

Recursos prácticos para la atención de personas mayores

Esther Ramos Oliveras

25 horas

Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. El proceso de envejecimiento	7
1.1. Las personas mayores	8
1.2. El envejecimiento activo	10
1.3. Prevención ante el proceso de envejecimiento	10
2. Las personas mayores como sujeto de la intervención	12
2.1. La calidad de vida, motor de la intervención de calidad.....	15
2.2. Recursos y servicios de atención a las personas mayores	17
2.3. Técnicas y recursos prácticos para cuidadores no profesionales .	21
3. Herramientas para la identificación de actuaciones que vulneran a las personas mayores	24
3.1. Diferentes tipologías de maltratos	24
3.2. Indicadores para la identificación de situaciones de maltratos, abusos o negligencias	27
3.3. Recursos de prevención (últimas voluntades, etc.).....	28
Resumen	31
Actividades	33
Glosario	37
Bibliografía	40

Introducción

El progresivo envejecimiento de la población es uno de los rasgos más característicos del proceso de transformación de la sociedad catalana. Este curso pretende ofrecer una aproximación a la intervención con personas mayores poniendo al alcance toda una serie de recursos prácticos vinculados a los diferentes aspectos que rodean al individuo.

Partiendo de que el envejecimiento no es un estado sino un proceso en la vida y de que las personas mayores deben ser el sujeto de su propia intervención, se analizarán diferentes situaciones prácticas para poder identificar posibles necesidades y/u obstáculos, así como los recursos y servicios existentes.

Este curso se estructura en tres unidades. En la primera se analizará qué es el envejecimiento, entendido como un proceso que se va gestando a lo largo de la vida de la persona y que se desarrollará según diferentes factores sociales, sanitarios, psicológicos, relacionales, etc. Por lo tanto, afectará de manera diferente a personas de edades similares. La prevención es una de las herramientas que puede facilitar que este proceso de envejecimiento sea más lento y puede ayudar a frenar algunas lesiones más a corto plazo.

En la unidad dos se profundizará sobre la metodología de intervención que plantea que la persona mayor debe ser el sujeto de intervención, cómo se puede concretar esta actuación en personas con un alto nivel de dependencia, cuál será el papel de la familia y de qué manera incorporan los centros asistenciales este tipo de intervención. Es decir, que la intervención con personas mayores dependientes tiene como finalidad garantizar y mejorar la calidad de vida de la persona de la que se está hablando. Por último, se profundizará sobre técnicas y recursos dirigidos a las personas cuidadoras no profesionales para que les puedan ser de utilidad en su práctica diaria.

La tercera unidad tiene como objetivo acercar a los alumnos a la identificación de actuaciones y de situaciones que vulneran los derechos de las personas mayores; conocer cuál es la realidad de este tipo de actuaciones y de qué manera se pueden identificar estas prácticas, por medio de algunos indicadores clave. También se ofrecen algunos recursos de prevención, que se pueden activar para evitar situaciones de vulnerabilidad futuras.

Objetivos

- Dar a conocer qué se entiende como “proceso de envejecimiento” y analizar los cambios que se producen desde el punto de vista personal, familiar, social, etc.
- Ofrecer pautas para afrontar desde la prevención el proceso de envejecimiento.
- Introducir una metodología de intervención en la que el sujeto es la persona mayor.
- Analizar algunos conceptos como: autonomía, dependencia o independencia para mejorar la definición del plan de atención individual.
- Facilitar recursos y servicios de apoyo disponibles para la atención a las personas mayores: de apoyo en el domicilio a la persona y/o a las personas cuidadoras, y/u otros recursos residenciales de corta o larga estancia.
- Introducir elementos para la identificación de situaciones de vulnerabilidad y/o vulneración de los derechos de las personas mayores.
- Favorecer la identificación del sujeto de la intervención mediante la reflexión en torno al análisis de casos prácticos

1. El proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que tiene lugar a lo largo de la vida y no un estado que se inicia en el momento en el que se produce la edad cronológica de los 65 años, y en el que estadísticamente se introduce a la persona dentro del grupo de la gente mayor.

La franja que en estadística recoge la categoría de gente mayor, que va desde los 65 hasta los 100 años o más, identifica un espacio tan amplio, y agrupa un abanico de personas tan heterogéneas entre sí, que impide definir claramente algunos aspectos en común de este grupo de población.

El proceso de envejecimiento se inicia en edades muy tempranas, con toda una serie de cambios físicos que tendrán una relación directa con la historia de vida de la persona, su desarrollo, el territorio donde vive, su trayectoria vital, laboral, afectiva, su clase social y otras variables que rodean al ser humano.

Definir el envejecimiento de una persona teniendo en cuenta solo su edad y obviando el resto de los factores que la rodean es lo que se denomina *edatismo*. Se trata de un fenómeno de desvalorización social y desconocimiento de las capacidades reales de las personas mayores que acaban convirtiéndose en prejuicio social difícil de combatir.

Las sociedades más industrializadas son a la vez sociedades edatistas, que incorporan una distinción muy clara en función de la edad de las personas y en relación directa con su capacidad productiva.

Para ampliar el concepto de edatismo, os podéis dirigir al siguiente artículo publicado por la doctora Mercè Tabueña: "Importància dels conceptes: l'edatisme", de 15 de marzo del 2010, en la página del Consejo Consultivo de la gente mayor de La Selva

<http://consellconsultiuselva.blogspot.com/2010/03/importancia-dels-conceptes-ledatisme.html>

Mayores de = Jubilados = No productivos = Personas viejas

Esta visión engloba toda una serie de prejuicios alrededor de personas que quedan excluidas de la sociedad y de los mercados de trabajo solo por tener una edad determinada, sin tener en cuenta sus motivaciones, capacidades o su proyecto de vida.

1.1. La gente mayor

La mejora de las condiciones de vida en los países más industrializados y los avances sanitarios y sociales están produciendo un aumento en la esperanza de vida de la población. El aumento de la población adulta, junto con la bajada de la natalidad, da un mayor peso demográfico al sector de las personas mayores respecto al total de la población.

Todas estas circunstancias derivan en un sector de población con una gran diversidad interna y plantea, por lo tanto, la necesidad de analizar con mayor minuciosidad la realidad del sector de las personas mayores con relación al proceso de envejecimiento.

Algunos profesionales hacen propuestas en este sentido, intentando dividir las franjas de edad en función de las modificaciones físicas, sanitarias o psicológicas que se pueden dar de manera mayoritaria en una franja de edad o en otra. En cualquier caso, hay que tener presente que las categorías definirán un bloque mayoritario, pero no pueden integrar a todo el mundo, puesto que el proceso de envejecimiento es propio e individualizado.

Si observamos el proceso de envejecimiento desde dentro, e incorporamos la óptica de género, también se aprecian claras diferencias entre los hombres y las mujeres dentro de una misma franja de edad. La ponencia “Polítiques d’envelliment actiu”, presentada en el VI Congreso de las personas mayores, celebrado en junio del 2010, contempla esta misma visión y plantea las siguientes afirmaciones:

El envejecimiento está también condicionado por la variable de género. La esperanza de vida de las mujeres en el Estado español supera en más de seis puntos la de los hombres. Las mujeres se sitúan en una media de 84,3 años y los hombres de 77,8 años. En Cataluña también se da esta tendencia, tanto que en la franja de edad de más de 80 años las mujeres son casi el doble que los hombres, un 65,64% frente a un 34,36%.

Además, estas mujeres poseen trayectorias personales muy diferentes a las de los hombres, puesto que ellas asumen mayores responsabilidades familiares y de cuidado y sufren en mayor medida la desprotección económica (viudas, pensiones mínimas, amas de casa sin sueldo), así como la desprotección social.

Anna Cabré, demógrafa reconocida, publicó el 29 de noviembre del 2009 esta entrevista en *El País Semanal*, y en la última parte habla de la necesidad de subdividir la franja de edad asignada a las personas mayores.

<http://www.elpais.com/articulo/portada/mujeres/paises/ricos/vuelven/tener/hijos/elpepusoeps/20091129elpepspor/6/Tes>

El siguiente cuadro presenta algunos de los cambios que por efecto del proceso de envejecimiento afectan de manera muy directa a la realidad inmediata de las personas mayores. Estos cambios están agrupados por ámbitos y se analiza cómo afectan a las personas mayores desde cada uno de ellos. En algún caso se plantean también algunos puntos para la actuación.

