a la ausencia de alguno de estos tres factores: los recursos internos (que equivaldrían a las capacidades internas), los recursos externos (o condiciones externas) y el marco o la estructura social. Me gustaría resaltar de su enfoque el gran valor que conceden al entorno para mejorar el estatus, la posición social de las personas con deficiencias o discapacidades. Desde esta posición el buen trato a los mayores exige medidas asistenciales y estructurales que faciliten no solo intervenciones individuales, sino también entornos seguros y apoyos sociales para lograr una participación social de estas personas.

Finalmente, me gustaría mencionar las teorías del reconocimiento (Ricoeur, 2005; Fraser, 2006 y 2008). El reconocimiento tiene varias dimensiones, de la que ahora nos interesa el reconocimiento intersubjetivo de la persona mayor como un valor, y por tanto se exige su participación en los procesos deliberativos de determinación de las normas y estructuras de convivencia social.

2. LOS REFERENTES ÉTICOS DEL BUEN TRATO A LAS PERSONAS MAYORES

Lograr una vida realizada, con y para otros, en instituciones justas exige a las personas que nos relacionamos con los mayores cumplir una serie de principios morales que nos obligan a "tratarles bien". A continuación expongo cuáles son, a mi juicio, los principios éticos



universales que deben de guiar nuestras actuaciones concretas para lograrlo.¹

2.1 La dignidad como fundamento

La dignidad es la categoría ética fundamental, cuando hablamos de las obligaciones que tenemos para con las personas, en nuestro caso las personas mayores.

Empecemos recordando la definición de dignidad, tal como es expresada por Kant: es digno quien posee un valor incondicionado que le hace ser fin en sí. Quien tiene dignidad puede reclamar ser tratado siempre como fin, es decir, como un valor absoluto que en ningún caso se puede lesionar y nunca como puro medio, es decir como valor puramente instrumental para lograr otros beneficios.

En el reconocimiento de la dignidad ontológica que toda persona tiene por el mero hecho de ser y existir, donde se fundamenta el principio ético que obliga al buen trato. Quien tiene dignidad exige ser tratado con consideración y respeto, con igual consideración y respeto que el resto. Es de esta exigencia de "buen trato" de la que emanan todos los derechos de las personas: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y, dotados como están de razón y conciencia...» (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, artículo 1). Debe reconocerse «la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana» (preámbulo de id.).

El reconocimiento de la igual dignidad de todos los humanos ha exigido y exige los desarrollos jurídicos necesarios que aseguren su protección en aquellas circunstancias en que puede estar en riesgo. Así, se reconoce en la propia Constitución Española y en múltiples normas como las referentes a la asistencia sanitaria (Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información) y los servicios sociales (Ley

¹ Me inspiro aquí en el trabajo de investigación realizado FEVAS con la financiación de la Fundación Etorbizi para la innovación socio-sanitaria sobre "Aproximación ética al maltrato a personas con discapacidad" en el que he participado y que será publicado en breve por el Instituto de Derechos humanos Padre Arrupe de la Universidad de Deusto.



2/2008 de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia).

Las personas nos experimentamos como sujetos de dignidad cuando somos capacitados como seres con iniciativa, autónomos, y lo somos realmente. Político-jurídicamente esta dignidad se plasma en la condición de ciudadanía, en la posibilidad de ser "tenidos en cuenta" pues nuestra aportación es estimada como valiosa para la construcción social. La dignidad, por tanto, implica respeto, supone capacitación para la autonomía y exige jurídica-políticamente el reconocimiento de nuestros derechos como ciudadanos.

