
Bon tracte



Qüestió de
dignitat i de dret



EDICIÓ:

Fundació Bancària "la Caixa", 2019

Autora: Maria Jesús Goikoetxea Iturregui

Traducció: Caplletra

Disseny gràfic: Tramatica SL

Bon tracte

Qüestió de dignitat i de dret

MARC TEÒRIC

ÍNDEX

PRESENTACIÓ	4
--------------------	---

A) UNA APROXIMACIÓ CONCEPTUAL DES DE LA PERSPECTIVA ÈTICA

Introducció	6
1. Tinc dignitat i mereixo que se'm tracti bé	8
2. Respectar i afavorir l'autonomia personal	19
3. Algunes recomanacions per al bon tracte	26
4. El que no toleraré: no al tracte inadequat	33
5. Els mals tractes a persones grans	37

B) UNA APROXIMACIÓ DES DE LA PERSPECTIVA DELS DRETS

1. Respectar, també en les persones grans, els drets humans	55
2. Dret a la llibertat i a l'autonomia personal	59
3. Dret a la integritat física i psíquica	66
4. Dret a la intimitat i la privacitat en les relacions personals	70
5. Dret a la ciutadania, a la participació i a la construcció del meu entorn social	80

BIBLIOGRAFIA	84
---------------------	----

PRESENTACIÓ

L'envelliment progressiu de la població està donant peu a canvis de primera magnitud que obliguen a reconsiderar les actuacions dirigides a les persones grans en diferents àmbits de l'atenció social a aquest col·lectiu.

En els últims anys, diferents agents socials han posat èmfasi a promoure la dignitat i l'autonomia de les persones grans, com a eixos bàsics per al desenvolupament d'iniciatives i programes dirigits a la població més gran de 65 anys en general, tant en l'àmbit social com en l'institucional.

El Programa de Gent Gran de l'Obra Social "la Caixa", amb més de cent anys d'història, té com a objectiu estratègic abordar els nous reptes que es presenten en la vellesa, per contribuir a generar reflexió i actuacions que reverteixin en una millora de la qualitat de vida d'aquest col·lectiu, amb una atenció especial a les persones en situació de més vulnerabilitat.

Els anys 2015 i 2016, des d'aquest programa es va dur a terme un procés de reflexió amb més de seixanta agents socials, dels àmbits públic i privat, que va originar la carta *Primer, les persones: Cuidar com ens agradaria que ens cuidessin*. En el text, s'hi van formular els principis de dignitat, autonomia, corresponsabilitat i transversalitat com a valors essencials que han de presidir les relacions de cura. Així mateix, s'hi constata la necessitat de promoure el bon tracte i construir una cultura de les cures fora de l'àmbit privat.

Esperem que aquesta aproximació conceptual al bon tracte, des de la perspectiva ètica i de drets, contribueixi a sensibilitzar el conjunt de la societat, i especialment les persones grans, per fer cada vegada més evident que el bon tracte a aquest col·lectiu constitueix una qüestió social que ens compromet a tots.

Bon tracte

UNA APROXIMACIÓ CONCEPTUAL DES DE LA PERSPECTIVA ÈTICA

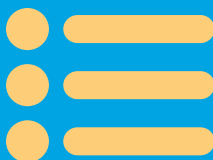
1
Tinc dignitat i
mereixo que
se'm tracti bé



2
Respectar
i afavorir
l'autonomia
personal



3
Algunes
recomanacions
per al bon tracte



4
El que no
toleraré:
no al tracte
inadequat



5
Els mals
tractes a
persones
grans



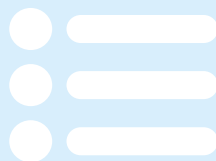
INTRODUCCIÓ

La raó de ser d'aquest treball és contribuir al foment d'un bon tracte a les persones grans i, consegüentment, a la desaparició dels mals tractes a aquest col·lectiu. S'adopta un enfocament interdisciplinari, amb la perspectiva ètica com a eix articulador, integrant-hi aportacions variades de l'àmbit jurídic, sociològic i psicològic.

En el reconeixement de la dignitat igual, i l'exigència de respecte absolut a aquesta dignitat, fonamentem les nostres obligacions envers qualsevol ésser humà, i entre aquestes obligacions s'inclou el bon tracte a les persones grans, amb consideració i respecte. Malgrat això, els estudis mostren que hi ha una percepció negativa d'aquest grup de població, que comporta una apreciació i una consideració social més baixes.

Aquesta manca de reconeixement de la dignitat intrínseca de les persones grans es manifesta en actituds edatistes i, de vegades, en actuacions clarament discriminatòries, tant en els àmbits privats com en el reconeixement dels seus drets i la seva condició de ciutadania. La menysvaloració, especialment de les persones grans en situació de dependència, i la discriminació per edat són les causes primeres dels alts índexs de mals tractes a aquest col·lectiu, com evidencia l'*Informe mundial sobre l'envelliment i la salut*, de l'Organització Mundial de la Salut: «La prevalença del maltractament de les persones grans als països d'ingressos alts o mitjans és d'entre el 2,2 i el 14 %». I afegeix: «És important tenir en compte que aquestes xifres no inclouen els adults grans amb deteriorament cognitiu, com tampoc els que viuen en residències o centres d'atenció de llarga durada. Malgrat això, és possible que aquests grups estiguin en risc particular de maltractament» (OMS, 2015).

Creiem que el coneixement dels principis i els valors ètics que materialitzen el respecte a la dignitat humana i el reconeixement dels seus drets constitueix un mitjà extraordinari per impulsar el bon tracte a les persones grans,



i contribueix així a la visibilització de relacions injustes i de maltractament, lamentablement justificades algunes vegades.

Aquest treball va adreçat principalment a les mateixes persones grans, amb un **doblet objectiu**:

- » Des de la **perspectiva ètica**, complementada amb la psicològica, vol ajudar les persones grans a identificar-se com a valuoses, fomentant la seva autoestima, impulsant la seva autonomia, facilitant-los recursos per establir relacions de reciprocitat en les quals siguin ben tractades, i identificant situacions de risc o indicadors que puguin suposar un maltractament.
- » Des de la **vessant jurídica**, vol facilitar a les persones grans el coneixement dels seus drets, principalment dels que més es lesionen quan no hi ha un bon tracte, tant en l'àmbit privat (integritat física i psíquica, llibertat, privacitat i intimitat) com en l'àmbit públic de l'exercici de la ciutadania. L'informe elaborat l'any 2016 per Rosa Kornfeld-Matte, experta independent per a la protecció dels drets humans de les persones grans de l'Organització de les Nacions Unides, reconeix «llacunes en l'aplicació de la legislació vigent relativa a la promoció i la protecció dels drets de les persones grans», així com la «poca o nul·la informació sobre algunes qüestions essencials, com la capacitat jurídica, la qualitat de l'atenció, les atencions a llarg termini, les cures pal·liatives, l'assistència a les víctimes de la violència i el maltractament, els recursos disponibles, la independència i l'autonomia, o el dret a un nivell de vida adequat, especialment pel que fa a l'habitatge».

Confiam que aquest document serà també d'utilitat per als professionals i les entitats compromeses amb el benestar i el bon tracte a les persones grans. Així mateix, valorem l'esforç i la constància continuats per la innovació, l'excel·lència i la qualitat en els programes d'aquesta entitat dirigits a les persones grans; és a dir, la seva vocació de fer les coses bé i per al bé de les persones.



Tinc dignitat i mereixo que se'm tracti bé

La dignitat és la categoria ètica fonamental quan parlem de les obligacions que tenim envers les persones, en el nostre cas les persones grans. La dignitat no fa referència a les capacitats «extraordinàries» dels éssers humans, sinó a la seva estructura carencial potencial possibilitadora de relacions biològiques, psicològiques i socials que els capaciten per a l'autonomia i la responsabilitat.

Comencem recordant la definició de dignitat, com és expressada per Immanuel Kant: és digne qui posseeix un **valor incondicionat** que el fa ser un fi en si mateix. Això significa que qui té dignitat pot reclamar de ser tractat sempre al mateix temps com a fi (valor absolut) i mai com a pur mitjà (valor només instrumental).

El reconeixement de la dignitat és la pedra angular per exigir respecte absolut per l'ésser humà i abordar les obligacions de donar-li un bon tracte, tant en les relacions privades com en la seva consideració com a ciutadà en l'àmbit públic, assegurant un model social que garanteixi la seva participació en condicions de justícia i igualtat. Qui té dignitat exigeix que el tractin bé, amb **consideració i respecte**, amb la mateixa consideració i respecte que la resta de persones. Si es reconeix que tota persona és digna *per se*, d'aquí es desprèn que la comunitat, les institucions i l'Estat han de vetllar per la seva protecció i per la seva promoció. D'aquesta exigència de bon tracte emanen tots els drets de les persones: «Tots els éssers humans neixen lliures i iguals en dignitat i en drets. Són dotats de raó i de consciència [...]» (Declaració Universal dels Drets Humans, 1948, art. 1), i també el reconeixement «de la dignitat inherent i dels drets iguals i inalienables de tots els membres de la família humana» (*op. cit.*, preàmbul).

El reconeixement de la dignitat igual de tots els humans ha exigit i exigeix els desenvolupaments jurídics necessaris que assegurin la seva protecció en les circumstàncies en què pugui estar en risc. Així es reconeix a la mateixa Constitució espanyola, i en múltiples normes, com les que fan referència a l'assistència sanitària (Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, i Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica) i als serveis socials (Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència).

«Allò que constitueix la condició perquè alguna cosa sigui un fi en si mateix no té un valor merament relatiu o preu, sinó que té un valor intern, és a dir, dignitat.»

KANT, 1942

Ens podria semblar inútil, després de la Declaració Universal dels Drets Humans i la vigència dels marcs jurídics actuals, la necessitat de recordar i exigir el reconeixement de la dignitat igual de totes les persones. Tanmateix, res més lluny de la realitat. Actualment, hi ha bioeticistes importants que afirmen que no tots els individus vius de l'espècie *Homo sapiens* són persones, o com a mínim que no tots ho són en sentit estricte. Per a aquests experts, no existeix una coincidència entre el terme *persona* i el terme *humà*, cosa que pot tenir, sens dubte, conseqüències molt importants en el bon tracte a les persones més incapaces. Entre aquests especialistes cal destacar per la seva influència en el debat bioètic dos autors: Peter Singer i Hugo Tristram Engelhardt.

- » Singer proposa utilitzar persona en el sentit de «ser racional i autoconscient». La persona no és definida en relació amb la sensibilitat, la relació o la llibertat, sinó en relació amb el seu «adonar-se'n», amb la seva consciència. Singer no proposa l'eliminació dels drets dels éssers humans no racionals, però els iguala als d'alguns animals. Per a ell, l'ètica exigeix la reducció del patiment aliè, i, per tant, tots els éssers amb capacitat de patir (humans o no) han de ser objecte de protecció i de cura: «Tots els éssers capaços d'experimentar plaer o dolor tenen el mateix dret a la vida» (Singer, 1995, p. 101). D'aquesta manera es posa fi a la igualtat dels éssers humans discapacitats psíquicament respecte d'altres éssers humans, i se'ls iguala als éssers no humans sensibles al plaer i al dolor.
- » Engelhardt no nega que tots els éssers humans siguin persones, però defensa que uns ho són en sentit estricte (vida humana personal), i uns altres en un sentit diferent (vida humana biològica no personal). La persona, en sentit estricte, és caracteritzada per tres atributs: autoreflexió, racionalitat i sentit



moral. Només les persones són subjectes de drets, mentre que les persones «no humanes» tenen un valor ontològic, axiològic i jurídic menor, que serà determinat pel valor que poden representar per a altres persones (els seus pares, els seus familiars...). Per a Engelhardt, els fetus, les persones amb retard mental greu, els malalts en estat vegetatiu persistent i els ancians amb demència avançada constitueixen exemples de persones «no humanes», el valor de les quals no és intrínsec, sinó que depèn de l'estimació que en facin els seus responsables legals.

Els autors anteriors i alguns altres comencen a posar en dubte la dignitat igual de les persones grans amb greus nivells de dependència i deteriorament. Des de sempre, i també ara, han existit formes de tractament i relació que vulneren la dignitat, i que s'han utilitzat amb les persones molt fragilitzades. Aquestes formes de valoració i relació atempten contra la dignitat personal, i per això les classifiquem com de tracte poc digne o maltractament. Es donen en les situacions següents (Etxeberria, 2005):

- » Quan es tracta la persona com a **pur mitjà que val per a alguna cosa**. Llavors diem que la persona no té valor en si mateixa, sinó només preu, i es tolera el maltractament per aconseguir determinats interessos personals, econòmics, lucratiu...
- » Quan la persona gran és considerada un **no valor**, per manca de capacitats i/o recursos, i, en conseqüència, pateix menyspreu, indiferència o, fins i tot, exclusió o marginació (no és tinguda en compte, se l'aparta si fa nosa o molesta, se l'aïlla o margina perquè no la vegi ningú...). Aquesta situació no depèn exclusivament de les condicions de dèficit o capacitat de la persona (que pot requerir més o menys atencions), sinó també de la situació subjectiva de la persona cuidadora (més o menys control emocional) i, especialment, del compromís ètic i el vincle personal que hi ha entre totes dues.
- » Finalment, s'atempta contra la dignitat quan es considera la persona com un **disvalor perillós**, perquè suposa una càrrega per a d'altres o per al sistema, per les seves conductes inadequades, perquè genera despesa, molèstia o insatisfacció a la seva família, o sobrecàrrega als seus cuidadors. En aquests casos, es pot plantejar la seva eliminació i discriminació (model eugenèsic) respecte dels recursos socials, pel fet de considerar que són «desproporcionats» per a la qualitat de vida que s'obtindrà.

El maltractament és un tracte indigne donat a una altra persona. Les persones ens experimentem com a subjectes de dignitat quan som considerades com a valuoses, respectades i capacitades com a tals, i disposem d'unes condicions contextuais justes que impedeixen que siguem discriminades o lesionades.

La dignitat igual determina el contingut formal de **què cal fer**, és a dir, tractar bé, però no determina **com s'ha de fer**, això és, el contingut material d'un bon tracte.

El bon tracte a les persones, exigència derivada del reconeixement de la dignitat absoluta, té tres nivells de desenvolupament material des del punt de vista ètic:

- » Un **primer nivell universal**, és a dir, comú per a totes les persones. Aquest nivell inclou, a la vegada, tres exigències diferents:
 - El que està prohibit, que reculli les conductes que no s'han de tenir per donar un bon tracte a les persones.
 - Els recursos exigibles en justícia, perquè la persona gran pugui viure conforme a la seva dignitat.
 - El respecte a la llibertat i a l'autonomia.

«A l'ésser humà individual, a cadascun de nosaltres,
correspon la tasca de fer-se vell, d'envellir,
donant-se a si mateix qualitat. La vida humana, tota vida
humana, és, ha de ser, realització, i ho ha de ser
en cadascuna de les seves edats.»

JOSÉ LUIS L. ARANGUREN,
La vejez como autorrealización personal y social

- » Un **segon nivell particular**, que depèn de les diferents circumstàncies, necessitats, valors, identitats i projectes de vida de les persones. Aquest nivell inclou obligacions que la persona té amb ella mateixa o situacions que li generen satisfacció i experiència que la seva vida «té sentit», «val la pena». Aquestes obligacions particulars estan normalment estructurades en un codi moral que reclama ser respectat en una relació de bon tracte, perquè cada persona pugui complir els seus valors i les seves creences.
- » Un **tercer nivell relacional**, en el qual les persones s'experimenten valuoses per a les altres amb les quals es relacionen. Aquest tercer nivell és especialment necessari per sentir que et tracten bé, ja que comporta la concreció de la dignitat per a les altres persones en considerar-se un mateix com a estimable. Per a aquest tercer nivell, és necessari desenvolupar competències i habilitats ètiques, denominades en l'ètica clàssica *virtuts per al bon tracte*. El nivell relacional és sempre un nivell de reciprocitat, de donar i rebre. Ningú no se sent respectat en la seva dignitat si només dona, ja que en algun moment o altre experimentarà la instrumentalització de qui rep i, consegüentment, la falta de respecte a la seva dignitat intrínseca. Però tampoc ningú és plenament reconegut com a valuós si només pot rebre passivament, perquè en certa manera aquesta receptivitat absoluta suposa una falta de consideració a les seves capacitats i possibles aportacions per millorar la relació. Una relació ha de reconèixer la dignitat de totes les persones que hi participen, de manera que hi hagi una simetria moral, una simetria de dignitat, cosa que significa que totes les persones que hi estan implicades donen i reben. Per això alguns autors, com Alasdair MacIntyre, parlen de virtuts del donar i virtuts del rebre. En les situacions de cura, aparentment asimètriques pel que fa a la seva moralitat (només qui cuida sembla responsable del bon trac-



te), existeix un donar i un rebre. Qui cuida proporciona suports i cures, i qui rep aporta la possibilitat d'autorealització personal de qui cuida. Així, entre les virtuts del donar hi ha l'amabilitat, l'hospitalitat, la compassió, etc. Les virtuts del rebre fan possible que l'emissor s'experimenti també ben tractat, i no instrumentalitzat o utilitzat com a «mer mitjà». Algunes virtuts del rebre són la gratitud, la paciència, la comprensió, etc.

«La misericòrdia s'activa davant d'una situació de dolor (humiliació o patiment) urgent o extrem, sense aturar-se a trobar raons per les quals aquesta persona ha de ser atesa o alleugerida en el seu dolor. No para esment en protocols o normatives i considera que és immoral haver de trobar raons per actuar en aquestes situacions.»

MACINTYRE, 2001, P. 146

1.1. ELS MÍNIMS UNIVERSALS EXIGIBLES PER AL BON TRACTE A LES PERSONES

La teoria dels principis de la bioètica és, en l'àmbit de les ciències de la salut, el codi deontològic que pretén establir uns principis materials que, tot i que no d'una manera absoluta (hi pot haver excepcions), es considera que, en principi, han de ser exigits en l'atenció a totes les persones, incloses les persones grans, d'acord amb la seva dignitat igual.

1.1.1. La no maleficència i la justícia (no fer mal i no discriminar)

Si es reconeix que tota persona és digne *per se*, d'això es desprèn que la comunitat, les institucions i l'Estat han de vetllar per la seva protecció i per la seva promoció, facilitant atencions i recursos especialitzats, estructures, sistemes o entorns integradors, i suports físics, normatius i de qualsevol ordre que possibilitin una igualtat d'accés als beneficis socials.

En l'àmbit de la bioètica, aquesta constatació es desenvolupa a partir dels principis de no maleficència i justícia. El principi de no maleficència es formula com l'obligació de no lesionar la integritat d'un ésser humà. És a dir, la primera exigència per al bon tracte és no fer mal a una persona gran en la seva integritat, és a dir, no al mal tracte, encara que no sigui intencionat.

En la història de l'ètica mèdica, el *Primum non nocere* ha estat el principi moral de la professió. Aquest principi continua sent la norma moral fonamental dels professionals obligats a intervenir per desenvolupar l'autonomia de les persones en situació de dependència i/o protegir-les. Exigeix als professionals i cuidadors formals i informals tenir les habilitats,

les actituds i els coneixements necessaris perquè, en la seva relació amb les persones, no es lesioni la seva integritat i dignitat. Per això, serà necessari el desenvolupament i seguiment de bones pràctiques personalitzades que, amb evidència científica suficient en el cas dels professionals, millorin la qualitat de vida de les persones. El bon tracte a les persones exigeix el desenvolupament de la recerca i la formació, especialment en aquells àmbits en els quals es donen situacions especials de deteriorament i dependència, com ara les malalties neurològiques degeneratives i els processos de final de vida.

«Si no pots fer el bé, com a mínim no facis mal.»

HIPÓCRATES

Però l'obligació de no fer mal també és exigible en les relacions informals (familiars, d'amistat, etc.). Un mal que no solament pot ser físic o psíquic, sinó també econòmic o sexual. Situacions de sobreexplotació d'àvies i avis que impedeixen el seu descans, la dependència econòmica excessiva que genera precarietat, les relacions sexuals no consentides, i els aïllaments i les limitacions de la vida social no justificats són alguns exemples de maltractament a les persones grans, malauradament no sempre reconeguts com a tals per elles mateixes.

Pel que fa a la justícia, el respecte a la dignitat suposa que les persones grans no siguin discriminades, en relació amb les possibilitats d'aconseguir una vida realitzada, en funció de factors com l'edat, la malaltia, el nivell d'autonomia, etc. En la seva versió distributiva, la justícia està decididament mitjançada per les institucions, i implica relacions guiades pel criteri del repartiment equitatiu de béns i recursos amb els quals se satisfan necessitats i es potencien les capacitats. Es donen situacions que són en elles mateixes un atemptat contra la justícia distributiva, i per tant contra la dignitat, com ara els criteris d'exclusió de determinades prestacions socials en funció de l'edat, la discapacitat, les molèsties per a tercers, etc. Podem parlar, fins i tot, de situacions de maltractament que han estat provocades per l'absència de recursos per a l'atenció de necessitats bàsiques, en el cas de persones en situació de dependència que viuen soles o que no disposen de relacions primàries que puguin assumir la seva atenció i cura. L'Estat, mitjançant el sistema de serveis socials, ha d'assegurar l'atenció a les persones grans, també en situació de dependència o malaltia crònica. Aquests principis de no maleficència i justícia reclamen als responsables, en cada cas:



- » Formació per als cuidadors i professionals per evitar situacions de risc.
- » Validació dels procediments utilitzats en l'atenció a les persones grans, especialment quan puguin generar una limitació de drets (restriccions, ingressos involuntaris, etc.).
- » Iniciatives per millorar l'atenció a les persones grans en els diferents àmbits, com ara guies de bones pràctiques, formació en ètica, sistemes de qualitat i control que incloguin indicadors de qualitat de vida objectiva i subjectiva, etc.
- » Establiment de mesures per evitar la discriminació de les persones grans en serveis públics, com ara l'assistència sanitària, l'accés al transport, la participació en activitats d'oci, etc.
- » En relació amb el maltractament, instruments de prevenció, mesures de reparació per a víctimes de maltractaments, eventualment càstig als culpables, etc.

