

Tras una descripción de las características de las personas mayores en la actualidad, se adopta una perspectiva ética que fundamenta el Buen trato en la exigencia derivada del reconocimiento y el respeto a la dignidad humana. Dada la gran heterogeneidad existente entre las personas mayores se desarrolla el contenido del Buen trato para dos grupos diferenciados: las autónomas-responsables y las personas mayores dependientes que requieren cuidados continuados

Palabras Clave: Buen trato. Envejecimiento. Personas mayores. Ética. Dependencia. Cuidados. Derechos Humanos.

Egungo adineko pertsonen ezaugarriak deskribatu ondoren, tratu ona giza duintasuna aitortzeko eta errespetatzeko exijentziekin lotzen duen ikuspegi etikoaren alde egiten du. Adinekoen heterogeneotasun handia dela eta, tratu onaren edukia bi talde desberdinetarako garatzen da: adineko autonomoak/arduratsuak eta zainketa etengabeak behar dituzten mendeko adinekoak.

Giltza-Hitzak: Tratu ona. Zahartzea. Adineko pertsonak. Etika. Mendekotasuna. Zainketak. Giza eskubideak.

Après une description des caractéristiques des personnes âgées aujourd'hui, l'article aborde une perspective éthique, qui fonde le Bon traitement sur l'exigence dérivée de la reconnaissance et du respect de la dignité humaine. Compte tenu de la grande hétérogénéité des personnes âgées, le contenu du Bon traitement est développé pour deux groupes différents : les autonomes-responsables et les dépendantes, qui réclament des soins continus.

Mots-Clés : Bon traitement. Vieillesse. Personnes âgées. Éthique. Dépendance. Soins. Droits Humains.

Buen trato y envejecimiento

(Good treatment and aging)

Goikoetxea Iturregui, Marije

Universidad de Deusto. Facultad de Psicología y Educación
Avda. de las Universidades, 24. 48007 Bilbao
marije.goicoechea@deusto.es

BIBLID [0212-7016 (2019), 64: 1-2; 78-115]

Recep.: 16.09.2019
Acep.: 11.02.2020

1. Introducción

El objetivo de este trabajo es contribuir al fomento de un buen trato a las personas mayores y consecuentemente la prevención del mal trato definido éste como “cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor” (WHO, 2002, p.2)¹.

En el reconocimiento de la igual dignidad, y la exigencia de respeto absoluto a la misma fundamentamos nuestras obligaciones de tratar bien a las personas, con consideración y respeto. La hipótesis principal que mantenemos en el trabajo es que la percepción social negativa de la vejez, especialmente si conlleva una situación de fragilización importante y dependencia para las actividades de la vida diaria, conlleva una menor apreciación y consideración social de las personas adultas mayores, y consecuentemente, un trato inadecuado, poco respetuoso con su dignidad y sus derechos.

Como hipótesis secundaria planteamos que es la menor apreciación de la dignidad intrínseca que se manifiesta en actitudes edadistas, la que genera actuaciones claramente discriminatorias y generadoras de daño a su integridad física y psíquica, tanto en los ámbitos privados, como en el reconocimiento de sus derechos y su condición de ciudadanía. Creemos que la discriminación por edad es la causa primera de los altos índices de malos tratos a este colectivo como se recoge en el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2015)²: «La prevalencia del maltrato de las personas mayores en los países de ingresos altos o medianos es de entre el 2,2 y el 14 %». Y añade: «Es importante tener en cuenta que estas cifras no incluyen a los adul-

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. Ginebra: WHO 2002.

2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: WHO 2015.

tos mayores con deterioro cognitivo, ni a los que viven en residencias o centros de atención a largo plazo. Sin embargo, puede que estos grupos estén en particular riesgo de maltrato».

En cuanto a la metodología se adopta un enfoque interdisciplinario, con la perspectiva ética como eje articulador, integrando algunas aportaciones del ámbito sociológico y jurídico. Tras una descripción de las características principales del colectivo de personas mayores, el contenido del artículo desarrolla fundamentos, criterios y orientaciones para el buen trato que pretenden ser universales, y consecuentemente exigibles, en las relaciones formales o informales con las personas mayores, tanto en el ámbito público como privado. Obviamente se parte del reconocimiento positivo del pluralismo moral de nuestra sociedad, por lo que en ningún caso se pretende que los mismos sean considerados absolutos, sino que requerirán la deliberación y la prudencia en aquellos casos en que existan conflictos de valores entre ellos.

2. Las personas mayores del Siglo XXI

El término “persona mayor” es un término impreciso que expresa “la generalización de lo genérico: el mayor es cualquiera que tiene más años que otro” (Sánchez, 1993, p. 41; citado por Pérez, 2014)³. Atribuye cierta dignidad o rango a quién lo detenta (al igual que el término madurez) y solicita al resto respeto y decoro en el trato. La OMS considera que las personas mayores son aquellas que tienen más de 60 años. Sin embargo, en España muchos autores e instituciones mueven ese límite hasta la edad habitual de jubilación pues consideran que las personas pasan al grupo de “mayores” cuando cesa su vida productiva, en España mayoritariamente a los 65 años.

La heterogeneidad del grupo de las llamadas “personas mayores”, y las diferentes situaciones de salud en las que se encuentran (Agulló, 2001)⁴ dificultan la determinación de criterios y estándares diferentes a la edad de jubilación para considerar que una persona forma parte del colectivo de los “mayores”. Las diferencias entre las personas mayores de 65 (o 60) años son mucho mayores y más variadas, que las que existen entre los miembros de otros grupos que se encuentran en otras etapas de sus vidas (Vega y Bueno, 2000)⁵. En el mismo sentido se expresan diversos estudios que consideran que es el grupo de población con mayor variabilidad en cuanto a sus diferencias biológicas, características psicológicas, sociales, culturales, etc. (Sancho, Yanguas, del Barrio, 2016)⁶.

3. PÉREZ HERNÁNDEZ A.M. *La percepción social de la vejez*. (Trabajo fin de grado de trabajo social). Universidad de La Laguna. 2014.

4. AGULLÓ, M. *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación*. Madrid: IM-SERSO. 2001.

5. VEGA, J. L.; BUENO, B. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis. 2000.

6. SANCHO, M.; YANGUAS, J.; DEL BARRIO, E. *Personas que envejecen en el S. XXI. Nuevas realidades*. Obra social La Caixa. 2016.



Fuente: pgagencies.com/about/

En este trabajo adoptaremos la acepción “persona mayor” y “persona adulta mayor” para identificar a personas que han superado el límite de edad administrativo y de la actividad laboral (65 años) dado que es la utilizada por los organismos oficiales a los que hemos recurrido como fuentes de datos principales, si bien en algunos momentos recurriremos a trabajos publicados que utilizan los criterios de la OMS y consideran los 60 años el límite inferior de edad de este colectivo.

Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2018 hay 8.908.151 personas mayores de 65 años, un 19,1% sobre el total de la población (46.722.980)⁷. Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ya representan el 6,1% de toda la población, y existen 11.229 personas mayores de 100 años empadronadas. En concreto, en Euskadi la proporción de personas mayores supera el 22% de la población.

Según el informe del Laboratorio de Envejecimiento en Red de marzo del 2019 las características principales de estas personas son las siguientes:⁸

- Existe una feminización de la vejez. Las mujeres superan en un 32,0% a los hombres, y esta diferencia aumenta cuanto más avanzada sea la

7. INE. Datos definitivos publicados el 22-1-2019.

8. LABORATORIO ENVEJECIMIENTO EN RED. *Informe envejecimiento en red 2019*. Departamento de Población del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). n. 22. marzo 2019. www.envejecimientoenred.es.

edad. En 2017, las mujeres españolas tenían una esperanza de vida al nacer de 85,7 años, y los hombres de 80,4 años. En cuanto la esperanza de vida a los 65 años, los hombres tienen 19,1 años adicionales y las mujeres 23,0.

- Mayoritariamente son pensionistas con una situación económica estable. Las pensiones de jubilación (5,9 millones) son las más frecuentes, seguidas por 2,4 millones de pensiones de viudedad. El importe medio de la pensión de jubilación ha superado el umbral de los mil euros en España (1.091 euros/mes en 2018) llegando a los 1.300 euros/mes en Euskadi. La posición económica de los mayores ha mejorado relativamente en los años de crisis económica aunque empieza a disminuir a partir de 2015 respecto al resto de la población; su proporción en riesgo de pobreza se sitúa en 14,8% (2017)
- Mayoritariamente las personas mayores de 65 años son personas con autonomía suficiente para ejercer sus derechos y hacerse cargo de sus obligaciones. Si se mide el porcentaje de tiempo que se vive en buena salud a partir de los 65 años, el contraste entre hombres y mujeres es muy patente: 53,7% del tiempo por vivir en los hombres lo es en buenas condiciones, mientras que sólo el 44,0% en el caso de las mujeres. En cuanto a la dependencia para las actividades de la vida diaria, sólo el 27 % de las personas mayores son dependientes de otras personas para dichas actividades básicas.
- El nivel de instrucción es más bajo cuanto más avanzada es la edad. No obstante, en los últimos 40 años ha habido un cambio notable en el nivel educativo de las personas mayores, con reducción del analfabetismo y aumento de los niveles de estudios secundarios y superiores. En el futuro, además, se prevé que el nivel educativo siga aumentando, ya que entre las personas de 50 a 54 años se ha pasado del 5,6 % de personas con estudios superiores al 19,5 %. Esta generación es la que en 2020 entrará en la franja de edad de 65 años. Existe sin embargo una gran brecha digital entre los mayores y el resto de la población. A partir de los 55 años hay un descenso en los porcentajes de personas que utilizan internet. Sin embargo, la brecha se reduce en los últimos años, especialmente por a la llegada a estas edades de personas que ya utilizaban internet previamente, más que a una alfabetización digital de los ya mayores.
- A lo largo de la vejez aumenta la probabilidad de vivir en soledad. Se ha observado en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65. La proporción es mayor entre mujeres que entre hombres (2017: 29,9% frente a 17,7%); el porcentaje de hombres casados supera al de las mujeres en todos los grupos de edad de 65 y más años; entre las mujeres predominan las viudas a partir de los 80 años sobre el resto de estados civiles. Es fácil comprender que los hombres tienen más probabilidad de morir estando casados, y las mujeres estando viudas.
- En relación al número de personas mayores que viven en Residencias. En España y en Euskadi hay 4,2 plazas de residencia por cada 100 per-

sonas mayores de 65 años con índice de ocupación superior al 80%. Si comparamos esta cifra con el número de personas dependientes de más de 65 años (un 27%) nos daremos cuenta que la gran mayoría de las personas mayores dependientes es cuidada en sus domicilios, pues sólo una de cada 4 ocupa una plaza residencial.

- Las personas mayores son grandes cuidadoras: el 13,6% de los hombres mayores y el 14,0% de las mujeres cuidan de personas dependientes; que en cifras absolutas suponen la mayoría en el total de cuidadores. Y además cuando cuidan lo hacen con alta dedicación horaria; más de dos tercios de ellos dedican más de 20 horas a la semana al cuidado. Evidentemente el cuidado sigue feminizado. Las mujeres de menos de 65 años, contribuyen con más de la mitad de todo el volumen de cuidado (medido en horas) aportado por todos los cuidadores (48,4%). Y es una mujer mayor la que recibe la mayor parte del cuidado provisto por cualquier cuidador (47,1%). La persona que cuida de los hombres mayores que necesitan ayuda es fundamentalmente su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda se invierte el orden, son las hijas las que se hacen cargo de los cuidados más frecuentemente, seguidas de otros familiares y amigos. Por tanto, la hija de edad intermedia (45-65) suele ser el pilar del cuidado en España.