Sanitario	El envejecimiento se entiende como una acumulación de pérdidas, en lugar de como una etapa del ciclo vital. Esto supone una visión centrada en procesos médicos sanitarios y no en la persona.
Económico	La disminución de los ingresos que se produce al acabar la etapa productiva implica un descenso de la capacidad adquisitiva, que además aumenta al incrementarse los gastos en salud y experimentar un acceso muy restringido al sistema de créditos. De este modo, también disminuye la capacidad de participación social y se genera más ansiedad y angustia, e incluso se llegan a crear situaciones de dependencia.
Psicológico	Las experiencias vitales previas arrastran hasta la vejez estereotipos y concepciones sociales que muchas veces han quedado desfasadas en el tiempo. Un cambio en la mirada social a la vejez supondría también un cambio de autopercepción y una mejora en la autoestima de las personas.
Servicios sociales y salud	Tanto los servicios sociales como los de salud no se pueden dejar influir por el edatismo y deben fomentar el envejecimiento activo, por ello hay que eliminar cualquier rastro del antiguo modelo paternalista que convertía a las personas mayores en gente pasiva y receptora de servicios. Las personas mayores deben ser consideradas desde el punto de vista de sus capacidades y de lo que cada persona es capaz de hacer.
Opinión pública	En las sociedades modernas industrializadas la visión que se tiene sobre las personas mayores es, frecuentemente, despreciativa y asistencialista. En algunas ocasiones, la participación de la gente mayor se ve limitada por la discriminación por razón de la edad. A veces se vulneran los derechos de las personas sin ser conscientes de ello, secuestrando su capacidad de decisión cuando, a pesar de la edad, sus facultades mentales todavía se lo permiten.

Podéis ampliar más información sobre los aspectos tratados en este cuadro, con el acceso a la ponencia: "Polítiques d'envelliment actiu", presentada en el VI Congreso de las personas mayores, junio del 2010.

http://www20.gencat.cat/doc/s/dasc/03Ambits%20tematic/04Gentgran/Seccions_orfes/Congres_Nacional_Gent_Gran/documents/ponencia_c_ponencies_envelliment_actiu.pdf

1.2. El envejecimiento activo

En 1990, la OMS (Organización Mundial de la Salud) empieza a hablar de *envejecimiento activo*, que sustituye al concepto que anteriormente utilizaba de *envejecimiento saludable*. El objetivo de este cambio es que el envejecimiento activo pueda recoger una concepción mucho más amplia de este proceso.

El envejecimiento activo es el proceso por el que se optimizan oportunidades para el bienestar físico, psíquico y mental a lo largo de toda la vida, para extender la expectativa de vida, la productividad y la calidad de vida en la edad avanzada. OMS, 1990.

El término *activo* se relaciona no tanto con la capacidad física como con la participación de la persona en la vida económica, política, social, cultural y cívica. Por lo tanto, también aquellas personas con algún grado de dependencia pueden participar en este proceso de optimización de oportunidades que es el envejecimiento activo.

1.3. Prevención ante el proceso de envejecimiento

Las condiciones de salud en la edad avanzada son el resultado de los estilos de vida y las prácticas de salud en la juventud. Por lo tanto, si los niños y los jóvenes incorporan unos estilos de vida más saludables, llegarán a la edad adulta con menor riesgo ante las enfermedades que se desarrollan a medida que avanzan los años.

Frente a la pregunta de qué actuaciones se podrían realizar para mejorar la salud en la edad avanzada, la respuesta sería que se pueden estructurar las acciones alrededor de tres objetivos generales:

- 1. Prevenir la aparición de enfermedades. Activar la fase de prevención. (Podéis ver el cuadro).
- 2. Atrasar y limitar las manifestaciones del envejecimiento y los efectos negativos de algunas enfermedades que se desarrollan mayoritariamente en estas franjas de edad, promoviendo conductas saludables en contextos saludables.

En octubre del 2010 el Ministerio de Sanidad y Política Social presenta el *Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Temas para el debate*, en el que se recoge extensamente la situación actual de las personas mayores, los aspectos más relevantes, los retos más importantes y las líneas de actuación de futuro. También aparece una serie de datos estadísticos y de los servicios y recursos dirigidos a esta población

http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm

- 3. Paliar y tratar las manifestaciones y los efectos negativos de estas enfermedades no solo mediante intervenciones directas (medicalización, terapia, etc.), sino también indirectas, con la utilización de los servicios y con la interacción con profesionales sanitarios (información, interacción con otros afectados, descarga de la angustia, etc.).

A continuación, se presentan algunas medidas preventivas para frenar la aparición de las siguientes enfermedades. No están todas pero se han seleccionado aquellas que son más conocidas y que afectan a un grupo más numeroso de personas mayores.

Osteoporosis: Trastorno metabólico que produce una reducción gradual de la masa ósea.	Accidentes cerebro-vasculares: Pérdidas de las funciones cerebrales producidas por una interrupción del flujo sanguíneo al cerebro. Las más conocidas son: AVC, ictus, etc.
Ingerir una cantidad de calcio adecuada Actividad física regular Consumo moderado de alcohol No fumar Utilización racional de la medicación (evitar tratamientos prolongados de esteroides y diuréticos)	Todas las recomendaciones de la hipertensión No fumar Consumo moderado de alcohol Control del colesterol
Artritis: Enfermedad degenerativa de las articulaciones que puede provocar la inflamación o el desgaste de estas.	Demencia vascular: Grupo de enfermedades que provocan lesiones en el cerebro por daños en los vasos sanguíneos que lo riegan. Entre las más conocidas se halla la arteriosclerosis.
Actividad física regular Control del peso Fortalecimiento de los músculos en articulaciones	Las mismas recomendaciones de la hipertensión Las mismas recomendaciones de los accidentes cerebro-vasculares
Hipertensión: Enfermedad crónica que provoca un incremento de la presión sanguínea en las arterias.	Alzheimer: Enfermedad neurodegenerativa que provoca deterioro cognitivo y alteraciones de la conducta de manera progresiva.
Actividad física regular Control del peso Control de la dieta (baja en grasa)	Actividad física regular Mantenimiento de la actividad mental Control del peso Las mismas recomendaciones de los accidentes cerebro-vasculares.
Cuadro extraído del libro <i>Intervención psicológica en la vejez</i> de Ignacio Montorio y María Izal (con ampliaciones).	

2. La persona mayor como sujeto de la intervención

Las intervenciones dirigidas a la gente mayor, especialmente cuando esta se encuentra en situación de dependencia, tienen como objetivo principal favorecer la autonomía de la persona y están orientadas a mejorar su calidad de vida. Para conseguir estos objetivos hay un paso previo fundamental: antes de planificar una actuación se debe conocer bien a la persona en la que se centrará la actuación.

En el apartado anterior se ha hablado de la heterogeneidad existente entre la gente mayor que se encuentra dentro de una misma franja de edad. Se ha hablado también de que el proceso de envejecimiento tiene una relación directa con el histórico y el presente de la persona, y por lo tanto no se desarrolla de una manera uniforme en todas las personas mayores. Así, parece evidente que el plan de intervención no puede ser el mismo para todo el mundo, a pesar de que tengan la misma edad y puedan compartir las mismas enfermedades. Un plan de intervención no cumplirá su función determinada si no se tienen en cuenta las preferencias o el deseo de la persona a la que van dirigidas las actuaciones de este plan de intervención.

La persona, por lo tanto, debe ser el sujeto de la intervención y, como tal, ha de estar colocada en el centro para poder garantizar que se tienen en cuenta sus derechos y que se da respuesta a sus necesidades.

En su preámbulo, la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales dice:

“Los servicios sociales son el conjunto de intervenciones que tienen como objetivo garantizar las necesidades básicas de los ciudadanos, poniendo atención en el mantenimiento de su autonomía personal y promoviendo el desarrollo de las capacidades personales, en un marco de respeto por la dignidad de las personas”.

Teresa Martínez, en su artículo “Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia”, publicado el 28 de enero del 2010, en *Informe Portal Mayores*, núm. 98, nos plantea un modelo de intervención orientado a las personas y a su bienestar cotidiano. En este modelo sitúa el concepto de calidad de vida como un aspecto central y determinante

La Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales incorpora el principio de universalidad en el acceso a los servicios sociales. El modo como se estructura el conjunto de intervenciones que ofrecen los servicios sociales se detalla en los artículos del 16 al 19, que definen también las funciones de los servicios básicos y especializados. Al final del anexo encontraréis el catálogo clasificado de los servicios y las prestaciones sociales del Sistema catalán de Servicios Sociales.

<http://www.gencat.cat/eadop/imatges/4990/07284064.pdf>

en la definición del modelo de intervención de los servicios de atención a las personas.