1.1.2. L'autonomia i la beneficència (respectar i protegir)

Quan ens plantejem el bon tracte a les persones, conformement a la seva dignitat, no en tenim prou amb el simple fet de no fer mal i evitar discriminacions o situacions d'exclusió. Pretenem que les persones puguin viure d'acord amb la seva manera de ser pròpia i puguin seguir el seu desenvolupament biogràfic i històric, per tal d'aconseguir una vida realitzada. Per això, és necessari, en primer lloc, conèixer, reconèixer i respectar la manera de ser de cada persona i, en segon lloc, donar suports, entorns i relacions que facin possible assolir els propis objectius.

Per aconseguir-ho, cal apoderar les persones grans, fent-les protagonistes i responsables de les seves decisions, conductes, benestar i, en definitiva, de la seva «qualitat de vida». Situant-nos en aquest marc privat i intersubjectiu, i partint de la idea que s'han d'assumir també aquí els dos principis anteriors, apareixen dues altres obligacions ètiques: el respecte i desenvolupament de l'autonomia, i l'exigència de beneficència.

Convé destacar que les relacions assistencials, sanitàries o de serveis socials es donen en aquest marc. Són relacions que pretenen afectar, transformar i modificar la vida privada de les persones amb l'objectiu de superar les dificultats que els impedeixen apropiarse de la seva vida, fomentar la seva salut i millorar els seus nivells d'interacció social.

El principi d'autonomia reclama respecte a l'autodeterminació de les persones grans amb les quals entrem en relació (familiar, professional, d'amistat, ocasional, etc.). Es formula com l'obligació de cada subjecte de respectar els seus propis principis i valors, i de desenvolupar el projecte de vida que ha elaborat en funció d'aquests. Aquest principi obliga cada persona a actuar d'acord amb la seva consciència moral i a fer-se responsable dels seus actes. Les persones, en virtut de la seva dignitat, són capaces de pro-

posar-se els seus propis fins i, a més, estan obligades a perseguir-los. El respecte a l'autonomia es desplega en diverses direccions. En l'apartat següent n'abordarem algunes.

El principi de beneficència és, sens dubte, com el seu nom indica, el principi més implicat a aconseguir el bé, el resultat satisfactori d'un bon tracte. Es pot formular com l'obligació de procurar el bé a la persona amb qui m'he compromès de manera responsable, respectant els seus propis valors i el seu projecte de vida.

Aquest principi exigeix la protecció dels drets de les persones grans quan deixen de ser autònomes, per tal que la seva dignitat i els seus drets no siguin lesionats. Concerneix, en l'àmbit legal, qualsevol ciutadà o ciutadana sempre que la persona gran no pugui gestionar per ella mateixa els seus drets, i està recollit en el delictes d'omissió del deure de socors. Particularment, afecta familiars i tutors quan la incapacitat de la persona per a la seva autodeterminació és permanent, i existeixen les figures legals de la desprotecció, el desemparament o la indefensió quan no es compleixen aquestes obligacions.

1.2. LES OBLIGACIONS ÈTIQUES PARTICULARS PER AL BON TRACTE

En aquest segon àmbit, el bon tracte comporta procurar a les persones grans les ajudes, els suports o els recursos necessaris perquè puguin tirar endavant el seu projecte personal de vida, una vida «assolida» i «satisfactòria». Aquesta obligació no és exigible legalment, ja que va més enllà dels mínims recollits en els drets. En aquest àmbit, l'obligació del bon tracte es converteix en una obligació de màxims, una exigència de bon tracte «òptim», de procurar el màxim benefici possible a la persona gran.

No hem d'oblidar que en aquest àmbit la referència primordial és la identitat de la persona gran, el que per a ella és el bon tracte, i que cal evitar paternalismes o infantilitzacions, que comporten sempre un menyscabament de la dignitat i l'estima. Per aquest motiu, cal tenir en compte:

- » Que el bé que es faci seguint criteris objectius de millora de la qualitat de vida sigui valorat també com a bé per la mateixa persona destinatària de l'acció o intervenció, i que l'ajudi a completar la seva pròpia biografia o projecte de vida d'acord amb la seva manera de ser.
- » Que en el cas que s'observin mancances d'autonomia, s'orienti prioritàriament l'acció benefactora de bon tracte a potenciar-les en tot el que es pugui, i a substituir-les únicament en allò que no es pugui.
- » Que en el cas d'haver de substituir les decisions de la persona, les opcions escollides tinguin en compte els seus valors.



Distingim, en aquest àmbit, les decisions de substitució —en les quals se substitueix la persona en les seves decisions quan no és necessari, o bé, tot i sent necessari, sense tenir en compte els seus valors i la seva identitat— de les decisions de representació —en les quals es representa la persona gran, decidint o fent el que ella hauria fet si hagués pogut o n'hagués estat capaç.

1.3. SENTIR-SE BEN TRACTAT EN LES RELACIONS PERSONALS

Els principis anteriors i el seu desenvolupament orienten el que cal fer; són el marc normatiu de caràcter imperatiu que guia les decisions sobre el que és i el que no és un bon tracte a les persones. Malgrat això, el seu compliment no és suficient per avançar en el bon tracte a les persones grans des de l'enfocament ètic, que no és sinó promoure les condicions que permetin que qualsevol persona pugui aconseguir una vida que mereixi la pena ser viscuda, una vida «realitzada», «assolida», utilitzant les paraules de Paul Ricoeur. Aquest concepte inclourà els imperatius de justícia, però anirà més enllà, pretenent la felicitat.

Des d'aquesta perspectiva, l'ètica es desenvolupa en la vida quotidiana de persones amb identitats i biografies concretes, que són reconegudes diferenciadament, en entorns culturals específics i amb relacions de consideració i estima que generen benestar i capaciten per a la interacció positiva. Si la imparcialitat és l'actitud correcta per a l'ètica universal, el reconeixement «empàtic» converteix la preferència en necessitat en la persona que pretén oferir un bon tracte personalitzat que generi realment qualitat de vida, que elimini el patiment de cada persona i que li procuri satisfacció personal. Com afirma Singer, «una vida significativa no pot ser guiada per principis morals imparcials» (1995, p. 453).

La responsabilitat amb les persones concretes comporta no solament prendre decisions correctes, sinó també desenvolupar maneres de ser que s'expressin en conductes i formes de relació habituals que impliquin alhora mirades cordials, afectes i conviccions, i que, a més de «plenificar» les persones que els realitzen, generin un tracte, el millor possible, l'òptim, amb les persones amb les quals es relacionen. Aquestes disposicions no sorgeixen espontàniament, sinó que requereixen la decisió d'adoptar-les i l'esforç de cultivar-les perquè, un cop interioritzades, desenvolupin habilitats i es converteixin en hàbits generadors de bon tracte en les relacions entre les persones.

Aquestes disposicions, que anomenem *virtuts*, són la realització del bé de la felicitat, tot i que també poden ser enteses com a via per assolir-la (Camps, 1990; Etxeberria, 2005; Torralba, 2000), i requereixen una capacitat emocional o sentimental que faci possible el desenvolupament virtuós i la realització de la justícia (Camps, 2011; Cortina, 2007).

Podem agrupar les virtuts necessàries per a un bon tracte des del benefici que aporten, i proposar-ne, seguint amb llibertat diferents autors (Torralba, 2002; Etxeberria, 2003 i 2012; Amor Pan, 2010; MacIntyre, 2001), les següents:

- » Per a una bona pràctica del cuidar: la confiança, l'empatia, la prudència i la fortalesa.
- » Per a una bona acollida de la persona cuidada: l'hospitalitat, la humilitat, la simpatia i la confiança.
- » Per al reconeixement del qui cuida com a persona valuosa: l'agraïment, la paciència i la mansuetud.
- » Per fer possible que la persona gran avanci cap a la seva autonomia moral: la «dialogalitat», la veracitat, la confiança i l'esperança.
- » Per sostenir la relació en el cansament provocat per la continuïtat prolongada: la paciència, la perseverança i la lleialtat.
- » Per afrontar les situacions conflictives i les reaccions difícils que genera el patiment: la compassió, la paciència i la mansuetud.

1.4. CAMINS PER AL RECONeixEMENT DE LA DIGNITAT

Paul Ricoeur, en l'obra *Caminos del reconocimiento* (2005), escrita ja en la seva maduresa, proposa **quatre camins per al reconeixement** de tot ésser humà com a valuós en el seu medi; és a dir, per aconseguir que totes les persones se sentin reconegudes com a valuoses en la seva dignitat.

- » El primer camí comença per la **identificació personal i de l'altre com a persones úniques i diferents**, és a dir, adonar-se que jo soc algú únic, diferent, individual, amb trets propis, i l'altre també. El desconeixement de la persona i les generalitzacions en el tracte provoquen, mitjançant la despersonalització, un dany en la dignitat personal.
- » El segon camí és el de les **capacitats**, que es reconeixen tant individualment com socialment. Se subratlla la importància de dues capacitats per al reconeixement de la dignitat de les persones: el record i la promesa. Totes dues són molt significatives, al nostre entendre, per al reconeixement de les persones grans: recordar el que van ser, el que en vam rebre, i també complir les promeses que hem fet a persones concretes i que, en principi, hem de procurar portar a cap.
- » El tercer camí és la lluita i la **reivindicació justa** quan es neguen la dignitat i els drets d'un col·lectiu que se sent discriminat o exclòs socialment. El camí de la lluita per al reconeixement busca veure reconegudes les capacitats de l'individu i, a través d'aquestes, la seva identitat autèntica. S'afavoreix així la seva inclusió social i s'evita la seva marginació, ja que es passa de la veu activa (reivindicació) a la veu passiva (integració) del reconeixement.
- » Ricoeur confessa que experimenta malestar per haver d'assolir el reconeixement a través de la lluita: «Quan se sentirà veritablement reconeguda una



persona?» (Ricoeur, 2005, p. 224). En aquest malestar, Ricoeur es planteja la possibilitat d'anar més enllà del conflicte i la lluita, i albirar un estat de pau que, en l'intercanvi de dons i en la **gratitud**, estableixi una forma plena de reconeixement mutu que suposaria el quart camí.

«Si volem un món de pau i de justícia, cal posar decididament la intel·ligència al servei de l'amor.»

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

L'autor més conegut en relació amb les teories del reconeixement de la dignitat de les persones és Axel Honneth. Aquest filòsof planteja l'existència de tres esferes del reconeixement de la dignitat de les persones: l'**assoliment personal**, que la resta reconeix com a valuós; la **igualtat davant la llei**, que evidencia la dignitat igual socialment, i l'**amor**. En l'esfera de l'amor, el reconeixement es produeix en l'entorn de les relacions afectives més íntimes, amb els familiars i les amistats, on la persona obté autoconfiança perquè se sent estimada i apreciada, independentment de les seves limitacions i fragilitats, i on l'utilitarisme és superat des de l'afecte per la simetria moral.

Intentant aplicar les propostes de Ricoeur i Honneth per a un bon tracte a les persones grans, entès aquest com un reconeixement de la dignitat de cadascuna d'aquestes persones, les podríem sintetitzar en quatre trets:

- » Reconèixer la **identitat** personal i única de cada persona.
- » Reconèixer les seves **capacitats** i els seus assoliments, i recordar les seves aportacions.
- » Reconèixer els seus **drets** com a ciutadana i fomentar la seva inclusió social en igualtat.
- » Reconèixer el valor que suposa la relació amb ella i expressar-la a través de **la gratitud i l'amor**.

Podem concloure que, per a un bon tracte, s'han d'unir principis universals raonables i racionals que puguin ser exigits, i relacions de compromís empàtic que broten de l'estima emocional. Totes dues dimensions no s'exclouen, perquè, com afirma Adela Cortina:

«Oposar la lògica del cor a la de la raó és un costum tan antic con infortunat, perquè la raó és una facultat preparada per interpretar projectes del cor, per estendre'ls en propostes teòricament elaborades, però aquests projectes racionals només adquireixen força motivadora i descobreixen regions d'injustícia si no perden l'arrelament en el cor»

CORTINA, 2007, P. 193



Respectar i afavorir l'autonomia personal

La vivència del procés d'envelliment pot ser molt diferent depenent de cada persona, i en aquesta etapa de la vida cada persona atribueix un significat diferent al concepte de bon tracte.

El reconeixement de la dignitat igual no suposa que les persones grans siguin iguals. Com hem dit, el contingut material del bon tracte (com es tracta bé) té una **part universal** (comuna a qualsevol persona i que coincideix amb els seus drets) i una **part particular** (que determina cada persona segons la seva identitat, els seus valors i la seva manera de ser). El contingut universal del bon tracte, exigible èticament a qualsevol persona, se sintetitza en les tres obligacions desenvolupades en l'apartat anterior:

- » Tractar la persona gran de manera que la seva integritat física i psíquica no pateixi danys.
- » Tractar la persona gran de manera que no sigui discriminada per la seva edat (edatisme) amb relació a les prestacions, els serveis i els suports als quals té dret com a ciutadana.
- » Respectar els valors, les creences i les decisions de les persones.

Quan no es compleix alguna d'aquestes exigències (o diverses), parlem de maltractament. El maltractament és definit, en conseqüència, com una forma de relació (que es pot expressar a través d'una acció o d'una omisió o falta de resposta) que genera dany o discriminació a una persona.

El contingut particular d'un bon tracte és divers, ja que fa referència a la manera de ser pròpia de cada persona, i, per tant, és la persona la que pot determinar què és bo per a la seva vida. Aquest contingut particular remet a l'**autonomia personal** i, consegüentment, al projecte d'autorealització de cada persona.

L'heterogeneïtat del grup de les anomenades *persones grans*, les diferències normatives en diferents països respecte de l'edat en què es poden percebre prestacions específiques per a gent gran (pensions, descomptes en



prestacions bàsiques, suports especials per a la vida quotidiana, etc.), i les diferents situacions de salut en què es poden trobar els membres d'aquest col·lectiu (Agulló, 2011) dificulten la determinació de criteris i estàndards pel que fa als valors de les persones grans. Algunes conductes que es poden considerar que són un tracte inadequat en el medi urbà (entrar en una casa particular i agafar aliments o objectes sense permís) es tenen per comunes i són una mostra de cooperació i solidaritat en medis rurals, per exemple. Les diferències entre les persones més grans de 65 anys (o de 60) són molt més grans i més variades que les que existeixen entre els membres d'altres grups de persones que es troben en altres etapes de les seves vides (Vega i Bueno, 2000). En el mateix sentit s'expressa l'Imsero (2019) en l'informe publicat en el Portal de Gent Gran, que reconeix que és el grup de població amb més variabilitat pel que fa a diferències biològiques, característiques psicològiques i, també, valors i codis morals privats.

El bon tracte reclama respecte per l'autodeterminació de les persones amb les quals entrem en relació (familiar, professional, d'amistat, ocasional, etc.), l'autonomia, abans que un dret, és una obligació moral per a cada persona, que ens fa responsables de les nostres decisions i els nostres actes. Es formula com l'obligació de cada subjecte de respectar els seus propis principis i valors, i de desenvolupar el projecte de vida que ha elaborat en funció d'aquells. Les persones, en virtut de la dignitat, som capaces de proposar-nos els nostres propis fins i, a més, estem obligades a perseguir-los i, si és possible, assolir-los. Respectar el propi codi moral, els propis valors i creences, és la primera obligació que sentim quan hem desenvolupat la nostra capacitat de llibertat i responsabilitat. Quan algú o alguna cosa ens ho impedeix, patim, perquè anhelem poder tirar endavant la nostra vida amb sentit i significat. El sentit o significat d'una situació és el que diferencia de vegades l'experiència de sentir que et tracten bé o que et tracten malament.

«El patiment, a més de la percepció física, implica l'enteniment i el judici. En el procés del dolor, es produeix una sensació física nociva originada per un estímul i transmesa pel sistema nerviós. Aquest sistema pot transformar i modificar la sensació percebuda, intensificant-la o disminuint-la segons com interpreti aquesta sensació. Aquesta interpretació és diferent en cada història humana concreta. Només les persones, i no els cossos, pateixen, i cada patiment és individual i únic.»

BAYÉS, 2001

El bon tracte en relació amb l'autonomia personal té també un doble desenvolupament:

- » Un desenvolupament passiu: respectar les decisions, els valors, les creences i les maneres de ser de cada persona.
- » Una dimensió activa: proporcionar suports perquè una persona pugui tirar endavant, en continuïtat amb la seva vida, les obligacions que té amb ella mateixa i amb la resta de les persones, com també els seus projectes.

Abans de continuar amb la relació entre autonomia i bon tracte, cal aclarir que l'**autonomia** humana no és mai autosuficient, sinó que sempre és **interdependent**. Es parla amb naturalitat de vides independents que passen a ser dependents o de persones autònomes que deixen de ser-ho, com seria el cas d'algunes persones quan es fan grans. Però el dilema entre dependència i independència, o capacitat i incapacitat, és existencialment fals. Ningú és mai plenament independent, i tots som sempre persones dependents, amb els llaços relacionals corresponents que aquesta dependència genera, i que fluctuen de maneres diverses en les biografies. L'ideal, per tant, no pot ser el de la independència «autosuficient», sinó el de la interdependència complexa i biogràficament personalitzada i canviant, que sintetitzi de la millor manera possible en cada moment dependències i independències en solidaritat.

«Allò que caracteritza tots els éssers humans és la general capacitat per fer coses i interioritzar-les amb el suport extern i social, i la incapacitat per desenvolupar-se aïllats com a éssers humans. I aquesta discapacitat individual general, aquesta necessitat de ser ajudats i suplementats com a mitjà per arribar a ser autònoms i capaços, és el que justament caracteritza el fet humà.»

DEL RÍO, 1992, P. 138

El decreixement de l'autonomia que es produeix en algunes persones grans en aquesta etapa de la vida se situa en el marc global del que som, que suposa, entre altres coses, les següents:

- » La independència ja no és definida com la pura autosuficiència davant de l'altre, ja que sempre «es deu» alguna cosa a algú, sinó com **la no dominació de la llibertat per l'altre**. Cap persona gran no l'ha de partir mai, ni en graus intensos ni en graus tènues, els quals, si són continuats en el temps, esdevenen rellevants.

- » La persona té dret no sols al respecte de la seva iniciativa lliure, sinó també al **suport a la seva iniciativa fragilitzada**, per activar-la tant com sigui possible, i també a l'acollida i la cura en els àmbits en què deixa de ser definitivament autònoma.
- » La interdependència té com a rerefons una **reciprocitat** de vegades simètrica (es dona el mateix que el que es rep), i altres vegades asimètrica (es dona a vegades més i a vegades menys del que es rep), però sempre és aliena al càlcul utilitarista, perquè tota relació humana és una oportunitat d'autorealització personal. Forma part de l'estima ètica d'un mateix el fet de percebre's com a capaç de donar —i no solament de rebre— béns que, de vegades, seran materials o objectius (com la cura), i altres vegades, immaterials i subjectius (com la gratitud o la confiança), segons les circumstàncies i les possibilitats.

El respecte i el suport a l'autonomia personal es fonamenta, com no podia ser altrament, en el reconeixement d'aquesta autonomia com a valuosa, també en les relacions de cura. La relació amb la persona cuidada sempre ha de ser una relació moralment simètrica pel que fa a dignitat i pel que fa a l'obertura en donar i rebre, que parteix del fet de considerar la persona que es cuida com a capacitada per aportar «valor» a la relació. Aquesta disposició bàsica d'estima, absolutament necessària per a un bon tracte, és qualificada com a «empatia» per Torralba (2005) i com a «amistat moral» per Etxeberria (2005). En les dues formes (empàtica i amigable) hi ha una característica comuna: l'experiència que cuidar és una relació de donar i rebre, en què les dues persones (cuidadora i persona en situació de dependència) se senten afectades per aquesta relació, i aquesta afectació els genera un bé per al seu propi procés de realització personal. Es produeix un influx mutu en el qual s'és amb l'altre, tal com ho expressa Laín Entralgo (1983): «El requeriment de la presència de l'altre m'obliga a entendre'm i a crear-me a mi mateix; més concisament, em fa ser» (p. 445); «Jo soc quan dono de mi [...] i el primer que puc i he de donar és sempre una resposta personal» (p. 449).

L'**amistat moral de la cura** té tres característiques definitòries que s'han de donar en una relació de bon tracte: el reconeixement de la persona cuidada com a **insubstituïble**; l'apreciació de la seva **integralitat**, que obliga a una atenció global no fragmentada; i l'**estimació positiva**, que elimina tota humiliació i sotmetiment, i fomenta l'autoestima de la persona cuidada.