Existe un consenso general en el que el aumento de la esperanza de vida trae consigo una diversificación del grupo de personas mayores y consecuentemente un cuestionamiento importante de una concepción homogeneizadora de la «tercera edad» basada en la tríada tradicional infancia-adulthood-vejez. Para empezar ya no es la tercera porque se han añadido otras previas configurando el proceso al menos en cinco etapas: niñez-pre adolescencia-adolescencia-juventud-adulthood-vejez. A su vez, la vejez es un proceso de envejecimiento que puede subdividirse al menos en otras tres subetapas, madurez-fragilidad-cuidados, que podemos describir siguiendo a Sancho⁹ del siguiente modo:

“La primera etapa plena de vitalidad, donde el individuo sigue buscando la máxima expresión de su desarrollo madurativo; una segunda marcada por el inicio de las situaciones de fragilidad, y una tercera –no obligatoria– definida por una posible necesidad de cuidados. (Sancho et al. 2017, p.28)

En el último documento de consenso que revisa el paradigma del envejecimiento activo¹⁰, se plantea la necesidad de abandonar las nociones que actualmente tenemos sobre la jubilación y el envejecimiento, proponiendo un abordaje más flexible e incluye el aprendizaje a lo largo de la vida como el cuarto pilar del

9. Op. Cit. 6.

10. INTERNATIONAL LONGEVITY CENTRE-BRAZIL, *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. 2015. En: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ActiveAgeingPolicyFramework_2015.pdf.

envejecimiento activo¹¹. Es llamativo que el documento expone la irrupción de una nueva etapa dentro del envejecimiento, que denomina *gerontolencia* caracterizada por unos años vividos en plenitud desde la sexta década en adelante.

La descripción realizada hasta aquí nos da una visión compleja en la que plantearnos la cuestión encomendada en este trabajo que no es otra que aportar fundamentos reflexivos y orientaciones prácticas para un buen trato a las personas mayores. Para ello deberemos de tener en cuenta la triple realidad descrita:

- Un grupo que goza de buena salud, tiene niveles aceptables de bienestar, y formación, y comienzan a mejorar sus niveles de participación social pasando de ser consumidoras pasivas de recursos a ser corresponsables y exigentes de sus derechos.
- Otro grupo de personas mayores, en general mayores de 80 años y de sexo femenino fundamentalmente, que sufren situaciones de dependencia, con gran necesidad de ayuda y apoyo por parte de terceras personas
- Y un tercer grupo, minoritario respecto a los anteriores pero significativo en cuanto a los retos que presentan socialmente, de personas con edades entre los 65 y los 75 años con discapacidades derivadas de enfermedad mental, discapacidades intelectuales y nuevas contingencias, con problemas de salud, dependencia y/o con riesgo alto de exclusión social que en periodos anterior fallecían precozmente y ahora tiene una mayor esperanza de vida.

3. El buen trato y el mal trato a las personas mayores: perspectiva ética

El colectivo de personas mayores es en el que mayormente se expresa la tensión entre autonomía y dependencia que se da siempre en el ser humano. Son ya numerosos los autores que describen a los seres humanos como interdependientes¹², conscientes de que las personas somos, a la vez y siempre:

- seres frágiles, y por tanto dependientes, esto es, necesitados y abiertos a *recibir cuidado y atención*, y vulnerables con riesgo de sufrir daño (por la enfermedad, por mal trato...etc.);
- seres capaces, y por tanto con independencia, iniciativa y responsabilidad sobre sus decisiones y acciones, abiertos a *ofrecer* y aportar a la construcción de los otros y de lo común.

Esta doble realidad sufre variaciones significativas a lo largo de cada vida individual, pero dicha variabilidad siempre es “normal” desde una concepción del ser humano como intrínsecamente interdependiente por ser finito y auto insufi-

11. Los otros tres publicados por la OMS en el 2002, son la salud, la participación y la seguridad.

12. Mc Intyre, A.; Etxeberria X.; Goikoetxea, M.; Torralba, F.; Cortina, A.; Conill, J. entre otros.

ciente en su radicalidad. Sin embargo, dicha insuficiencia no es solo vulnerabilidad y riesgo de sufrimiento, sino paradójicamente es también oportunidad de interacción y de capacitación en la interdependencia. Comenzando por lo más material de la humanidad, toda persona es una “corporalidad” desvalida biológicamente: somos vivíparos y, por tanto, solo en la relación con nuestra madre primero y con otros humanos después, vamos desarrollando nuestra realidad personal. El desarrollo neuropsicológico de nuestra corporalidad requiere estímulos externos, percepciones novedosas, relaciones emocionales que cubran déficits temporales o permanentes y desarrollen capacidades para la autonomía y la racionalidad independiente. En esta misma línea diversos autores consideran que tanto el lenguaje (Maturana, 1988)¹³ como el aprendizaje y la conciencia (Vygotsky, citado por Del Río, 1992)¹⁴ se desarrollan necesariamente en encuentros recurrentes con lo externo que adopta tanto la forma de mediación social como instrumental.

“El origen del lenguaje, como un dominio de coordinaciones conductuales consensuales, exige una historia de encuentros recurrentes en la aceptación mutua suficientemente intensa y prolongada” (Maturana, 1997, p. 201).

Esta idea de persona como estructura vulnerable es un concepto inclusivo universal que integra a personas en distintas etapas evolutivas y en distintos estados de dependencia y de salud, es decir, con distintos grados de vulnerabilidad. Y desde esta concepción de persona, el buen trato se despliega en una doble dirección: por un lado incluye aquellas acciones que posibilitan cubrir nuestras necesidades de déficit en las diferentes dimensiones (biológica, psico-relacional, socio-política), y por otro, aportar los apoyos necesarios para capacitarnos para una vida autorrealizada tanto en el ámbito privado como en el público. Estas dos direcciones recogen a su vez la doble dimensión de la ciudadanía: la ciudadanía pasiva o receptiva y la ciudadanía activa de participación en la construcción social.

Puede parecer a primera vista imposible encontrar elementos comunes que puedan estructurar el contenido del buen trato a la vista de la diversidad humana. Es evidente que tanto las necesidades como los proyectos de autorrealización pueden ser múltiples y totalmente diferentes. A pesar de ello, o precisamente por ello, se hace necesario descubrir algunos criterios que puedan estructurar cuáles son las exigencias éticas para evitar el mal trato y desarrollar el buen trato a las personas, en este caso a las personas mayores.

13. MATURANA, H. Lenguaje y realidad: El origen de lo humano. En: *Revista Colombiana de Psicología*, n. 5-6, 1997; pp. 200-203.

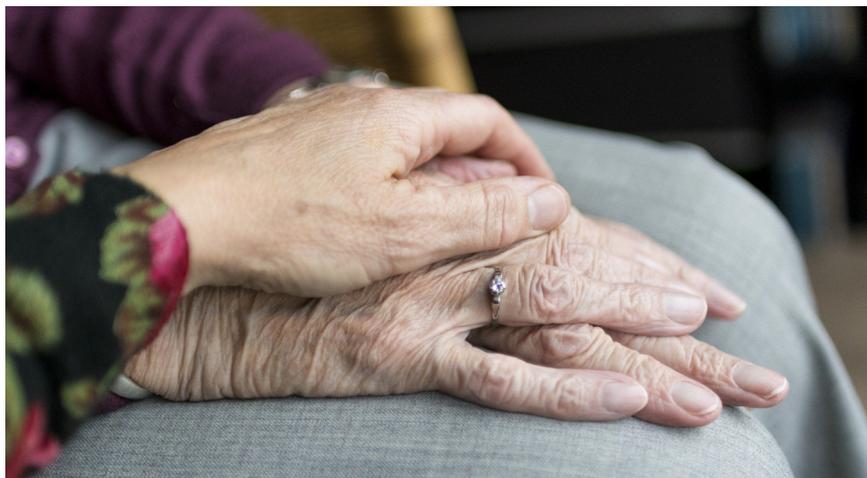
14. DEL RÍO, P. La discapacidad, único camino hacia el hecho humano. En CASADO D. (Ed.), *Discapacidad e información*, 1992. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a personas con minusvalía; pp 125-147.

3.1. El reconocimiento de la dignidad como fundamento del buen trato¹⁵

El reconocimiento de la dignidad es el fundamento radical para exigir respeto absoluto al ser humano y abordar las obligaciones de buen trato con ella tanto en las relaciones privadas como en su consideración como ciudadana en el ámbito público asegurando un modelo social que garantice su participación en condiciones de justicia e igualdad.

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”. “Esto significa que quien tiene dignidad puede reclamar ser tratado siempre al mismo tiempo como fin (valor absoluto) y nunca como puro medio (valor solo instrumental). Aquello que constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo no tiene un valor meramente relativo o precio, sino que tiene un valor interno, es decir dignidad” (Kant, 1995 citado por Etxeberria, 2011)^{16 17}

Quien tiene dignidad exige ser tratado bien, con consideración y respeto, con igual consideración y respeto que el resto. 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. Es de esta exigencia de



Fuente: www.e4e-soluciones.com/wp-content/uploads/2020/05/hands-2906458_1920.jpg

15. Seguiré en este punto y el siguiente el trabajo de GOIKOETXEA, M. *Malos tratos a personas mayores en situación de dependencia: Enfoque ético*. Tesis doctoral en Derechos Humanos. Bilbao: Universidad de Deusto. (sin publicar).

16. KANT, I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. (Traductor L. Martínez Velasco-Undécima edición). Madrid: Espasa Calpe-Austral. 1995.

17. ETXEBERRIA, X. La convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad: la perspectiva ética. En: *Siglo 0. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, Vol. 42 (1), Núm. 237, 2011, pp. 33-46.

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...”¹⁸ “Debe reconocerse “la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”.

La igual dignidad determina el contenido formal de qué hay que hacer: tratar bien, pero no determina cómo hay que hacerlo, es decir el contenido material de un buen trato.

Las personas nos experimentamos como sujetos de dignidad cuando somos estimadas como valiosas, respetadas y capacitadas como tales y contamos con unas condiciones contextuales justas que impiden que seamos discriminadas o lesionadas. Ricoeur en su obra “Caminos del reconocimiento” (2005)¹⁹ escrita ya en su madurez, propone cuatro caminos para el reconocimiento de todo ser humano como valioso en su dignidad.

- El primer camino comienza por la identificación del otro como una persona única y distinta, diferente, individual, con rasgos propios. El desconocimiento de la persona y las generalizaciones en el trato provocan a través de la despersonalización daño en la dignidad personal en las personas mayores, especialmente en los ámbitos asistenciales socio-sanitarios.
- El segundo camino es el de las capacidades, que se reconocen tanto individual como socialmente. Ricoeur subraya la importancia de dos capacidades para el reconocimiento de la dignidad de las personas: el recuerdo y la promesa. Ambas muy significativas, a nuestro juicio, para el reconocimiento de las personas mayores: recordar lo que fueron, lo que recibimos de ellas y también cumplir las promesas que hemos hecho a personas concretas.
- El tercer camino es la lucha y la reivindicación justa de los derechos, pasando de la voz activa (reivindicación) a la voz pasiva (integración e inclusión que evite su marginación) del reconocimiento. El trabajo y compromiso de entidades internacionales como Help Age²⁰ por lograr establecer una Carta de derechos de las personas mayores con carácter de obligatoriedad universal es una concreción de este tercer camino actualmente.
- Ricoeur confiesa que experimenta malestar por tenerse que lograr reconocimiento a través de la lucha: “¿cuándo se estimará verdaderamente reconocida una persona?” (Ricoeur, 2005, p. 224). En este malestar, Ricoeur se plantea la posibilidad de ir más allá del conflicto y la lucha y de vislumbrar un estado de paz que, en el intercambio de dones y LA GRATITUD, establezca una forma plena de reconocimiento mutuo que supondría el cuarto camino.

18. Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, artículo 1.

19. RICOEUR, P. *Caminos del reconocimiento. Tres estudios*. Madrid: Trotta, 2005.

20. Para ampliar la información sobre esta ONG mirar <https://www.helpage.org/>.

El autor más conocido hoy de las teorías del reconocimiento de la dignidad de las personas es Honneth²¹ (2004) plantea la existencia de tres esferas del reconocimiento de la dignidad de las personas: el logro personal que el resto reconoce como valioso, la igualdad ante la ley que evidencia la igual dignidad socialmente y el amor. En la esfera del amor, el reconocimiento se produce en el entorno de las relaciones afectivas más íntimas, con los familiares y las amistades, donde se obtiene la autoconfianza pues la persona se siente amada y apreciada, independientemente de sus limitaciones y fragilidades, y el utilitarismo es superado desde el afecto por la simetría moral.

El reconocimiento de la dignidad de las personas mayores desde la estima y la gratitud, ha sido la base del pacto intergeneracional existente hasta la actualidad. En dicho pacto se daba por supuesto, que los hombres-mujeres adultos cuidaban de sus criaturas en la infancia, y luego, estas cuidarían de ellos en su vejez. Este pacto se está rompiendo socialmente, entre otras razones, por la infravaloración y minusvaloración de las personas mayores, especialmente las dependientes.

3.2. Tratar bien: De los principios exigibles universalmente a las relaciones interpersonales

El buen trato a las personas, exigencia derivada del reconocimiento de la dignidad absoluta, se desarrolla materialmente desde el punto de vista ético en diferentes dimensiones o direcciones:

- Una primera universal, es decir, común para todas las personas por el simple hecho de ser personas y tener dignidad, exigible en justicia, y que desde la perspectiva ética tiene carácter deontológico, es decir se recoge en principios éticos que se concretan en derechos exigibles de carácter universal
- Una segunda particular, y no por ello de menor nivel de exigencia ética, que dependerá de las diferentes circunstancias, necesidades, valores, identidades y proyectos de vida de las personas cuya finalidad es la autorrealización personal. Este ámbito o dimensión incluye obligaciones que la persona tiene consigo misma o con otras personas desde su propio código moral o proyecto de vida. Dichas obligaciones particulares reclaman ser respetadas y apoyadas en una relación de buen trato, para que la persona pueda cumplir con sus valores y tener una vida lograda. Pudiera darse la circunstancia de que exista un conflicto entre este ámbito y el universal, por ejemplo en el caso en que una persona mayor solicite una acción que le provoque un daño a su integridad física lo que contradice la obligación universal de respetarla y protegerla, de ahí como veremos la necesidad de deliberación ética en las situaciones concretas que nos ayude a lograr decisiones prudentes.

21. HONNETH, A. Recognition and justice: Outline of a plural theory of justice. *Acta Sociológica* 2004. 47, 351-364.

- Un tercer ámbito normalmente privado, en el que las personas se experimentan como valiosas para aquellas otras con las que se relacionan. Este tercer nivel es especialmente necesario para sentirse bien tratado, pues conlleva la concreción del reconocimiento de la dignidad para las demás personas al considerarse como estimable. Para este tercer nivel, es necesario desarrollar competencias y habilidades éticas, denominadas en la ética clásica virtudes para el buen trato especialmente en situaciones de vulnerabilidad o fragilización importante en que las personas difícilmente pueden considerarse dignas por sus méritos o logros personales y/o sociales.

Aunque desde el punto de vista legal sólo el primer nivel de exigencias universales puede ser considerado de obligado cumplimiento, en cuanto que son concretadas en derechos positivos recogidos en nuestro marco jurídico, no por ello pueden ser más importantes para un buen trato, contenidos de carácter privado y relacional del segundo y del tercer nivel. Podemos encontrar un ejemplo de ello en la indiferencia y aislamiento social que sufren algunas personas mayores que en determinados casos son para ellas auténticas vivencias de soledad absoluta durante largos periodos de tiempo.

3.3. Tratar mal a las personas mayores

Es obvio que el contenido mínimo del buen trato es la no existencia de mal trato. Aunque no es objeto de este trabajo profundizar en el mal trato a las personas mayores, creemos necesario determinar lo que consideramos mal trato a las personas mayores. El maltrato, desde la perspectiva ética es un trato indigno dado a otra persona. Se dan en las siguientes situaciones (Etxeberria, Goikoetxea, Martínez, et al. 2013)²²:

- 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 tolera el mal trato para conseguir determinados intereses personales, económicos, lucrativos,...
- Cuando la persona mayor es considerada un no valor, 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 déficit o capacidad de la persona (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.

22. ETXEBERRIA, X.; GOIKOETXEA, M. J.; MARTÍNEZ, ET AL. *El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo*. Bilbao: Universidad de Deusto. Cuadernos de Derechos Humanos, n.71, 2013.

- 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 (modelo eugenésico) respecto a los recursos sociales por considerar que son “desproporcionados” para la calidad de vida que se obtendrá.

En cuanto a la terminología no hay un término consensuado, sino muchos y muy diversos: maltrato, mal trato, malos tratos, trato inadecuado, abuso, trato indigno,...; en los ámbitos sociales y sanitarios el mal trato hacia las personas mayores carece de una definición universalmente aceptada, lo que ha constituido un problema fundamental para su investigación, prevención y detección. Un ejemplo de ello son la gran diversidad existente en los estudios sobre prevalencia de malos tratos en el ámbito de la Unión Europea que muestran tasas comprendidas entre el 0,8% y el 52,6% de la población mayor (Pillemer y Finkelhor, 1989, citado por Pérez Rojo y Chulián, 2013)²³.

El término *maltrato* hace referencia normalmente a situaciones de violencia que generan daños de manera intencionada. Dado el enfoque ético de este trabajo, creemos necesario incluir todas las situaciones de daño o trato indigno, sean intencionadas o no, con el fin de llamar la atención sobre la obligación moral de atender a la persona mayor que sufre daños repetidos en su atención y aumentar la sensibilidad, concientización e intervenciones sobre este fenómeno. Por ello, adoptamos el término *malos tratos* (o en singular *mal trato*) para cualquier conducta (acción u omisión) que atente contra la dignidad de una persona, haya responsabilidad o no en quien la provoque o realice. De este modo pondremos el centro de la atención en la persona que sufre el daño y en la actuación para evitarlo o repararlo, sea cual sea el modo en que dicho daño se produzca. Obviamente, la intervención con la persona mayor víctima de los malos tratos deberá ser completada con otras intervenciones en su entorno y con la persona causante del daño, incluyendo la intervención jurídica cuando nos encontremos ante un acto delictivo.

Con la finalidad de lograr una terminología común que nos permita avanzar en la erradicación del grave problema de los malos tratos a las personas mayores destacamos las dos definiciones más aceptadas y utilizadas en los ámbitos estatal e internacional:

- En España, la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado (1996) que dio lugar a la Declaración de Almería, define como:

“maltrato a mayores, todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por este o constatado objeti-

23. PÉREZ ROJO, G., y CHULIÁN, A. Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. En: *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, n 41, 2013, pp. 127-167.

vamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones)” (Tabueña, 2006)²⁴.

- La definición acuñada por el grupo Action on Elder Abuse (1995) en el Reino Unido, asumida posteriormente por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las Personas mayores (INPEA) y que en 2002 fue ratificada por la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Toronto según la cual:

“el mal trato hacia las personas mayores es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor”. (WHO, 2002, p. 2)²⁵.

Podemos comprobar que ambas definiciones no hacen coincidir el mal trato con la responsabilidad o intencionalidad sino con la existencia de daño. El mal trato (o los malos tratos) es, por tanto, un trato indigno a otra persona, desde el punto de vista objetivo del daño que sufre la persona mayor, pero no siempre podemos encontrar condiciones subjetivas de moralidad en la persona que genera el daño, es decir, no siempre quien genera el daño o el mal trato es responsable del mismo desde el punto de vista ético.

Los estudios muestran que es bastante frecuente la falta de intencionalidad (y en ocasiones de responsabilidad) en las situaciones de malos tratos a personas mayores. No siempre la falta de intencionalidad supone falta de responsabilidad ética, pero hay ocasiones en las que ello sucede (por ejemplo, la persona que produce el daño no puede evitarlo por carecer de recursos suficientes para un buen cuidado). La falta de responsabilidad moral no quiere decir que sea justificable el daño, o que este sea menor. Desde la perspectiva prioritaria de la víctima, el mal trato es claro e innegable. Dicha falta de responsabilidad moral en el sujeto que hace el daño, implica una interpelación urgente para buscar otras posibles responsabilidades (con frecuencia institucionales) que puedan existir, así como para solucionar las carencias y fallos de diverso tipo que han hecho posible que el daño se produzca (Pérez Rojo y Chulián, 2013).

4. Buen trato a la persona mayor significativamente capaz y responsable

Como hemos dicho, 3 de cada 4 personas mayores en España y en Euskadi son personas autónomas, tanto a nivel decisorio (carecen de patologías mentales que les impiden tomar decisiones responsables), como funcional, y por tanto puede considerarse que tienen las mismas capacidades potenciales de dependencia o

24. TABUEÑA LAFARGA, C. M. Los malos tratos y vejez: Un enfoque psicosocial. En: *Psychosocial Intervention / Intervención Psicosocial*, n. 15 (3), 2006; pp. 275-292.

25. Op. Cit. 1.

independencia que la población adulta general. En estas personas las obligaciones de buen trato son similares que las de cualquier otra ciudadana/o, sin olvidar las obligaciones consigo misma. Como decía el profesor Aranguren:

“Al ser humano individual, a cada uno de nosotros, corresponde la tarea de hacerse viejo, de envejecer, dándose a sí mismo calidad. La vida humana, toda vida humana, es, ha de ser, realización, y debe serlo en cada una de sus edades”²⁶ (Aranguren, 1992, p. 27).

La vivencia del proceso de envejecimiento puede ser muy distinta dependiendo de cada persona, y en esta etapa de la vida, cada persona atribuye un significado diferente al concepto de buen trato. El reconocimiento de la igual dignidad no supone que las personas mayores sean iguales. El buen trato a una persona mayor significativamente capaz y responsable de sus decisiones y acciones se concreta en la práctica, en los dos primeros niveles éticos mencionados: el reconocimiento, el respeto y la protección de sus derechos, como en cualquier persona de nuestra sociedad; y el respeto y apoyo al ejercicio de su autonomía personal.

En cuanto al contenido universal del buen trato, y por lo tanto exigible éticamente a cualquier persona, se sintetiza en las tres obligaciones: tratar a la persona mayor de forma que su integridad física y psíquica no sufra daños; tratar a la persona mayor de forma que no sea discriminada por su edad (edadismo) con respecto a las prestaciones, servicios y apoyos a los que tiene derecho como ciudadana; y respetar los valores, creencias y decisiones de las personas.