Existen tres modos de tratamiento y relación, que quebranta la dignidad. Se dan en las siguientes situaciones:

- Cuando se le trata a la persona como puro medio que vale para algo. Decimos entonces que la persona no tiene valor en sí, sino "precio" y se le maltrata para conseguir determinados intereses. En relación al tema que nos ocupa podríamos situar aquí las situaciones de maltrato responsable (económico, sexual...) donde la persona mayor es "utilizada intencionadamente" por una persona o grupo para lograr beneficios.
- Cuando la persona es considerada un no valor, o un disvalor por carencia de capacidades y/o recursos y como consecuencia sufre menosprecio, indiferencia, o incluso exclusión o marginación (no es tenida en cuenta, se le aparta si nos estorba o molesta, se le aísla o margina para no ser vista...). Esta situación no dependerá solamente de las condiciones de la persona mayor (que requiera más o menos cuidado), sino también de la situación subjetiva del cuidador (mayor o menor control emocional) y sobre todo del compromiso ético y el vínculo personal que se dé entre ambos.
- Por último, se atenta contra la dignidad cuando se considera a la persona, como un disvalor peligroso, porque supone una "carga" para otros, para el sistema,...por sus conductas inadecuadas, por generar gasto, molestia, insatisfacción en su familia, sobrecarga en sus cuidadores; en esos casos puede plantearse su "eliminación" y discriminación respecto a los recursos sociales por considerar que son "desproporcionados" para la "calidad de vida" que se obtendrá.



Estos modos de estimación y relación atentan contra la dignidad personal y por ello las clasificamos de trato poco digno o maltrato. En su sentido más estricto, entenderíamos por maltrato una conducta hacia otra persona que le causa un daño en tales circunstancias –que habrá que aclarar- que debe considerarse inmoral, al suponer falta de respeto de la dignidad de la persona dañada, porque implica tratarla expresamente como puro medio.² El maltrato es un trato indigno dado a otra persona. Esta dimensión de inmoralidad será pues decisiva en la definición precisa de maltrato.

2.2 La no maleficencia y la justicia

En el “buen trato” a las personas está siempre en juego una cuestión de derechos humanos y justicia, que desbordan los marcos de las relaciones intersubjetivas. Lógicamente, el reconocimiento de la dignidad ontológica de la persona tiene consecuencias de orden ético, tanto en el ámbito asistencial como en el ámbito político y social. Si se reconoce que toda persona es digna per se, de ahí se desprende que la comunidad, las instituciones y el Estado deben velar por su protección y por su promoción facilitando atenciones y recursos especializados, estructuras, sistemas y entornos integradores y apoyos físicos, normativos y de otro orden, que posibiliten una igualdad de acceso a los beneficios sociales.

En el ámbito de la bioética tal constatación se desarrolla con los principios de no maleficencia y justicia. El embrión de estos principios los encontramos en el llamado “Informe Belmont” (Informe Belmont, 1978) que formuló la necesidad de respetar principios morales en las investigaciones con humanos. Posteriormente Bauchamp y Childress (Bauchamp y Childress, 1979) los difundieron como el núcleo fundamental de su metodología principialista para la toma de decisiones en la práctica médica. En nuestro medio ha sido el profesor Gracia (Gracia, D. 1989) quien ha profundizado en las consecuencias de su aplicación a la asistencia sanitaria.

² Las personas podemos tratarnos entre nosotros como “medio”, sin que esto sea inmoral. Por ejemplo, el médico es el medio a través del cual el paciente se cura. Esto es acorde con la moralidad porque, *al mismo tiempo* que funciona como medio para un fin, el médico es considerado por el paciente un fin en sí, una persona con dignidad, a la que se le respeta en cuanto tal y se le reconoce su autonomía. Lo inmoral es tratar a alguien como *puro medio* para los intereses de quien lo trata, sin que exista a la vez este respeto y reconocimiento. Como es sabido, estas consideraciones se las debemos a Kant.