2.1. VARIACIONS DE L'AUTONOMIA I L'ANCIANITAT

L'autonomia remet a realitats diverses, cosa que permet fer diverses distincions, molt pertinents a l'hora d'abordar el bon tracte a les persones grans.

Cal distingir, per començar, entre **autonomia moral (o decisòria)** i **autonomia fàctica (o funcional)**. La primera té a veure amb la capacitat de prendre decisions mitjançant una argumentació moral personal, amb l'assumpció consegüent de responsabilitats. La segona està relacionada amb la possibilitat de dur a terme la decisió presa. Un bon tracte en les relacions exigeix:

- » Respectar les decisions autònomes, sempre que no comportin un dany a l'autonomia d'altres ni a la justícia.
- » En la mesura en què l'autonomia de la persona es vagi fragilitzant psíquicament o físicament, oferir-li els suports que l'ajudin al màxim possible a enfortir-la, tant per poder decidir en llibertat i responsabilitat com per poder dur a terme el que ha decidit.

Una altra variació en l'autonomia, pertinent per a aquest tema, es plasma en la distinció entre **autonomia actual**, o la capacitat de decisió que realment es posseeix, i **autonomia potencial**, la que es pot arribar a assolir si es reben les ajudes adequades a les quals es té dret. La referència primària per a un bon tracte en relació amb el nivell d'autonomia de qualsevol persona és la segona, que dona compte d'una injustícia si no coincideix bàsicament amb la primera, ja que suposa que la persona no està rebent els suports que li corresponen. Aquest punt exigeix als responsables dels diferents àmbits d'intervenció social que es facin efectives les ajudes esmentades, perquè s'actualitzi aquesta potencialitat. Algunes de les mesures encaminades a aquest fi estan expressament en mans de les autoritats públiques, i la seva escassetat o absència revela un tracte discriminatori i injust cap a les persones grans.

El grau real d'autonomia que tenim les persones té molt de **contextual**. És clarament més alt quan es viu en contextos —culturals, familiars i socials, entre d'altres— coneguts i interioritzats, que funcionen espontàniament com a suports. Si la persona es ressitua de sobte fora d'aquests contextos, la seva autonomia actual disminueix i el nou context passa a ser obstaculitzador en comptes de facilitador. Aleshores cal tot un procés per convertir l'obstacle en repte, familiaritzar-se amb els nous entorns i retornar als graus precedents d'autonomia, o fins i tot superiors.



Quan aquests canvis es produeixen en situacions de fragilització personal, física o psíquica, el canvi contextual comporta un empobriment molt dur de l'autonomia real, del qual és molt difícil sortir. És un element que cal tenir molt present en els canvis de situació als quals se sotmeten les persones amb més dificultats d'adaptació (per exemple, amb demències o discapacitats intel·lectuals), i caldrà ajudar-les en la preparació i el reacomodament a aquests nous contextos si aquests canvis són inevitables.

L'autonomia com a capacitat per decidir i escollir eficaçment i responsablement es produeix, per tant, no solament quan no existeix coacció externa, sinó quan es disposa dels recursos que es necessiten, en forma de béns i serveis, i a més es donen les circumstàncies personals i socials que permeten aprofitar-los. A vegades, i en certs nivells, l'obtenció d'aquests recursos i el fet de saber-los utilitzar són responsabilitats personals. Però en les seves formes bàsiques i generals, remeten a la justícia distributiva i a l'exercici dels drets, com veurem més endavant.

El respecte a l'autonomia, requisit indispensable per a un bon tracte, es desplega en diversos compromisos. A continuació, en presentem alguns exemples:

- » Cal tenir el permís o el consentiment de les persones per accedir a la seva vida privada. El dret a la privacitat, la intimitat i la confidencialitat és una conseqüència de l'obligació de respectar l'autodeterminació de les persones.
- » Qualsevol acció o intervenció en la privacitat d'una persona ha d'evitar no solament imposicions, sinó també enganys i manipulacions, fins i tot quan creiem que són pel seu bé. El respecte a l'autonomia condueix a eliminar qualsevol obstacle que impedeixi a les persones prendre decisions voluntàries i lliures.
- » El desenvolupament de capacitats per a l'autonomia requereix aportar informació comprensible i completa de la situació que una persona viu, com també de les alternatives que hi ha per a aquesta situació, coneixent-ne els riscos i els beneficis.
- » S'han d'eliminar les barreres físiques, ambientals o culturals que impedeixin que les persones puguin dur a terme les decisions que prenen o que puguin establir relacions socials en condicions d'igualtat.
- » Cal oferir suports, intervencions i recursos per facilitar la comprensió, l'elecció i l'expressió de les pròpies decisions. De vegades, és necessari posar a disposició de les persones recursos especials, com per exemple formes alternatives de comunicació, instruments per conèixer, explorar i recollir els seus valors i les seves preferències per tenir-los en compte, etc.

■ 2.2. ELS DIFERENTS ÀMBITS DE L'AUTONOMIA

L'autonomia personal es pot exercir en quatre àmbits:

- » El **privat de la intimitat familiar, les relacions professionals i les amistats**, en el qual es prenen d'una manera especial, per bé que no única, les decisions vinculades a la vida relacional afectiva i a la gestió de la pròpia salut.
- » El **privat de la vida civil**, amb eleccions o iniciatives que tenen a veure amb les relacions contractuals, normalment a través de la institució del mercat i les interrelacions que empara, i també amb les institucions connectades amb el sentit, sigui religiós o secular. En aquest àmbit s'exerceixen els drets a la propietat i a les relacions socials.
- » El **públic en la seva expressió social**, en el qual la llibertat s'embarca en compromisos amb organitzacions que pertanyen a la societat civil i que persegueixen el bé públic en alguna de les seves facetes (drets de les dones, desenvolupament, drets civils, pau o ecologia, entre d'altres).
- » El **públic en la seva expressió política estricta**, en el qual les decisions se situen dins de les institucions formals de l'Estat, a través de la participació democràtica.

Una autonomia personal floreix de veritat quan s'expressa en aquests quatre àmbits. Davant d'aquest horitzó, un bon tracte a les persones grans suposa no impedir-los sinó facilitar-los que exerceixin la seva autonomia tant en els àmbits privats com en els públics.

És important no oblidar que la construcció d'un bon tracte a les persones suposa també la seva inclusió social com a ciutadans, amb oportunitats reals per exercir com a tals en les seves dues vessants:

- » D'una banda, la vessant de la ciutadania receptiva, la que dona dret a rebre els béns i serveis que calen per satisfer les necessitats i potenciar les capacitats. En edats avançades, són especialment rellevants la garantia dels ingressos bàsics —en general en forma de pensions—, la llar o l'habitatge adaptat a les necessitats, l'atenció de qualitat en la salut i els serveis socials apropiats per a cada situació. Aquesta ciutadania receptiva remet a uns drets «crèdit» que han de funcionar amb el criteri d'«a cadascú segons les seves necessitats», i que no s'extingeixen mentre hi ha vida.
- » D'altra banda, la vessant de la ciutadania activa, la del dret de participació i d'assumpció de les responsabilitats corresponents, impulsada des del model d'envel·liment saludable de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2002). És possible que la capacitat de participació d'algunes persones grans vagi disminuint amb l'edat, però és fonamental garantir-los la possibilitat que l'exerceixin en la mesura de les seves «capacitats amb suport», per exemple en el seu dret al vot, a la informació sociopolítica, a la participació en l'organització dels llocs on viuen (àmbit veïnal, residencial, etc.).

Algunes recomanacions per al bon tracte

3.1. LA IMPORTÀNCIA DE L'AUTOESTIMA PER SENTIR-SE UNA PERSONA VALUOSA

L'augment de l'esperança de vida està comportant un canvi en el significat de l'edat. Viure més suposa un augment de la diversificació i la fragmentació de les diferents etapes de la vida i la vellesa (Broussy, 2013; International Longevity Centre Brazil, 2015). A la tríada tradicional d'infància, adultesa i vellesa, s'hi han afegit en els últims anys diferents etapes, com a mínim la maduresa, la fragilitat i les cures, que fan que el cicle vital sigui més complex i singular. Aquestes tres subetapes no són obligatòriament evolutives, ni afecten tots els individus, i es produeixen sota el mateix paraigua de les grans diferències interindividuals que acompanyen sempre la vellesa.

Al llarg de la història, la percepció social que s'ha tingut de les persones grans ha anat canviant, paradoxalment, en un procés invers, per exemple, al de les persones amb discapacitat. Mentre que aquestes últimes han guanyat en reconeixement i valoració social, les persones grans s'han anat devaluant progressivament. A les societats rurals, fonamentalment agrícoles, hi havia una visió positiva de les persones de més edat, que eren valorades per la seva saviesa i per la seva capacitat de transmetre coneixements. Tanmateix, a partir de la Revolució Industrial, la saviesa tradicional queda enrere com a valor predominant, i s'imposa la importància de les novetats tecnocientífiques i la productivitat. Les persones grans no són considerades productives, ni amb capacitat d'adaptació al que és nou. Ja no treballen, cosa que suposa una càrrega social i han de ser mantingudes per les persones que sí que ho fan. Aquesta idea preval actualment, i se les considera una càrrega social pel fet que ocasionen una gran despesa pública amb el seu consum de recursos socio-sanitaris i de pensions (Alberich, 2008). Aquesta qüestió es veu reforçada pel fet que, tot i que poden seguir sent productives, amb la jubilació estan obligades a deixar de ser-ho en les formes de productivitat que compten, les mesurables monetàriament. Dades com aquesta fan que l'etapa de la jubilació sigui assumida per les persones afectades a través de vivències fortament contradictòries.

Molts estudis (recollits al *Libro blanco del envejecimiento activo*, Imsero, 2011) evidencien que estan basats en una imatge de les persones grans com a càrrega econòmica, social, familiar, etc. Els estereotips dominants en la societat sobre el procés d'envellir estan vinculats a conceptes com ara la pèrdua, la discapacitat funcional, les malalties i els problemes cognitius, la dependència, etc. La creença general és que les persones més grans de 65 anys tenen mancances de salut, discapacitats físiques i problemes de memòria, tot i que el seu nivell de dependència no excedeix el 10 % del total. Pel que fa al caràcter, l'estereotip també és negatiu, ja que es considera que no saben resoldre problemes i que són poc actives, rígides i inflexibles (Bazo i Maiztegui, 1999).

Aquests estereotips no responen a la realitat de la gent gran, ja que el 75-80 % de les persones més grans de 65 anys són persones interdependents, com totes, que contribueixen en gran manera al manteniment econòmic i a la cura de les famílies: «Les persones grans aporten un total de gairebé 12 milions d'hores de treball informal de cures a la setmana, atenent els seus nets. Les dones són el 62 % de totes les persones grans que tenen cura dels infants [...] A més de 2,5 milions d'hores setmanals en atencions a adults» (Rodríguez Cabrero, 2011, p. 210). És important fer notar que un percentatge molt rellevant de les cures de les persones grans dependents són a càrrec de persones grans no dependents, especialment dones, tot i que és cert que cada vegada s'apunten més homes —marit gran que té cura de la seva dona— a unes dinàmiques socials que caldria fomentar.

Malgrat això, sovint, es genera i consolida una imatge negativa de les persones grans com a càrrega i «disvalor» en la nostra societat que és greu, perquè fomenta la marginació i l'exclusió d'aquest col·lectiu en molts àmbits, com s'ha comentat, i perquè se'ls atribueix un estigma que genera una resposta negativa de mal tracte per part de la resta de població. Aquesta imatge de «disvalor», que sovint és latent en diferents àmbits de la nostra societat, s'evidencia en els mitjans de comunicació, cosa que contribueix a generar una manca de reconeixement de la dignitat i del valor intrínsec de les persones grans i provoca un doble efecte (Días Aledo, 2013):

- » Cap enfora, cap a institucions i professionals, una menor apreciació de les persones grans i el seu benestar, que porta a actituds edatistes que es manifesten en actuacions clarament discriminatòries en les seves cures formals o informals i en la seva atenció sociosanitària, amb relació a altres grups d'edat. Aquesta actitud discriminatòria genera greus danys en les persones grans, tant en el reconeixement de la seva autonomia i els seus drets com en l'atenció sociosanitària que reben.

- » En les mateixes persones grans, una interiorització de la imatge d'elles mateixes que provoca una pèrdua progressiva de l'autoestima, manifestada clarament en el llenguatge i en expressions com les següents: «Ja no serveixo per a res», «Total, pel temps que em queda...». Tot això, unit a un sentiment d'inutilitat i pèrdua del sentit de la vida, condueix a l'aïllament social i al desinterès pel seu benestar i la seva salut.

Pel que fa a l'**autoestima**, la podem definir com el conjunt de percepcions d'imatges, pensaments, judicis i afectes sobre nosaltres mateixos. És el que jo penso i sento sobre mi. L'autoestima incideix en la nostra forma de ser, d'estar, d'actuar en el món i de relacionar-nos. Quan no ens valorem, ni reconeixem les qualitats que realment posseïm, o no acceptem amb serenitat les nostres limitacions, ens podem mostrar insegurs i no tenim confiança en nosaltres mateixos. D'aquesta manera ens serà més difícil afrontar i resoldre els problemes de la vida quotidiana i emprendre projectes.

L'autoestima és una necessitat humana: és el sistema immunològic de la consciència, que ens proporciona resistència i capacitat de regeneració. La manca d'autoestima facilita l'addicció a medicaments, alcohol i drogues. Sense autoestima no hi ha creativitat, i també rebaixem les nostres aspiracions, perquè creiem que som capaços de fer ben poques coses, que tot és massa difícil per a nosaltres. I el més greu de tot és que considerem normal i fins i tot just que ens tractin pitjor.

L'autoestima comprèn autoeficàcia (confiança en la meua capacitat de pensar) i autodignitat (seguretat del meu valor, convenciment que mereixo que m'estimin). Reforçar l'autodignitat és totalment necessari per poder exigir i exigir-me que em tractin bé. Però, com ho puc fer?

Diferents estudis i recerques han evidenciat la relació entre l'autoestima, el sentit o significat de la pròpia vida i la capacitat per gestionar les emocions davant de situacions adverses en persones grans. En aquest sentit, és necessari:

- » Desitjar i proposar-nos fites assolibles.
- » Ocupar el temps amb activitats que ens generin satisfacció personal.
- » Desenvolupar l'assertivitat per millorar les relacions socials.
- » Conèixer les nostres necessitats i limitacions, i també les nostres capacitats i aportacions.
- » Desenvolupar estratègies per fer visible la nostra aportació a la resta de persones de l'entorn.
- » Participar en la vida social aportant-hi i rebent-ne coneixements, amistat...
- » Reconèixer els assoliments personals i fer que altres persones els reconguin.
- » Evitar menystenir-nos i carregar-nos «culpes» de les quals no som responsables.

■ 3.2. ACONSEGUIR RELACIONS SATISFACTÒRIES

Potenciar les habilitats socials i aconseguir relacions socials, familiars i d'amistat satisfactòries és necessari per sentir-se bé com a persona i sentir que els altres et tracten bé.

Una comunicació eficaç i respectuosa és necessària per establir relacions gratificants. Saber escoltar, saber entendre i comprendre, i saber dir el que es vol dir i es necessita dir de manera adequada són competències necessàries per establir relacions d'igualtat, simètriques, en les quals es dona un bon tracte recíproc.

■ 3.2.1. Aprendre a escoltar

L'escolta activa va més enllà d'escoltar una conversa o un missatge. Suposa el reconeixement de l'altra persona com a digna i valuosa, i per tant, el convenciment que allò que expressa mereix ser escoltat i tingut en compte. En molts casos, això requereix un esforç, una consciència i una voluntarietat de voler comprendre la persona que estem escoltant i comprendre el que ens diu, entendre el seu punt de vista. Aquest esforç i aquest compromís generen en l'altra persona l'experiència de ser considerada valuosa, de ser ben tractada.

L'escolta activa:

- » Intenta comprendre el significat total del que diu l'altra persona, és a dir, el contingut del missatge, però també els sentiments o les actituds que inclou aquest contingut.
- » Transmet a l'altra persona l'esforç per escoltar-la activament, «silenciant» la nostra pròpia comunicació interior i permetent a aquesta persona que ocupi tot l'espai de la relació.
- » Implica renunciar a «tenir raó» i a «convèncer», i col·locar-se en la posició d'acollir l'altra persona i els seus punts de vista, comprovant que l'hem entesa.

Hi ha algunes actituds i conductes (verbals i no verbals) que dificulten una bona escolta activa i generen en els altres l'experiència de no ser comprensos ni respectats. En destaquen algunes:

- » Criticar el que ens diu l'altra persona amb la nostra opinió o judici.
- » Ignorar l'altra persona fent una altra cosa mentre ella parla (mirar el mòbil...).
- » Interrompre o completar el que està dient, transmetent que tenim pressa perquè acabi.
- » Tranquil·litzar-la ràpidament traient importància al que diu i, indirectament, traient importància al que li passa i al que és.
- » Aconsellar a qui que no vol consell, sinó només compartir la seva experiència i saber que l'escolten i el comprenen.

Els beneficis de l'escolta activa són molt importants per a qualsevol persona que vulgui mantenir una bona relació basada en el respecte i el bon tracte. Amb l'escolta activa s'aconsegueix:

- » Entendre les altres persones, que perceben el nostre interès i esforç, cosa que facilita guanyar-se la seva estima i confiança.
- » Suscitar un comportament similar en les altres persones, que també ens tractaran bé.

3.2.2. Cultivar l'empatia

Per comunicar-nos de manera efectiva els uns amb els altres, hem de poder posar-nos al lloc de la persona interlocutora i fer l'esforç de captar, de la millor manera possible, la seva experiència, les seves necessitats, els seus valors i les seves expectatives i els seus desitjos. La capacitat de posar-nos al lloc de l'altra persona per comprendre-la s'anomena **empatia**.

Les persones no som totes iguals, i cadascun de nosaltres percebem les coses de manera diferent. Sovint creiem que els altres veuen i senten de la mateixa manera que nosaltres, i jutgem des del nostre punt de vista, des de la nostra pròpia percepció, sense entendre ni saber com experimenta l'altra persona el que està passant.

L'empatia és la competència emocional i relacional que ens permet adonar-nos de la vivència de les altres persones i, consegüentment, saber com reaccionaran davant de determinades situacions o comportaments que puguem tenir amb elles, cosa que facilitarà que se sentin realment ben tractades.

L'empatia no s'ha de confondre amb la simpatia, i no suposa estar d'acord amb el que l'altra persona pensa, amb els seus valors, actituds i creences. Exigeix atenció a les emocions de l'altra persona fent l'esforç de posar-nos al seu lloc, procurant comprendre el que sent, però mantenint una distància emocional suficient que ens permeti conservar la nostra autonomia personal.

Per actuar d'una manera empàtica cal:

- » Observar, identificar i captar els sentiments i les emocions de l'altra persona.
- » Mantenir la distància emocional adequada.
- » Estar atent a totes les paraules, sense oblidar la comunicació no verbal, això és, la comunicació gestual, etc. que acompanya el contingut del missatge.
- » Preguntar-nos com ens sentiríem nosaltres en la seva situació.

- » Enviar missatges no verbals coherents amb la situació.
- » Respondre amb expressions positives per motivar l'altra persona perquè s'expressi amb llibertat i profunditat.

L'empatia ens ajuda a preveure les respostes de l'altra persona i les emocions que pot originar la nostra comunicació, cosa que facilita les relacions i evita interpretacions incorrectes que, sovint, generen conflictes posteriors. Si aconseguim situar-nos al lloc de l'altra persona, si aconseguim posar-nos en la seva situació, podrem entendre el que fa i el que sent, i ens serà més fàcil explicar-li el que sentim i el que volem per aconseguir una bona relació.

3.2.3. Desenvolupar l'assertivitat

Entenem per **assertivitat** la conducta que ens ajuda a comunicar de manera clara i segura les nostres necessitats, desitjos, drets i sentiments als altres, sense violentar ni els seus drets com a persones ni la seva autoestima.

Per a la psicologia, l'assertivitat és el conjunt de conductes d'una persona en un context interpersonal que expressen els sentiments, les actituds, els desitjos, les opinions i els drets d'aquesta persona d'una manera directa, ferma i honesta, respectant al mateix temps els sentiments, les actituds, els desitjos, les opinions i els drets de les altres persones.

L'assertivitat és una alternativa a les conductes o reaccions instintives de passivitat (fugir) o agressivitat (lluitar) davant d'una situació de crisi o un conflicte relacional que requereix una solució, mitjançant l'ús d'habilitats comunicatives i intel·lectuals com ara parlar, raonar, negociar, etc.

No es tracta simplement d'una manera de comportar-se, sinó que consisteix en una sèrie d'estratègies que poden variar segons la persona, el context, la societat i la cultura de cadascú.

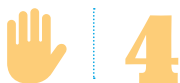
En el **comportament passiu**, la persona accepta els punts de vista i les exigències dels altres, sense sostenir la pròpia opinió, ni les necessitats o els drets propis. Moltes persones grans actuen així per amabilitat, por, dubtes, inseguretat, etc., però el missatge implícit en el comportament passiu és: «Els meus sentiments no importen; tampoc els meus pensaments ni les meves idees són necessaris. Jo no soc ningú, tu tens raó, en saps més, ets superior». Aquest comportament disminueix la pròpia estima i la de les altres persones, i malauradament constitueix un factor de risc per al maltractament.