Cuando no se cumple alguna de estas tres exigencias (o varias), hablamos de mal trato. El mal trato es definido, en consecuencia, como un modo de relación (que puede expresarse a través de una acción o una omisión o falta de respuesta) que genera daño o discriminación a una persona. El daño no solo puede ser físico o psíquico, sino también económico o sexual. Situaciones de sobreexplotación de abuelas y abuelos impidiendo su descanso, la dependencia económica excesiva que genera precariedad, relaciones sexuales no consentidas, aislamientos y limitaciones de la vida social no justificados son algunos ejemplos de mal trato a las personas mayores, lamentablemente no siempre reconocidos como tales por ellas mismas.

El contenido particular de un buen trato es diverso, ya que hace referencia al modo de ser propio de cada persona, y por lo tanto es la persona la que puede determinar qué es bueno para su vivir. Este contenido particular remite a la autonomía personal y, consiguientemente, al proyecto de autorrealización de cada persona.

La heterogeneidad del grupo de las denominadas *personas mayores*, las diferencias normativas en distintos países respecto a la edad en la que se pueden percibir prestaciones específicas para mayores (pensiones, descuentos en prestaciones básicas, apoyos especiales para la vida cotidiana, etc.), y las distintas si-

26. ARANGUREN J. L. *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1992.

tuaciones de salud en las que pueden encontrarse los miembros de este colectivo (Agulló, 2001)²⁷ dificultan la determinación de criterios y estándares en cuanto a los valores de las personas mayores. Algunas conductas que pueden ser consideradas como un trato inadecuado en el medio urbano (entrar en una casa particular y coger alimentos u objetos sin permiso) se tienen por comunes y muestra de cooperación y solidaridad en medios rurales, por ejemplo. El IMSERSO (2011)²⁸ reconoce que es el grupo de población con mayor variabilidad en cuanto a diferencias biológicas, características psicológicas y, también, valores y códigos morales privados.

El buen trato reclama respeto por la autodeterminación de las personas con las que entramos en relación (familiar, profesional, de amistad, ocasional...). La autonomía, antes que un derecho, es una obligación moral para cada persona, que nos hace responsables de nuestras decisiones y nuestros actos. Se formula como la obligación de cada sujeto de respetar sus propios principios y valores, y de desarrollar el proyecto de vida que ha elaborado en función de aquellos. Las personas, en virtud de la dignidad, somos capaces de proponernos nuestros propios fines y, además, estamos obligados a perseguirlos y, si es posible, alcanzarlos. 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. Cuando alguien o algo nos lo impide, sufrimos, pues anhelamos poder llevar adelante nuestra vida con sentido y significado. El sentido o significado de una situación es lo que diferencia en ocasiones la experiencia de ser bien tratado o mal tratado.

“El sufrimiento, además de la percepción física, implica el entendimiento y el juicio. En el proceso del dolor, se produce una sensación física nociva originada por un estímulo y transmitida por el sistema nervioso. Dicho sistema puede transformar y modificar la sensación percibida, intensificándola o disminuyéndola según interprete dicha sensación. Dicha interpretación será diferente en cada historia humana concreta. Solo las personas, y no los cuerpos, sufren, y cada sufrimiento es individual y único” (Bayés, 2001)²⁹.

El buen trato en relación con la autonomía personal tiene también un doble desarrollo: un desarrollo pasivo: respetar las decisiones, valores, creencias y modos de ser de cada persona; y una dimensión activa: proporcionar apoyos para que una persona pueda llevar adelante, en continuidad con su vida, sus obligaciones consigo misma y con el resto de las personas, así como sus proyectos.

Existen dos situaciones específicas en el colectivo de personas mayores en las que merece la pena detenerse puesto que inciden con gran relevancia en el

27. Op. Cit. 3.

28. IMSERSO. *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Imsero 2011.

29. BAYÉS, R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Madrid: Ediciones Martínez Roca. 2001.

buen trato: la imagen negativa de la vejez y la falta de reconocimiento y respeto a su autonomía personal.

4.1. La imagen negativa de la vejez y sus consecuencias para el buen trato

Múltiples estudios³⁰ evidencian que la imagen de las personas mayores está vinculada a la idea de carga (económica, social, familiar... etc.). Los estereotipos dominantes que existen en la sociedad sobre el proceso de envejecer van vinculados a conceptos como pérdida, discapacidad funcional, enfermedades y problemas cognitivos, dependencia,... Se piensa que las personas mayores de 65 años sufren carencias de salud, discapacidades físicas y problemas de memoria, a pesar de que el nivel de dependencia de estas no excede del 27% del total de personas mayores en ninguna Comunidad Autónoma Española³¹.

A lo largo de la historia, la percepción social que se ha tenido de las personas mayores ha ido devaluándose progresivamente. En las sociedades rurales, fundamentalmente agrícolas, existía una visión positiva de las personas ancianas, se valoraba la sabiduría de estas y su capacidad para transmitir el conocimiento. Sin embargo, a partir de la revolución industrial, la sabiduría tradicional queda atrás como valor predominante y surge la importancia de las novedades tecno-científicas y la productividad. Las personas mayores no son consideradas productivas ni con capacidad de adaptación a lo nuevo. Ya no trabajan, por lo que suponen una carga social, deben ser mantenidas por aquellas que sí lo hacen. Esta idea prevalece actualmente, pues son consideradas como una carga social al ocasionar un alto gasto público con su consumo de recursos socio-sanitarios y de pensiones (Alberich, 2008)³². Esta cuestión se refuerza por el hecho de que, aunque puedan seguir siendo productivas, con la jubilación son obligadas a dejar de serlo en las formas de productividad que cuentan, las medibles monetariamente.

Esta infravaloración de las personas mayores se muestra también en los medios de comunicación, que a su vez consolidando una imagen negativa de las personas mayores como carga y disvalor en nuestra lo que provoca que la etapa de la jubilación sea asumida por los afectados con vivencias fuertemente contradictorias.

Esta imagen generalizada provoca un doble efecto (Días Aledo, 2013)³³:

- hacia afuera, hacia instituciones y profesionales, una menor apreciación de las personas mayores y su bienestar, lo que lleva a actitudes edadistas que se manifiestan en actuaciones claramente discriminatorias;

30. Recogidos en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo, IMSERSO, 2011.

31. Op. Cit. 8.

32. ALBERICH, T. Envejecimiento físico, psicológico y social. En: BARRANCO, A. y FUNES, A. (Eds.), *Intervención social y sanitaria con mayores: Manual de trabajo con la 3ª y 4ª edad* Madrid: Dykinson, 2008; pp. 17-47.

33. DÍAS ALEDO, L. La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, n.41, 2013; pp. 483-502.

- en las propias personas mayores, una interiorización de la imagen de sí mismas, que provoca una progresiva pérdida de autoestima que se manifiesta claramente en el lenguaje y en expresiones como “yo ya no valgo para nada”, “total, si yo para lo que me queda...”, que unidas a un sentimiento de inutilidad y pérdida del sentido de la vida llevan al aislamiento social y el desinterés por su bienestar y su salud.

La tendencia creciente entre las propias personas mayores es entender la entrada en la vejez como un hecho no cronológico y dependiente de otros factores, mostrando una clara ruptura entre la edad legal de jubilación y la entrada en la vejez³⁴. Aquellas que tienen menos de 70 años, rechazan las concepciones estigmatizadas, tratan de no identificarse con la vejez, con la imagen asociada a enfermedad física y mental o a falta de belleza y salud. Esta apreciación muestra que las propias personas mayores han interiorizado la disminución de reconocimiento y apreciación a las personas mayores dependientes e intentan a toda costa no ser identificadas de este modo.

No debemos de olvidar que entre el 70-80% de los mayores de 65 años son personas interdependientes como todas, que contribuyen sobremanera al mantenimiento económico y de cuidado de las familias.

“Las personas mayores aportan un total de casi 12 millones de horas de trabajo informal de cuidados a la semana, atendiendo a sus nietos/as. Las mujeres son el 62% de todas las personas mayores que cuidan niños. (...) Además de 2,5 millones de horas semanales en cuidado de adultos” (Rodríguez Cabrero, 2011, p. 210)³⁵.

4.2. La falta de respeto a la identidad autónoma de las personas mayores

Un segundo rasgo específico que incide en el buen trato a las personas mayores es la falta de respeto a las decisiones actuales o del pasado, a los valores, las creencias, los gustos..., o la incorrecta valoración de las capacidades de autodeterminación de la persona mayor una vez que aparece la fragilidad.

La autonomía personal puede ejercerse en cuatro ámbitos (Etxeberria, 2014)³⁶:

- El privado de la intimidad familiar, las relaciones profesionales y las amistades, en el que se toman de forma especial, aunque no única, las decisiones vinculadas a la vida relacional afectiva y a la gestión de la propia salud;

34. Op. Cit. 29.

35. RODRÍGUEZ CABRERO, R. (2011). Economía del conocimiento. En: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. IMSERSO (Ed.), *Libro blanco del envejecimiento activo* Madrid: 2011; pp. 171-245.

36. ETXEBERRIA, X. Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. En: HUENCHUAN, S. ICELA, R. (Eds.). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Ciudad de México: Naciones Unidas, CEPAL 2014 (p. 61-71).

- El privado de la vida civil, con elecciones o iniciativas que tienen que ver con las relaciones contractuales, normalmente a través de la institución del mercado y las interrelaciones que ampara, y también con las instituciones conectadas con el sentido, sea religioso o secular. En este ámbito se ejercen los derechos a la propiedad y a las relaciones sociales;
- El público en su expresión social, en el que la libertad se embarca en compromisos con organizaciones que, perteneciendo a la sociedad civil, persiguen el bien público en alguna de sus facetas (derechos de las mujeres, desarrollo, derechos civiles, paz o ecología, entre otros);
- El público en su expresión política estricta, en el que las decisiones se sitúan dentro de las instituciones formales del Estado, a través de la participación democrática.

Una autonomía personal florece de verdad cuando se expresa en estos cuatro ámbitos por lo que un buen trato a las personas mayores supone no impedirles y facilitarles que ejerzan su autonomía en todos ellos.

Para que la autonomía potencial sea real, deben darse tres condiciones que no siempre existen en las personas mayores: ausencia de coacción física o psíquica (como amenazas o graves manipulaciones afectivas), apoyos o ausencia de barreras físicas y culturales que impidan la participación en condiciones de igualdad (por ejemplo, un traductor de signos en una persona sorda, o un ascensor en un centro cultural que le haga accesible a personas con discapacidad física), información completa y comprensible de las alternativas, riesgos y beneficios de una determinada decisión.

Las personas mayores han desarrollado a lo largo de su vida una identidad y una biografía que se ha ido construyendo a través de decisiones y experiencias concretas tomadas desde valores propios acordes con su sentido de la vida. La fragilización personal no autoriza a otros a tomar decisiones sobre su vida privada que no sean respetuosas con las capacidades actuales y *potenciales* de decisión que mantienen y acordes a sus códigos morales e ideales de vida. Un buen trato exige el reconocimiento de dichos valores y tomar las decisiones de sustitución o representación desde ellos. Etxeberria (2014) habla de “autonomía acompañada” haciendo referencia a la necesidad de posibilitar que “la disminución de capacidades conviva con la intensificación de aquellas que se mantienen” (p. 63).

5. Buen trato a la persona mayor en situación de dependencia que requieren cuidados generalizados y prolongados

La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, LPAPAD), vincula el concepto de “dependencia” al de autonomía, y en concreto se concibe como una ausencia de esta. Veamos ambas definiciones tal y como aparecen en su artículo 2:

- Autonomía (art. 2.1.): «La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria».