El principio de no maleficencia exige a los profesionales y cuidadores formales e informales disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que, en su relación con las personas dependientes, no se lesione su integridad y dignidad. Para ello se hará necesario el desarrollo y seguimiento de buenas prácticas personalizadas que, con evidencia científica suficiente en el caso de los profesionales, mejoren la calidad de vida de las personas. El buen trato a las personas mayores exige para ello, el desarrollo de la investigación y la formación en el ámbito de la geriatría y la gerontología, especialmente en aquellos ámbitos en que se dan situaciones especiales de deterioro y dependencia, como son las enfermedades neurológicas como las demencias y los procesos de final de la vida.

En cuanto a la justicia, el respeto a la dignidad supone que las personas no sean discriminadas en cuanto a las posibilidades de lograr una "vida realizada" en función de factores como la edad, la enfermedad, el nivel de autonomía, etc. En su versión distributiva, la justicia está decididamente mediada por las instituciones e implica relaciones guiadas por el criterio del reparto equitativo de bienes y recursos con los que se satisfacen necesidades y se potencian las capacidades. Hay situaciones que suponen en sí un atentado contra la justicia distributiva, y por tanto contra la dignidad, como puede ser los criterios de exclusión en función de la edad de determinadas prestaciones sociales. Podemos hablar, incluso, de situaciones de maltrato en el ámbito de los mayores, que han sido provocados por la ausencia de recursos para la atención de necesidades básicas (como la ausencia de cuidadores familiares). Afortunadamente el Estado, a través del sistema de servicios sociales ha asegurado la atención a las personas en grave situación de dependencia. Por otro lado, la justicia positivizada en el Derecho debe regular el modo como debe indagarse, enjuiciarse, condenarse, repararse y, eventualmente, castigarse los delitos de maltrato en sus diferentes figuras penales.

Estos principios de no maleficencia y justicia reclaman a los responsables en cada caso:

- Formación para los cuidadores y profesionales para evitar situaciones de riesgo
- Validación de los procedimientos empleados en la atención a las personas mayores, especialmente cuando los mismos puedan generar una limitación de derechos (restricciones, ingresos involuntarios, etc.)



- Iniciativas para mejorar el buen trato a los mayores como guías buenas prácticas, formación en ética, sistemas de calidad y control que incluyan indicadores de buen trato.
- Establecimiento de medidas para evitar la discriminación de los mayores en los medios públicos como la asistencia sanitaria, el acceso a los servicios públicos de transporte, ocio, etc.
- En relación al maltrato: instrumentos de prevención, medidas de reparación a las víctimas del maltrato, eventualmente castigo a los culpables,

2.3 La autonomía y la beneficencia

Cuando nos planteamos como fomentar el buen trato a las personas mayores, no nos conformamos con no hacer daño, con respetar la dignidad y con evitar discriminaciones o situaciones de exclusión. Pretendemos que las personas mayores puedan vivir de acuerdo a su modo de ser propio y puedan continuar su desarrollo biográfico e histórico en esta etapa de su vida. Para ello requieren entornos y relaciones que posibiliten el aprendizaje para alcanzar los propios objetivos.

437

Para lograrlo se necesitan relaciones que empoderen a la persona mayor, haciéndole protagonista y responsable de sus decisiones, conductas, bienestar y, en definitiva, de su "calidad de vida". Situándonos en este marco privado e intersubjetivo, y partiendo de que deben asumirse también en él los dos principios anteriores, aparecen otras dos obligaciones éticas irrenunciables para tratar bien a las personas: el respeto y desarrollo de su autonomía y la exigencia de beneficencia.

Quisiera aclarar que las relaciones asistenciales, sanitarias o de servicios sociales, se dan en este marco. Son relaciones que pretenden afectar, transformar y modificar la vida privada de las personas con el objetivo de superar las dificultades que le impiden "apropiarse de su vida", fomentar su salud y mejorar sus niveles de interacción social. Entendemos la salud como la "capacidad de posesión y apropiación del cuerpo" (Gracia, 1988). Dicha capacidad presupone dos niveles diferentes: el nivel biológico que define como ausencia de enfermedad o disfunción, y el nivel biográfico o moral que determina el nivel de bienestar personal en referencia a los propios objetivos vitales (Gracia, 1991). Desde esta concepción, el ser humano vive saludablemente, con salud, cuando puede llevar adelante su proyecto

de vida integrando en ella dos dimensiones fundamentales de su vivir: la corporalidad y la autoconciencia. Una vida saludable requiere niveles suficientes y gratificantes de interacción social que le permiten satisfacer las necesidades generadas por su vulnerabilidad o su deseo de desarrollo personal.