La orientación hacia la persona es un enfoque profesional que tiene como principal característica la situación central de la persona usuaria en su proceso de intervención o de atención. Esto implica contemplar no solo sus necesidades de atención integral derivadas de su situación funcional y personal, sino también el respeto hacia sus preferencias y sus deseos, ayudando a que cada persona pueda gestionar en la medida de sus competencias su día a día y seguir desarrollando su proyecto de vida (Teresa Martínez, 2010).

El modelo de planificación centrado en la persona que nos presenta se sustenta en los siguientes puntos de partida:

- Ninguna persona es igual a otra y por lo tanto la atención individualizada debe ser el valor central de los servicios que ofrecen apoyo a la persona.
- La persona es el centro del proceso de planificación. Por lo tanto, se parte de sus derechos, situando el punto de mira en sus capacidades, sus preferencias y sus elecciones. Asimismo, se deben definir los apoyos necesarios para hacerlo posible.
- La persona mantiene relaciones de interdependencia con su red más cercana. La familia y los amigos son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de la persona con discapacidad o dependencia; tienen un papel clave en el ejercicio de su *autodeterminación*.

El concepto de autodeterminación puede tener dos acepciones. La primera como capacidad, referida a las habilidades de la persona a elegir, decidir y hacerse responsable.

Y la segunda acepción como derecho de la persona a desarrollar su proyecto vital y tener control sobre este, al margen de sus capacidades, aunque cuente con el apoyo otros (López y cols., 2004).

- La planificación centrada en la persona se entiende como un proceso continuo en el que se le escucha y cuyo aprendizaje va generando el curso de la acción. Es un proceso flexible y abierto al cambio, dispuesto a adaptarse a las diferentes necesidades, deseos y aspiraciones de las personas en las diferentes etapas y circunstancias de su vida.

Este modelo de intervención se puede aplicar tanto a la atención que se ofrece a los usuarios dentro de su entorno, domicilio, familia o barrio, como en los centros de día o residenciales. En cada espacio se deberán tener en cuenta también otros aspectos. En el caso de centros residenciales se están dando pasos para incorporar esta metodología y se está empezando a planificar la intervención, incorporando las dos dimensiones, es decir, desde una vertiente más relacional (con las familias, los usuarios, los otros profesionales del centro) y desde otra vertiente más organizacional (procedimientos, normas, horarios).

Este camino no es nada fácil y los profesionales se encontrarán ante situaciones complejas en la relación con las familias, a veces con demandas sobredimensionadas. Para dar respuesta a ello será necesario: escuchar, reorientar, negociar e incluso saber poner límites. Pero quizá también habrá que poder modificar normas de funcionamiento existentes.

Si la actuación profesional es por lo tanto un eje principal en la intervención, ello requerirá que estos profesionales puedan desarrollar unas habilidades y actitudes adecuadas que propicien unas interacciones positivas con las familias.

Teresa Martínez presenta también un listado de cuáles deben ser las habilidades y actitudes que deberán tener los profesionales:

- Respeto
- Saber escuchar
- Comprensión y no culpabilización
- Generación de confianza
- Discreción
- Mediación en conflictos
- Búsqueda de la cooperación y el consenso
- Claridad y asertividad en la comunicación de los límites (en los cuidados, en la garantía de los derechos de las personas) y en la asunción de riesgos
- Flexibilidad
- Autocontrol

Para ampliar esta información podéis consultar el artículo "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia", de Teresa Martínez, publicado el 28 de enero del 2010, en *Informe Portal Mayores*, núm. 98.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>

Esta intervención será también perfectamente aplicable a personas con dependencia con las que habrá que tener todavía mucho más presente la garantía de todos sus derechos.

Generalmente, a los servicios de atención acuden más los familiares que el propio interesado, puesto que estos tienen mayor dificultad para acceder. Aun así, siempre debemos buscar espacios (visitas a domicilio y visitas a los centros de día o residenciales donde se encuentren) para poder conocer más directamente cuál es su situación, sus intereses y preferencias, y no caer en la vía fácil de utilizar siempre como interlocutores a los familiares o a las personas cuidadoras, a pesar de que ellas sean las responsables de su cuidado.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, más conocida como ley de la dependencia, recoge muy claramente en el artículo 13 quién debe ser el objetivo de las prestaciones de dependencia:

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Art. 13: Objetivos de las prestaciones de dependencia:

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos:

- a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

La ley de la dependencia, así como muchos de los recursos y servicios que se derivan de esta, tienen entre su finalidad mejorar la calidad de vida de la persona.

2.1. La calidad de vida, motor de la intervención de calidad

En la década de los sesenta el concepto de calidad de vida se popularizó entre los sectores de la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. Diferentes autores inician un trabajo de investigación de indicadores sociales que deben permitir medir la calidad de vida.

Durante las siguientes décadas han surgido diferentes corrientes: unas con una visión más cuantitativa y otras que defendían una visión del concepto más cualitativa. Ciertamente, estos indicadores deben recoger aspectos obje-

tivos, pero también otros muchos aspectos subjetivos de la persona y de la relación de esta con su entorno.

Tener los medios o los recursos suficientes no siempre genera satisfacción en la persona, puesto que también depende de sus propios valores personales. Y no será sino la combinación de todo ello lo que le permitirá definir cuál es su calidad de vida.

En el año 1994 la OMS presenta la siguiente definición de lo que entiende por calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) define la calidad de vida como: “La percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, dentro del contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, su independencia y sus relaciones sociales, así como en relación con los elementos esenciales de su entorno”.

En 1996, Robert L. Schalock plantea este concepto como un principio organizador que, según él, puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.

Finalmente, donde se empieza a estructurar la aplicación de este concepto de la calidad de vida es en los servicios de atención a las personas que se encuentran dentro de una *Quality Revolution*. Se trabaja hacia una planificación de la atención centrada en la persona y para conseguirlo se adoptan un modelo de apoyo y diferentes técnicas de mejora de la calidad.

Este modelo se empezará a utilizar para evaluar las necesidades de las personas, sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la formulación de políticas nacionales e internacionales o la aplicación en programas más específicos dirigidos a tipos de población, como personas con discapacitados

(M. Gómez y Sabeh. *Calidad de vida. Evolución del concepto*. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca).

El modelo de calidad de vida que define Schalock se estructura a partir de ocho necesidades que él considera fundamentales y que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de la persona. Son las siguientes:

- Bienestar emocional
- Relaciones interpersonales
- Bienestar material
- Desarrollo personal

- Bienestar físico
- Autodeterminación
- Inclusión social
- Derechos

Dentro de cada una de estas dimensiones fórmula diferentes indicadores que se han utilizado a lo largo de los años para desarrollar distintos estudios en centros de atención primaria, salud, salud mental, educación, intervenciones con personas con discapacidades y en personas mayores. A partir de estas investigaciones se han elaborado diferentes instrumentos para evaluar la calidad de vida en pacientes y en personas que viven en centros residenciales.

Podéis ver los indicadores que utiliza Robert L. Schalock para evaluar la calidad de vida, los necesitaréis para trabajar el caso práctico. En este artículo encontraréis también otros modelos existentes: Teresa Martínez (2010). "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia". *Informe Portal Mayores* (núm. 98, págs. 6-8).

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>

2.2. Recursos y servicios de atención a las personas mayores

Las diferentes administraciones, estatales, autonómicas y municipales, deben poder garantizar un abanico de recursos dirigidos a las personas mayores, tanto desde los servicios sociales como desde los ámbitos sanitario, educativo, cultural y de vivienda. Para garantizar estos recursos y servicios cuentan, además de con los servicios públicos, con toda una red de entidades colaboradoras que gestionan equipamientos y programas dirigidos a garantizar la atención a las personas mayores.

La Constitución española recoge en su articulado la obligación que tienen los poderes públicos de garantizar una buena calidad de vida de las personas en esta etapa vital, y para conseguirlo los insta a poner en disposición de los ciudadanos los recursos necesarios.

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Así mismo, y 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.

(Constitución española, art. 50)

En el ámbito estatal hay dos programas que dependen del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y que gestiona el Instituto Nacional de Servicios Sociales (IMSERSO), que son suficientemente conocidos y en los que participa un gran número de personas mayores cada año. Son:

- Programa de vacaciones
- Termalismo social

Los dos están dirigidos a personas jubiladas dentro del sistema de la Seguridad Social por jubilación o invalidez, o por cualquier otra causa para mayores de sesenta años. Para participar en estos programas se pide entre otros criterios que las personas tengan un grado de autonomía alto.