- Dependencia (art. 2.2.): «El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal». La primera parte de la definición parece coincidir (excepto en su carácter permanente) con la de dependencia planteada por el Comité del Consejo de Ministros del Consejo de Europa en 1998: «Estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal» (citado por Martínez Maroto, 2009)³⁷.

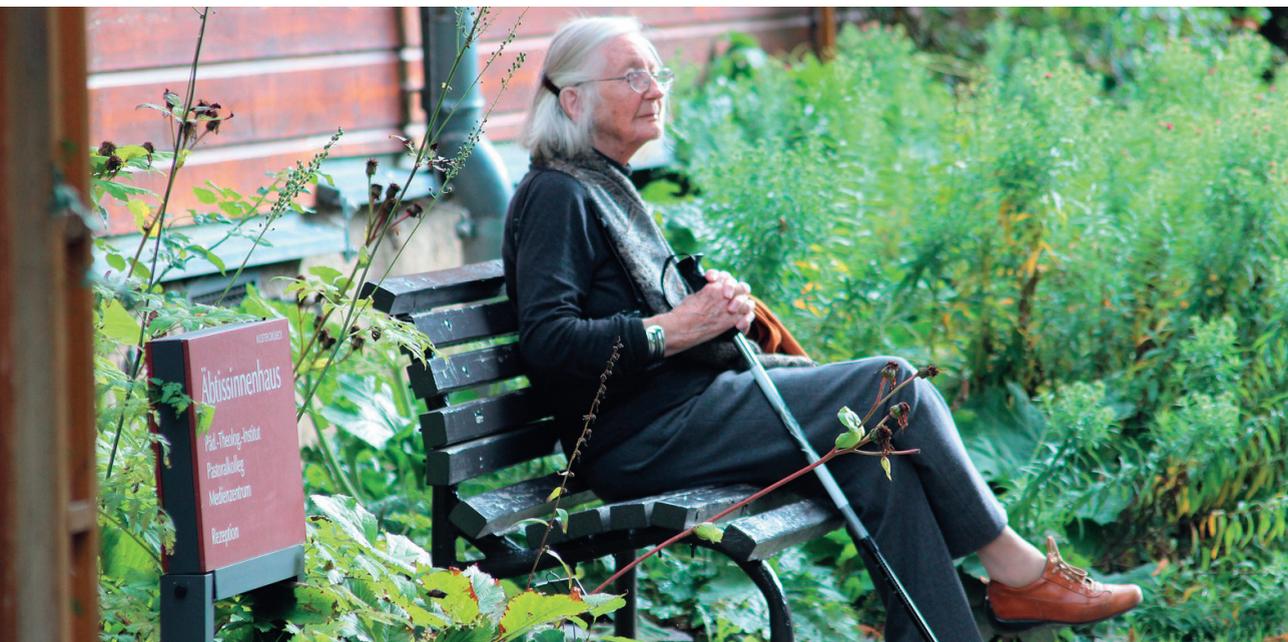
El reconocimiento de la dignidad ontológica de la persona mayor en situación de dependencia está basado en la pertenencia a la especie humana en la que todos somos interdependientes, con necesidades de apoyo para desarrollar nuestras capacidades. Quien tiene dignidad exige ser tratado con consideración y respeto, con igual consideración y respeto que el resto.

El buen trato exigible desde la perspectiva ética tiene un contenido deontológico universal, exigible para todas las personas mayores en sus diferentes condiciones. Pero en las situaciones de dependencias duraderas o crónicas, en muchos casos progresivas, y que requieren cuidados prolongados o definitivos cada vez mayores, existen especificidades que deben de ser tenidas en cuenta por su gran incidencia en una buena atención integral. Veamos algunas de estas especificidades (Goikoetxea, 2014)³⁸:

- Es frecuente que en las relaciones de cuidado se den intervenciones profesionales. Los profesionales tiene obligaciones éticas específicas como la exigencia de formarse en competencias y adquirir habilidades que aseguren la práctica de intervenciones validadas científicamente, es decir, con conocimiento de las consecuencias objetivas (ciertas o probables) que de las mismas puedan derivarse. Además en el caso de prestar su atención y/o asistencia a personas con autonomía decisoria limitada tendrán una posición de garantes de los derechos de esas personas protegiéndoles en aquellas situaciones que ellas mismas o bien otras terceras personas pudieran hacerles daño, sean conscientes o no del mismo.

37. MARTÍNEZ MAROTO, A. La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. En: DE LA TORRE, J. Y PÉREZ MARÍN J. (Eds.), *Autonomía personal y atención a la dependencia* (1ª ed.). Madrid: Universidad de Comillas-Cátedra de Bioética- Colección Dilemas éticos de la deficiencia mental, 2009; pp. 45-65.

38. GOIKOETXEA, M. J. La ética como referente de la atención integral centrada en la persona. En P. RODRIGUEZ, Y A. VILÁ (Eds.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona* Madrid: Tecnos 2014; pp. 59-76.



Fuente: <https://pixabay.com/es/photos/mujer-edad-abuelita-5377783/>

- En no pocas ocasiones el cuidado se realiza, al menos en parte, en instituciones o ámbitos con profesionales representantes del Estado por su condición de funcionarios públicos (o contratados homologados con este perfil). En este caso no se puede olvidar que dichas instituciones y sus profesionales tienen una mayor obligación ética y legal de garantizar la protección de los derechos de las personas en situación de dependencia atendidas en las mismas, considerándose como veremos un modo de mal trato por omisión, la desprotección o el desamparo de las personas, especialmente si su autonomía decisoria está reducida y no pueden reclamar por sí mismas sus derechos: Dicha obligación incluye facilitar apoyos para hacer efectiva la igualdad de oportunidades en el acceso a los bienes públicos proponiendo modos de atención que no excluyan a la persona de su entorno, sino que faciliten la proximidad y las relaciones interpersonales significativas.
- La persona en situación de dependencia para poder llevar a cabo sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) suele necesitar, frecuentemente, que sus cuidadores accedan a espacios de gran privacidad o intimidad (corporalidad desnuda, higiene personal, habitación y objetos privados, información confidencial...). Es por ello, por lo que dicha relación de cuidado, si la persona es muy dependiente a nivel funcional, exige establecer previamente relaciones de confianza fundada que eviten daños

producidos por la invasión de extraños en dichos espacios de privacidad, donde las personas somos mucho más vulnerables que en ámbitos públicos. El daño producido por mal trato en ámbitos privados, cuando la expectativa es de confianza (conductas como humillación, el desprecio...u otras similares) genera un mayor sufrimiento en la persona.

- En algunas ocasiones, la persona en situación de dependencia tiene, temporal o definitivamente, limitada su autonomía decisoria o capacidad de autogobierno de tal modo, que incluso con apoyos y modificaciones del entorno, no puede tomar decisiones responsables sobre su propia vida en algunos momentos o en algunos aspectos de la misma. En estos casos, la responsabilidad de los cuidadores, especialmente sus representantes (familiares o no) es decidir en el “mayor beneficio” de la persona cuidada, lo que en ocasiones no es fácil de determinar. A veces, se puede generar un conflicto entre los beneficios (objetivos o subjetivos) de la persona cuidada y los valores del cuidador. En estos casos, propondremos la deliberación ética como el modo correcto de decidir, asegurándonos que estén representadas en la deliberación todas las perspectivas e intereses de los implicados y afectados por la decisión.
- El conjunto de los aspectos anteriores puede provocar una tendencia al paternalismo que debe de ser compensada o equilibrada desde el polo opuesto del reconocimiento de la autonomía y la responsabilidad moral de la persona en situación de dependencia, que, no lo olvidemos, es un sujeto moral en circunstancias concretas, que acrecienta sus potencialidades si se le ofrecen los recursos necesarios para ello como puede ser información adecuada y comprensible, eliminación de coacciones internas o externas, etc.

El cumplimiento del imperativo ético de buen trato a las personas mayores situación de dependencia, en virtud de la prolongación en el tiempo de la relación de cuidado en la mayoría de los casos, solo puede lograrse incorporando por un lado principios éticos universales que exijan en justicia y con imparcialidad su igual consideración social y la defensa de sus derechos, y por otro lado se realice en relaciones de compromiso con la autorrealización y la felicidad de las personas. Por ello, las orientaciones éticas para el buen trato deben desarrollarse en dos direcciones complementarias: la deontológica y la aretológica.

5.1. Enfoque deontológico del buen trato a las personas mayores en situación de dependencia

La perspectiva deontológica de la ética pretende establecer principios universales, cuyo cumplimiento asegure el respeto a la dignidad de las personas, de todas las personas. La teoría de los cuatro principios de la Bioética, en el ámbito de las ciencias de la salud, pretende establecer principios materiales, que aunque no de modo absoluto, son considerados universales, y por tanto “prima facie” deberes que se deben de cumplir (Ross, 2002) en la atención y cuidado a las personas en situación de dependencia. Dichos principios forman parte una propuesta de universalismo débil o procedimental, es decir son deberes que en la práctica, “de

hecho”, puede que no sean concluyentes en una situación concreta pues no es posible cumplirlos en su totalidad o plenitud. Son, por tanto, relevantes para la deliberación sobre cómo decidir y deben de ser tenidos en cuenta en la misma como normas universales pero no absolutas, pues no indican la obligación o deber final de qué se debe hacer.

La llamada “teoría de los cuatro principios” para la atención sanitaria fue formulada por Beauchamp y Childress en el año 1979 en el famoso libro *Principles of biomedical ethics*. Estos principios han sido considerados como “mantra” de la bioética y sin ellos es imposible entender su historia, pues todas las fundamentaciones y métodos que se han desarrollado en Bioética en estos 20 últimos años han surgido de ellos o en debate con ellos. En nuestro medio ha sido el profesor Gracia Guillén (1989)³⁹ quien más ha profundizado en los modos y las consecuencias de su aplicación a la asistencia sanitaria. Aunque no se deben ignorar estudios que revisan estos principios, por ejemplo, desde la categoría del reconocimiento (Etxeberria, 2015)⁴⁰, o al hilo de debates más amplios en los que la referencia a la deliberación es central (Camps, 2002)⁴¹.

5.1.1. Las obligaciones públicas: La no maleficencia y la justicia

En el trato digno a las personas está siempre en juego una cuestión de derechos humanos y justicia, que desborda los marcos de las relaciones intersubjetivas de manera que 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 cualquier orden, que posibiliten una igualdad de acceso a los beneficios sociales. (Etxeberria, Goikoetxea, Martínez et al. 2013).

En el ámbito de la bioética tal constatación se desarrolla con los principios de no maleficencia y justicia. *El principio de no maleficencia* se formula como *la obligación de no lesionar la integridad de un ser humano y de desarrollar intervenciones asistenciales que generen para beneficios para su vida*. En la historia de la ética médica el “*Primum non nocere*” ha sido el principio moral de la profesión sanitaria, que se constituye como la norma moral fundamental de los profesionales. En nuestro caso estarán obligados a intervenir (o no) con el objetivo de desarrollar la autonomía y/o proteger a las personas en situación de dependencia, minimizando los riesgos que conlleva toda intervención profesional.

La no-maleficencia hace referencia a los medios validados científicamente que los profesionales y las instituciones deben de ofrecer a las personas para mejorar los indicadores objetivos de su calidad de vida. Luego la persona podrá considerar que dichos medios no son beneficiosos para sus objetivos, y podrá rechazarlos aun corriendo riesgos importantes en su integridad personal. Un ejem-

39. GRACIA GUILLÉN, D. *Fundamentos de bioética* (1ª ed.). Madrid: Triacastela, 1989.

40. ETXEBERRIA, X. El reconocimiento como referente transversal de la bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, n. 10(2), 2015; pp. 127-141.