El principio de autonomía reclama respeto a la autodeterminación de las personas con las que entramos en relación (familiar, profesional, de amistad, ocasional...). Las personas, en virtud de su dignidad, son capaces de proponerse sus propios fines y, además, están obligados a perseguirlos. Respetar el propio código moral, los propios valores y creencias, es la primera obligación que sentimos cuando hemos desarrollado nuestra capacidad de libertad y responsabilidad. El respeto a la autonomía, requisito indispensable del buen trato, se desarrolla en diversas direcciones. A continuación presento brevemente algunas de ellas:

- Demanda contar con el permiso o consentimiento de los destinatarios de nuestra relación para acceder a su vida privada. El derecho a la privacidad, intimidad y confidencialidad es una consecuencia de la obligación de respetar la autodeterminación de las personas.
- Cualquier acción o intervención en la privacidad de otra debe evitar no solo imposiciones sino también engaños y manipulaciones, incluso cuando pensamos que son por su bien. El respeto a la autonomía conduce a eliminar cualquier obstáculo que impide a las personas tomar decisiones voluntarias y libres.
- El desarrollo de capacidades para la autonomía requiere aportar información comprensible y completa de la situación que una persona vive, así como de las alternativas que existen para dicha situación, conociendo los riesgos y beneficios de las mismas.
- Por último requiere apoyos, intervenciones y recursos para facilitar la comprensión, la elección y la expresión de las propias decisiones. En ocasiones será necesario poner a disposición de las personas recursos especiales como: modos alternativos de comunicación; instrumentos para conocer, explorar y recoger sus valores y preferencias para ser tenidas en cuenta en situaciones futuras de incapacidad;...

El principio de beneficencia es sin duda, el principio más implicado en el buen trato a las personas mayores. Nos proponemos y exigimos tratar bien para lograr el mayor beneficio y bienestar de las personas. Rige, sobre todo, para las personas que tienen relaciones de atención profesional o de cuidado informal con otras. Exige a los cuidadores:

- Que el bien que haga siguiendo criterios objetivos de mejora de calidad de vida, sea valorado también como bien por la propia persona mayor pues le ayuda a completar su biografía o proyecto de vida de acuerdo a su modo de ser.
- Que, en el caso de que observen carencias de autonomía, orienten prioritariamente la acción benefactora a potenciarlas todo lo que se pueda, y a sustituirlas únicamente en lo que no se pueda.
- Que, caso de tener que sustituir las decisiones de la persona mayor, las opciones elegidas tengan en cuenta los valores de la persona a la que se representa.

2.4 La prudencia

439

Cada persona tiene un modo único y distinto de percibir su realidad, la realidad de otros y la realidad del mundo. Esta percepción condicionará en gran medida sus decisiones y, por tanto, su estimación de lo que es una vida buena y realizada, y de lo que considera "calidad de vida". No es posible conocer la verdad absoluta sino las diferentes verdades de una realidad que se experimenta diferente, desde diferentes situaciones y perspectivas: la de la persona mayor, la de su representante, la de los familiares, la de los profesionales sanitarios, la de los profesionales de servicios sociales, la de los gestores, etc. Los principios se aplican siempre a situaciones concretas en que no siempre es fácil determinar qué es lo mejor para la persona mayor, pues entran en conflicto diversos valores y responsabilidades. En esos casos es necesario tener en cuenta a todos los afectados e implicados en la decisión.