Desde las comunidades autónomas y los ayuntamientos, y con los apoyos de la Diputación en los casos de municipios de menos de 300.000 habitantes, existe un abanico de recursos dirigidos a las personas mayores. Entre los más utilizados encontramos los siguientes:

- Casales o espacios para las personas mayores.

Ofrecen una variada oferta que se puede agrupar en cuatro bloques de actividades: relacionales, formativas, voluntariado y físicas.

Estas actividades o bien pueden tener un carácter más informal, como pasar el rato y relacionarse, o bien pueden ser más estructuradas, con un programa que incluye contenidos que hay que desarrollar.

Algunos de los objetivos que se pretenden lograr con estas actividades son:

- Estimular la participación social
- Promover la salud
- Desarrollar la capacitación personal
- Diversificar las actividades culturales y lúdicas
- Mejorar la seguridad personal

El Instituto del Envejecimiento de la UAB ha elaborado un estudio, publicado en abril del 2011 por la Diputación de Barcelona, con el nombre “Equipaments Socioculturals per a la gent gran”, que recoge un análisis sobre el funcionamiento de estos equipamientos.

En el artículo 15, la ley de la dependencia describe el catálogo de servicios que se debe garantizar para atender a las personas dependientes:

La Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales, detalla en el anexo algunos de los servicios que deben configurar el Sistema catalán de Servicios Sociales. El despliegue de estos servicios de manera más detallada se encuentra en la segunda cartera de servicios sociales aprobada por el Gobierno de la Generalitat de Cataluña, correspondiente al periodo 2010-2011, y que contiene 138 prestaciones, de las cuales 106 son de servicios, 26 económicas y 4 tecnológicas.

http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.7fca6ecb84d307b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnextoid=1bb824ac226a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=1bb824ac226a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default&newLang=ca_ES

El catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican en este capítulo:

- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
 - Atención de las necesidades del hogar.
 - Cuidados personales.
- Servicio de centro de día y de noche.
 - Centro de día para mayores.
 - Centro de día para menores de 65 años.
 - Centro de día de atención especializada.
 - Centro de noche.
- Servicio de atención residencial.
 - Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

En artículos posteriores dentro de esta misma ley se desarrollan más extensamente cada uno de estos servicios. A continuación, se presenta una breve síntesis que podéis ampliar en las páginas web que aparecen como referencia al final de este apartado.

Servicios de teleasistencia	Permite la instalación de un dispositivo telefónico de atención las 24 horas que permite atender cualquier situación de emergencia de salud que se pueda producir en el domicilio de la persona. Se activa desde cualquier distancia dentro de la vivienda, mediante la utilización de un colgante que lleva la propia persona usuaria.
Servicio de ayuda a domicilio	Tiene como finalidad ofrecer un apoyo a la persona en el domicilio para que esta pueda desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Este servicio tiene dos vertientes, la de atención a la persona (levantar, vestir, higiene, etc.) y la de atención al hogar (mantenimiento, limpieza, plancha, etc.). La realizan profesionales preparados según las funciones que se han de desarrollar (auxiliares sanitarios, trabajadores familiares, auxiliares del hogar, etc.).
Servicio de centro de día	Son equipamientos cuyo objetivo es prestar una atención psicosocial, preventiva y rehabilitadora de las personas en régimen diurno. Hay también centros de día especializados dirigidos a pacientes con una enfermedad específica. En general, el horario de asistencia se puede acordar con el centro en función de las necesidades que se quieran cubrir,

	talleres, media jornada, comer, ducha, etc.
Servicio de atención residencial	Son centros que ofrecen una atención integral y vivienda permanente para personas de más de 60 años. Hay personas que optan por ingresar en una residencia y otras que se encuentran con problemáticas sociales, familiares o de salud que dificultan que sean atendidos en sus propios domicilios. Hay residencias públicas, colaboradoras y privadas. La ley de la dependencia también establece, según los tipos de residencias, el grado de dependencia y la renta de la persona, cuáles son las ayudas económicas a las que se puede acceder.
Otros servicios de apoyo: Ayudas técnicas Adaptaciones de vivienda Transporte adaptado	Las ayudas técnicas (agarres, sillas de baño y ducha, barandillas, etc.) y las adaptaciones de vivienda son dos recursos de ayuda muy importantes en aquellos casos en los que la opción es el mantenimiento en el domicilio, pero hay barreras que dificultan la movilidad y el desarrollo de las ABVD. A veces, pequeñas adaptaciones facilitan mucho la autonomía de la persona. El transporte adaptado es un recurso de carácter municipal que ofrece un apoyo transversal a los otros recursos. Un gran número de las personas que asisten a centros de día, casales, centros de atención primaria, etc., tienen dificultades en los desplazamientos fuera del domicilio y no siempre los medios de transporte están suficientemente adaptados para aceptar sillas de ruedas y ayudar a la persona a subir o bajar, o tienen una parada cercana a los servicios dirigidos a las personas mayores. En municipios más pequeños hay ausencia total de servicios de transporte público y aún menos adaptados. Por lo tanto, este transporte es vital.

Algunas páginas en las que podéis encontrar más información sobre servicios y recursos dirigidos a personas mayores:

Esta página de la Generalitat de Cataluña recoge todo el abanico de recursos para profesionales, dirigidos a la atención de las personas mayores. Desde aquí se accede también a otros recursos más específicos, como el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), centros residenciales y otros...

<http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.6e02226e86d88424e42a63a7b0c0e1a0/?vgnnextoid=d9048f88661a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d9048f88661a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>

Desde este enlace se accede a la web de la Diputación de Barcelona, al apartado de bienestar social. En la siguiente dirección se puede consultar toda la oferta de servicios de la Diputación: <http://www.diba.cat/web/bienestar>

Para tener una mayor concreción de los servicios disponibles en vuestros municipios de referencia, podéis consultar la página web de vuestro ayuntamiento, en el apartado dedicado a servicios sociales.

2.3. Técnicas y recursos prácticos para cuidadores no profesionales

Los familiares más cercanos o que conviven con las personas dependientes son los que generalmente aportan la mayor parte de la ayuda que necesita la persona dependiente. Normalmente, las personas cuidadoras no profesionales aceptan esta responsabilidad, a pesar de que no siempre tienen la preparación o los conocimientos necesarios para poder afrontar esta tarea.

Que no tengan preparación y conocimientos no significa que no estén preparados para ello, puesto que las personas que realizan esta función de cuidadoras cuentan con la experiencia de haber atendido a lo largo de su vida a diferentes familiares (padres, madres, suegras, abuelos, etc.).

La ley de la dependencia, en el artículo 2, señala que se entiende por atención no profesional aquella que se presta a personas en situación de dependencia dentro de su domicilio, desarrollada por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizado.

Según un estudio recogido por la comisión mixta de seguimiento de la ley de la dependencia, en fecha 21 de julio del 2010, un 44% del total de las personas dependientes cubiertas por esta ley, el grupo más mayoritario, tienen un grado 3 de dependencia, es decir, una alta dependencia. Un 65% son mujeres, y el 60% tienen más de 80 años. Un 86% viven en el domicilio y un 53% del total de personas dependientes tienen una persona cuidadora no profesional.

Con relación al perfil de cuidador, el 76% del total son mujeres, de las cuales un 56% tiene entre 46 y 64 años. Un 51% del total de cuidadores son hijas de la persona dependiente, y solo un 20% son cónyuges.

Según se desprende de este estudio, la atención a las personas dependientes la realizan mayoritariamente las mujeres, con una relación afectiva y filial directa (sobre todo hijas), que añaden esta responsabilidad a aquellas que el espacio familiar y doméstico les ha asignado hace ya muchos años.

Entre las actividades que fundamentalmente realizan las personas cuidadoras en el domicilio destacamos las siguientes:

- Higiene
- Movilización
- Alimentación
- Eliminación
- Relación

Así como aquellas actuaciones que requieren salir del domicilio, relacionadas con la organización de las visitas a los médicos, los acompañamientos, los cuidados, el control de la medicación, etc.

El proceso de envejecimiento en el que se encuentra la persona dependiente no se suele presentar de una manera lineal y continuada. Es un proceso que está muy condicionado por diferentes factores ambientales, de salud o emocionales, y que da lugar a que se produzcan pequeños o grandes descensos funcionales y/o cognitivos que van deteriorando a la persona.

Para afrontar estos cambios es necesario que tanto el cuidador como la persona dependiente puedan ir incorporando los cambios y las adaptaciones necesarias dentro del domicilio para garantizar una atención de calidad. Algunos de estos cambios tienen que ver con la incorporación de ayudas técnicas, adaptaciones de la vivienda para favorecer la movilidad o con la incorporación de recursos de ayuda en el domicilio, como el SAD (servicio de atención domiciliar) o el PADES (Programa sociosanitario de atención domiciliar y equipos de soporte) en las intervenciones con pacientes terminales.