41. CAMPS, V. *Una vida de calidad*. Barcelona: Crítica.2002.

plo paradigmático de ellos es la negativa a tratamientos vitales que están indicados, y por tanto, respetan el principio de no-maleficencia pero que no se consideran beneficiosos para una persona en concreto (por ejemplo una transfusión sanguínea para una persona Testigo de Jehová).

El principio se despliega en una serie de obligaciones para los profesionales y cuidadores formales e informales como son: disponer de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que en su relación con las personas dependientes no se lesione su integridad y dignidad; establecer protocolos validados de intervención en situaciones de riesgo; validar procedimientos de valoración integral de cada persona en relación a sus capacidades y necesidades; solicitar u obtener la información necesaria de las necesidades de la persona para establecer planes indicados y personalizados de cuidados. Todo ello exige 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 exige para ello, el desarrollo de la investigación y la formación, especialmente en aquellos ámbitos en que se dan situaciones especiales de deterioro y dependencia, como son los problemas graves de desarrollo y los trastornos del espectro autista, las discapacidades intelectuales que requieren apoyos generalizados, las enfermedades neurológicas degenerativas como las demencias y los procesos de final de la vida.

En cuanto al *principio de 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 pueden ser los criterios de exclusión de determinadas prestaciones sociales en función de la edad, la discapacidad, las molestias para terceros, etc... Como expondremos en el siguiente capítulo, un modo de mal trato consiste en la ausencia de recursos para la atención de necesidades básicas (como la ausencia de cuidadores familiares) o para el desarrollo de las capacidades de una persona para una esfera determinada (rehabilitación física para recuperar la independencia funcional en una persona mayor con demencia).

Los principios de no maleficencia y justicia reclaman a los responsables políticos y de gestión de los recursos socio-sanitarios para la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia: formación y recursos para los cuidadores y profesionales para evitar situaciones de riesgo; fomento de la investigación para la validación de los procedimientos empleados en la atención a las personas; iniciativas para mejorar la atención a las personas dependientes como guías de buenas prácticas, formación en ética, sistemas de calidad y control que incluyan indicadores de calidad de vida objetiva y subjetiva; establecimiento de normativas de accesibilidad, controles y medidas que eviten la discriminación de las personas dependientes en los servicios públicos como la asistencia sanitaria, transporte, la participación en las actividades políticas, de ocio, etc.; en relación

al mal trato que genere situaciones de daño en la integridad física o psíquica de las personas, requiere de la elaboración e implantación de instrumentos de prevención, detección e intervención, así como medidas de reparación a las víctimas del mal trato, y eventualmente castigo a los culpables cuando el daño sea provocado por acciones intencionadas o con responsabilidad ética y legal.

5.1.2. Las obligaciones en el ámbito privado: La autonomía y la beneficencia

Situándonos en el marco privado e intersubjetivo de la relación de cuidado o atención, aparecen otras dos obligaciones éticas irrenunciables para tratar bien a las personas con mayores situaciones de vulnerabilidad o dependencia para gestionar su vida de acuerdo a ellas mismas: el respeto y desarrollo de su autonomía y la exigencia de beneficencia (Etxeberria, Goikoetxea, Martínez et al., 2013).

En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, el desarrollo de la autonomía personal aparece como uno de los ejes vertebradores de una atención adecuada a ellas: “La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”⁴².

El principio de autonomía reclama respeto a las decisiones autónomas de las personas con las que entramos en relación (familiar, profesional, de amistad, ocasional...). Se formula como la *obligación de cada sujeto de respetar sus propios principios y valores y desarrollar el proyecto de vida que ha elaborado en función de los mismos*. El principio de autonomía hace referencia principal (aunque no exclusivamente) al respeto a las decisiones que la persona toma de manera libre y responsable, de acuerdo a sus propios valores e identidad personal y a la exigencia ética de prestar los apoyos necesarios para que pueda ejercerla. Digo que no exclusivamente pues si una persona no dispone de apoyos necesarios para su autonomía funcional (por ejemplo un sistema alternativo de comunicación si carece de lenguaje verbal) difícilmente podrá expresar decisiones autónomas.

Este respeto a la autonomía, requisito indispensable en una atención de calidad, se desarrolla en diversas direcciones. A continuación, presento brevemente algunas de ellas, pensando especialmente en la relación con las personas con dependencia (Goikoetxea, 2013)⁴³:

- Contar con el permiso o consentimiento de los destinatarios de nuestra relación para acceder a su vida privada. El derecho a la privacidad, inti-

42. Nº 1 LOPAPD de la exposición de motivos.

43. GOIKOETXEA, M. J. Ética y buen trato a personas mayores. En: *Sociedad y Utopía: Revista De Ciencias Sociales*, n. 41, 2013; pp. 424-449.

midad y confidencialidad es una consecuencia de la obligación de respetar la autonomía de las personas.

- Evitar, no solo imposiciones o coacciones, sino también engaños, manipulaciones, o cualquier obstáculo que impide a las personas tomar decisiones voluntarias y libres.
- Aportar información comprensible y completa de la situación problemática que una persona vive, así como de las alternativas que existen para dicha situación, dando información de manera comprensible y a través de los sistemas comunicativos precisos para que la persona comprenda con dicha información los riesgos y beneficios de las mismas.
- La persona podrá autónomamente en su presente, decidir anticipadamente como gestionar su vida en determinadas situaciones futuras, o al menos expresar quien quiere que le represente cuando su autonomía quede disminuida. Las directrices previas o voluntades anticipadas y las decisiones de representación se convierten así en un modo de ejercer la autonomía moral.
- Por último, requiere apoyos, intervenciones y recursos para facilitar la comprensión, la elección y la expresión de las propias decisiones.

El principio de beneficencia es, como su nombre indica, el principio que mejor expresa la finalidad de toda intervención o cuidado, que no será otra que hacer el bien a la persona en situación de dependencia para que pueda llevar adelante su propio proceso de autorrealización con la mejor calidad de vida posible. Puede formularse como *la obligación de procurar el bien a aquel respecto a quien tengo responsabilidades y en el ámbito en que las tengo, respetando sus propios valores y proyecto de vida*. Conlleva estos requisitos éticos para los cuidadores y otras personas que conviven con la persona en situación de dependencia:

- Que el bien que se determine siguiendo criterios objetivos de mejora de calidad de vida, sea valorado también como bien por la propia persona destinataria de la acción o intervención, eliminando paternalismos que supongan un menoscabo del desarrollo autónomo de la persona.
- Que en el caso de que observen carencias de autonomía, orienten prioritariamente la acción benefactora a potenciarlas y sólo a sustituirlas en aquellos aspectos en que no se pueda capacitar a la persona para ser responsable.
- Que caso de tener que sustituir las decisiones de la persona, las opciones elegidas tengan en cuenta los valores de la persona a la que se representa.

Ya hemos dichos que los cuatro principios arriba mencionados y planteados como universales no son absolutos pues pueden entrar en conflicto entre ellos y ser jerarquizados de manera diferente desde la perspectiva ética para diferentes sujetos implicados en la decisión. Cada persona tiene un modo único y distinto de percibir su realidad, la realidad de otros y la realidad del mundo, aunque está condicionado por la socialización recibida y las interrelaciones que va estableciendo.

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. Por ejemplo, la implantación de una sonda nasogástrica para evitar aspiraciones puede ser considerada absolutamente exigible para un neumólogo y valorada como perjudicial por el personal de atención directa o por la persona con demencia, si supone tener que limitar su autonomía funcional y mantenerle encamada y sujeta la mayor parte del tiempo.

La persona mayor en situación de dependencia es quien tiene la experiencia y por tanto el conocimiento correspondiente a ella de lo que suponen determinadas condiciones de vida. Dicha experiencia debe estar siempre presente en la deliberación para la toma de decisiones. Además hay que considerar también circunstancias objetivas contextuales –como una posible carencia de recursos o infraestructuras– y previsible consecuencias que se derivarían de la acción que se decida para terceras personas o grupos.

En estos casos es necesario posibilitar un diálogo donde se expresen las diferentes perspectivas y obligaciones morales de los implicados y un proceso de deliberación para encontrar la mejor solución posible donde más se protejan los principios éticos implicados. La deliberación es la concreción del *principio de responsabilidad* tomando como partida el compromiso de buen trato con las personas dependientes.

Son muchas las situaciones de conflicto de valores en la atención a las personas dependientes. En el X Congreso Nacional de Bioética, celebrado en octubre de 2011 en Pamplona, organizado por la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, presentamos un trabajo sobre conflictos éticos en el ámbito de los servicios realizado por el Comité de ética en intervención social de Bizkaia al que pertenezco (CEIS, 2008)⁴⁴. El objetivo del estudio era detectar cuáles son los problemas y situaciones que con mayor frecuencia plantean problemas éticos a los profesionales de los servicios sociales y cuáles son valorados como de mayor gravedad en orden al respeto a la dignidad y los derechos de las personas en situación de dependencia atendidas en el Instituto Foral de Asistencia Social de Bizkaia. Se elaboró tras la revisión bibliográfica realizada sobre el tema una encuesta que recogía los conflictos más frecuentes según la literatura estudiada. Respondieron a la encuesta 154 técnicos y profesionales del Departamento de Asistencia Social de la Diputación Foral de Bizkaia, así como del Instituto Foral de Asistencia Sociales de Bizkaia. Se estudiaba por un lado la frecuencia en que el profesional había tenido un conflicto en el último año y por otro lado el grado de severidad percibido para cada conflicto por lesionar la dignidad o los derechos de las personas usuarias (escala de 0 a 3).

A continuación, en la tabla 1, se recogen los conflictos éticos identificados por más del 50% de los profesionales que participaron en el estudio, como los más frecuentes en orden descendiente, (de mayor a menor frecuencia), y que fueron valorados como más graves por lo que suponen de lesión a los derechos, y con-

44. CEIS (Comité de ética de intervención social de Bizkaia). *Encuesta sobre conflictos éticos en el ámbito de los servicios sociales*. 2008. Recuperado de <http://www.bizkaia.eus>.

secuentemente a la dignidad de las personas usuarias (con una severidad puntuada por encima de 1,5).

Tabla 1: Conflictos éticos más frecuentes en la atención socio-sanitaria a las personas en situación de dependencia

CONFLICTOS IDENTIFICADOS	Severidad promedio	Frecuencia	Desviaciones típicas
Empleo de medidas de sujeción en personas con riesgos	1,57	64,2%	1,08
Límites entre los cuidados paliativos y el encarnizamiento terapéutico	2,30	58,5%	0,91
Negativa al tratamiento psiquiátrico en personas usuarias con problemas de conducta	2,49	57,1%	0,69
Invasión de la privacidad en la atención o intervención de cuidado	1,97	55,2%	0,90
Dificultades en el ajuste entre la distribución de cargas de trabajo y la organización de los recursos humanos, y las necesidades de las personas dependientes	2,33	52,6%	0,93
Intentos de “salidas” en centros abiertos por parte de personas con competencia limitada	2,36	52,6%	0,83
No voluntariedad en el ingreso	2,28	51,3%	0,77
Limitaciones de derechos de una persona para respetar los de otras personas	2,09	50,0%	0,86

Fuente: Adaptación de CEIS, 2008

Cualquiera de estas situaciones genera grandes dificultades para poder salvaguardar los principios éticos propuestos. Solo a través del diálogo racional y la deliberación práctica se puede encontrar la respuesta correcta para cada situación.