Pero no todo diálogo supone un compromiso moral de lograr un entendimiento entre las partes; hay diálogos que se quedan en la comunicación de las diferentes perspectivas. El "buen trato" exige comprometemos, no sólo a dialogar, sino a deliberar, es decir, a dejarnos afectar para encontrar la mejor solución posible, especialmente en situaciones de vulnerabilidad grave de la persona mayor. El diálo-

go racional y la deliberación práctica es una habilidad que debe de incorporarse para impulsar el trato digno a las personas mayores.

El profesor Gracia (Gracia, 2001) propone el método deliberativo para estos casos. Dicho método exige: la escucha atenta de los argumentos de cada persona y/o parte; el compromiso de intentar comprender la situación completa en toda su complejidad; el análisis de los valores implicados; la argumentación racional sobre las diferentes soluciones o propuestas posibles y dentro de ellas de las más óptimas; la aclaración del marco legal de la solución acordada.

Quiero hacer notar la insistencia en el compromiso de los implicados en la búsqueda de una solución responsable y prudente que resulte la más adecuada para respetar la dignidad de las personas implicadas, tras un proceso de deliberación racional.

3. UN ITINERARIO PARA EL BUEN TRATO A LAS PERSONAS MAYORES: EL CASO DE JUAN

440

Como resumen y aplicación práctica de lo anterior podemos intentar pensar en cómo “tratar bien” a Juan.

Juan es un hombre soltero de 78 años, agricultor que vive solo en una casa de campo. Tiene la ayuda de una sobrina que le “organiza” los cuidados básicos y de una persona contratada que 4 días a la semana, dos horas cada día, le realiza las labores domésticas. Además tiene una excepcional relación con sus vecinos a los que ve muy frecuentemente y con los que comparte, casi diariamente, labores agrícolas y ocio. Tras un ingreso por una intervención quirúrgica en el que se le amputa una pierna y se detecta un mal control de varias enfermedades crónicas, se plantea qué hacer con Juan en esta última etapa de su vida en que probablemente sufrirá un deterioro progresivo.

Juan sufriría un trato inadecuado o incorrecto, por no cumplirse los principios anteriores y por tanto no respetar la dignidad de Juan, si ocurre algo como lo siguiente:

- No es informado de su situación, de las alternativas o recursos existentes de modo claro y adecuado.
- La determinación de sus cuidados se realiza sin tener en cuenta sus necesidades propias e individuales y sin su participación o la de los que le conocen.
- Es discriminado en determinados servicios o de determinadas prestaciones por su condición de persona mayor "pluripatológica" o por generar "costos" que se consideran desproporcionados para el sistema o la familia.
- Es ingresado en contra de sus deseos en un centro residencial.
- Pierde las relaciones significativas de su vida.

A continuación podemos intentar un itinerario de "buen trato a Juan", que comienza con una percepción éticamente correcta y concluye con la responsabilidad de su cuidado y la protección a su vulnerabilidad.

3.1 La percepción de su "valor".

El punto de partida del buen trato a Juan, es una buena estimación, una percepción de su valor y su dignidad. Dicha percepción debe comenzar por las propias personas mayores. Fomentar la autoestima de Juan es el primer paso para evitar su maltrato o el trato no digno. La percepción y las actitudes que dicha percepción genera son debidas en gran parte a los valores culturales en que somos socializados. Por ello es necesario superar el modelo "deficitario" de la vejez, que identifica esta etapa con "enfermedad", "improductividad", "involución", "decadencia", y sustituirlo por un modelo de "desarrollo" que asume un concepto biográfico de salud como proyecto de vida y plantea nuevos objetivos y metas para esta nueva situación.