Dependerá de cómo esté preparada emocionalmente la persona cuidadora y de su capacidad de adaptabilidad para ir afrontando estos cambios, de que el nivel de carga o angustia supere sus posibilidades o de que pueda ir controlando la situación que se le presenta.

Es importante que los profesionales de servicios sociales y sanitarios tengan muy presente la figura del cuidador y la carga que supone esta responsabilidad y que puedan ir bajando los niveles de angustia ofreciendo el máximo de información sobre el proceso, hablando con ellos para hacer un seguimiento de los problemas o las dudas que les vayan surgiendo día a día, ofreciendo formación o materiales sobre temas específicos sanitarios, legales u otros que les puedan preocupar. Así como propiciar hábitos que les permitan descansar adecuadamente y buscar algunos espacios propios que les permita

En esta página se recogen respuestas de actuación para resolver aquellas dudas que pueden aparecer en situaciones de emergencias puntuales relacionadas con la salud. También se pueden hacer consultas. Encontraréis también suficiente documentación para conocer diferentes enfermedades y un apartado dirigido específicamente a personas cuidadoras informales con técnicas básicas.

<http://www.farmaceticonline.com/ca/familia/480-cuidemos-a-los-cuidadores-informales?showall=1>

Portal Mayores es una página gestionada por el Imsero, que recoge un amplio abanico de información sobre legislación, recursos y servicios, estudios de investigación, libros especializados, vídeos y documentales sobre técnicas de atención dirigidas a personas cuidadoras. También cuenta con un buscador de servicios y recursos para todo el Estado español.

<http://www.imseromayores.csic.es/index.html>

eliminar ansiedades, trabajando con ellos otros aspectos en previsión del futuro, temas como la pérdida o el duelo.

En enfermedades degenerativas o pérdidas cognitivas aparecen también otras dificultades para el cuidador, puesto que ve que debe convivir con el proceso de la pérdida de identidad de una persona querida, con la pérdida de su afecto, con el sentimiento de que está atendiendo a alguien que no le agradece lo que hace y que a veces se vuelve incluso agresiva hacia ella.

Es muy importante que la persona cuidadora no se quede con este sentimiento hacia ella. Es necesario que conozca el tipo de enfermedad que está sufriendo esta persona y que pueda compartir su experiencia con otros cuidadores que también afrontan los mismos sentimientos, porque –a pesar de que cada situación es individual– hay enfermedades que presentan algunos patrones comunes y es importante que se pueda compartir con otros los sentimientos de impotencia y culpabilidad que muchas veces sienten las personas cuidadoras.

La Obra Social de “la Caixa” ha editado un libro que se puede solicitar gratuitamente con el título *Un cuidador. Dues Vides, que planteja las habilidades que ha de desarrollar la persona cuidadora, así como algunas pautas para la planificación y la organización del tiempo. Estos materiales se utilizan en las sesiones formativas dirigidas a personas cuidadoras. También podéis solicitar el DVD *El repte de l'autonomia, que planteja una serie de ejercicios que se pueden realizar en el domicilio.**

<http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/uncuidador/uncuidador.es.html>

3. Herramientas para la identificación de actuaciones que vulneran a las personas mayores

La pérdida en las capacidades físicas y mentales que se producen en las personas mayores y el aumento de la dependencia dentro de este grupo de población provoca que se incremente cada vez más la vulnerabilidad entre las personas mayores.

El artículo 25 de la Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea (aprobada el 7 de diciembre del 2000 en Niza) reconoce y respeta el derecho de las personas de edad avanzada a una existencia digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.

Aun así, nuestra sociedad tiende a dejar al margen a las personas mayores en la toma de decisiones, en la participación, en la consulta. Se evidencian también varias situaciones caracterizadas por una carencia de respeto y por la vulneración de derechos y carencia de dignidad en la relación con la gente mayor. A veces en situaciones tan cotidianas que ni ponemos atención en ellas.

3.1. Diferentes tipologías de maltratos

Algunas de las situaciones que se analizarán a continuación tienen que ver con formas de violencia, maltrato y/o negligencia, ya sea activa o pasiva. La ignorancia y la carencia de conocimiento y de formación de los profesionales, así como la carencia de materiales adecuados que puedan utilizar, son factores que generan el maltrato.

La doctora Mercè Tabueña, psicóloga y trabajadora social, ha publicado diferentes artículos y ponencias sobre los maltratos a la gente mayor, y con relación al concepto explica que existen diferentes versiones, pero que ella se decanta por la realizada por diferentes profesionales participantes en la Primera Conferencia nacional de consenso sobre el anciano maltratado en el año 1995, que recoge lo siguiente:

Maltrato a las personas mayores es cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, y que se produzca en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatado objetivamente o percibido subjetivamente con independencia de la intencionalidad o no y del medio en el que suceda.

Esta definición se centra específicamente en los maltratos a las personas mayores y destaca tanto la intencionalidad o no del acto, como un aspecto relevante para el diagnóstico posterior y la intervención: el hecho de que este maltrato puede tener lugar en cualquier contexto, dentro del ámbito familiar, institucional (centros de día, residencias u hospitales) o en lugares públicos que pueden ser considerados como seguros. También podemos estar hablando de un maltrato estructural o social (acoso inmobiliario u otros).

A continuación se presenta un cuadro de clasificación de ocho tipos de maltratos que pueden sufrir las personas mayores en los diferentes ámbitos: familiar, institucional y estructural o social.

1. Abuso físico	Se utiliza la fuerza física, con la posibilidad de ocasionar heridas, dolor físico y/o deterioro de la salud. Utilización inadecuada de fármacos, alimentación forzada, confinamiento, restricciones no adecuadas. Castigo físico. Privación de alimentos sólidos y/o líquidos.
2. Abuso psicológico	Consistente en producir dolor, angustia, pánico o terror mediante actos verbales o no verbales, como amenazas, humillación, insultos, instigación e intimidación. Es muy grave y difícil de determinar por la carga de subjetividad de estos síntomas.
3. Abuso sexual	Se produce cuando existe un contacto sexual con una persona mayor sin su consentimiento; atentados contra el pudor, tocamientos y pornografía.
4. Abuso económico	Utilización abusiva o ilegal de los bienes e inmuebles propiedad de la persona mayor. También prácticas de ventas fraudulentas y engañosas, estafas, manipulación de documentación con finalidades ajenas a la voluntad de estas personas.
5. Negligencia	Comportamiento nocivo, intencionado o no, por

	parte de una persona que está obligada a cuidar a la persona mayor. En aspectos básicos de la vida como: agua, alimentación, vestido, vivienda, higiene personal y otros bienes esenciales. Puede ser activa o pasiva. La activa se refiere a la carencia de cuidado de manera consciente. La pasiva se centra en el olvido y el abandono.
6. Autonegligencia	Cuando el comportamiento de una persona mayor amenaza su propia vida o salud. Se excluye a aquella persona plenamente consciente, con capacidad mental plena, que opta por decisión propia a cometer actos que amenacen su seguridad.
7. Abandono	Se produce cuando una persona encargada de prestar cuidado y atención a una persona mayor o de asegurar su atención física la abandona. Es una claudicación total.
8. Vulneración de derechos	Se trata de aquellos derechos elementales que no se contemplan en ninguna de las tipologías descritas anteriormente, puesto que en cualquier maltrato a personas mayores siempre hay vulneración de derechos. Aquí se recogen temas como la agresión, privación, no reconocimiento de derechos fundamentales como: dignidad y respeto; intimidad y confidencialidad; participación; libertad de elección, y derecho a ser ciudadano.

M. Tabueña (2006). *Intervención Psicosocial* (vol. 15, núm. 3).

La detección de los maltratos a las personas mayores es una tarea bastante difícil, a pesar de ser reconocido como un problema de salud de primer orden (OMS, 2002) que afecta a un volumen importante de personas en el mundo (a nivel nacional las encuestas lo sitúan en un 5% de las personas mayores en el ámbito doméstico y un 10% de las personas mayores en instituciones), y estos son algunos de los obstáculos:

- La negación del hecho tanto por parte de la persona mayor maltratada como de la persona que comete el maltrato.
- La detección depende del grado de concienciación, así como del conocimiento y la comprensión tanto social como colectiva que se pueda tener de este problema.