El profesor Gracia (2001)⁴⁵ 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

45. GRACIA GUILLÉN, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: *Medicina clínica* n. 117, 2001, pp. 18-23.

las diferentes soluciones o propuestas posibles y dentro de ellas de las más óptimas; la aclaración del marco legal de la solución acordada. La finalidad es encontrar *respuestas prudentes y racionales*, no respuestas verdaderas, sino aquellas que, siendo posibles en las circunstancias concretas, permitan la actualización del mayor número de valores implicados.

5.2. El buen trato en la relación diaria: la necesidad de desarrollar virtudes

Los principios deontológicos y su desarrollo orientan lo que se debe hacer, son el marco normativo de carácter imperativo que guía las decisiones sobre lo que es y no es un buen trato a las personas mayores en situación de dependencia. Sin embargo, su cumplimiento no es suficiente para avanzar en el objetivo fundamental del buen trato desde el enfoque ético, entendiendo éste como promover las condiciones que permitan que cualquier persona pueda lograr una vida que merezca la pena ser vivida, una vida realizada, lograda, utilizando las palabras de Paul Ricoeur (1996, citado por Etxeberria, 2005)⁴⁶ que incluirá los imperativos de justicia pero irá más allá que ellos, pretendiendo felicidad.

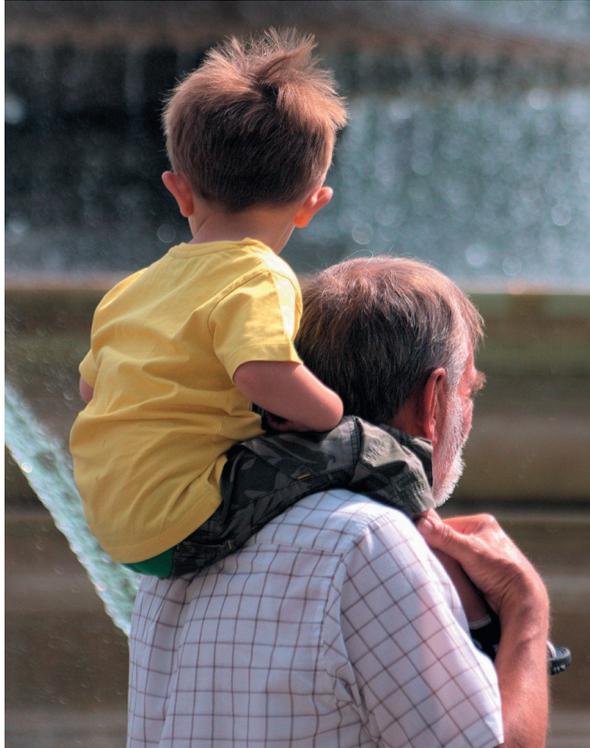
Si la imparcialidad es la actitud correcta para la ética deontológica, el reconocimiento de los diferentes horizontes de realización convierte a la atención a la preferencia en necesaria en quien pretende un buen cuidado personalizado que genere realmente calidad de vida; tal y como afirma P. Singer: “una vida significativa no puede ser guiada por principios morales imparciales” (1995, p. 453)⁴⁷.

La responsabilidad con las personas concretas supone no solo tomar decisiones correctas sino desarrollar modos de ser que se expresan en conductas y formas de relación habituales que impliquen afectos y convicciones al mismo tiempo y que, además de plenificar a quien los realiza, generan un cuidado excelente, el mejor posible, el óptimo con aquellos con quienes se relacionan. Estas disposiciones, no surgen espontáneamente, sino que requieren la decisión de adoptarlas y el cultivo de las mismas para que, interiorizadas, desarrollen habilidades y se conviertan en hábitos, que generan buen trato en las relaciones entre las personas.

Dichas disposiciones a las que llamamos virtudes son la realización del bien de la felicidad, aunque también pueden ser comprendidas como vía para lograr la felicidad. Siguiendo a Aristóteles definiríamos la virtud como excelencia (*arete* en griego) que lleva a la plenitud lo que de bueno alguien es potencialmente. Por ello la dimensión aretológica de la ética busca, desea, la plenitud humana, la bondad. El modo de irlo logrando es a través de la experiencia (no de las decisiones, sino de las decisiones hechas práctica sostenida) de tal manera que nos vamos haciendo virtuosos a medida que por la práctica la cualidad virtuosa se va convirtiendo en una disposición interna constitutiva del modo de ser o carácter moral, que se expresa como hábito de conducta que se muestra ya “espontánea”.

46. ETXEBERRIA, X. *Aproximación ética a la discapacidad*. Bilbao: Universidad de Deusto. 2005.

47. SINGER, P. *Compendio de ética*. Madrid: Alianza Editorial. 1995.



Fuente: <https://pixabay.com/es/photos/ni%C3%B1o-padre-persona-hombre-nieto-373441>

Francesc Torralba y Xabier Etxeberria son los autores que han desarrollado en nuestro entorno la ética de las virtudes enfocándola expresamente a las relaciones de cuidado –de acompañamiento y apoyos-, por considerarla necesaria para que las personas en situación de vulnerabilidad sean en el día a día reconocidas como dignas y bien cuidadas. Ambos toman como base o fundamento para el desarrollo de las virtudes la consideración de la relación con la persona cuidada como una relación moralmente simétrica en cuanto a la dignidad y en cuanto a la apertura al dar y recibir, que parte del reconocimiento de la propia dependencia o vulnerabilidad y de la estima a la persona que se cuida como capacitada para aportar “valor” a la relación. Identifican la virtud que expresa esta disposición como la condición para el desarrollo del resto de las virtudes o como el clima que las ampara. Torralba la designa como empatía (2005)⁴⁸ y Etxeberria, inspirándose en MacIntyre, como amistad moral (2005)⁴⁹. En ambos

48. TORRALBA, F. *Esencia del cuidar: Siete tesis*. Bilbao: Sal Terrae. 2005.

49. Op. Cit. 40.

modos (empático y amigable) hay una característica común que es la experiencia de que cuidar es una relación de dar y recibir, donde ambas personas (cuidador y persona en situación de dependencia) se sienten afectadas por dicha relación y la afectación les genera bien para su propio proceso de realización personal. Se da un influjo mutuo en el que se es con el otro como expresa Laín Entralgo (1983)⁵⁰: “El requerimiento de la presencia del otro me obliga a entenderme y a crearme a mí mismo; más concisamente me hace ser” (p. 445); “yo soy dando de mí (...) y lo primero que puedo y debo dar es siempre una respuesta personal” (p. 449).

La amistad moral del cuidado tiene características definitorias que de algún modo ya están apuntadas en la manera de entender la relación clínica en Laín Entralgo (2003)⁵¹ y desarrolla Etxeberria (2003)⁵². Dichas características son tres: el reconocimiento de la persona cuidada como insustituible; la apreciación de su integralidad que obliga a una atención global no fragmentada; la estimación positiva que elimina toda humillación y sometimiento y fomenta la propia “autoestima” de la persona cuidada.

En cuanto a las virtudes a desarrollar para el buen trato a las personas a través del cuidado, Torralba denomina a las virtudes “constructos del cuidar” y señala como necesaria las siguientes: compasión, competencia, confidencialidad, confianza y conciencia.

Etxeberria (2003)⁵³ presenta un panorama amplio de desarrollo de la virtud de la amistad en un conjunto de virtudes que clasifica en función de su aportación al buen cuidado y que a continuación las agrupamos con libertad, añadiendo algunas que aportan otros autores (Amor Pan, 2010⁵⁴; MacIntyre, 2001⁵⁵) desde el beneficio que provocan. Son las siguientes:

- Para una buena práctica de las virtudes del cuidar en las situaciones concretas: la prudencia y la fortaleza.
- Para una acogida que provoque la disposición a ser cuidada de la persona en situación de dependencia: la hospitalidad, la humildad, la simpatía, la confianza.
- Para una “buena realización” de la praxis del cuidado: la benevolencia, la compasión y la “estudiosidad” o actualización permanente de las destrezas y los conocimientos.

50. LAÍN ENTRALGO, P. *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Alianza, 1983.

51. LAÍN ENTRALGO, P. *El médico y el enfermo*. 2.ª ed. Madrid: Triacastela, 2003.

52. ETXEBERRIA, X. Fundamentación ética de la protección de los derechos humanos. En GÓMEZ F. Y PUREZA J.M. (Eds.), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003.

53. Op. Cit. 46.

54. AMOR PAN, J. R. *Bioética y dependencia*. A Coruña: Obra Social La Caixa, 2010.

55. MACINTYRE, A. *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes* (Traductora Beatriz Martínez de Murguía). 2001 ed. Barcelona: Paidós.

- Para un acompañamiento que posibilite a la persona en situación de dependencia avanzar hacia su autonomía moral: la dialogalidad, la veracidad, la confianza y la esperanza.
- Para sostener el cuidado en el cansancio provocado por la continuidad prolongada del mismo: la paciencia, la perseverancia, la lealtad.
- Para afrontar las situaciones conflictivas y las reacciones difíciles que genera el sufrimiento: la paciencia y la mansedumbre.

Es necesario recordar que las virtudes son fruto de la experiencia, van desarrollándose en el propio cuidador o profesional en la medida en que ejerce la responsabilidad de cuidado de personas, pero solo se da dicho desarrollo si existen dos condiciones: decisión ética de querer realizar un “buen cuidado” que genere condiciones de vida dignas para las personas, y capacidad de reconocimiento del valor intrínseco de la persona cuidada, sea cual sea su configuración corporal y sus limitaciones personales, que posibilite una situación de simetría como la explicada que provoque bienestar a la persona por saberse estimada como valiosa.

Para la primera condición se requiere una decisión racional fundamentada. Para la segunda condición es indispensable una capacitación emocional o sentimental que aporte “razones del corazón” sin las cuales no solo no será posible el desarrollo virtuoso, sino tampoco la realización de la justicia tal y como afirma Adela Cortina:

“Oponer la lógica del corazón a la de la razón es una costumbre tan antigua como infortunada, porque la razón es una facultad preparada para interpretar proyectos del corazón, para extenderlos en propuestas teóricamente elaboradas, pero esos proyectos racionales solo cobran fuerza motivadora y descubren regiones de injusticia si no pierden su arraigo en el corazón” (Cortina, 2007, p. 193)⁵⁶.

El desarrollo de las virtudes requiere capacitación emocional y sentimental, hasta el punto de que las virtudes pueden considerarse como vivencias sentimentales moralmente ajustadas habitualmente sostenidas (piénsese en la compasión). El “gobierno de las emociones” (Camps, 2011)⁵⁷ pasa a ser, en este sentido, una cuestión fundamental, que incide además en las dinámicas sociales de exclusión e inclusión, tan relevantes de cara al buen trato a las personas con dependencias. MacIntyre señala que ponerse a buscar razones por las que debe de atenderse urgentemente a una persona que está en una situación de sufrimiento o necesidad extrema (se ha caído, tiene mucho dolor, padece una crisis de angustia,...) es una inmoralidad:

“la misericordia se activa ante una situación de dolor o gravedad urgente o extrema sin detenerse en encontrar razones por las que esa persona debe ser atendida o aliviada en su dolor. No repara en los protocolos o normativas y considera que es inmoral tener que encontrar razones para actuar en dichas situaciones” (MacIntyre, 2001, p. 146)⁵⁸.