El "deficientismo" es el caldo de cultivo para el maltrato. Tratamos mal a aquello que no vale, y no esperamos que nadie lo trate bien, por lo que consideramos "heroicas" las personas que mantienen compromisos de cuidado y atención digna a los mayores dependientes. Una percepción "ajustada" de las personas mayores que incluya sus capacidades, además de sus déficits, tendrá como consecuencia el "reconocimiento" (Fraser 2008) social necesario de sus derechos y

la solicitud de su participación en los ámbitos políticos de participación donde se decide el "bien común".

El reconocimiento de Juan como "valioso" generará relaciones intersubjetivas de beneficio mutuo en que todos los implicados en la relación esperan, y logran, enriquecerse y capacitarse en el encuentro. Supondrá un modelo de relación de confianza en el que informar a Juan de su situación con la expectativa de que es capaz de determinar, decidir y responsabilizarse de esta nueva etapa de su vida. Así además evitaremos consecuencias como la "sobrecarga", el "síndrome de burn-out", en alguno de sus familiares (por ejemplo su sobrina), o relaciones "defensivas de mínimos legales" (no podemos abandonarle) que, si bien no pueden catalogarse como maltrato, son uno de los factores predictores del trato no digno y de situaciones de sufrimiento en personas mayores vulnerables.

3.2 El compromiso con su "dignidad"

El buen trato a Juan parte de una percepción correcta que genera estima, y promueve un compromiso con la mejora de su calidad de vida. Dicho compromiso es el que motiva a los que conviven y asisten a los mayores a "capacitarse" y "cualificarse" con el objetivo de "mejorar" el bienestar de la persona mayor. Dicha capacitación deberá incluir:

- aspectos técnicos que logren mejorar los indicadores objetivos de salud (en el caso de Juan mejorar el control de sus enfermedades crónicas, lograr una buena adaptación con su minusvalía, atender las necesidades emocionales que tenga tras la amputación de su pierna...) e inclusión social (proponer las ayudas y apoyos técnicos necesarios para mantener en lo posible sus interacciones sociales...)
- aspectos relacionales que sean percibidos como satisfactorios por las personas mayores, por evitarles daños personales o sociales, promover su autonomía personal y proteger su dignidad en caso de ser incapaces para gestionar su vida responsablemente. La solicitud con Juan "obliga" a los profesionales a capacitarse en competencia emocional y relacional y en habilidades de comunicación; en el caso de Juan supondrá poseer habilidades para informar de modo comprensible de las diversas alternativas sociales y sanitarias, dar malas noticias, sostener el impacto emocional, ayudarle a decidir...



- Por último se requiere también cualificación ética. Para ello es necesario capacitarse para la deliberación y la toma de decisiones prudentes con Juan y los suyos, y desarrollar cualidades personales, también llamadas virtudes, que posibiliten que la persona se sienta valiosa, respetada y protegida. En este caso se necesitará paciencia para que Juan se adapte a esta nueva etapa y serenidad para no generar situaciones de conflicto entre Juan y sus familiares.

3.3 El respeto y promoción de su autonomía

El respeto a Juan se despliega en dos direcciones: una negativa a decidir o hacer acciones que le generen daño y otra positiva que nos exige procurarle las condiciones para una vida digna.

En la primera de las direcciones el punto de partida es el reconocimiento de la persona mayor como persona capaz y autónoma para gestionar su vida. La autonomía de Juan puede verse afectada por su situación de "dependencia funcional" o vulnerabilidad, pero es necesario no considerarle por ello incapaz de decidir sobre su vida.