El **comportament agressiu** és el que manté el propi punt de vista, dret o exigència negant, o almenys sense tenir en compte, els drets i les necessitats dels altres. Normalment, suposa l'amenaça o la violació dels drets dels altres, i la manca de valoració dels seus sentiments, opinions i desitjos. El missatge implícit d'aquest comportament és: «Això és el que jo penso i, per tant, és el correcte. Tu ets estúpid per pensar d'una altra manera». Òbviament, és un missatge que genera malestar en l'altra persona, ho expressi o no, i fa que se senti maltractada i que es trenqui la seva confiança.

El **comportament defensiu** es produeix quan la persona es veu amenaçada o preveu una amenaça. Aquesta conducta la transmet a la resta de persones, que adopten també posicions defensives, de manera que es crea un cercle viciós que deteriora la comunicació interpersonal. A mesura que s'incrementa el comportament defensiu, disminueix l'eficiència de la comunicació.

Davant d'aquests comportaments, la persona assertiva presenta normalment una sèrie de pensaments, emocions i conductes que revelen alguns trets:

- » Es coneix a ella mateixa i acostuma a ser conscient del que sent i desitja en cada moment.
- » S'accepta incondicionalment, sense que això depengui del que ha aconseguit ni de l'acceptació dels altres. Per aquest motiu, conserva sempre la dignitat i el respecte propis.
- » Accepta les seves limitacions de qualsevol tipus, però a la vegada lluita amb totes les seves forces per superar-les.
- » Es manté fidel a ella mateixa en qualsevol circumstància, i se sent responsable de la seva vida i de les seves emocions.
- » Es respecta i es valora a ella mateixa i als altres, de manera que és capaç d'expressar i defensar els seus drets, respectant al mateix temps els drets dels altres.
- » Es pot comunicar amb tothom: amics, familiars i estranys. I aquesta comunicació tendeix a ser oberta, directa, franca i adequada.
- » Sap expressar adequadament les seves opinions, desitjos i sentiments, en comptes d'esperar que els altres els endevinin.
- » Sap comprendre i gestionar adequadament els seus sentiments i els dels altres. Per tant, no experimenta ansietat en les seves relacions amb els altres, i és capaç d'afrontar serenament els conflictes, fracassos i èxits, de manera que evita que la tractin malament i alhora tractar malament les altres persones.



El que no toleraré: no al tracte inadequat

4.1. LA FALTA DE RESPECTE A L'AUTONOMIA PERSONAL

Són moltes les maneres en què es pot no tractar bé una persona gran, i malauradament són massa freqüents. És el cas dels models paternalistes de cura, que infantilitzen la persona gran i obliden el respecte a la seva autonomia. N'assenyalem algunes (Goikoetxea, 2013):

- » Envair els àmbits privats de les persones grans sense la seva autorització i accedir, sense que hi hagi una relació de confiança, a espais d'intimitat i privacitat, com ara les propietats i la informació personal. Quan sigui necessari fer-ho, és exigible discreció i confidencialitat.
- » No protegir l'accés de persones alienes a la seva vida privada, cosa que provoca situacions que danyen la seva imatge i el seu honor. El fet de no preservar la seva privacitat —informant d'aspectes de la seva vida privada sense el seu consentiment, eludint l'obligació de confidencialitat o disminuint el control sobre la seva informació— incrementa el seu nivell d'inddefensió respecte de persones estranyes.

«Respecto les ordres, però també em respecto
a mi mateix, i no obeiré cap regla feta
especialment per humiliar-me.»

JEAN-PAUL SARTRE

- » Utilitzar enganys, manipulacions i coaccions que poden limitar i condicionar, i fins i tot eliminar, la voluntat de la persona gran perquè consenti a fer ús dels seus béns o perquè prengui decisions sobre la seva vida privada sense conèixer-ne totes les conseqüències.
- » Negar-li la informació o proporcionar-l'hi de manera incomprensible, cosa que li impedeix de poder decidir en llibertat i responsabilitat en funció dels seus valors i creences. D'aquesta manera s'anul·la la persona gran com a interlocutora o participant en les deliberacions sobre aspectes de la seva vida o de la vida en comú.
- » Impedir que la persona gran expressi els seus valors i decisions per als moments en què ja no sigui capaç de fer-ho, de manera que no se li permet responsabilitzar-se del seu propi futur.



- » Relacionar-se amb les persones grans de manera infantilitzadora i condescendent, referint-s'hi amb expressions edatistes que les despersonalitzen («avis»...), cosa que incrementa les seves dificultats de comunicació i participació social, i disminueix la seva autoestima perquè rebaixa la seva confiança.
- » Promoure l'aïllament de les persones grans, la falta de relacions i els impediments per participar en activitats culturals, religioses o d'oci, la qual cosa fomenta la manca de sentit i els quadres depressius en aquest col·lectiu.

Les conductes anteriors evidencien un tracte inadequat a les persones grans que impedeix la gestió de la seva vida de manera autònoma. A més, es fonamenten en l'apreciació que «valen menys» o que la seva vida és «menys important», i denoten una manca d'empatia relacional que impedeix tenir consciència del patiment que genera el fet de considerar-les inferiors.

4.2. ALGUNS INDICADORS D'ALERTA QUE HAN DE FER-ME REFLEXIONAR

A més de les situacions i conductes anteriors, n'hi ha d'altres que les persones grans han de ser capaces d'identificar com a indicadors d'un tracte inadequat o de mals tractes, perquè no solament atempten contra la dignitat i els drets de la persona, sinó que generen dany i, en conseqüència, s'han de considerar mals tractes. Aquestes conductes no sempre tenen la intenció de fer mal a la persona gran, però en qualsevol cas no es poden tolerar. S'indiquen a continuació algunes d'aquestes conductes en funció del dany que poden generar:

Indicadors i conductes que generen dany físic

- » Impediments per al seguiment de pautes, tractaments o cures sanitàries, sigui perquè suposen una tasca o una despesa, o bé perquè es considera que a determinades edats ja no és rellevant cuidar la salut.
- » Demora en l'accés als serveis sanitaris quan hi ha lesions o símptomes de manca de salut, perquè s'associen a l'edat de la persona i no a una malaltia o procés que podria millorar amb un diagnòstic precoç i un tractament o unes cures adequades.
- » Manca de temps per al descans i l'oci per dedicació excessiva del seu temps a les cures en l'àmbit familiar, quan la persona no ho ha escollit, sinó que està coaccionada per fer-ho.
- » Lesions en la pròpia salut per sobrecàrrega de cures, no decidides amb llibertat, a persones dependents. És molt freqüent en el cas de dones grans que no reben ajuda de la resta de la família per a la cura d'alguna persona dependent (normalment, el marit o algun fill o filla amb discapacitat). Aquesta situació pot generar problemes físics importants, com ara lesions a l'esquena, caigudes, quadres d'esgotament per falta de son, etc.

- » Manca de condicions d'habitabilitat a la llar, o a l'edifici on es troba l'habitatge; condicions que la persona gran necessita per tenir una vida mínimament confortable, però que la família o els veïns no consideren necessari solucionar per la despesa que això representa: manca de calefacció, barreres arquitectòniques que dificulten la mobilitat i provoquen risc de caigudes, etc.
- » Obstinació en el manteniment d'activitats, obligant la persona gran a fer tasques que no pot fer, com ara vestir-se o rentar-se sola, quan ja li és molt difícil o li suposa un risc.
- » I, per descomptat, qualsevol tipus d'agressió física.

Indicadors i conductes que generen dany psíquic

- » Aïllament dins de l'habitatge i prohibició de participar en activitats o espais comuns a tota la família, cosa que posa en evidència el rebuig, el menyspreu o la menysvaloració.
- » Prohibició o impediment injustificat de mantenir relacions o participar en activitats socials significatives i apreciades per la persona gran, cosa que fa augmentar el seu aïllament i disminuir la seva inclusió social.
- » Mentides i enganys en la informació que fa referència a les decisions que ha de prendre la persona gran sobre esdeveniments que l'afecten, cosa que la porta a viure situacions irreversibles que es podrien haver evitat si hagués disposat prèviament d'informació completa i veraç.
- » Manca d'atenció i d'escolta per part de persones de la família en relació amb propostes, opinions i desitjos de la persona gran.
- » Manca de reconeixement o menyspreu per les accions, els esforços i les tasques fetes gratuïtament per a altres membres de la família, com ara la cura de nets, l'ajuda econòmica, l'hospitalitat a la pròpia casa, el fet de fer-se càrrec de l'organització i la preparació de celebracions familiars, etc.
- » Insults, crits, humiliacions... i absència de disculpes quan es falta el respecte a la persona gran.
- » Absència de petició de permís a la persona gran a l'hora d'utilitzar el seu habitatge, gestionar el seu temps o assignar-li tasques o responsabilitats.
- » Exigència de disponibilitat i obediència plena, per mitjà de conductes autoritàries i retrets, quan la persona gran porta a terme accions diferents de les esperades.

Indicadors i conductes que generen dany econòmic

- » Sol·licitud d'aval per part de terceres persones, sense informació clara dels riscos que es corren.



- » Manca d'informació o utilització no consentida dels béns econòmics de la persona gran.
- » Factures i rebuts desconeguts que es carreguen en el compte de la persona gran, o despeses desproporcionades o no justificades.
- » Signatura de documents sense llegir-los o sense comprendre el que es llegeix.

Indicadors i conductes que generen dany sexual

- » Accés al cos nu de la persona gran sense justificació ni cap tipus de raó sanitària.
- » Relacions sexuals (amb o sense contacte) no consentides.
- » Exhibicionisme i pornografia no consentits.



Els mals tractes a persones grans

El mal tracte a les persones grans no té una definició universalment acceptada, i això ha constituït un problema fonamental a l'hora d'investigar-lo, prevenir-lo i detectar-lo.

Els estudis sobre prevalença de mals tractes en l'àmbit de la Unió Europea comprenen taxes que oscil·len entre el 0,8 i el 52,6 % de la població gran (Pillemer i Finkelhor, 1989, citat per Pérez-Rojo i Chulián, 2013). Aquesta disparitat en els resultats és deguda en part a les diferents definicions de mals tractes utilitzades. Pel que fa a la detecció i la intervenció, professionals diferents o en àmbits d'atenció diferent (social i sanitària), com que no existeix una conceptualització comuna, poden no considerar com a mals tractes situacions que altres professionals amb els mateixos indicadors sí que ho farien.

La invisibilitat dels mals tractes a les persones més grans de 65 anys és una realitat inqüestionable. El fenomen, com a objecte d'estudi, s'engloba dins de la categoria de violència domèstica o intrafamiliar (Ruiz Sanmartín *et al.*, 2001; González *et al.*, 2002), juntament amb el maltractament infantil i el maltractament de gènere. Els estudis i les intervencions socials posteriors sobre mals tractes s'han centrat en els infants primer i en les dones després, de manera que s'han dut a terme moltes actuacions que inclouen des d'iniciatives per influir en l'opinió pública i fomentar els valors ètics de respecte i protecció, fins al desenvolupament de protocols de prevenció i intervenció, sense oblidar la promulgació de normes legals amb l'objectiu de disminuir el nombre de víctimes i protegir-les quan la violència és un fet.

La primera vegada que s'aborda en l'opinió pública la qüestió dels mals tractes a les persones grans és l'any 1975, al Regne Unit, en una carta al director a la revista *Granny Battering* (citada a Pérez-Rojo i Chulián, 2013). Hauran de passar encara quinze anys perquè el fenomen sigui considerat rellevant i es consideri necessari aportar-hi algun tipus d'intervenció



sistematitzada. El 1990 es crea el Centre Nacional sobre l'Abús a Ancians als Estats Units, i com que s'amplia la consideració d'algunes conductes com a mals tractes, comencen a aparèixer revistes especialitzades en el tema, com ara el *Journal of Elder Abuse and Neglect*, que neix el 1996. Poc després, el 1997, es funda la Xarxa Internacional de Prevenció de l'Abús i Maltractament en la Velleja (INPEA, International Network for the Prevention of Elder Abuse), a la qual aviat s'associa l'OMS i l'Associació Internacional de Gerontologia. El naixement i el desenvolupament de les actuacions de la INPEA han estat determinants, tant per donar visibilitat al fenomen com per fomentar la seva consideració com a intolerable des del punt de vista ètic. Amb l'impuls dels seus treballs, a finals dels anys noranta es comencen a publicar obres i manuals sobre aquest tema, que es van multiplicant a mesura que es duen a terme nombroses recerques, fins que la mateixa Associació de Psiquiatria Americana (APA) considera que és tan rellevant que publica un document sobre maltractament a les persones grans l'any 2012.

«La igualtat és una necessitat vital de l'ànima humana.
La mateixa quantitat de respecte i d'atenció es deu
a tot ésser humà, perquè el respecte no té graus.»

SIMONE WEIL

La INPEA defineix els mals tractes a les persones grans com una «acció única o repetida, o una falta de la resposta apropiada, que causa dany o angoixa a una persona gran i que té lloc en qualsevol relació on existeixi una expectativa de confiança». Aquesta definició és acceptada per l'OMS l'any 2002 en la declaració de Toronto (WHO, 2002), i pot ser considerada com la fita principal per al reconeixement dels mals tractes a les persones grans i el desenvolupament de diferents iniciatives per a la conscienciació, detecció, prevenció i intervenció, tant en l'àmbit internacional com en el nacional.

L'últim gran acord internacional per a la visibilització dels mals tractes a les persones grans va tenir el lloc el 2006, quan es va proclamar el 15 de juny com el Dia Mundial de la Presa de Consciència de l'Abús i el Maltractament envers les Persones Grans. A partir d'això, han anat augmentant progressivament les iniciatives per abordar el problema, que es comença a considerar clau per a un envelliment saludable. En l'últim *Informe mundial sobre l'envelliment i la salut* de l'OMS (WHO, 2015), s'aporten xifres alarmants: «La prevalença del maltractament a les persones grans als països amb ingressos alts o mitjans és d'entre el 2,2 i el 14 %». I s'hi afegeix: «És important tenir en compte que aquestes xifres no inclouen persones

adultes grans amb deteriorament cognitiu, ni les que viuen en residències o centres d'atenció de llarga durada. Tanmateix, pot ser que aquests grups estiguin en particular risc de maltractament» (*op. cit.*, p. 80).

Juntament amb els treballs de recerca desenvolupats per experts per estudiar la prevalença dels mals tractes al nostre medi des dels anys noranta, s'han anat elaborant plans d'intervenció a mesura que ha anat augmentant la consciència social sobre la necessitat d'evitar, o com a mínim fer que disminueixi, el nombre de víctimes de mals tractes entre les persones grans. El Pla d'Acció Internacional adoptat l'abril del 2002 a Madrid, a la Segona Assemblea Mundial sobre l'Envelliment, organitzada des de les Nacions Unides, reconeix clarament la importància de prevenir i reduir el maltractament a les persones grans, i per primera vegada el vincula als drets humans universals, catalogant-lo en conseqüència com un tracte indigne a les persones grans. En aquesta assemblea es reconeix, a més, la responsabilitat de tota la societat en l'erradicació d'aquestes situacions, i es considera que la prevenció del maltractament a les persones grans en un món que envelleix és un assumpte de tots (Pinazo-Hernandis, 2013).

5.1. FACTORS DE RISC DE MALS TRACTES A LES PERSONES GRANS

Les investigacions sobre els **factors de risc** dels mals tractes a les persones grans demostren que són molt variats: alguns són socials, com l'edatisme (o discriminació per edat) i l'aïllament social, i d'altres són intrínsecs o propis de la situació i les característiques de la persona gran, com ara la dependència i el deteriorament cognitiu unit a la discapacitat física (Pinazo-Hernandis, 2013). La manca d'estima social vers les persones grans fa que augmenti el risc que pateixin maltractament i, en conseqüència, que disminueixi l'exigència d'atendre les seves necessitats de manera completa i integral, incloses les de participació social en condicions d'igualtat. L'estima i la valoració vers les persones grans s'han anat perdent progressivament en les tres últimes dècades, a conseqüència fonamentalment dels canvis en les condicions demogràfiques i en els valors culturals, com també en la seva imatge social. Com diu Días Aledo, «no cal gratar gaire per "ensopegar" amb una idea que s'expressa sense gaires embuts: les persones grans són una càrrega per a la resta de la població» (Días Aledo, 2013, p. 487).

Pel que fa als factors de risc de patir mals tractes en les persones grans dependents que requereixen atencions, sembla clar, segons els estudis de què disposem, que són els següents:



- » Quantitat d'ajuda formal i informal rebuda. Els cuidadors que reben menys ajuda són els que presenten un risc més alt (CGPJ, 2010; Pérez-Rojo, 2008a; Pérez-Rojo *et al.*, 2008b).
- » Aïllament social de la persona cuidadora i de la persona gran. La manca de contactes informals o formals, és a dir, l'aïllament social, tant de la persona cuidadora (Schiamborg i Gans, 2000; CGPJ, 2010) com de la persona gran (Garre-Olmo *et al.*, 2009; Pérez-Rojo, 2008a), augmenta la probabilitat de mals tractes i en dificulta tant la detecció —especialment si s'hi afegeix l'aïllament geogràfic— com la consciència que el tracte és dolent.
- » Dificultats i conflictes en la relació entre la persona cuidadora i la persona cuidada. Aquest factor incideix tant si els conflictes han estat anteriors i existeix una història prèvia de conflictes o violència familiar (Sancho *et al.*, 2011; CGPJ, 2010; Pérez-Rojo 2008a), com si es dona actualment (Pérez-Rojo *et al.*, 2008b).

En relació amb aquest grup de persones grans en situació de dependència que pateixen mals tractes, tot i que hi ha moltes coincidències amb els mals tractes infligits a altres persones dependents, presenten diferències significatives (Goikoetxea, 2011). Les diferències més importants en els mals tractes a les persones grans, en comparació amb la resta de persones dependents que requereixen atencions, en són dues: la manca de respecte a la seva autonomia i l'escassa o inadequada atenció al final de la vida.

- » Majoritàriament, les persones grans, tot i que estiguin mancades d'autonomia decisòria plena en alguns moments, han estat persones amb autonomia funcional i responsabilitat en les decisions, que han desenvolupat projectes d'autorealització sostinguts en codis morals, valors, creences i identitats diferenciades que són conegudes al seu entorn proper. A més, en la majoria de casos, han tingut amb les persones que les cuiden relacions duradores, amb rols significativament diferents dels que es donen actualment en la relació de cures. Sovint, són pares o mares en situació de dependència severa, cuidats pels fills o filles o per professionals. Aquest canvi en les relacions, o els compromisos adquirits prèviament al llarg de la vida, constitueixen, per a diverses de les teories explicatives de mals tractes, un factor determinant d'aquests mateixos mals tractes. D'altra banda, és potser encara més immoral la manca de consideració dels valors de les persones grans en la presa de decisions sobre les intervencions i cures a fer, com també l'absència de suports per al desenvolupament dels seus drets de ciutadania en la vida privada i pública, especialment en els casos en què les persones grans expressen reiteradament, quan no tenen fragilitzada la seva capacitat de decisió, com volen gestionar les seves vides.

- » Una altra especificitat dels mals tractes a les persones grans és que el grau més alt de dependència s'esdevé, precisament, al final de la seva vida, cosa que inclou la gestió de la seva mort. Apareixen així, amb més freqüència que en altres grups de persones en situació de dependència, conductes de maltractament específiques (per acció o per omissió), que generen nivells molt importants de patiment en el procés de morir, sigui per no atendre les necessitats d'autonomia de les persones grans (identitat, valors, creences, obligacions morals, etc.), o bé per no prestar l'assistència correcta a les seves necessitats de dependència (discriminació sanitària, acarnissament terapèutic, manca de valoració i tractament del dolor, absència de cures pal·liatives, etc.).

5.2. LA COMPLEXITAT DEL FENOMEN DELS MALS TRACTES A LES PERSONES GRANS. ENFOCAMENT ÈTIC

Des de la perspectiva ètica, definim de manera general el mal tracte, o els mals tractes, com un dany que s'infligeix a una altra persona, en el nostre cas una persona en situació de dependència, sense respectar la seva dignitat, sigui perquè se la tracta com a pur mitjà, o bé perquè se la margina o se la danya directament. El mal tracte (o els mals tractes) és, per tant, un tracte indigne a una altra persona, des del punt de vista objectiu del dany que pateix la persona gran, però no sempre podem trobar condicions subjektives de moralitat en la persona que genera el dany; és a dir, no sempre qui genera el dany o el mal tracte n'és responsable des del punt de vista ètic.

És força freqüent la manca d'intencionalitat (i, de vegades, de responsabilitat) en les situacions de mals tractes a les persones grans. No sempre la manca d'intencionalitat suposa manca de responsabilitat ètica, però de vegades això passa. Per exemple, la persona que produeix el dany no ho pot evitar, o no sap que el causa, sense que en tingui responsabilitat subjektiva en la seva ignorància, etc. La manca de responsabilitat moral no significa que sigui justificable el dany, o que aquest sigui menor. Des de la perspectiva prioritària de la víctima, el dany és clar i innegable. Aquesta manca de responsabilitat moral en el subjecte que fa el dany implica una interpel·lació urgent per buscar altres possibles responsabilitats (sovint institucionals) que hi pugui haver, i també per solucionar les mancances i els errors de diferent índole que han fet possible que es produeixi el dany.