Desde la Generalitat se está promoviendo la elaboración de protocolos para detectar los maltratos, a pesar de que también es necesario aumentar los recursos disponibles para garantizar una actuación de calidad. A continuación mostramos una noticia recogida en TV3 sobre esta necesidad:

<http://www.tv3.cat/videos/3036310/detectar-els-maltractaments-a-gent-gran>

- Se considera que por cada caso detectado hay otros cinco que no salen a la luz.
- Una buena parte de los abusos se cometen de puertas adentro, y sacar esta realidad de la esfera privada a la pública no ha sido fácil en ningún tipo de maltrato y en este tampoco. El edatismo estructural, los cambios en los valores familiares y la heterogeneidad en el cuidado de las personas dependientes todavía lo dificultan más.
- La detección está limitada también por las normas y los valores culturales, los estereotipos negativos, el edatismo, las falsas creencias de que todo es culpa de la edad y de que no existe tratamiento posible.
- La visibilidad de esta necesidad de la implicación de los profesionales y organismos para que generen fórmulas abiertas e imaginativas que permitan captar estas situaciones de maltrato, puesto que las personas mayores no suelen hacer nunca denuncias.

La Obra Social de la Caixa de Catalunya editó en el 2009 el libro *Els maltractaments a les persones grans. Una realitat oculta*, que recoge diferentes escritos y ponencias del participantes en la Primera jornada sobre maltratos a las personas mayores, que se celebró en Barcelona en febrero del 2007; la doctora Mercè Tabueña se encargó de la compilación. Es un ejemplar que distribuye Caixa de Catalunya gratuitamente.

3.2. Indicadores para la identificación de situaciones de maltratos, abuso o negligencias

Algunos indicadores, señales o signos de alerta que pueden ayudar a los profesionales para ayudar a intuir que algo está pasando son:

- El retraso al solicitar asistencia social o médica. Intervalo de tiempo entre el hecho concreto y la visita al profesional.
- El anciano maltratado es llevado al centro de salud o a servicios sociales por otra persona que no es el cuidador principal.
- Narraciones o relatos contradictorios y poco convincentes respecto al incidente, tanto de la persona mayor como de la persona cuidadora.
- Carencia de comunicación de la víctima con el profesional, social o médico, cuando el cuidador está presente. Resistencia y negativa del cuidador a dejar a la persona mayor sola con el profesional.
- Desnutrición, deshidratación, caídas reiteradas sin motivo aparente.
- Actitud de retraimiento, miedo e inquietud de la persona mayor.
- Alteración del estado de ánimo, ansiedad, confusión, insomnio, inapetencia y depresión.
- Vivienda con condiciones higiénicas inaceptables e inadecuadas para poder vivir en ella.
- Historia previa de episodios sospechosos de maltrato.

Es importante detectar estas situaciones; los profesionales deben entender el silencio de las víctimas, favoreciendo la comunicación con ellas. Se ha de evitar el incremento de su inseguridad y el agravamiento de las condiciones en las que se encuentra, buscando a la vez la implicación de otras personas dentro de su entorno que la puedan apoyar como testigos. Hay que analizar las dinámicas relacionales entre la víctima y su entorno.

En esta dirección encontraréis una entrevista que se realizó en TV3 a la doctora Mercè Tabueña que amplía toda la información sobre los maltratos. Se puede consultar en:

<http://www.tv3.cat/videos/1585589>.

3.3. Recursos de prevención (últimas voluntades, etc.)

Asumir el envejecimiento con responsabilidad requiere tener una buena información para poder decidir cómo se quiere preparar este proceso para afrontar la última etapa de la vida.

En la medida en que la persona tenga una mejor información y asuma la responsabilidad de decidir, los profesionales y la Administración tendrán más recursos para garantizar que se respeten los derechos de la persona.

De este modo, se podrá garantizar que la persona viva su vejez como ella quiera sin la necesidad de someterse a las decisiones de los cónyuges o descendientes, cuando ella sea suficientemente dependiente o incluso pueda perder la capacidad de decir o decidir qué quiere hacer.

En el cuadro siguiente se hace un repaso de algunas de estas figuras preventivas que se pueden ampliar en el libro *Els drets del meu demà*, editado por la Obra Social de la Caixa de Catalunya en el 2009.

El testamento vital

Se conoce también como documento de voluntades anticipadas. Se dan instrucciones al médico o al equipo médico para que se actúe en el ámbito sanitario (solo en este) en el supuesto de que la persona no pueda expresar su voluntad, por ejemplo, en estado de coma por un tiempo determinado. No se refiere a situaciones de incapacidad. También se puede designar a un representante, que será el interlocutor válido entre la persona enferma y el médico y con el resto del equipo médico.

En este testamento se puede recoger además la voluntad del firmante en cuanto a la donación de órganos, así como el tratamiento espiritual que se quiere recibir de acuerdo con la ley existente.

Este documento se puede hacer con un notario o por documento privado (en los centros de atención sanitaria podemos encontrar información y modelos de formularios); se debe firmar ante tres testigos y dos de ellos no pueden tener ningún parentesco con la persona. El documento firmado se lleva al Registro General de Actas de Última Voluntad.

El testamento

Es la única manera que tenemos de disponer libremente de los bienes y decidir a quién se quieren traspasar. Solo hay que dirigirse a un notario, que dejará constancia pública de las últimas voluntades de la persona cuando esta muera. Únicamente tiene efecto cuando la persona muera, por lo tanto se pueden elaborar tantos testamentos como se quieran a lo largo de la vida, siendo el último el único válido. Este documento constará en el Registro General de Actas de Última Voluntad.

Para saber si se ha hecho testamento, se debe cumplimentar la solicitud del certificado: rellenando un impreso (se encuentra en los estancos) y acompañando un certificado literal de defunción. De este modo sabremos si hay testamento hecho y qué notario lo tiene.

La legítima

En Cataluña corresponde al 25% del total de la herencia sobre el que no se puede hacer testamento, y corresponde por ley a los parientes denominados como legítimos o herederos forzosos.

La sucesión intestada

Es aquella en la que la persona muere sin dejar testamento y a falta de herederos la ley establece cuál es la orden de sucesión. En Cataluña hay legislación propia al respecto.

La donación

Es una figura jurídica para hacer transmisión de bienes antes de morir. La donación no puede comprender bienes futuros, y el donante se debe reservar en propiedad o en usufructo aquello que le sea necesario para vivir según sus circunstancias. Para proteger el derecho de los legitimarios, nadie puede entregar en donación más de lo que pueda dar en testamento.

El poder preventivo

Es otro documento de previsión pensado para que las personas, en el momento de poder hacer pleno uso de su conciencia, puedan dejar constancia por escrito de cómo quieren que gestionen sus bienes, si en un futuro una enfermedad les impidiera decidir por ellos mismos sobre estos bienes.

La autotutela

Se trata de una herramienta para decidir sobre la atención que la persona quiere tener, y por lo tanto la coloca en el centro y recoge su voluntad y su protagonismo. De ese modo regula bajo su propia voluntad, y cuando la persona todavía es consciente, quién quiere que la cuide y a quién no quiere bajo ninguna circunstancia en el momento en el que no se pueda hacer cargo de sí misma o ya no sea consciente. Para firmar el documento se debe acudir al despacho de un notario y dejar por escrito quién quiere que sea su tutor y los sustitutos en caso de que este no pueda ser, y si se quiere, las indicaciones de cómo debe ser esta tutela. El notario dirige el documento al Registro de Nombres Tutelares No Testamentarios, que en Cataluña depende del

Departamento de Justicia y al que el juez se dirigirá cuando llegue el momento de declarar incapaz a la persona.

Estas son algunas de las medidas de prevención existentes, que se complementan con otras medidas, como las de previsión, dirigidas a garantizar que la persona pueda contar con unos mínimos económicos para garantizar los derechos de tener una vida digna.

Otras medidas existentes son las que se conocen como medidas sociales de protección, dirigidas a personas con demencias o afectadas por enfermedades como Alzheimer, y se consideran medidas de protección tanto a la persona afectada como a los familiares y/o cuidadores que la atienden. Con ellas se prevé compensar la situación de indefensión, vulnerabilidad, perjuicio, discriminación y riesgo que sufren provocados por su situación de dependencia. Entre ellas: la incapacitación, la tutela, la acogida acordada o la acogida residencial.