La autonomía hace referencia a la capacidad de responsabilizarse de las decisiones y acciones propias y de las consecuencias de las mismas para sí o para otros. Juan es autónomo cuando vive de acuerdo a su modo de ser propio, a su proyecto de autorrealización, al código moral que determina sus valores y obligaciones. El respeto a la autonomía, entendida como evitar aquellas situaciones que cercenan la capacidad de las personas mayores para gestionar con libertad y responsabilidad su vida, conlleva:

- No invadir los ámbitos privados de Juan sin su autorización y cuidar especialmente el acceso sin mediar una relación de confianza a espacios de intimidad y privacidad si no es necesario para su bienestar. En este apartado incluimos la corporalidad, la sexualidad, las propiedades, la información personal y los valores y creencias de Juan
- Protegerle del acceso de otros a su vida privada sin su consentimiento. De ahí se deriva la obligación de confidencialidad de los profesionales y la necesidad de preguntarle quien quiere que acceda a su cuidado; también el derecho a la protección de sus datos personales.



- No utilizar engaños, manipulaciones y coacciones que pueden limitar y condicionar, e incluso eliminar, la voluntad personal de Juan.
- Informar de modo completo y comprensible de todo aquello que debe conocer para poder decidir con libertad y responsabilidad de acuerdo a sus valores y creencias, cómo y dónde vivir esta etapa, con qué recursos debe contar para cada alternativa, qué personas de su entorno pueden ayudarle y con qué condiciones, etc.
- Facilitar que Juan pueda expresar sus valores y decisiones y participe en la deliberación de las decisiones que le afectan.

En un sentido activo el respeto a la dignidad exige promover su autonomía personal y capacitarle para una vida responsable. En este sentido el "buen trato" a las personas mayores genera en los profesionales, familiares e instituciones promover contextos y facilitar apoyos personalizados para una vida autodeterminada, y, por tanto, única para cada persona. Sin duda el modelo de "Atención integral centrado en la persona" es el mejor para lograrlo (Martínez, 2011) pues, desde el enfoque de las capacidades, promueve a través de programas personalizados que cada persona mayor pueda, si es posible, dar continuidad a su historia personal en su entorno habitual, y si no es posible pueda vivir en otro lugar "a su modo".

3.4 La inclusión en los ámbitos de participación ciudadana

El buen trato a los mayores incluye el reconocimiento de su condición de ciudadanos. Para ello los mayores tienen que poder participar en el espacio público y su perspectiva debe ser tenida en cuenta en los procesos políticos de deliberación sobre la gestión del bien común. Lo frecuente es la consideración de los mayores como objeto de atención de las instituciones públicas. Considerarles sujetos protagonistas de la construcción social requiere hacer efectivo el paradigma del Envejecimiento Activo propugnado por la OMS, aprobado por Naciones Unidas y destacado por la Unión Europea, que designó 2012 como "Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional". La concreción para ello se recoge en el excelente "Manifiesto para una política de envejecimiento activo" (Asociación de mayores Madrid XXI y Fundación Pílares, 2013). Algunas de sus recomendaciones posibilitarían que Juan contase con propuestas acordes a su modo de ser en este momento, más acordes a una cultura

rural como es la suya, que pudiera posibilitar considerar a alguno de sus vecinos como cuidadores principales, etc.

3.5 La protección de su vulnerabilidad

Por último, no podemos obviar que, casi con toda probabilidad, Juan necesitará intervenciones y cuidados más intensos y especializados en breve tiempo. Dichos cuidados deberán ser acordes a su modo de ser propio y consentidos por él en la medida que lo posibiliten sus capacidades. Para ello deberemos de procurar recursos que mejoren sus niveles de confort emocional y físico, de modo que podamos asegurar que sus decisiones no están siendo coaccionadas por altos niveles de malestar físico (disconfort, dolor...) o emocional (soledad, abandono...).

En aquellos ámbitos en que Juan no pueda decidir por sí mismo se deberá procurar atenciones conformes a su modo ser, sus gustos, preferencias y valores. El buen trato a Juan incluye conocer dichos valores y preferencias, registrarlas, y ayudar a sus representantes a decidir conforme a los mismos. Si es posible deberemos facilitar a Juan la expresión de sus directrices previas y la participación en la planificación anticipada de sus cuidados al final de su vida, sin olvidar la atención a sus necesidades psicosociales, espirituales y religiosas.