Amb la finalitat de no identificar de manera immediata tota conducta que genera dany amb un acte immoral (i, en aquest cas, punible, si la responsabilitat és també legal, perquè es comet una acció tipificada com a delicte), diverses institucions i organitzacions rellevants en el sector de la discapacitat



i l'atenció a les persones grans (Imsero, Sociedad Española de Geriátria y Gerontología, Asociación Vasca de Geriátria y Gerontología Zahartzaroa, Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual Plena Inclusión) estan utilitzant l'expressió **mals tractes** (o mal tracte, en dues paraules, en singular) o **tracte inadequat** per a les situacions de dany en les quals s'ha d'intervenir, i deixen el terme **maltractament** per a les situacions en què hi ha responsabilitat (i que poden ser punibles legalment). Al nostre parer, aquesta diferenciació terminològica afavoreix la visibilització dels mals tractes a les persones grans, ja que col·loca el focus en el dany i el patiment de la persona gran i en la necessitat d'intervenció (sigui punible la situació o no).

Des d'aquest enfocament ètic, l'anàlisi de les situacions de mals tractes a persones grans, tenint en compte el que hem dit, haurà d'abordar de manera diferenciada (tot i que posteriorment s'estableixin les connexions existents per determinar les actuacions que s'han de seguir), d'una banda, el tipus de dany causat a la persona que pateix els maltractaments; d'altra banda, les diferents conductes que generen aquest any, i, finalment, la responsabilitat de la persona, l'entitat o la institució causant del dany (Etxeberria *et al.*, 2013).

5.2.1. Tipologia de mals tractes segons el dany causat a la víctima

Després de la revisió de la literatura sobre tipologies existents de mals tractes a les persones grans (Pérez-Rojo, 2008a; Sancho *et al.*, 2011; Pérez-Rojo *et al.*, 2008b), i modificant-ne alguns aspectes en funció de la nostra diferenciació entre dany i conducta, els mals tractes es podrien classificar de la manera següent, segons el dany infligit a la persona:

- » **Mals tractes físics.** Consistirien en qualsevol acció (pegar, lligar, cremar, tancar, usar inapropiadament la medicació, etc.) o omissió (no satisfer necessitats bàsiques, com ara canviar bolquers mullats, no donar menjar, etc.) duta a terme per altres persones i que, com a conseqüència, causa dany o lesió física. Els indicadors d'aquest tipus de maltractaments podrien ser, entre d'altres, hematomes, cremades, ossos fracturats o trencats, o signes d'haver patit contencions físiques o químiques d'algun tipus, com ara marques de cordes, nivells anormals de fàrmacs, hipotèrmia, dolor al tacte, etc.
- » **Mals tractes psicològics.** Inclouen accions com ara insults, amenaces i enganys, coaccions, intimidacions i humiliacions, menyspreus, manca de respecte als valors i les creences de la persona, aïllament forçat i retirada de tota comunicació verbal, i altres accions que generen en la persona un gran malestar emocional, pèrdua d'autoestima, tristesa, pànic i altres símptomes. Els indicadors d'aquest tipus de mals tractes en la víctima poden ser

la indecisió a l'hora de parlar obertament, la depressió i els plors, el disgust, l'agitació, la impotència, la indefensió o la por inexplicables, etc.

- » **Mals tractes sexuals.** Inclouen qualsevol conducta de caràcter sexual, amb contacte físic o sense (tocaments, exhibicionisme...), sense el consentiment de la persona, sigui perquè ha estat coaccionada per obtenir aquest consentiment, perquè no té la capacitat per donar-lo o bé perquè hi ha consentit a través d'engany o manipulació. Alguns indicadors que hi ha hagut aquest tipus de mals tractes poden ser hematomes o lesions al voltant del pit o bé de l'àrea genital, malalties venèries o infeccions genitals sense explicació, hemorràgies vaginals o anals sense explicació, roba interior esquinçada, tacades o amb sang, reticències i negatives que determinades persones li facin la higiene íntima...
- » **Mals tractes econòmics.** Inclouen l'ús il·legal o inapropiat de les propietats o els recursos d'una persona dependent en contra dels seus interessos que li ocasiona un perjudici econòmic. Els indicadors d'aquest tipus de mals tractes poden ser un patró irregular de despeses o desemborsaments de diners, canvis sobtats en comptes bancaris o testaments, signatures en xecs, donacions sense capacitat per fer-les...
- » **Mals tractes jurídics.** Generen un dany en la condició de ciutadania de la persona en situació de dependència, ja que li impedeixen de participar en la societat en igualtat d'oportunitats que les altres persones. El dany pot provenir del medi judicial (incapacitacions judicials que no respecten els nivells d'autodeterminació de la persona), dels representants legals (impedir-li exercir el dret a vot) o de les normatives existents al seu medi (prohibició d'accés a determinats llocs o espais públics).

La majoria de tipologies de mals tractes estudiades no distingeixen entre dany i conducta, i per tant inclouen en la classificació altres tipus, com la negligència i l'abandonament (Pérez-Rojo, 2008a). Des de l'enfocament ètic, creiem que és millor no incloure aquests grups aquí, ja que fan referència a conductes i no a danys. Aquesta diferenciació ajudarà posteriorment a analitzar la responsabilitat d'aquestes conductes, cosa que també té un interès indubtable des del punt de vista ètic.

5.2.2. Tipologia de mals tractes segons la conducta de qui els causa

Després d'analitzar els mals tractes en la víctima segons el dany produït, ens centrarem ara en les conductes (accions o omissions) de qui provoca el dany a una persona gran, que pot ser una persona (cuidadora o no), un grup de persones (equip, família, companys...) o una entitat o institució.



En primer lloc, assenyalarem algunes males pràctiques que, tot i que pretenen millorar la qualitat de vida de la persona, s'executen de tal manera que en darrer terme generen mals tractes. Després analitzarem omissions que, igualment, tenen conseqüències de dany que han de ser qualificades de tracte no digne, és a dir, com a mal tracte en la cura i l'atenció. I, finalment, presentarem els mals tractes per comissió o acció, els que són maltractants tant en la forma de relació com en les conseqüències de dany que comporten.

De totes maneres, per avaluar la gravetat dels mals tractes en cada variant s'han de tenir en compte aspectes com la intensitat, la freqüència i les circumstàncies subjectives (el grau de lesió de la confiança) i ambientals de cada cas. Segons això, un tipus de mal tracte suposadament menys greu (omissió de cures concretes) pot ser molt pitjor que un altre corresponent a una clara acció expressa (insultar una persona).

En el treball que prenem com a referència (Etxeberria *et al.*, 2013), per a cada variant es proposen casos concrets que creiem que aclareixen significativament el contingut de cada conducta. Per això, utilitzarem aquí aquest mateix recurs, tot i que ens centrarem en casos de persones grans.

» **Obstinació en la cura.** El mal tracte se situa en l'excés d'atenció, sigui en l'acumulació de cures, sigui en la seva prolongació inadequada. Poden causar un patiment i un dany molt grans, especialment quan la persona viu la violència i l'experiència repetida de fracàs pel fet de no aconseguir superar els exercicis proposats. En molts casos, aquest tipus d'actuacions deriva de models d'atenció mèdics o rehabilitadors que no reconeixen la situació global de la persona, sinó solament els seus dèficits o les seves pèrdues. A més, aquest model d'atenció no és capaç de situar-se en la simetria relacional moral que requereix interdependència i empatia amb el malestar i la vulnerabilitat de la persona dependent.

CAS

En Miquel és requerit diàriament per la seva dona (cuidadora principal) perquè mengi correctament amb els coberts corresponents sense embrutar-se. Fracassa repetidament, i és «motivats» permetent-lo seure a la taula amb tota la família com a reforç quan ho aconsegueix. Des de fa tres setmanes, en Miquel no ho ha aconseguit, i per tant menja sol. Des de fa dos dies es nega a menjar.

- » **Atenció inapropiada.** S'ofereix alguna cosa que no es correspon amb les necessitats de la persona atesa, de manera que se li causa un dany. El primer error rau en la valoració incorrecta de les necessitats i les capacitats de la persona, que es pot deure a una negligència o a una discriminació per edat. Però el mal tracte pròpiament dit s'acostuma a donar en el manteniment d'aquesta atenció inadequada, en la manca de diligència i seguiment que hauria de portar a revisar el diagnòstic i l'atenció corresponent. Els models d'atenció impersonalitzats porten a aquest tipus de mals tractes en el medi formal sanitari o social.

CAS

L'Ana comparteix centre de dia amb 34 persones grans més. En el grup hi ha sempre dos cuidadors, que fan diferents activitats grupals d'estimulació cognitiva. L'Ana no entén el català, i per això no hi participa, s'avorreix i presenta problemes de comportament, amb conductes de risc per a ella i per a la resta. L'única manera que L'Ana estigui tranquil·la sense portar aquest tipus de problemes és donant-li menjar. En conseqüència, l'Ana passa gran part del temps menjant continuament.

- » **Atenció insuficient.** Els mals tractes es provoquen per defecte en l'atenció, de manera que aquesta atenció que no s'ofereix, i que s'hauria d'oferir, té com a conseqüència un dany per omissió. L'atenció és parcial, com per exemple en el cas següent.

CAS

En Pere té ateses les seves necessitats sanitàries amb prescripcions correctes de medicació pautades pel seu metge d'atenció primària. Malgrat això, el facultatiu no ha valorat que en Pere no disposa de suports per a la seva cura, i que no és capaç de comprendre i administrar-se adequadament la medicació pautada, perquè no té recursos de suport social suficients que no s'han tingut en compte.

- » **Negligència.** És una conducta propera a l'atenció insuficient, i no sempre és fàcil diferenciar-les. De fet, apareixen confoses en nombroses tipologies i protocols. El que passa no és que es deixi d'atendre alguna necessitat, sinó que l'atenció no és la indicada o no es fa de manera correcta; és a dir, no es fa bé el que es fa. Si fer alguna cosa diligentment és fer-ho amb interès i atenció, d'acord amb la pauta de la bona pràctica, que es procura tenir molt present (*diligere* significa 'estimar'; aquí, estimar el que es fa), fer-ho negligentment és tot el contrari. Negligències lleus i puntuals no han de ser qualificades de mals tractes, ja que formen part de la limitació humana personal o grupal (un dia, un cuidador o cuidadora es confon i inclou una persona que no camina en una llista per a mobilització al gimnàs). Però negligències rellevants i sostingudes sí que suposen objectivament mals tractes (una sistemàtica alimentació negligent amb xeringa oferta a persones que mengen més lentament, per pura comoditat dels cuidadors; una insuficient hidratació per evitar canvis de bolquers mullats).

**CAS**

L'Enriqueta té 85 anys. Els seus cuidadors no la poden atendre durant algunes hores i, per evitar que es faci mal sola a casa, la deixen lligada amb unes benes i li augmenten la pauta de medicació psicotròpica, perquè estigui adormida cada vegada que l'han de deixar sola, que és diàriament entre dues i tres hores al dia i les nits dels caps de setmana. La medicació, especialment en la quantitat administrada els caps de setmana, influeix en el seu nivell de comprensió, ja que li genera confusió i agitació en els dies següents.

- » **Abandonament.** És la forma més rellevant de maltractament per omisió. Es deixa a la seva sort la persona amb la qual es tenen responsabilitats d'atenció, en circumstàncies en què no és possible fer-se'n càrrec, de la qual cosa es deriven danys rellevants.

CAS

La Maria viu amb la seva família i, després d'una caiguda, consideren derivar-la a un servei d'urgència hospitalària. La Maria pateix una demència avançada i va sola a l'ambulància, segueix sola i desorientada durant tres hores als boxs d'urgències i és «retornada» sola després de comprovar que no presenta cap fractura. En total, ha estat espantada, desorientada i atemorida durant quatre hores i mitja. Aquesta conducta també la pot tenir una institució, quan dona l'alta a una persona greument dependent i la trasllada al seu domicili sabent que viu sola, sense contactar els equips sanitaris i socials comunitaris ni sol·licitar-los prèviament atenció i seguiment.

- » **Engany i manipulació.** Amb aquesta modalitat passem als tipus de mals tractes que es troben clarament en la mateixa naturalesa de l'acció. En aquesta forma, la víctima no és conscient del dany, com a mínim en el moment en què es produeix, i de vegades no ho és mai. Se la tracta com un pur mitjà sense que en sigui conscient. La víctima creu que se situa en una relació positiva, però en realitat és utilitzada. El mal tracte és subjacent en el mateix disseny de la iniciativa i també en l'acció, que, com que és deformada pels interessos, no s'orienta als objectius que li són propis. La persona se sent maltractada quan descobreix l'engany, i això augmenta la força de l'impacte. Aquest tipus es produeix sobretot en casos de dany sexual i econòmic.

CAS

En Carles és una persona amb deteriorament cognitiu lleu i bon nivell d'autonomia funcional i decisòria. Un amic l'ha informat que ha d'ingressar 7.000 euros a un compte com a provisió per a una futura plaça en una residència. També li comunica que si no arriba a entrar a la residència, es retornaran els diners als seus fills. En Carles se'n refia i ingressa els diners «voluntàriament» per Internet a un número de compte el titular del qual és el seu amic.

- » **Amenaça creïble de mal tracte.** S'obliga la persona a fer alguna cosa (o deixar de fer-la) sota una coacció que és creïble i irresistible per a la persona.

CAS

El Julià necessita suports per a diverses activitats de la seva vida diària després de patir un ictus. Els seus nebots l'amenacen d'incapacitar-lo judicialment i sol·licitar-li una plaça en una residència si no accedeix a signar un poder notarial perquè puguin gestionar els seus béns econòmics. En Julià hi accedeix.

- » **Acció expressa de maltractament.** De l'amenaça es passa ara a l'acció. L'acció més pròpia pren la forma de clavar pallisses, de forçar relacions sexuals, d'infligir càstigs cruels, de robar, etc. Però, en gran part, la paraula pot esdevenir acció expressa en el cas de dany psicològic, com la sistemàtica humiliació pública, la infantilització, el menyspreu i l'insult, etc.

CAS

El Manel té 92 anys i un deteriorament cognitiu progressiu. Li agrada molt anar al centre cívic a llegir els diaris algunes tardes. Els lladrucs de gos li fan pànic. El cuidador que l'acompanya a la biblioteca crida i reclama voluntàriament els gossos per espantar-lo. Com a conseqüència, el Manel perd l'equilibri i ja ha caigut dues vegades. El cuidador explica als seus familiars que el Manel no ha de sortir de casa, que ell es nega a acompanyar-lo i que no assumeix els riscos i danys que es poden produir. Per tant, el Manolo ja no surt.

5.2.3. Tipologia de mals tractes segons la intencionalitat i la responsabilitat

En l'avaluació ètica del comportament d'una persona, cal tenir en compte, juntament amb el contingut de l'acte, qüestions com les circumstàncies, les seves conseqüències i la intencionalitat que tenia amb l'acció o omissió que ha fet. Des del punt de vista del subjecte (deixant de banda aquí les virtuts, que modelen la seva forma moral de ser i que, com hem vist més amunt, són fonamentals per al bon tracte), el que és decisiu és la intencionalitat, que no és una variable objectiva, com el dany o la conducta, sinó subjectiva.

Hi ha culpa o responsabilitat moral en el dany causat quan hi ha intencionalitat efectiva de fer un dany o d'ometre un bé a la persona en situació de dependència de manera voluntària i lliure, sabent que es produirà un dany. Però aquesta intencionalitat efectiva està subjecta a múltiples variacions, ja que no sempre que no es té intenció de fer mal no se n'és responsable.

- » **Ignorància no responsable.** És la situació en què existeix un dany objectiu (per acció o omissió) que trenca la dignitat, però no subjectiu, perquè es donen tres circumstàncies: no hi ha intenció de fer mal; no s'és conscient



que es fa mal perquè no es percep com a dany allò que es fa; no s'és responsable d'aquesta ignorància pel que fa al dany, perquè el subjecte ha posat en marxa allò que estava raonablement al seu abast per discernir i saber allò que és bo i allò que és dolent per al benestar de la persona que cuida. Des del punt de vista moral, no se li pot atribuir culpa. Per descomptat, cal reconèixer que el dany objectiu existeix i que, per tant, existeix una víctima, que demana de ser atesa plenament amb mesures reparadores i que exigeix prendre mesures perquè el mal tracte no es repeteixi. És a dir, s'ha de qualificar i formar la persona cuidadora o buscar-li suports per a la cura. En segon lloc, cal detectar si en la base de la ignorància hi ha alguna errada, amb més o menys responsabilitat, de persones o institucions implicades en el procés formatiu i la capacitat de la persona cuidadora (veurem que un dels factors de risc clars és la manca de competència dels cuidadors en el cas de les persones grans dependents, especialment amb conductes problemàtiques). En aquestes circumstàncies es poden trobar familiars de persones grans que presenten limitacions importants per a la cura, o professionals que, erròniament, consideren que ofereixen una bona atenció però en realitat és, per exemple, obstinació en la cura.

- » **Ignorància responsable.** Podem parlar aquí de maltractament, ja que hi ha un dany objectiu i subjectiu. En aquest cas, tampoc no hi ha intenció ni consciència de mal, però sí que hi ha responsabilitat per aquesta ignorància. És el cas de qui té a càrrec seu persones grans però es desenten voluntàriament d'adquirir la formació que necessita per a les tasques concretes que assumeix.
- » **No ignorància i intencionalitat.** També hi ha dany i, a més, coneixement i intenció de fer-lo. És el comportament més clar de maltractament pel que fa a la plena responsabilitat de la persona que duu a terme l'acció de causar dany. El subjecte sap que la conducta comporta dany i, per algun interès subjectiu, la vol dur a terme.
- » **Tolerar el maltractament conegut.** Col·laboració passiva en el dany i responsabilitat subjectiva. És el cas de qui sap que hi ha un mal tracte, amb clara consciència del dany que s'està provocant, i no fa res per evitar-lo o perquè sigui reparat. Aquesta inhibició passa a ser col·laboració passiva amb qui infligeix el dany, i pot ser tipificada legalment com a «omissió del deure de socors» (Codi penal, art. 195-196).
- » **No ignorància però incapacitat d'evitació.** Hi ha mal tracte objectiu perquè hi ha dany, però no subjectiu perquè no es pot evitar. La persona que sap que hi ha els mals tractes es troba en unes circumstàncies que la incapaciten per fer res, o allò que fa no és efectiu per aturar el dany o posar-hi remei. En aquest cas, hi ha tracte no digne, una persona objectivament maltractada, però no hi ha maltractament des del punt de vista del subjecte. És el que passa, per exemple, quan a una persona gran que atén una altra persona li denegen les ajudes que necessita, i es veu obligada a reduir les

seves atencions (d'higiene o canvi de bolques mullats), amb conseqüències negatives que comporten objectivament un maltractament. Les responsabilitats es traslladen aquí a les persones i les institucions que haurien d'oferir la seva col·laboració.

5.3. CONSEQÜÈNCIES DELS MALS TRACTES A LES PERSONES GRANS

La major part de la literatura sobre els mals tractes a les persones grans està enfocada a determinar com es poden detectar i a quina és la manera més idònia d'intervenir-hi perquè es deixin de produir. No obstant això, des del punt de vista ètic, el que és prioritari és l'atenció a les víctimes per reparar, tant com sigui possible, el dany causat. Per això, és imprescindible desenvolupar investigacions que ajudin a identificar indicadors de mals tractes i, posteriorment, intervencions eficients per eliminar, si és possible, les lesions generades en la persona gran dependent.

És relativament fàcil establir una relació directa entre una lesió física i les seqüeles posteriors. Hi ha alguns indicadors clars de **mals tractes físics**, entre aquests, els més importants són morats, talls, lesions, úlceres per pressió, malnutrició, falta d'higiene, administració exagerada de psicofàrmacs, alopecia amb pegats, marques de lligadures i un estat nutricional i d'hidratació deficient en les persones grans. L'últim indicador ens alerta, a més, de l'aparició d'úlceres de decúbit en els pacients enllitats, com també la manca d'higiene i la immobilització postural.

Els símptomes físics repercuteixen en la salut, ja que augmenten tant la morbiditat com la mortalitat de les persones grans que pateixen mals tractes (Bomba, 2006; Baker, 2007; Sasaki *et al.* citat per Pérez-Rojo, 2008a).

És molt més complex establir aquesta relació quan es tracta de **danys psicològics**. En aquests casos, Tabueña (2006) recomana recórrer al model ecològic explicatiu, i valorar tant les característiques com la personalitat de la mateixa víctima, les relacions amb l'entorn i les experiències socials.

Pérez-Rojo (2008a) recull diversos estudis en què es constata l'alta probabilitat que les persones grans maltractades estiguin deprimides i es percebin a elles mateixes amb una mala salut física i emocional. En conseqüència, van una vegada i una altra als serveis sanitaris, que, tanmateix, tenen dificultats per detectar l'existència de mals tractes i no exploren aquesta possibilitat. A més d'aquests indicadors psicopatològics, acostumen a aparèixer també indicadors psicosocials, com per exemple aïllament, por, ansietat, tristesa, pena, sentiments d'inseguretat, de culpabilitat i de vergonya,



impotència, negació, indefensió apresada, apatia, malestar psicològic, ira, desil·lusió, manca de valor, deliris, por que el maltractament es repeteixi, síndrome d'estrès posttraumàtic, etc. (Yan i Tang, 2004, citat per Pérez-Rojo, 2008a; Baker, 2007; Cohen *et al.*, 2007).