En la siguiente dirección podréis ampliar la información de este tema, en el libro *Els drets del meu demà*, editado por la Obra Social de la Caixa de Catalunya en el 2009:

www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/viure-drets-01.pdf

Encontraréis más información sobre este apartado en las siguientes direcciones: *Prevenir i actuar contra els maltractaments*, elaborado por EIMA, Asociación para la investigación del maltrato al anciano en el 2007 y editado por la Fundación Caixa de Catalunya.

http://www.fundacioaixacatalunya.org/osocial/idiomes/1/fitxers/atsocial/maltractament_granscat.pdf

También podéis ver esta entrevista con el doctor Jordi Muñoz, abogado y doctor en Humanidades por la UIC, realizada para TV3:

<http://www.tv3.cat/videos/2859310>

Resumen

A lo largo del curso hemos visto cómo la población de las personas mayores va en aumento y es una de las tendencias de futuro. Este hecho implica una gran heterogeneidad y la necesidad de revisar el concepto de personas mayores, puesto que cada vez identifica menos a un grupo de población concreta. La otra cara de esta situación es la enorme riqueza de tal heterogeneidad. Tenemos una población que envejece, pero lo hace de una manera cada vez más saludable, con más información y, por lo tanto, también con más prevención.

Introducir el concepto de envejecimiento activo ha sido un primer paso, que puede ofrecer muchas oportunidades a esta población de mayor edad que es apartada del mundo productivo. Una población que tiene un bagaje y una experiencia muy importante que no podemos desaprovechar, pero a la que tampoco podemos desautorizar y dar de lado cuando estamos hablando de sus necesidades e intereses.

Las personas mayores tienen el derecho a mantener su autonomía y su independencia, a pesar de que algunas de ellas sean consideradas personas dependientes. La dependencia debe ser solo funcional y no de vulneración de derechos. Para hacer que todo esto sea real, es necesario que las intervenciones que realizamos tengan a la persona situada en el centro y que los planes de intervención vayan en la misma línea que su proyecto de vida. Es la única opción posible, si lo que queremos conseguir es favorecer su autonomía personal y la mejora de su calidad de vida.

Se han logrado grandes avances en este sentido. La ley de Servicios Sociales lo ha hecho incorporando el reconocimiento del acceso universal a toda la población y poniendo al alcance la cartera de servicios que facilitará la vida a las personas más necesitadas. La ley de la Autonomía Personal (LAPAD) también lo ha hecho, en este caso reconociendo el derecho de las personas dependientes a ser atendidas de manera específica y ofreciendo toda una serie de recursos para garantizar su atención. Asimismo, habéis conocido un abanico de guías y manuales que presentan servicios, técnicas y recursos para profesionales y para cuidadores no profesionales, materiales que se editan cada año con las subvenciones de organizaciones, entidades bancarias y distintas administraciones.

Pero hay que avanzar todavía más, pues al mismo tiempo estamos viviendo situaciones de vulneración de los derechos y de la dignidad de personas mayores y todavía no tenemos ni suficientes herramientas ni recursos para poder identificar mejor estas situaciones, para poder cuantificarlas y, lo más importante, para ofrecer servicios de atención a las personas afectadas y que puedan salir de esta situación. En otros colectivos, como el de los menores o las mujeres, hemos conseguido avances muy importantes. Pero con las personas mayores todavía estamos a años luz de conseguirlo. Este curso quiere hacer también su aportación dándoos a conocer esta situación. Ahora ya somos unas cuantas personas más.

Activitats

Hay un total de tres actividades:

1. Leed la última parte de la entrevista a Anna Cabré y comentad qué os parece lo que propone. Justificadlo. ¿Se os ocurren otras propuestas posibles?, ¿podrías dar respuesta a algunas de las preguntas que se plantean en voz alta? Las respuestas a esta primera actividad las realizaremos mediante el foro.

2. Desarrollo del caso práctico.

Este es el caso práctico sobre el que trabajaremos la segunda actividad. A pesar de que es bastante extenso, pensad que se ha intentado sintetizar en dos páginas una intervención de más de tres años con una familia. Se trata, por lo tanto, de un resumen de todas las etapas del caso: exploración, diagnóstico, plan de trabajo e intervención.

Caso práctico

Ángela y Martín son un matrimonio de 83 y 86 años, respectivamente. Se conocieron muy jóvenes, se casaron y tuvieron dos hijos. Ha sido una pareja muy unida que ha ido afrontado situaciones bastante complejas, como cuando ella, que siempre había pintado, tuvo que dejarlo porque perdió la visión total de un ojo y casi la del otro. Aun así, siempre se han rechecho con mucho optimismo y gracias al gran aprecio mutuo, haciendo un esfuerzo común para reconducir la situación.

Tuvieron dos hijos, el mayor hace años que vive fuera, en otro país. Ellos nunca han querido ir, puesto que no les gusta viajar, pero mantienen contacto puntual con él. Cada 3 o 4 meses este viene unos días a verlos, poco tiempo, porque su mujer y sus hijos están allá y debe volver.

El hijo pequeño vive en el mismo municipio, pero desde hace unos 10 años, al poco de cumplir los 40, sufrió una enfermedad que le está afectando cognitivamente. Después de diferentes operaciones le han dicho que ya no se puede hacer nada más y que se trata de un proceso degenerativo. Poco a poco va perdiendo movilidad y tiene muchos olvidos, al momento no se acuerda de lo que se ha hablado. Ahora es pensionista por invalidez, ya que tuvo que dejar de trabajar y le han dado un grado de dependencia que le permite contar con un servicio de apoyo puntual en el domicilio.

Hace algo más de un año, Ángela fue ingresada en el hospital, donde le diagnosticaron un tumor. Después de valorar diferentes tratamientos, la volvieron a llevar a casa con un apoyo de PADES puntual.

Hasta hace unas semanas la situación estaba estabilizada. A pesar de que ella andaba con dificultad, con el apoyo de un andador, contaba con una cierta movilidad por el domicilio. Ellos viven en una casa no demasiado grande, situada toda en una planta, sin escaleras interiores. La única dificultad de la vivienda es que tiene diferentes niveles; en el comedor, entre la mesa y la zona de descanso, y en el baño, entre el lavabo y la zona de ducha. Todo esto dificulta su movilidad los días en los que se encuentra peor. Se han llevado a cabo algunas adaptaciones, como silla de ducha y agarraderas, pero aun así todavía hay dificultades. Hasta ahora Ángela tenía reconocida por la ley de dependencia un grado 2 y un nivel 2. Se ha descartado una reforma en el domicilio, puesto que su situación económica es bastante delicada: los dos cobran pensión por jubilación, mínima, y ahora ella empezará a cobrar también la prestación por cuidadora de la ley de la dependencia.

Martín, a pesar de que da la impresión de que está bastante bien y no aparenta la edad que tiene, también está afectado por una enfermedad terminal. Él no quiere hablar del tema, dice que ahora debe centrarse en su mujer y no se puede poner malo. Aun así, se le pidió la valoración de la dependencia y solo le dieron un grado 1 y un nivel 1.

Cuando ella estaba ingresada en el hospital lo pasaron muy mal, puesto que Martín quería estar allí siempre y Ángela solo quería volver a su casa. Cuando le dieron el alta en el hospital, la trabajadora social, con el acuerdo de los dos, buscó una cuidadora para atenderles en el domicilio a media jornada, entre las 10 y las 14 horas. Las funciones que debe realizar eran preparar la comida, acompañar a Martín a hacer diferentes gestiones (la compra, ir al médico, etc.) y dejar preparada la cena. Preferían tener una persona en casa que solicitar el servicio de *catering*. Además, en este domicilio había que introducir la figura de una persona cuidadora para los dos.

Los servicios sociales, en coordinación con los servicios de salud, acuerdan garantizar el seguimiento médico de Ángela en el domicilio e incorporar la figura de una trabajadora familiar municipal, una vez a la semana, para ayudar a Ángela a ducharse y para hacer un seguimiento de la situación familiar. Desde el SAD se les ofreció también un servicio de atención al hogar una vez a la semana para garantizar la limpieza y el mantenimiento del domicilio.

A lo largo de este año todo ha funcionado perfectamente y el matrimonio y los hijos estaban muy contentos con las intervenciones que se habían planteado.

Hace un par de semanas la trabajadora familiar y la cuidadora advierten que la situación ha empeorado mucho. Ángela ha perdido movilidad y no se

puede levantar ni trasladarse (ayudarse para ir de la cama a la silla, etc.). El médico le ha recetado una silla de ruedas, pero tienen dificultades con los peldaños en el comedor y en el baño. La silla de ruedas entra con dificultad en la habitación y no puede llegar a la cama con ella y tampoco girar. Martín no puede ayudarla a hacer estos esfuerzos, ya que cada vez que lo intenta se ahoga.

Los hijos piensan que, a pesar de que los padres no quieren, la única opción posible es una residencia. Ángela podría acceder a una residencia pública, pero Martín de momento no, pues no tiene el grado de dependencia suficiente para acceder a una plaza pública ni dinero para pagar una privada.