Por último, creo que en la situación actual es imprescindible incluir en la obligaciones de "buen trato" con las personas mayores la coordinación entre los diversos ámbitos de intervención (social y sanitario) y los diferentes niveles dentro de esos ámbitos (comunitario y especializado). No es infrecuente que la falta de cooperación y colaboración genere altas dosis de confusión, desorientación, e incluso lesiones a las personas mayores. Dicha obligación es principalmente de los profesionales con responsabilidades políticas y de gestión, pero cuando las estructuras no lo faciliten deberán de ser los profesionales de atención directa los que soliciten y faciliten la información y las acciones necesarias para evitar situaciones de atención insuficiente, inapropiada o abandono en la atención a las personas mayores por considerarse que dicha acción no está asignada con claridad su responsabilidad y competencia.

**BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- CIS (Centro de investigaciones sociológicas) (2009). Barómetro de enero. Estudio nº 2.801.
http://datos.cis.es/pdf/Es2801mar_A.pdf [consultado el 23 de febrero de 2013]
- ETXEBERRIA, X. (2004). Ética y discapacidad. Siglo 0. Revista Española sobre discapacidad intelectual. Vol 35(2). Num 210.
- ETXEBERRIA, X. Y FLOREZ, J. Discapacidad y sociedad: aspectos éticos.
<http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=category&id=878&Itemid=2309> [consultado el 11/11/2013]
- ETXEBERRIA, X. (2008). La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos; 48. Universidad de Deusto.
- FRASER, N. (2006). La justicia social en la era de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. En N. Fraser, N. y A. Honneth, *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate filosófico-político* (pp. 17-88, 2003), traducción de Pablo Manzano. Morata-Fundación Paideia Galiza.
- FRASER, N. (2008). *Escalas de justicia*. Traducción de Antoni Martínez Riu. Madrid. Herder.
- GRACIA, D. (1989). Fundamentos de Bioética. Madrid. Triacastela.
- GRACIA, D. (1991) Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid. Eudema.
- GRACIA, D. (1998). Salud, ecología, calidad de vida, Jano 35, 133 - 147.
- GRACIA, D. (1991) Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud, Labor Hospitalaria 219, 11-14.
- GRACIA, D. (2001) La deliberación moral: el método de la ética clínica, Medicina clínica 117, 18-23.



GRUPO PROMOTOR DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2013). Confidencialidad en Servicios Sociales. Guía para mejorar las intervenciones profesionales. Oviedo. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

IBORRA, I. (2008). Maltrato a personas mayores en la familia en España. Centro Reina Sofía.
<http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Ficheros_Maltrato_personas_mayores.pdf> [descargado el 12 de febrero de 2013]

LA VANGUARDIA. 11 de febrero de 2013.
<<http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20121005/54351608727/desiguales-por-edad.html#ixzz2Kbe01a5L>> [consultado el 11/11/2013]

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECT OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH (1978); The Belmont Report: Ethical Principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Bethesda. Maryland

NUSSBAUM, M. C. (2012). Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano. Paidós

MARTINEZ, M.T. (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria-Gasteiz. Gobierno Vasco. Documentos de bienestar social, 76.

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES – IMSERSO (2006) Percepciones sociales hacia las personas mayores. Comunicación e Ciudadanía
<http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo06.pdf> [consultado el 11/11/2013]

RICOEUR, P. (2005). *Caminos del reconocimiento. Tres estudios* (2004). Traducción de Agustín Neira. Madrid. Trotta.

SEN, A. (2000). *Desarrollo como libertad* (1999). Traducción de Esther Rabasco y Luis Toharia. Barcelona. Planeta.



SEOANE J. A. (2011) La convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad: perspectiva jurídica. Siglo 0. 42/1, 21- 32

WOLFF, J. Y DE-SHALIT, A. (2007). *Disadvantage*. Oxford. Oxford University Press.