Sembla que les conseqüències varien en funció del tipus de mals tractes que hagi experimentat la persona gran. Comijs *et al.* (1998) assenyalen que algunes de les persones grans que experimenten maltractament físic i psicològic reaccionen també agressivament, fins i tot amb conductes d'auto- i heteroagressió greus en el cas de patir deteriorament cognitiu, mentre que les que experimenten únicament maltractament físic tendeixen a mostrar por.

Els mals tractes produïts per conductes d'atenció insuficient, atenció inapropiada o negligència poden causar desorientació, deteriorament de la memòria, agitació, letargia i autonegligència o abandonament de la persona gran de la seva pròpia atenció, de manera que no mostra cap interès pel seu benestar i la seva salut. En aquestes situacions, la persona gran pot mostrar resignació, por, depressió, confusió mental, ira, ambivalència, ansietat, baixa autoestima, ideacions suïcides, trastorns de la son i estrès (Strasser i Fulmer, 1997).

És molt poc freqüent que es valorin amb rigor les conseqüències que suposen les situacions de **mals tractes econòmics i sexuals** a les persones grans. Malgrat això, les persones víctimes d'aquests mals tractes poden patir multitud de seqüeles molt més difícils d'apreciar, però molt greus, com la depressió i la baixa autoestima, entre d'altres (Tabueña, 2008).

En el cas de dones grans, els mals tractes es correlacionen directament amb l'estrès posttraumàtic, és a dir, una vivència de ruptura de la pròpia identitat que genera desorientació, incomprensió i perplexitat, i juntament amb això, mutisme, provocat per la manca de categories i de llenguatge per expressar la seva vivència. Com hem dit, la impossibilitat d'expressar la vivència genera, en les persones que pateixen, una situació d'aïllament personal i social que dilueix el sentit, l'esperança i els fins, a la qual cosa s'afegeix la ruptura progressiva dels vincles (Buesa i Calvete, 2013). La dificultat de trobar les idees i les expressions —és a dir, el llenguatge— per expressar les vivències traumàtiques genera en les persones desesperança, en el sentit de «no hi ha sortida». Només existeix l'experiència personal i incomprensible de «suportar» el patiment, i s'arriba a alteracions de la percepció i temptatives autodestructives com el suïcidi, en els casos més greus. Altres conseqüències menys greus són, entre d'altres, el desenvolupament de conductes fòbiques i d'evitació, i la por, l'ansietat i la desin-

tegració social pel que fa a les seves relacions afectives i d'oci (Tabueña, 2006). Són desconeguts els efectes dels abusos sexuals en els homes.

Aquestes conseqüències, entre d'altres, són les que posen en evidència la gravetat del tema dels mals tractes a les persones d'edat avançada, i també posen de manifest la necessitat d'aplicar-hi actuacions eficaces de manera urgent. Durant la Segona Assemblea Mundial sobre l'Envel·liment (Madrid, 2002), es va tractar explícitament la qüestió dels mals tractes a les persones grans. Concretament, en el punt 107 de la qüestió 3 s'indica que «és necessari que els professionals reconguin els riscos d'abandonament, maltractament o violència per part dels encarregats, professionals o no, d'atendre les persones d'edat al seu domicili o en contextos comunitaris o institucionals». El Pla Internacional d'Acció sobre l'Envel·liment de les Nacions Unides, adoptat per tots els països a Madrid, reconeix clarament la importància del maltractament a les persones grans i el situa en el context dels drets humans universals. Des de llavors, s'han posat en marxa diferents estratègies i actuacions dirigides a la sensibilització i la conscienciació, la detecció, la prevenció i la intervenció tant en l'àmbit nacional com en l'internacional.

L'OMS (2002), a la declaració de Toronto, qualificava la violència a les persones grans com un problema de salut pública i de drets humans a tot el món. La declaració acaba així: «No és suficient indicar els casos de maltractament a les persones grans. Tots els països han de desenvolupar les estructures que permetin la provisió de serveis (sanitaris, socials, de protecció legal, policials, etc.) per respondre-hi de manera adequada i, eventualment, prevenir el problema» (WHO, 2002, p. 3).

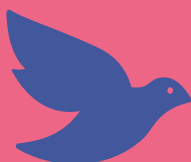
Bon tracte

UNA APROXIMACIÓ DES DE LA PERSPECTIVA DELS DRETS

1
Respectar, també
en les persones
grans, els drets
humans



2
Dret a la
llibertat i a
l'autonomia
personal



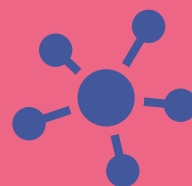
3
Dret a la
integritat física
i psíquica



4
Dret a la
intimitat i la
privacitat en
les relacions
personals



5
Dret a la
ciutadania, a la
participació i a
la construcció
del meu entorn
social



«Els drets individuals són els mitjans de subordinació de la societat a la llei moral.»

AYN RAND

El bon tracte a una persona es concreta en la pràctica, el reconeixement, el respecte i la protecció dels seus drets. S'ha arribat a dir que la història dels drets humans és la història del reconeixement de les necessitats universals, és a dir, de les que tenen totes les persones, sigui quina sigui la seva situació i les seves condicions, acompanyat de l'exigència que la societat s'organitzi de manera que se satisfacin efectivament aquestes necessitats. Cal observar que, d'una banda, aquestes necessitats són objectives, enfront dels mers desitjos subjectius; per bé que, d'altra banda, fins a cert punt són canviants, ja que depenen de les característiques personals dels subjectes i els grups, i de l'evolució econòmica, cultural i tecnològica de cada societat. D'aquí sorgeix la reivindicació del moviment de persones grans a favor de la promulgació d'una carta de drets d'aquest col·lectiu des de les Nacions Unides que obligui els països ratificants al seu compliment.

La normativitat i els trets d'aquests drets presenten avantatges en relació amb l'avenç del bon tracte a les persones grans. Un primer tret és la seva universalitat. Els drets humans es reconeixen per raó de la condició de persona, i reflecteixen i garanteixen valors de manera universal. La seva validesa moral, el seu caràcter fonamental, la seva exigibilitat i la seva prioritat són també trets que revaliden la idoneïtat de desenvolupar els **drets de les persones grans** per avançar en el seu bon tracte i eliminar el maltractament. Els drets identifiquen, enuncien i garanteixen les condicions bàsiques d'una vida digna en forma de pretensions justificades i exigibles a través de la seva triple dimensió: moral, jurídica i política. Finalment, són importants dos trets més: d'una banda, el seu caràcter prestacional, que exigeix, a més del reconeixement, els mitjans i les accions positives per al seu exercici; i d'altra banda, el seu doble caràcter objectiu institucional i subjectiu o personal.

«Un dret no és res que algú et dona,
és una cosa que ningú no et pot prendre.»

RAMSEY CLARK





Respectar, també en les persones grans, els drets humans

Si ens aturem a determinar les diferències que hi ha entre les necessitats universals, reconegudes com a drets universals, podem distingir entre **drets humans primaris** (també anomenats **civils i polítics**) i **secundaris (socials, econòmics i culturals)**.

Els drets civils i polítics es consideren drets «poders» dels ciutadans, que s'actualitzen en les iniciatives que aquests prenen. Les referències fonamentals en aquest grup de drets són la **llibertat**, entesa en absència de coacció, i l'**autonomia**, entesa com a respecte a les decisions personals. La necessitat que cal cobrir és deixar ser el que la persona és o pot arribar a ser per les seves pròpies capacitats, sense que ningú ho impedeixi coactivament. En canvi, els drets socials són considerats drets de «prestació» per cobrir les «mancances» de tot ésser humà, especialment quan les persones viuen situacions de dependència, vulnerabilitat, discapacitat, exclusió o desprotecció. La referència en aquest segon grup és la **justícia**, entesa com a igualtat d'oportunitats.

La interdependència entre drets civils o drets socials és evident, ja que en molts casos és necessària la potenciació de les capacitats per a l'exercici de l'autonomia dels ciutadans (l'educació en els menors), o es necessiten una sèrie de suports per evitar problemes d'accessibilitat en l'àmbit públic (rampes per a escales, sistemes alternatius de comunicació). Uns drets socials considerats així ens igualen en circumstàncies d'elecció, és a dir, en la possibilitat d'exercir drets civils i polítics en condicions d'igualtat.

És fàcilment observable la dificultat per desenvolupar els drets en el grup de persones grans, tant pel que fa a exercir la seva vida autònomament (drets civils) com pel que fa a satisfer les seves necessitats de

dèficit o dependència en condicions d'igualtat (drets socials). Aquesta dificultat és determinada per quatre causes:

- » La manca de coneixement de moltes persones grans dels seus propis drets. Els drets són pretensions que un subjecte, algú, pot esgrimir davant d'altres persones perquè es faci o es deixi de fer alguna cosa en relació amb els seus interessos o necessitats. Si no els reconeix la mateixa persona, difícilment els podrà exigir, i, en conseqüència, hi haurà absència de consciència quan no es respectin ni es protegeixin.
- » La dificultat en el reconeixement social de la dignitat igual de les persones grans, especialment de les que tenen discapacitats físiques i psíquiques greus.
- » El model assistencial d'intervenció, centrat en la «patologia» que cal «curar», i no en la persona a qui s'han de prestar suports i que té uns drets que han de ser respectats perquè pugui desenvolupar una vida plena i feliç en igualtat.
- » La prevalença dels drets civils i polítics entesos com a drets de persones autònomes, amb capacitat per a una vida lliure i responsable, però no els d'aquelles altres persones que tenen la seva capacitat limitada o disminuïda.

La *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe* (CEPAL-ONU, 2012) constitueix l'avenç més important en el model de drets en relació amb les persones grans. Cal esmentar també pel seu interès la *Carta de drets de les persones grans d'Europa*, elaborada per la Federació Europea de Persones Grans (EURAG, 1975), i les cartes de drets de les persones grans vigents al Regne Unit, Irlanda i Bèlgica. D'altra banda, la Plataforma Europea AGE, que agrupa 150 organitzacions europees en defensa de les persones grans, ha elaborat una *Carta europea dels drets i les responsabilitats de les persones grans* (AGE, 2001), en la qual s'insisteix en l'obligació de preservar la seva autonomia en les decisions i la seva participació social, rebent els suports necessaris per poder-ho fer.

Tant el moviment generat a l'Amèrica Llatina com el d'Europa persegueixen una declaració de les Nacions Unides sobre els drets de les persones grans en el món per aconseguir una influència normativa en els estats similar a la Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat. La veritat és que, des de l'any 2013, que el Consell de Drets Humans de les Nacions Unides va decidir establir el mandat d'una experta independent (Rosa Kornfeld-Matte) sobre el gaudi de tots els drets humans per part de les persones grans (Resolució 24/20, de 27 de setembre de 2013), hi ha una sensibilització creixent potenciada pels informes anuals de les Nacions Unides sobre les situacions de vulneració dels drets de les persones grans al món.

L'impuls per al reconeixement dels drets de les persones grans és molt considerable gràcies al desenvolupament del model de l'**envelliment saludable** de l'OMS, que es defineix com un procés d'optimització de les oportunitats de salut individual i grupal, de participació i de seguretat, amb la finalitat de millorar la qualitat de vida a mesura que les persones envelleixen.

Tot i que no existeix una carta de drets específica de les persones grans, les Nacions Unides van adoptar, el 16 de desembre de 1991, una resolució que recollia els **principis de les Nacions Unides a favor de les persones d'edat avançada** (Resolució 46/91). Aquests principis són els següents:

Independència

1. Les persones d'edat han de tenir accés a alimentació, aigua, habitatge, vestimenta i atenció de salut adequats, mitjançant ingressos, suport dels seus familiars i de la comunitat i de la seva pròpia autosuficiència.
2. Les persones d'edat han de tenir l'oportunitat de treballar o de tenir accés a altres possibilitats per obtenir ingressos.
3. Les persones d'edat han de poder participar en la determinació de quan i en quina mesura deixaran de portar a terme activitats laborals.
4. Les persones d'edat han de tenir accés a programes educatius i de formació adequats.
5. Les persones d'edat han de tenir la possibilitat de viure en entorns segurs i adaptats a les seves preferències personals i a les seves capacitats en continu canvi.
6. Les persones d'edat han de poder residir al seu propi domicili tant temps com sigui possible.

Participació

7. Les persones d'edat s'han de mantenir integrades en la societat, participar activament en la formulació i l'aplicació de les polítiques que afecten directament el seu benestar, i poder compartir els seus coneixements i les seves habilitats amb les generacions més joves.
8. Les persones d'edat han de poder buscar i aprofitar oportunitats per prestar servei a la comunitat i treballar com a voluntaris en llocs apropiats als seus interessos i a les seves capacitats.
9. Les persones d'edat han de poder formar part de moviments o associacions de persones d'edat avançada.

Cures

10. Les persones d'edat han de poder gaudir de l'atenció i la protecció de la família i la comunitat, de conformitat amb el sistema de valors culturals de cada societat.



- 11.** Les persones d'edat han de tenir accés a serveis d'atenció de salut que les ajudin a mantenir o recuperar un nivell òptim de benestar físic, mental i emocional, i també a prevenir o retardar l'aparició de malalties.
- 12.** Les persones d'edat han de tenir accés a serveis socials i jurídics que els assegurin uns nivells més alts d'autonomia, protecció i cura.
- 13.** Les persones d'edat han de tenir accés a mitjans apropiats d'atenció institucional que els proporcionin protecció, rehabilitació i estímul social i mental en un entorn humà i segur.
- 14.** Les persones d'edat han de poder gaudir dels seus drets humans i les seves llibertats fonamentals quan resideixin en llars o institucions on se'ls brindin cures o tractament, amb ple respecte a la seva dignitat, creences, necessitats i intimitat, així com al seu dret a adoptar decisions sobre la seva cura i sobre la qualitat de la seva vida.

Autorealització

- 15.** Les persones d'edat han de poder aprofitar les oportunitats per desenvolupar plenament el seu potencial.
- 16.** Les persones d'edat han de tenir accés als recursos educatius, culturals, espirituals i recreatius de la societat.

Dignitat

- 17.** Les persones d'edat han de poder viure amb dignitat i seguretat, lliures d'explotacions i de mals tractes físics o mentals.
- 18.** Les persones d'edat han de rebre un tracte digne, independentment de la seva edat, sexe, raça o procedència ètnica, discapacitat o altres condicions, i han de ser valorades independentment de la seva posició econòmica.

Per dur a terme aquest treball, centrat en el desenvolupament del bon tracte a les persones grans i la prevenció del mal tracte, ens centrarem en el marc legislatiu espanyol i en els drets que són exigibles des de la perspectiva ètica exposada anteriorment. En concret, analitzarem els drets següents:

- » El dret a la llibertat i a l'autonomia personal, que es relaciona íntimament amb el dret a la informació, a la privacitat, a la confidencialitat i a les directrius prèvies.
- » El dret a la integritat física i psíquica, íntimament relacionat amb el dret a la salut, a l'assistència sanitària i a l'atenció en situació de dependència.
- » El dret a les relacions personals, íntimes i privades satisfactòries.
- » El dret a la participació social i a l'exercici de la ciutadania.



Dret a la llibertat i a l'autonomia personal

2.1. LLIBERTAT, AUTONOMIA I DEPENDÈNCIA

El dret a la llibertat està recollit com a dret fonamental a la Constitució espanyola. En concret, l'article 17 estableix: «Tota persona té dret a la llibertat i a la seguretat. Ningú podrà ser privat de la seva llibertat, sinó amb l'observança del que estableix aquest article i en els casos i en la forma previstos en la llei». Els drets s'especifiquen més endavant en altres articles. Així, l'article 16 reconeix el dret a la llibertat religiosa, de culte i de creences; el 19, la llibertat de residència i de lliure circulació; el 20 reconeix el dret a la llibertat d'expressió; el 21, la llibertat de reunió; el 38, la llibertat d'empresa, etc.

Tots aquests articles parlen de **llibertat com a dret negatiu**, és a dir, com a dret a no ser limitat en la pròpia llibertat amb qualsevol tipus de coacció, i, òbviament, l'única limitació a aquest dret és la intromissió en la llibertat o els drets d'altres persones.

És amb la teoria kantiana de l'autonomia quan aquest concepte adquireix el seu significat principal en filosofia i ètica, com «la possibilitat de l'ésser humà de determinar-se a si mateix per si mateix en virtut de la seva capacitat racional» (Conill, 2013). En aquest sentit, l'autonomia fa referència, tanmateix, a la **llibertat en sentit positiu**, és a dir, a la capacitat que tenen les persones per adoptar una actitud i proposar-se fins (bons) per a la pròpia vida, jutjant des d'aquests fins la moralitat de les decisions i les accions, tant les pròpies com les alienes. L'autonomia va vinculada sempre, en primer lloc, a la responsabilitat sobre la pròpia vida i projecte personal, i en segon lloc, a la perspectiva relacional de l'autonomia i la responsabilitat sobre les conseqüències de les decisions i accions personals en la resta de les persones, i fins i tot en la realitat global (animals, medi ambient, futures generacions, etc.).

No es pot oblidar que l'autonomia personal és sempre interdependent, és a dir, totes les persones necessitem suports, tant per prendre decisions



(informació comprensible, per exemple) com per tirar endavant aquestes decisions.

Quan parlem del dret a l'autonomia personal de les persones grans, estem afirmant que han de poder viure d'acord amb la seva manera de ser pròpia i han de poder seguir el seu desenvolupament biogràfic i històric, per assolir una vida realitzada. En conseqüència, requereixen suports per desenvolupar capacitats, entorns que possibilitin la interacció i la inclusió, i relacions satisfactòries que els permetin assolir els seus propis objectius.

Per això, cal apoderar la persona, fent-la protagonista i responsable de les seves decisions, conductes, benestar i, en definitiva, de la seva qualitat de vida. Ens situem així en el marc privat i intersubjectiu, en què preval el cos, la salut, les propietats personals, les relacions afectives i sexuals, i la pròpia

«Actualment la gent només es preocupa pels seus drets. Recordar-li que també té deures i responsabilitats és un acte de valor que no correspon exclusivament als polítics.»

UNAMUNO

vida. Aquest marc es dona principalment en el medi familiar i d'amistat, en el qual les persones confiem que ens facilitaran els recursos per ser no-saltres mateixos i tenir una vida autorealitzada (important l'«auto»), i no solament realitzada o sense patologies.

A la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LPAPAD), el desenvolupament de l'autonomia personal apareix com un dels eixos vertebradors d'una atenció adequada a aquest col·lectiu: «L'atenció a les persones en situació de dependència i la promoció de la seva autonomia personal constitueixen un dels reptes principals de la política social dels països desenvolupats. El repte no és sinó vetllar per les necessitats de les persones que, pel fet de trobar-se en situació d'especial vulnerabilitat, requereixen ajudes per dur a terme les activitats essencials de la vida diària, assolir més autonomia personal i poder exercir plenament els seus drets de ciutadania» (número 1 de l'exposició de motius).

El concepte de **dependència** de la LPAPAD està vinculat al d'autonomia, i en concret es concep com una absència d'aquesta. Vegem les dues definicions tal com apareixen a l'article 2:

- » Autonomia (art. 2.1.): «la capacitat de controlar, afrontar i prendre, per pròpia iniciativa, decisions personals sobre com viure d'acord amb les nor-

mes i preferències pròpies, així com de desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària».

- » Dependència (art. 2.2.): «l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i lligades a la falta o a la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten l'atenció d'una altra o altres persones o ajudes importants per fer activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres ajudes per a la seva autonomia personal». La primera part de la definició sembla que coincideix (excepte en el seu caràcter permanent) amb la de dependència plantejada pel Comitè del Consell de Ministres del Consell d'Europa el 1998: «Estat en què es troben les persones que, per raons vinculades a la manca o la pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'assistència i/o ajudes importants per poder dur a terme els actes normals de la vida quotidiana i, de manera particular, els referents a la cura personal» (citat per Martínez Maroto, 2009).
- » Així mateix, també defineix les «necessitats de suport per a l'autonomia personal: les que requereixen les persones que tenen discapacitat intel·lectual o mental per fer efectiu un grau satisfactori d'autonomia personal en el si de la comunitat» (art. 2.4).

Com assenyala el professor Seoane: «No es pot tampoc identificar autonomia amb independència, ja que es desconeixen els vincles que constitueixen els nostres pressupòsits biogràfics i que delimiten les nostres possibilitats d'elecció i acció. Tampoc no té sentit concebre l'autonomia com un assumpte merament individual, ja que només adquireix sentit i pot ser garantida al si d'una determinada societat i amb el suport d'altres persones i institucions. L'autonomia és, en suma, una noció relacional, contingent i graduable, i ha de ser interpretada i tutelada com a tal pel dret» (Seoane, 2013, p. 14).