56. CORTINA, A. *Ética de la razón cordial*. Oviedo: Novel. 2007.

57. CAMPS, V. *El Gobierno de las emociones*. Barcelona: Herder. 2011.

58. Op. Cit. 49.

6. CONCLUSIONES

Nos planteamos al comienzo de este trabajo el objetivo de contribuir al fomento de un buen trato a las personas mayores, y consecuentemente a la prevención del mal trato. Para lograrlo, hemos intentado aportar criterios que fundamenten el reconocimiento de su igual dignidad, independientemente del nivel de fragilización y dependencia que tengan, y desde dicho reconocimiento, establecer las obligaciones éticas que aseguren su consideración y respeto, tanto en los ámbitos públicos como privados.

Como hemos descrito, la mayor dificultad para el buen trato y el mayor riesgo de mal trato, radica en la valoración negativa de la vejez que es identificada como dependencia, aunque la realidad es que solo una cuarta parte de las personas de este grupo de edad sufren situaciones de dependencia crónica que requiere cuidados generalizados y permanentes. A la vista de los cambios demográficos generados por el aumento de la esperanza de vida, y el consiguiente crecimiento numérico de este colectivo, parece indispensable cambiar dicha imagen social para superar las actitudes edadistas y discriminatorias que impiden la participación, en condiciones de igualdad, de las personas mayores en la construcción social.

Desde una concepción interdependiente de lo humano, el buen trato se despliega en una doble dirección: acoger y atender su fragilidad por un lado y, por otro, promover y respetar su autonomía moral. En ambas direcciones se concreta en relaciones de simetría moral que partiendo de la igualdad, posibilite el ejercicio de los derechos tanto en el ámbito de la ciudadanía activa como pasiva.



Fuente: pro-eduk-com/wp-content/uploads/2016/05/pair-2914879_1920

En el caso de las personas más dependientes, el cumplimiento del imperativo ético de buen trato, en virtud de la prolongación en el tiempo de la relación de cuidado, solo puede lograrse desarrollando fundamentos y exigencias éticas en dos direcciones complementarias: la deontológica y la aretológica. Por un lado, desde los principios éticos universales debemos prohibir cualquier discriminación y lesión a sus derechos; por otro lado, debemos impulsar relaciones formales e informales de compromiso ético con la autorrealización y la felicidad de las personas mayores.

Comprender la responsabilidad ética de atención y cuidado en la lógica de la interdependencia modifica el modo de relación establecida para la intervención, superando modelos paternalistas y verticales por modelos relacionales deliberativos que incluyen los valores y responsabilidades de gestores, cuidadores formales e informales y personas cuidadas, todas ellas sujetos que deben ser escuchados para establecer los planes de atención y cuidado. La deliberación debe procurar encontrar las soluciones más prudentes a los problemas éticos planteados respetando lo más posible, de manera óptima para cada situación, los siguientes principios materiales universales: la no-maleficencia, evitando que se produzca daño físico, psíquico o social; la justicia, facilitando los recursos necesarios y las condiciones contextuales precisas para evitar la discriminación en el acceso a los bienes comunes; la autonomía, entendida no como autosuficiencia, sino como respeto a los valores, deseos e identidad personal; y la beneficencia que exige facilitar a cada persona según su identidad y proyecto de vida, los apoyos necesarios para el cumplimiento de los principios anteriores y la protección de la dignidad a través de un cuidado solícito y diligente que busca la mejora de la calidad de vida de la persona dependiente, en su doble dimensión, objetiva y subjetiva.

Junto al cumplimiento de los principios éticos universales, el desarrollo de la dimensión aretológica de la ética puede favorecer modos de ser, conductas y formas de relación de amistad moral (Laín Entralgo, 2003; Etxeberria 2003)⁵⁹. Dichas relaciones implican afectos y convicciones al mismo tiempo, y desarrollan virtudes que, además de humanizar a quien las realiza, generan un cuidado excelente que supondrá reconocimiento positivo y bienestar personal a las personas atendidas.

El buen trato en el cuidado y atención a las personas en situación de dependencia requiere por tanto, una capacitación racional de carácter deliberativo para argumentar las decisiones a tomar, y también una capacitación emocional o sentimental que posibiliten el desarrollo virtuoso y la realización de la justicia (Camps, 2011; Cortina, 2007)⁶⁰.

Como se desprende con total obviedad de lo anterior, el mal trato es, desde la perspectiva ética, una inmoralidad, al tratarse de un daño que se infringe a otra

59. Op. Cit. 52 y 53.

60. Op. Cit. 57 y 58.

persona, en nuestro caso a una persona mayor, no respetando su dignidad, bien por tratarla como puro medio, bien por marginarla o por dañarla directamente.

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y la dependencia es una contingencia que puede afectar al anhelo individual de realización personal y desarrollo humano integral de cualquiera de nosotras y nosotros en diferentes momentos de dicho proceso. La calidad ética, y por tanto humana, en el seno de una comunidad se mide con arreglo a su dedicación y trato a los más débiles y la perspectiva desde donde se plantea su atención. Una sociedad que no hiciera sitio a sus miembros menos funcionales, autónomos e independientes, no podría considerarse una sociedad moralmente digna.

Por todo ello, hoy y aquí, avanzar en el buen trato a las personas mayores es un reto colectivo que debe generar preocupación y reflexión social en relación con la forma de comprender, organizar y dotar las políticas sociales. Pero es además una responsabilidad personal y colectiva que requiere la capacitación ética individual y social, pues todas somos agentes de inclusión o exclusión, de cuidado o desprotección, de buen trato o mal trato. Por todo ello, debe ser, a mi juicio, un gran tema merecedor de la búsqueda de grandes consensos éticos, políticos y sociales.

7. Referencias bibliográficas

- AGULLÓ, M. *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación*. Madrid: IMSERSO, 2001.
- ALBERICH, T. "Envejecimiento físico, psicológico y social". En: BARRANCO, A. y FUNES, A. (Eds.), *Intervención social y sanitaria con mayores: Manual de trabajo con la 3ª y 4ª edad* Madrid: Dykinson, 2008; pp. 17-47.
- AMOR PAN, J.R. *Bioética y dependencia*. A Coruña: Obra Social La Caixa, 2010.
- ARANGUREN J.L. *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1992.
- BAYÉS, R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Madrid: Ediciones Martínez Roca, 2001.
- CORTINA, A. *Ética de la razón cordial*. Oviedo: Novel, 2007.
- CAMPS, V. *El Gobierno de las emociones*. Barcelona: Herder, 2011.
- . *Una vida de calidad*. Barcelona: Crítica, 2002.
- CEIS (Comité de ética de intervención social de Bizkaia). *Encuesta sobre conflictos éticos en el ámbito de los servicios sociales*. 2008. Recuperado de <http://www.bizkaia.eus>.
- DEL RIO, P. "La discapacidad, único camino hacia el hecho humano". En: Casado D. (Ed.), *Discapacidad e información*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a personas con minusvalía, 1992.
- DÍAS ALEDO, L. "La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación". *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, n. 41, 2013; pp. 483-502.
- ETXEBERRIA, X. "El reconocimiento como referente transversal de la bioética". En: *Revista Colombiana de Bioética*, n. 10 (2), 2015; pp. 127-141.
- . "Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad". En: HUENCHUAN, S; ICELA, R. (Eds.), *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Ciudad de México: Naciones Unidas, CEPAL, 2014; pp. 61-71.
- . "La convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad: la perspectiva ética". En: *Siglo O. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, Vol. 42 (1), Núm. 237, 2011, pp. 33-46.
- . *Aproximación ética a la discapacidad*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005.
- . Fundamentación ética de la protección de los derechos humanos. En GÓMEZ F. y PUREZA J.M. (Eds.), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003.
- ETXEBERRIA, X.; GOIKOETXEA, M. J.; MARTÍNEZ, ET AL. "El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo". En: *Cuadernos de Derechos Humanos*, n. 71, Bilbao: Universidad de Deusto, 2013.
- GOIKOETXEA, M. J. "La ética como referente de la atención integral centrada en la persona". En: P. RODRIGUEZ, y A. VILÁ (Eds.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona*. Madrid: Tecnos 2014; pp. 59-76.
- . "Ética y buen trato a personas mayores". En: *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, n. 41, 2013; pp. 424-449.
- . *Malos tratos a personas mayores en situación de dependencia: Enfoque ético*. Tesis Doctoral en Derechos Humanos. Bilbao: Universidad de Deusto. (Sin publicar).
- GRACIA GUILLÉN, D. "La deliberación moral: el método de la ética clínica". En: *Medicina clínica* n. 117, 2001, pp. 18-23.
- . *Fundamentos de bioética* (1ª ed.). Madrid: Triacastela, 1989.
- HONNETH, A. "Recognition and justice: Outline of a plural theory of justice". En: *Acta Sociológica* 2004. 47, 351-364.
- IMSERSO. *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo, 2011.

- INTERNATIONAL LONGEVITY CENTRE-BRAZIL, *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. 2015. En: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ActiveAgeingPolicyFramework_2015.pdf
- KANT, I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. (Traductor L. Martínez Velasco-Undécima edición). Madrid: Espasa Calpe-Austral, 1995.
- LABORATORIO ENVEJECIMIENTO EN RED. *Informe envejecimiento en red 2019*. Departamento de Población del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). n. 22, marzo 2019. www.envejecimientoenred.es.
- LAÍN ENTRALGO, P. *El médico y el enfermo*. (2.ª ed.) Madrid: Triacastela, 2003.
- . *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Alianza, 1983.
- MACINTYRE, A. *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes* (Traductora Beatriz Martínez de Murguía). Barcelona: Paidós, 2001.
- MARTÍNEZ MAROTO, A. "La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia". En: DE LA TORRE, J. y PÉREZ MARÍN J. (Eds.), *Autonomía personal y atención a la dependencia* (1ª ed.). Madrid: Universidad de Comillas-Cátedra de Bioética- Colección Dilemas éticos de la deficiencia mental, 2009; pp. 45-65.
- MATURANA, H. "Lenguaje y realidad: El origen de lo humano". En: *Revista Colombiana de Psicología*, n. 5-6, 1997; pp. 200-203.
- ONU. Asamblea General, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 10 Diciembre 1948.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: WHO, 2015.
- PÉREZ HERNÁNDEZ, A. M. *La percepción social de la vejez*. (Trabajo fin de grado de trabajo social). Universidad de La Laguna, 2014.
- PÉREZ ROJO, G. y CHULIÁN, A. "Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores". En: *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, n 41, 2013, pp. 127-167.
- RICOEUR, P. *Caminos del reconocimiento. Tres estudios*. Madrid: Trotta, 2005.
- RODRÍGUEZ CABRERO, R. "Economía del conocimiento". En: *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 2011; pp. 171-245.
- SANCHO, M.; YANGUAS, J.; DEL BARRIO, E. *Personas que envejecen en el S. XXI. Nuevas realidades*. Barcelona: Obra social La Caixa, 2016.
- SINGER, P. *Compendio de ética*. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- TABUEÑA LAFARGA, C. M. "Los malos tratos y vejez: Un enfoque psicosocial". En: *Psychosocial Intervention / Intervención Psicosocial*, n. 15 (3), 2006; pp. 275-292.
- TORRALBA, F. *Esencia del cuidar: Siete tesis*. Bilbao: Sal Terrae, 2005.
- VEGA, J. L.; BUENO, B. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis. 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. Ginebra: WHO 2002.