La cuidadora y la trabajadora familiar dicen que si los separamos será el fin de los dos, puesto que nunca han estado separados y ahora están demasiado débiles. No obstante, saben que en la residencia ella estará muy atendida.

Martín dice que él no quiere ir a la residencia y que tampoco querría que ella fuera, pero está muy preocupado porque no sabe qué debe hacer y quiere que ella esté bien atendida.

La trabajadora social, después de escuchar lo que opina todo el mundo, habla con Ángela, que de hecho es la persona interesada y por eso es muy necesario saber cuál es su preferencia y su deseo antes de plantear una propuesta de actuación.

Ángela le dice que ella no quiere abandonar su casa, que quiere estar con su marido hasta el final, y que, además, quiere quedarse con él en la misma habitación porque quiere verlo cada noche cuando esté durmiendo.

Estas son algunas de las dudas que nos plantea esta situación:

- ¿Es posible dar respuesta a todas las demandas?
- ¿Debemos optar por un criterio más efectivo y profesional?
- ¿Debemos tener en cuenta realmente la voluntad de la persona?
- ¿Es realista esta voluntad? ¿Acaso no es demasiado romántica?
- ¿Qué ventajas e inconvenientes puede tener cada opción?

Hasta aquí la descripción del caso. Ahora empieza el ejercicio. ¿Qué considerarías que se debería hacer al respecto?

Para contestar el ejercicio tendréis que dar respuesta a las siguientes cuatro preguntas. (La actividad no puede tener más de tres páginas):

1. Describid cuál sería vuestra propuesta de intervención.
2. Justificad por qué habéis optado por esta propuesta.

- 3. Describid como mínimo tres ventajas y tres inconvenientes de esta propuesta (utilizad los indicadores del modelo de calidad de vida de Shallock).
- 4. Relacionad la propuesta de intervención con los contenidos tratados en la unidad 2 (centralidad de la persona, calidad de vida, recursos y servicios de atención, etc.).

3. Después de ver y escuchar las entrevistas a la doctora Mercè Tabueña y al abogado Jordi Muñoz, aportad vuestra valoración en el foro sobre el tema de los maltratos a las personas mayores. ¿Era un tema que conocíais? ¿Qué es lo que más os ha sorprendido? ¿Os ha parecido bastante clarificador? ¿Qué creéis que se podría hacer para incidir más sobre este tema?

Glossari

actividades básicas de la vida diaria (ABVD) *f pl* Tareas más elementales de la persona que le permiten desarrollarse con un mínimo de autonomía e independencia, como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. (Ley de dependencia (LAPAD)).

autodeterminación *f* El concepto de autodeterminación puede tener dos acepciones: como capacidad y como derecho. La primera, como capacidad, se refiere al conjunto de habilidades que tiene cada persona para tomar sus elecciones, sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de estas. Se adquiere en el ejercicio directo de las personas.

La segunda acepción, autodeterminación como derecho, hace referencia a la garantía de que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en su identidad personal y tener control sobre este. En el caso de personas con grave afectación, este ejercicio puede ser indirecto, es decir, por medio de otros y con los apoyos necesarios (López y cols., 2004).

autonomía *f* Capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales sobre cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. (Ley de dependencia (LAPAD)).

La autonomía es la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida. Generalmente se entiende la autonomía como lo contrario de la dependencia, cuando la autonomía es la capacidad de decisión sobre cómo vivir la vida de acuerdo con las propias normas y deseos. Y el concepto opuesto a este sería la heteronomía o la carencia de autonomía. (Teresa Martínez).

calidad de vida *f* Percepción propia de un individuo con relación a su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, del sistema de valores en los que vive y respecto a sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. (OMS).

cuidadores no profesionales *m pl* Personas de la familia o del entorno de la persona dependiente que, a pesar de no estar vinculadas a un servicio de atención profesionalizado, realizan las funciones de apoyo y atención necesarias para su desarrollo. (Ley de dependencia (LAPAD)).

cuidadores profesionales *m pl* Profesionales que prestan sus servicios contratados por una institución pública o entidad con o sin ánimo de lucro, y también los profesionales autónomos. La finalidad de estos es la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya esté en su casa o en un centro. (Ley de dependencia (LAPAD)).

dependencia *f* Estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la carencia o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesitan la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para la realización de actividades básicas de la vida diaria. En la situación de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, otros apoyos para su autonomía personal. (Ley de dependencia (LAPAD)).

edatismo *m* Atribución de estereotipos y mantenimiento de actitudes de valoración negativa hacia una persona, únicamente por el hecho de ser mayor. (Mercè Tabueña).

envejecimiento *m* Conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, y que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo. También se conoce como senescencia. (Wikipedia). Como veis, es una definición muy orgánica.

envejecimiento activo *m* Proceso de optimizar oportunidades para el bienestar físico, psíquico y mental a lo largo de la vida, para extender la expectativa de esta, su productividad y su calidad en una edad avanzada. (OMS, 1990).

gente mayor *f* Colectivo de personas activas, pero al que, por virtud del estado de bienestar, se nos ha concedido la jubilación, es decir, el privilegio merecido de no tener obligaciones laborales. (FATEC, Federació de associacions de gent gran de Catalunya).

heteronomía *f* La heteronomía de la voluntad es un término técnico introducido dentro de la filosofía por I. Kant, y que hace referencia a que la voluntad no debe estar determinada por razones del sujeto, sino por lo que le es ajeno (la voluntad de otras personas, las cosas del mundo, la sensibilidad, la voluntad divina, etc.); se podría decir que no es la persona propiamente la que toma sus decisiones, sino que estas están intervenidas. Es el término contrario al de autonomía.

inclusión social *f* Proceso que garantiza que todas las personas tengan las oportunidades y los recursos necesarios para participar plenamente en la vida económica, social y política, para disfrutar de unas condiciones de vida normales. La inclusión social está relacionada con la integración, la cohesión y la justicia social. Es la posibilidad de participación igualitaria de todos sus miembros en todas las dimensiones sociales (económica, legal, política, cultural, etc.). (Fundación Luis Vives).

independencia *f* Capacidad de realizar por sí mismo, sin depender de otras personas, las actividades de la vida diaria. Por lo tanto, sería lo contrario de la dependencia. (Teresa Martínez).

Bibliografia

Acarín, N. (2010). *Alzheimer. Manual d'instrucció*. Editorial Columna.

Acting-Vita. (2010). *Tallers. Un cuidador. Dues vides*. Obra Social Fundació "la Caixa".

Aguilar, M.; Cuevas, R. (2004). *Cuidar a casa persones grans amb dependència*. Institut d'Edicions de la Diputació de Barcelona.

Boada, M.; Tárraga, Ll. (2008). *Alzheimer. Vivir cuando dos y dos ya no son cuatro*. Viena Ediciones.

Carbonell Suriñach, S. (2007). *Sad Manlleu. La persona al centre d'una atenció domiciliària de qualitat*. Ajuntament de Manlleu.

Dotte, P. (2010). *Método de movilización de los pacientes*. Editorial Elsevier Masson.

EIMA. Associació per a la investigació del maltractament a l'ancià (2007). *Prevenir i actuar contra els maltractaments a les persones grans*. Fundació Viure i Conviure. Caixa Catalunya Obra Social.

Escales, C.; Muñoz, J.; Fernández, E. (2009). *Els drets del meu demà*. Caixa Catalunya Obra Social.

Garcia Victori, N.; Garcia Lladó, L.; Vilardell, S. (2010). *Conèixer i conviure. Guia d'atenció domiciliària per a persones dependents, famílies i professionals que en tenen cura*. Associació per a la formació i ocupació de Catalunya.

Gomez-Vela, M.; Sabeh, E. N. (2010). *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración de la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.

Imsero (2005). *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

Imsero (2010). *Libro Blanco del envejecimiento activo. Temas para el debate*. Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo.

Martínez Rodríguez, T. (2010). *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*. Madrid: Informes Portal Mayores, núm. 98.

Montorio, I.; Izal, M. (1999). *Intervención psicológica en la vejez*. Editorial Síntesis.

Pérez Melero, A. (2002). *Guía de cuidados de personas mayores*. Editorial Síntesis.

Pérez-Salanova, M. y otros (2011). *Autonomía y dependencia en la vejez*. Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Tabueña Lafarga, M. (2009). *Els maltractaments a les persones grans. Una realitat oculta*. Caixa Catalunya Obra Social.

Treserra Soler, M. A. (2010). *El repte de l'autonomia. Programa de prevenció de la Dependència*. Obra Social Fundació "la Caixa".