Per a la comprensió correcta del contingut de la LPAPAD, creiem que és molt esclaridora la diferenciació de tres dimensions de l'autonomia que s'entenen com un contínuum (Seoane, 2013, p. 30):

- » **Autonomia funcional.** «Significa actuar o abstenir-se d'actuar (*libertas exercitii*) i poder fer una cosa o una altra (*libertas specificationis*)» (Seoane, 2011, p. 30). Per tant, es refereix a la capacitat de dur a terme per un mateix les decisions adoptades.
- » **Autonomia informativa.** Consisteix en la capacitat per disposar i controlar la informació de caràcter personal, íntima, privada i pública, de manera que la persona pugui decidir per ella mateixa quan i en quines condicions és procedent revelar informació personal a altres agents (professionals, familiars, administració, etc.).



- » **Autonomia decisòria**, també anomenada *autonomia moral*. Es refereix a la llibertat d'elecció de la persona, això és, a la seva capacitat per deliberar i decidir entre diverses possibilitats.

El principi d'autonomia fa referència principalment (tot i que no exclusivament) a l'autonomia decisòria, és a dir, al respecte a les decisions que la persona pren de manera lliure i responsable, d'acord amb els seus propis valors i identitat personal, i a l'exigència ètica de prestar els suports necessaris perquè la pugui exercir. Diem «no exclusivament» perquè les tres dimensions de l'autonomia estan clarament imbricades. Si una persona no disposa d'autonomia informativa, és a dir, no coneix informació sobre la seva situació, o encara que disposi d'aquesta informació no la comprèn (sigui perquè li ha estat facilitada de manera incomprensible, sigui perquè ella mateixa es troba en alguna situació emocional o de limitació cognitiva que li impedeix comprendre-la i apreciar-la convenientment), difícilment podrà aconseguir sense suports una autonomia decisòria que li permeti de responsabilitzar-se de la qüestió o dels aspectes sobre els quals està decidint. Passa el mateix amb l'autonomia *funcional*. Si una persona no disposa dels suports necessaris per a la seva autonomia funcional (un assistent que li possibiliti un viatge amb avió, o una plataforma elevadora que li permeti pujar dalt d'un escenari), difícilment prendrà la decisió d'assistir a un congrés a un altre país o de participar-hi com a ponent.

Si bé les tres autonomies esmentades intervenen en el bon tracte a les persones grans, són especialment importants les dues últimes, la informativa i la decisòria, que a la vegada estan implicades, ja que no existeix autonomia decisòria si no hi ha prou informació comprensible sobre allò que s'ha de decidir.

2.2. DRETS VINCULATS A L'AUTONOMIA PERSONAL

L'exercici de l'autonomia decisòria es produeix en un procés en què s'han de donar tres condicions:

- » Informació suficient i comprensible de la situació i les alternatives, amb les conseqüències esperables de cadascuna.
- » Voluntarietat entesa com a absència de coacció o amenaça (interna o externa) o manipulació.
- » Capacitat per deliberar i decidir d'acord amb els propis valors i metes personals.

Així, el bon tracte, entès com a respecte i suport a l'autonomia personal, comporta necessàriament l'exercici d'altres drets:

- » El **dret a la informació** veraç, suficient i de manera comprensible, per la qual cosa l'engany o la negativa a informar la persona sobre allò que li concerneix es pot considerar un tracte inadequat.
- » El **dret a la llibertat**, entesa com una absència de coaccions, amenaces, manipulacions, etc. que impedeixen decidir lliurement, i que podem considerar un mal tracte, encara que es facin amb bona intenció.
- » El **dret al consentiment informat**, és a dir, a acceptar o rebutjar canvis significatius per a la vida de la persona (canvi de domicili, gestió dels béns personals, etc.).

Si considerem el dret al consentiment informat, hi ha tres escenaris o modalitats d'exercici de l'autonomia moral que hi estan relacionats:

- » La decisió de la persona capacitada per al moment present després de rebre la informació oportuna.
- » La decisió de la persona gran capacitada per a un moment futur d'incapacitat, a través de la planificació anticipada. La nostra legislació també recull aquesta situació per a les decisions en l'àmbit sanitari, tipificada com a **dret a les directrius prèvies**.
- » La decisió durant la incapacitat, que dona pas a les decisions de representació o substitució que els representants legítims de la persona prendran per ella si ha exercit amb anterioritat el seu **dret a l'autotutela** o a atorgar poders per a la gestió dels seus béns o propietats.

El respecte a l'autonomia de les persones grans exigeix a les persones que s'hi relacionen:

- » Disposar del permís o consentiment dels destinataris de la nostra relació per accedir a la seva vida privada. El **dret a la privacitat, la intimitat i la confidencialitat** és una conseqüència de l'obligació de respectar l'autonomia de les persones.
- » Evitar no solament imposicions o coaccions a les persones grans, sinó també enganys i manipulacions, ja que suposen un menyscabament de la seva capacitat per ser responsables morals. El respecte a l'autonomia condueix a eliminar qualsevol obstacle que impedeixi a les persones prendre decisions voluntàries i lliures.
- » Aportar informació comprensible i completa de la situació problemàtica que una persona viu, així com de les alternatives que hi ha per a aquesta situació, proporcionant informació de manera comprensible i per mitjà dels sistemes comunicatius necessaris, perquè la persona compregui amb aquesta informació els seus riscos i beneficis. La persona podrà autònomament, en el seu present, decidir anticipadament com es gestionarà la seva vida en determinades situacions futures, o com a mínim expressar qui vol que la representi quan la seva autonomia quedi disminuïda. Les directrius prèvies o voluntats anticipades, com també les decisions de representació, es converteixen en una manera d'exercir l'autonomia moral.



- » Prestar suports, intervencions i recursos per facilitar la comprensió, l'elecció i l'expressió de les pròpies decisions.

Quan la persona no és capaç de prendre decisions autònomes, el dret a la llibertat no desapareix. El bon tracte a la persona suposa gestionar la seva vida privada d'acord amb la seva manera de ser, cosa que significa conèixer els valors, els gustos i les obligacions morals de cada persona. Per això té una importància cabdal protegir la identitat personal per part dels familiars i propparents de la persona gran. Si cal substituir les decisions de la persona, les opcions escollides han de tenir en compte els seus valors. O, cosa que és el mateix, el criteri correcte seria decidir el que ella hauria decidit si hagués estat capaç de fer-ho.

Òbviament, les persones canviem els nostres valors, creences i decisions al llarg de la vida. L'experiència de saber quines han estat les conseqüències (no sempre positives) de les nostres decisions ens porta a modificar els nostres valors, o com a mínim la seva jerarquia. Sabem que l'envelliment és un procés que comporta limitacions, però també coneixements que adquirim a través de l'experiència. Passa sovint que experiències significatives com ara deixar de treballar, integrar nous límits i possibilitats, deixar de tenir responsabilitats o adquirir nous compromisos amb altres persones, condueixen al sorgiment de noves necessitats o a l'aflorament de necessitats que estaven latents. De manera que no és infreqüent que les persones canviïn algunes de les seves decisions, i fins i tot les seves creences i opinions, en la vellesa. Per aquest motiu, no és correcte ni èticament ni legalment substituir les decisions d'una persona gran mentre continua sent capaç de prendre-les per ella mateixa, i s'ha de permetre que hi faci canvis que poden sorprendre però que han de ser respectats.

2.3. LÍMITS DEL DRET A L'AUTONOMIA PERSONAL

Tots els drets tenen excepcions, perquè si bé són universals (per a totes les persones), no són absoluts, és a dir, no sempre han de ser respectats. El dret a l'autonomia de les decisions, presenta les limitacions següents:

- » El dany o risc de dany important per a altres persones. Per exemple, la determinació de negar-se a certs tractaments que posen en risc la salut de tercers.
- » L'exigència o petició de prestacions injustes, perquè suposen una clara discriminació respecte d'altres persones. Per exemple, l'exigència d'atencions que no són necessàries i que comporten la utilització o l'explotació d'altres persones, siguin familiars, propparents o professionals.
- » La manca de capacitat per a la presa de decisions. Aleshores, cal valorar si la situació és urgent, perquè comporta un risc greu per a la pròpia persona,

cas en què han de decidir els seus representants; o bé si la decisió pot esperar que la persona es recuperi o millori en la seva capacitat, cas en què s'han de prestar els suports per a l'autonomia abans de substituir-la.

- » La negativa de la persona a rebre la informació o a delegar voluntàriament les seves decisions en els seus representants.
- » L'imperatiu legal, del qual deriven determinades obligacions en virtut del bé d'altres persones o del bé comú. Per exemple, pagar els impostos.

No podem oblidar que un bon tracte exigeix respectar les decisions autònomes de les persones grans, però també impedir que prenguin decisions, en situacions de manca d'autonomia o autonomia limitada, que posin en risc altres drets. En el cas que una persona gran presenti una situació permanent de manca d'autonomia que li impedeixi l'autodeterminació i la gestió dels seus drets, el bon tracte suposarà protegir-la en els seus drets i, si és necessari, d'ella mateixa, a través de la determinació d'un guardador/a o tutor/a.

Dret a la integritat física i psíquica

El reconeixement de la dignitat igual de tots els humans ha exigít i exigeix els desenvolupaments jurídics necessaris que assegurin la seva protecció en les circumstàncies en què pot estar en risc. Així ho reconeix la mateixa Constitució espanyola i moltes normes, com les que fan referència a l'assistència sanitària (Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, i Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació) i els serveis socials (LPAPAD).

El dret a la integritat psíquica i física té un doble contingut: en negatiu, fa referència al fet que no ens prenguin la salut, i en positiu, exigeix facilitar els recursos socials i sanitaris perquè una persona recuperi la salut o la funcionalitat si pateix una discapacitat.

Al **dret a la salut** en el seu sentit negatiu (que no ens la prenguin) hi correspon l'exigència que no ens lesionin, com preveu l'article 147 del Codi penal (delicte de lesions). El bon tracte requereix sempre que no es generi dany a la salut (física o psíquica) d'una persona gran, tot i que, com hem vist, no sempre hi ha responsabilitat en les conductes que generen un dany.

La Constitució de l'OMS afirma: «El gaudi del grau màxim de salut que es pot aconseguir és un dels drets fonamentals de tot ésser humà». Això exigeix un conjunt de criteris socials que propiciïn la salut de totes les persones, com ara un habitatge adequat, aliments nutritius, relacions satisfactòries, participació i inclusió social, etc. També s'hi inclou el dret de les persones a controlar la seva salut i el seu cos (drets sexuals) sense ingerències (tortures, tractaments i experiments mèdics no consentits, etc.).

En positiu, el dret a la salut inclou el dret d'accés a un sistema de protecció de la salut que ofereixi a totes les persones les mateixes oportunitats de gaudir del grau màxim de salut que es pot assolir, i el **dret a l'assistència sanitària** quan la salut es perd o es fragilitza. El dret a l'assistència sanitària, previst a la Llei general de sanitat, ha estat vinculat a la Seguretat Social fins a l'entrada en vigor del Reial decret llei 7/2018, de 27 de juliol, sobre l'accés universal al Sistema Nacional de Salut, que suposa un canvi radical pel fet que s'hi reconeix aquest dret com a universal, independentment que s'hagi cotitzat a la Seguretat Social o no.

Les persones grans pateixen diferents discriminacions en l'accés als serveis sanitaris, com adverteix l'OMS, degudes principalment a l'edatisme (discriminació per edat), sostingut per una pèrdua de valoració social de la persona gran, i a la manca de coneixements específics de les malalties pròpies de l'edat.

La promoció de la salut de les persones grans és, sens dubte, un element constitutiu del bon tracte a aquest col·lectiu, un bon tracte exigible en justícia. Conformement a la definició adoptada per l'OMS, l'**envelliment saludable** es pot entendre com «el procés pel qual s'optimitzen les oportunitats de benestar físic, mental i social durant tota la vida, amb l'objectiu d'ampliar l'esperança d'una vida saludable, la productivitat i la qualitat de vida en la vellesa». Una cultura de l'envelliment saludable hauria de fomentar i ajudar: a) el manteniment de l'activitat física i mental, mitjançant la participació de les persones grans en els àmbits econòmic, social, cultural i polític; b) l'accés a serveis d'orientació que permetin anticipar, tant com sigui possible, el procés de presa de decisions per envellir bé; i c) la disminució del patiment per les discapacitats relacionades amb les malalties cròniques, reduint la dependència dels serveis sanitaris i socials.

A més de l'assistència sanitària, el dret a la integritat física i psíquica inclou també el **dret subjectiu a l'atenció a la dependència**, és a dir, a rebre suports per poder desenvolupar la vida quotidiana. Es tracta de poder tenir cobertes les necessitats de dèficit per poder portar a terme les activitats bàsiques de la vida diària, o per desenvolupar l'autonomia personal tal com es preveu a la LPAPAD i a les lleis autonòmiques de serveis socials.

La LPAPAD inclou amb claredat, en el terme *autonomia*, tant l'autonomia funcional (fer activitats de la vida diària sense ajuda) com la decisòria (capacitat de controlar, afrontar i prendre, per pròpia iniciativa, decisions personals referents a com viure d'acord amb les normes i preferències pròpies).



La valoració de dependència es fa mitjançant un barem comú a tot l'Estat, recollit al Reial decret 174/2011, d'11 de febrer, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència (BVD), i que inclou tres aspectes: les capacitats i limitacions de la persona per a la realització de les ABVD; la causa per la qual no pot fer algunes activitats, i el grau de supervisió o suport que necessita per fer aquestes activitats.

Una bona aproximació per entendre aquest dret a l'atenció a la dependència pot ser la comprensió de la discapacitat com un concepte gradual en funció de la reducció que suposi per al desenvolupament d'un projecte personal. Així, algunes condicions seran només «desavantatges», i no discapacitats. Aquest plantejament concorda amb la definició de discapacitat de l'OMS (2001), que l'entén com una disminució de les capacitats d'una persona que pot ser deguda a un o a diversos dels nivells següents:

- » El **nivell de les deficiències** en òrgans o funcions pròpies de la persona (disminució de la capacitat cognitiva en la demència, de la capacitat sensorial, de la capacitat intel·lectual, etc.).
- » El **nivell de la limitació en l'activitat** o disfunció que pot generar o no aquesta deficiència, en virtut que hi hagi els suports necessaris disponibles (una discapacitat per al llenguatge verbal no ha de generar necessàriament una disfunció si la persona té a la seva disposició un sistema alternatiu de comunicació i ha desenvolupat habilitats per manejar-lo).
- » El **nivell de les restriccions en la participació** i, per tant, discriminació bé en la participació en la presa de decisions sobre la pròpia vida, bé en la participació en la vida social (una persona gran nascuda en un poble basc que no parla castellà sense traductor d'euscar a l'hospital on és atesa).

La dependència és la necessitat d'ajuda externa per a la gestió de la vida diària personal i social de la persona gran, si es donen alguna o diverses de les situacions anteriors de discapacitat. És obvi que aquesta comprensió de la dependència no sols no vol homogeneïtzar, ni en característiques, ni en necessitats, ni en capacitats, les persones grans dependents (com l'absència d'aquestes no serveix per homogeneïtzar les persones independents), sinó que tampoc no serveix per a això. La dependència és, per tant, un procés dinàmic i canviant; un fenomen multidimensional afectat per la interacció de factors físics, emocionals, intel·lectuals, relacionals, socials, jurídics, econòmics, etc. La dependència, a la llum d'aquest model, no és un tret distintiu o un atribut de la persona, sinó un complex conjunt de condicions personals i socials que requereixen una atenció personal en funció del projecte de vida de cada persona gran i de les dificultats que tingui (personals o contextuais) per avançar en aquest camí. No es tracta

de lluitar únicament contra les barreres arquitectòniques posant ascensors als centres cívics, sinó també, i especialment, contra les barreres socials i culturals.

El bon tracte a les persones grans exigeix als poders públics que garanteixin l'atenció integral de les necessitats en l'àmbit social i sanitari de les persones al llarg de tota la vida, atenent tant les seves necessitats de salut física i psíquica com els seus nivells de dependència per a les ABVD. A aquest efecte, és necessari garantir la promoció i la provisió adequades de serveis dirigits a:

- » Fomentar hàbits de vida relacionats amb la salut, l'alimentació saludable i l'exercici físic, i evitar la vida sedentària, el tabac i altres drogues, en particular el consum excessiu d'alcohol.
- » Protegir la salut mitjançant la prevenció de caigudes i altres accidents, evitant situacions de risc.
- » Proveir serveis assistencials de salut de qualitat a curt i llarg termini basats en la definició d'objectius terapèutics adequats a la funcionalitat i les preferències dels pacients.
- » Facilitar l'accés universal a serveis de salut mental i salut oral ajustats a les necessitats de la població de persones grans.
- » Prestar els suports necessaris tant personals com en l'entorn que facin possible que les necessitats de les persones grans dependents siguin ateses i que puguin participar en la vida social.



Dret a la intimitat i la privacitat en les relacions personals

La intimitat parteix de la diferenciació entre l'àmbit públic i el privat pel que fa als espais d'activitat i les relacions que totes les persones mantenim al llarg de la nostra vida. La podem definir com el més privat de l'ésser humà, allò que la persona guarda per a si mateixa o, per extensió, per al seu cercle de persones de més confiança. El que és íntim inclou sentiments, creences, formes de pensar, informacions sobre la salut i altres qüestions personals, com el cos, la sexualitat, les relacions interpersonals, etc.

El que és privat té a veure amb el que és personal i particular de cada individu i del seu entorn personal més pròxim, que cada persona té dret a protegir de qualsevol intromissió. Fa referència a allò que no correspon al domini públic.

La protecció de la intimitat es deriva del reconeixement de la necessitat i el dret de les persones a protegir la seva vida privada —i tot el que aquesta integra— d'ingerències no autoritzades d'altres persones. És, a més, un dret fonamental garantit per la Constitució espanyola (art. 18) per a totes les persones, amb independència de la seva capacitat per a la presa de decisions. Ha de ser entès en sentit ampli, ja que comprèn tant l'àmbit íntim com l'àmbit privat.

El respecte del dret a la intimitat suposa una actitud determinada que es concreta en el reconeixement de l'altra persona com un ésser valuós i posseïdor d'una vida privada pròpia.

Aquest respecte inclou el reconeixement del dret, com també l'establiment de les mesures i les accions encaminades a garantir-ne l'exercici i a prevenir situacions que el posin en risc, tenint en compte la necessària equitat pel que fa a la seva protecció en cada context d'atenció.

El bon tracte en relació amb la protecció de la intimitat evita que, davant de determinades atencions o relacions (higiene, exploració corporal, relacions íntimes o sexuals, etc.) que entren de ple en la intimitat de les persones, aquestes es puguin sentir envaïdes, amenaçades, incòmodes, apressades, avergonyides o humiliades i, en conseqüència, experimentin malestar i pateixin. Inclou aspectes de comunicació tant verbal com no verbal, i s'exercita a través del desenvolupament de diferents actituds, com l'empatia, la consideració positiva, l'autenticitat i l'acceptació incondicional.

Quan les persones grans se senten pressionades o perceben que s'envaeix la seva intimitat, reaccionen. Les seves reaccions, diverses, es poden manifestar a través de canvis en el comportament i la personalitat: resignació (per por de les represàlies o dels enuïgs, es fan més submises i dependents), ansietat o depressió, protesta i reivindicació de drets, hostilitat envers l'entorn i envers els altres, etc.

Una de les conseqüències més negatives de la invasió reiterada de la intimitat de la persona gran és el desenvolupament de la indefensió apresada (la persona aprèn que la seva conducta no és eficaç per controlar el seu entorn), cosa que es tradueix en inactivitat i depressió. «No valc per a res», «Tothom em fan anar amunt i avall», «Em tracten com un trasto vell»... són algunes frases que evidencien aquesta situació.

Per desenvolupar el respecte en una relació professional d'ajuda, és fonamental aconseguir una relació de confiança, com també buscar i protegir el benestar físic i emocional de la persona, proporcionant-li un tracte adequat o un bon tracte.

4.1. TIPUS D'INTIMITAT

Es poden distingir diversos tipus o classes d'intimitat. En relació amb les persones grans, cal posar una atenció especial en la protecció d'alguns en concret:

» **Intimitat corporal o física.** Fa referència a la limitació en relació amb l'accés al propi cos per part d'altres persones. Inclou tant l'accés físic com el visual. La protecció de la intimitat corporal requereix que l'accés al cos es duigui a terme amb el consentiment de la persona i evitant situacions que generin un pudor excessiu. Aquesta protecció necessita que hi hagi un àmbit privat protegit de ingerències externes i una atenció especial en els diferents contextos culturals.



- » **Intimitat informativa.** Fa referència a l'obligació de confidencialitat en relació amb el dret a la protecció de les informacions personals. Per tant, es refereix a l'accés limitat a les informacions personals i a l'obligació de secret quan les persones grans comparteixen alguna cosa que no volen que sàpiquen altres persones. Es relaciona també amb el tractament correcte de la informació, evitant comentaris feridors o improcedents sobre les persones o les situacions. La protecció de la intimitat informativa necessita la garantia d'un àmbit privat protegit d'ingerències externes.
- » **Intimitat decisòria.** Fa referència a la necessitat d'intimitat en certs processos de presa de decisions. La seva protecció demana un àmbit privat protegit d'intromissions externes, uns espais i temps en soledat o en companyia de les persones escollides per la persona gran, com també una atenció especial i el respecte pels valors i les emocions presents en aquests processos.
- » **Intimitat espacial.** Fa referència al territori que configura l'àmbit privat (domicili, habitació, etc.), inclosos tant els espais com els objectes. La intimitat espacial és important per garantir el manteniment de les relacions interpersonals i el desenvolupament d'activitats privades, com també per protegir aspectes relacionats amb la personalitat (idees, sentiments, valors). La inviolabilitat del domicili es vincula al dret a la intimitat de les persones, ja que protegeix l'àmbit on es troben, aïllat de l'exterior i de les mirades alienes, i on exerceixen la seva llibertat perquè hi poden dur a terme les seves activitats més personals i íntimes. Alguns objectes tenen a veure amb assumptes privats i, fins i tot, molt íntims, de manera que han de ser protegits de l'accés a altres persones. Determinats elements formen part de la nostra vida i els nostres records, i posseeixen un important valor emocional. A vegades, tenen a veure amb la forma de ser, amb les relacions o amb els interessos de la persona gran, i aquesta no vol que surtin de la seva intimitat, per la qual cosa s'han de respectar, fins i tot després de la seva mort.
- » **Intimitat referida a la personalitat.** Fa referència a l'accés limitat i al tractament respectuós dels diferents aspectes que configuren la personalitat de l'individu (pensaments, idees, creences, sentiments, valors, etc.). La intimitat referida a la personalitat es pot entendre com una part present en altres tipus d'intimitat (informativa, decisòria i corporal), i també com la suma de tots.

4.2. LA INTIMITAT I LA SEVA RELACIÓ AMB ALTRES DRETS: IMATGE I HONOR

Per bé que conceptualment i jurídicament, intimitat, imatge i honor són drets independents, mantenen una estreta relació perquè tots es vinculen al reconeixement de la dignitat de l'ésser humà.

La imatge personal i l'honor d'una persona es poden veure lesionats si es permet indiscriminadament l'accés a la seva intimitat, o si les intervencions que es duen a terme la cosifiquen o la redueixen als seus dèficits i necessitats de dependència, oblidant o ignorant la seva identitat i les seves capacitats personals.

Per això, en relació amb el bon tracte a les persones grans considerem que és d'interès abordar aquests dos drets en la seva relació amb la protecció de la intimitat.

La **imatge** fa referència a l'aspecte de cada persona, que la configura i identifica com a algú singular, especial i diferent dels altres.

És la forma en què ens expremem i com ens mostrem davant les altres persones. Influeix en la percepció pròpia (autoimatge), i també té efectes en les oportunitats de relació social. La imatge personal compleix aquestes funcions independentment de l'estat i la capacitat decisòria de la persona.

La pròpia imatge és un dret fonamental protegit per la Constitució espanyola (art. 18) per a totes les persones, independentment de la seva capacitat per a la presa de decisions. Cada persona es la propietària de la seva pròpia imatge i té dret a escollir com es vol arreglar i com es vol mostrar davant d'ella mateixa i davant del seu entorn, tenint control sobre el seu aspecte. El titular de les imatges preses de qualsevol persona (fotografies, vídeos, etc.) és la pròpia persona i, en conseqüència, té dret a controlar-ne la difusió. Les persones en situació de dependència també tenen dret a decidir i controlar tant el seu aspecte com la difusió de la seva imatge. La difusió de documents que continguin imatges personals seves requeriran el seu consentiment exprés.

Un aspecte molt important per fomentar el bon tracte a les persones grans és millorar la seva imatge social, especialment en els mitjans de comunicació, les xarxes socials, les sessions de formació, etc. Determinades imatges fomenten els estereotips i la discriminació social. Oferir imatges positives de les persones grans contribueix al reconeixement de la seva dignitat i al seu respecte, protegeix el seu honor i evita la discriminació.



En el cas de fer reportatges o documents sobre persones grans que han de ser publicats, és necessari:

- » Formar i informar els mitjans de comunicació o les persones a títol particular abans que facin les fotos o els vídeos. Cal insistir en la importància d'una imatge positiva i en la necessitat del consentiment de les persones implicades. Pot ser convenient organitzar reunions prèvies o comunicar aquestes recomanacions per escrit.
- » Informar les persones grans del fi i la raó de la difusió, en quins mitjans es farà i la repercussió que pot arribar a tenir. En el cas de la premsa, els mitjans de comunicació i les xarxes socials, han de saber que les imatges passen a formar part d'arxius i que es podrien reutilitzar al cap d'alguns anys (quan la seva vida potser hagi pogut canviar).
- » Cuidar el tractament de la imatge de les persones grans. No s'han de difondre informacions, fotos o vídeos que mostrin conductes íntimes. És necessari evitar tractaments pejoratius que provoquin llàstima o ofereixin una imatge negativa d'aquest col·lectiu.
- » Demanar permís a les persones amb el temps suficient perquè tinguin la possibilitat de preparar-se i mostrar la imatge que desitgen.

Finalment, és molt important sensibilitzar i advertir les persones grans sobre el risc de compartir o difondre informació personal o imatges pròpies i de tercers (xarxes socials, WhatsApp, etc.), i ajudar-les a anticipar i valorar la repercussió que aquesta acció pot arribar a tenir.

L'**honor** fa referència a l'estimació de la persona en i per la societat. Es construeix quan es donen a conèixer les característiques i les accions de la persona que contribueixen a configurar el seu bon nom, la seva fama, la seva honra o la seva consideració social.

L'honor és un dret fonamental protegit per la Constitució espanyola (art. 18) per a totes les persones, independentment de la seva capacitat per a la presa de decisions.

La consideració d'alguna cosa com a honrosa o deshonrosa pot tenir importants variacions segons el gènere i el context cultural. La cura i l'aspecte de l'habitatge poden repercutir en l'honor personal i familiar. En societats tradicionals, afecta especialment la reputació de les dones grans (la percepció d'una «casa deixada» pot perjudicar la fama de la persona que hi resideix). Les visites que es reben també poden afectar l'honor. Una visita al domicili pot ser «prestigiosa» o, al contrari, «vergonyant», si revela al veïnat i a la societat aspectes de deteriorament o pèrdua de capacitat de l'individu.

4.3. BON TRACTE I INTIMITAT EN L'ATENCIÓ A PERSONES GRANS EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

Les activitats relacionades amb la cura, i en especial les que tenen a veure amb la higiene, comprometen, poc o molt, la intimitat de les persones. L'exposició del cos durant el suport prestat en les cures personals es pot viure com una amenaça, o fins i tot com una agressió, que pot generar un dany psicològic (mal tracte psicològic) i també sexual, com veurem.

El coneixement de cada persona gran en situació de dependència conjuntural o permanent, de les seves necessitats, de com viu la seva intimitat i de les seves preferències i temors és essencial per detectar el que és rellevant per a ella en la seva cura, i per al maneig adequat, discret i prudent dels seus sentiments de pudor.

Cada persona té els seus propis sentiments de pudor, que no depenen només del tipus d'activitat de cura i del grau d'exposició corporal, sinó també de les seves vivències subjectives prèvies. La desaparició del pudor de forma generalitzada no és un bon indicador de la qualitat assistencial. Un maneig adequat de les habilitats relacionals i de comunicació contribueix a fer que els moments relacionats amb la cura personal siguin més relaxats.

Les diferències de gènere, edat i identitat cultural determinen moltes vegades, i poden condicionar de manera important, la forma de percebre les cures rebudes i tot el que suposen, especialment, en relació amb la intimitat corporal.

Les persones grans amb alts nivells de dependència poden requerir, a causa de la seva gran vulnerabilitat, una cura especial en la protecció de la seva intimitat per part de les persones que les cuiden, encara que elles mateixes no siguin conscients del que pot suposar l'exposició pública de la seva vida privada per a la seva imatge i el seu honor.

A continuació s'exposen algunes recomanacions per al bon tracte relacionat amb la protecció d'aquests drets en les persones dependents:

- » Respectar la intimitat en les cures de la vida diària, propiciant espais de suport personalitzat i tenint cura de l'entorn, de manera que, a més d'intimitat, es proporcioni seguretat i confort.
- » Proporcionar un tracte càlid, comunicar-se amb respecte i afecte, fent partícip la persona, parlant amb ella, informant-la sempre de l'activitat que es farà, preguntant-li sobre les seves preferències i aconseguint la seva participació i implicació en la mesura que es pugui.



- » Evitar la despersonalització i el seguiment de protocols rígids, adaptant l'atenció i respectant els ritmes i les preferències individuals.
- » Presentar-se quan la persona cuidadora sigui nova o quan la persona gran no la identifiqui.
- » Participar en l'atenció de l'íntim únicament les persones que siguin imprescindibles per dur-la a terme.
- » Procurar que, en els moments en què la intimitat estigui més compromesa, com ara el moment de la higiene o el de l'assistència al lavabo, la persona que presti el suport pertanyi al mateix sexe que la persona assistida, si aquesta manifesta aquesta preferència.
- » Evitar observar, i deixar que s'observi, la persona usuària més del que és estrictament necessari en situacions que li generin pudor, com les relacionades amb la higiene, l'evacuació i les conductes i expressions afectives i sexuals, i realitzar-les, sempre que sigui possible, en espais privats (lavabo, habitació).
- » Evitar indicacions o correccions en veu alta que poden menyscar la imatge o l'honor de la persona gran.
- » Intentar que el temps que la persona estigui totalment despullada sigui el mínim possible. Si és necessari despullar-la per a la higiene, deixar tapades les parts del cos no afectades en cada acció i destapar només l'imprescindible.
- » Concedir una gran importància als detalls i complements personalitzats. Els petits detalls «marquen la diferència», destaquen la singularitat de les persones i, a més, afavoreixen el sentiment d'identitat i seguretat. Per exemple, per a algunes persones pot ser important dur corbata o boina, una peça de vestir determinada, un pentinat concret...
- » Prestar suports de la manera menys invasiva possible, respectant les eleccions pròpies de la persona en relació amb el seu cos i la seva imatge.
- » Tenir en compte, en el cas que sigui necessari aplicar mesures de subjecció física (com a mesura última, un cop descartades les altres opcions), la imatge que ofereix la persona. S'han d'utilitzar productes de suport (ajudes tècniques) de la manera més discreta possible, i proposar mesures que ofereixin una imatge digna de la persona.
- » Protegir la intimitat, als lavabos compartits, fent servir mesures que evitin el contacte visual entre els usuaris. Cal prestar atenció a la col·locació dels miralls, per evitar que s'hi reflecteixi la imatge de la persona gran i que els altres la puguin veure.
- » Tenir sempre el consentiment de la persona a l'hora de dur a terme activitats que impliquin canvis d'imatge (carnaval, Halloween, teatre, etc.). A més, és

fonamental que aquests canvis fomentin una imatge social positiva. Si la persona no té capacitat per decidir si vol aparèixer així, cal preguntar-ho a la família o a alguna persona de referència. En cas de dubte, és millor renunciar a l'activitat i proposar una alternativa.

4.4. INTIMITAT, BON TRACTE I RELACIONS AFECTIVES O SEXUALS

L'afectivitat i la sexualitat són parts fonamentals del benestar en les persones grans. Per tant, les relacions afectives i de parella, i les conductes sexuals, s'han d'abordar com una expressió natural de la persona a qualsevol edat. De vegades es tendeix a negar, i fins i tot a reprimir, les conductes sexuals en les persones grans, i s'utilitzen termes poc adequats que patologitzen situacions i experiències que haurien de ser normalitzades.

La gestió de la vida sexual de les persones pertany, sens dubte, a l'àmbit que té més importància a l'hora de determinar si una conducta és un bon o mal tracte: el respecte a l'autonomia, a la intimitat i la privacitat i, també, a la integritat psíquica de les persones.

Les relacions interpersonals necessiten un marc d'intimitat, ja que sense aquesta condició no es pot aconseguir una comunicació positiva. Les relacions afectives i sexuals pertanyen a l'esfera íntima i privada de les persones, i cal garantir la privacitat i un entorn apropiat per a aquest tipus de contactes o relacions.

La vida sexual forma part de la vida íntima de les persones grans, de manera que no es pot generalitzar quan una determinada conducta genera o pot generar dany, en aquest cas sexual. Una conducta que per a una persona pot resultar una activitat gratificant (exhibicionisme, pornografia...), per a una altra pot ser un mal tracte sexual. L'únic criteri per diferenciar el bon tracte del mal tracte és que la persona hagi prestat o no el seu consentiment per a aquesta conducta.

Però, a més, els contactes sexuals, pel fet de pertànyer a un àmbit tan íntim, requereixen el consentiment cada vegada. És a dir, la persona ha de consentir cada cop que vagi a participar en una relació sexual, de manera que no és suficient que una persona consenti únicament per a un nombre determinat d'actes sexuals (amb o sense contacte).

Per això, el maltractament sexual té una doble definició:

- » El sotmetiment sota coacció o engany a una relació sexual (amb o sense contacte).



- » La pràctica d'una relació sexual consentida (amb o sense contacte) quan la persona no sap a què consent per la seva falta de capacitat per comprendre la situació, el que se li demana i les seves conseqüències.

Malauradament, hi ha persones grans (majoritàriament dones) que encara que pateixin un dany no són capaces d'identificar les relacions sexuals no consentides com a maltractament o hi accedeixen de manera coaccionada.

4.5. INTIMITAT I BON TRACTE AL FINAL DE LA VIDA, EN LA MORT I EN EL DOL

Els processos vinculats a la mort són individuals i han de ser tractats com a tals, però també són profundament culturals, una dimensió que cal tenir en compte, incloses l'espiritualitat i la religiositat, generalment molt lligades al fet de morir. L'acompanyament a la persona i a la família, protegint la seva intimitat, és fonamental en aquest sentit.

Morir és un procés en què la persona i la seva biografia han de constituir el centre de les actuacions que es duguin a terme. Morir és una experiència que enfronta la persona amb el misteri humà del seu destí final. En aquest procés, adquireixen una gran importància algunes necessitats relacionades amb la manera com s'hauria de sentir la persona: ben tractada, protegida de perills, estimada per la seva família, acceptada per la gent i amb la seva intimitat respectada. Es tracta d'un període d'última oportunitat per expressar voluntats, per «posar en ordre les coses», de comiat i de comunicació, per la qual cosa requereix, especialment, personalització i privacitat.

La mort d'una persona gran estimada és una experiència vital malauradament força freqüent. La forma en què tingui lloc, i el fet que la persona se senti ben o mal tractada en aquest moment tan delicat, influiran decisivament en el dol i en el seu posterior record i significat. La cura i la preparació de la persona difunta formen part d'un ritus cultural que contribueix al benestar de la seva família i de les seves persones estimades; per això s'han de facilitar tant com sigui possible. El cadàver mereix un tractament respectuós; no és una persona, però no és tampoc un objecte. El tractament que se li doni afectarà la seva imatge i el seu honor, fins i tot després de la seva mort.

L'elaboració del dol per part de les persones grans representa un procés delicat que requereix la comprensió i el suport emocional de les persones que les acompanyen. Les persones experimentem el dol de maneres molt diferents. L'existència de ritus funeraris que expressen el dol és una

cosa universal. En totes les cultures hi ha aquests ritus, i, tot i que poden presentar formes molt variades, es comparteix la consideració i el respecte per la persona difunta, el seu comiat social i la necessitat de brindar suport a la resta de la família, per la qual cosa el bon tracte exigeix respecte envers totes les manifestacions de dol, encara que no siguin compartides.

Dret a la ciutadania, a la participació i a la construcció del meu entorn social

És considerat ciutadà o ciutadana la persona que té el gaudi i les responsabilitats del conjunt dels drets. En el concepte de ciutadania, se sintetitza l'ètic i el jurídic, el privat i el públic. Les persones grans poden exigir una participació en igualtat en la vida social i en els àmbits personals o privats.

La consideració de les persones com a ciutadans, independentment dels seus dèficits o discapacitats, es fonamenta teòricament en tres enfocaments, que són els que sostenen gran part dels continguts del model d'envelliment saludable:

- » Un primer fonament teòric és l'**enfocament de les capacitats**, desenvolupat, entre altres persones, per Amartya Sen, Premi Nobel d'Economia el 1998 per la seva preocupació per la dimensió ètica en el pensament econòmic, i per la filòsofa nord-americana Martha Nussbaum (Sen, 2000; Nussbaum, 2012). Aquest enfocament indica que un tractament just de les persones exigeix el foment de les seves capacitats internes i externes. Una capacitat no és el que una persona fa o és, sinó el que una persona pot fer o pot ser, de manera que s'han de concedir en primer lloc suports per ser lliure, i després llibertat per decidir.
- » El segon suport teòric és l'**enfocament dels funcionaments segurs**, desenvolupat des de la filosofia política per Jonathan Wolff i Avner de-Shalit (Wolff i De-Shalit, 2007). Aquests autors afirmen que les persones amb dèficits presenten un desavantatge social i, per tant, es tracta d'un problema de justícia social. Hi ha un desavantatge social quan una persona té escasses oportunitats autèntiques per funcionar de forma segura, a causa de l'absència d'algun d'aquests tres factors: els recursos interns —que equi-

valdrien a les capacitats internes—, els recursos externs —o condicions externes— i el marc o estructura social. Hi ha dues aportacions principals de l'enfocament dels funcionaments segurs. En primer lloc, la insistència en el fet que les capacitats autèntiques no s'han de garantir únicament de forma puntual, sinó també de forma permanent. En segon lloc, l'èmfasi en l'entorn, remarcant el que anomena *millora de l'estatus*, entès aquí com a accessos igualitaris a la vida social. L'objectiu de la intervenció ètica i jurídica no són les mesures compensatòries, les millores individuals o personals o els recursos, sinó com tot això es tradueix en integració i participació social. Una clara aplicació d'aquest enfocament és el projecte de **ciutats amigables amb les persones grans**, totalment alineat amb el model d'envelliment saludable, que s'ha de concretar en polítiques socials sustentades en tres pilars: salut, participació i seguretat. Aquest últim eix fa referència a garantir la protecció i la dignitat de les persones que no es poden protegir per si mateixes a través del suport a les famílies i a les comunitats de les quals formen part.

«L'exclusió és moralment indeguda (dany injust),
en totes les seves variables, quan s'exclou a qui
no ha de ser exclòs i pel que no ha de ser exclòs;
és a dir, quan la exclusió fereix, per acció
o per omissió, la dignitat universal d'algú.»

X. ETXEBERRIA

- » Finalment, les **teories del reconeixement** constitueixen el tercer enfocament (Ricoeur, 2005; Fraser, 2006). El reconeixement presenta diverses dimensions, entre les quals ens interessa ara el reconeixement intersubjectiu: la persona gran (amb discapacitat o sense) ha de ser reconeguda com a tal en la seva interacció amb la resta de les persones. Aquest reconeixement serà just si, i només si, va acompanyat de l'equitat en la participació o de la paritat participativa. L'exigència normativa determina que la persona no és simplement reconeguda com a tal, sinó que actua com a tal, vàlidament i aportant valor en l'àmbit social. D'aquesta manera es reforcen la participació, la representació i la pertinença social de les persones grans, tal com desenvolupa el model d'envelliment saludable. Així, amb la seva intervenció en els processos públics d'argumentació, participen en la societat com a comunitat deliberativa, noció que és a la base del model dels drets.



La ciutadania suposa principalment un estatus (posició o condició) en el qual se sol·licita, es defineix i es possibilita l'accés als recursos bàsics per a l'exercici de drets i deures civils, polítics i socials. La condició de ciutadà comprèn i inclou tres dimensions: titularitat, condició política i identitat o pertinença.

- » **Titularitat.** La ciutadania implica ser titular de drets i deures.
- » **Condició política.** El que defineix el ciutadà o ciutadana és la seva capacitat de participar i intervenir en els processos polítics i formar part de les institucions públiques de govern de la societat.
- » **Identitat o pertinença.** La ciutadania s'entén com a pertinença a una comunitat determinada, amb una història i uns trets ètnics o culturals propis.

Pel que fa als drets civils, el bon tracte coincideix amb el que hem descrit com a dret a l'autonomia; i pel que fa als drets socials, amb el dret a la integritat física i psíquica. Ens detindrem ara en els drets polítics, és a dir, en el dret a participar i a ser tingut en compte en la construcció de la *polis*, del bé comú, de la seva organització i de les seves normes o lleis de funcionament.

Sembla indubtable que hi ha un gran potencial de participació de les persones grans a Espanya, però és important que entenguem que participar no significa només parlar, discutir i debatre. Participar hauria d'implicar avenços concrets en la millora i en la transformació de la realitat social de les persones grans. Per fer-ho, és necessari no únicament que els òrgans de participació de les persones grans ja existents—que probablement han de ser enfortits i reforçats— siguin informats del que volen dur a terme els poders públics, sinó que la gent gran, les seves organitzacions i representants, puguin compartir la definició dels problemes que els afecten i col·laborar en la cerca de solucions i oportunitats de millora.

La plena inserció de les persones grans en la societat espanyola no passa només per tenir garantides unes condicions de vida dignes i per gaudir de l'autonomia individual. Suposa també que les persones grans no continuïn sent simples objectes d'atenció i d'administració, sinó que siguin presents en les dinàmiques socials i polítiques de cada ciutat i de cada comunitat.

Participar en la vida comunitària és tan important per promoure un bon tracte com ho pot ser tenir bona salut i disposar de prou recursos per viure dignament. Una persona activa i sana és, alhora, una persona implicada en allò que l'envolta i en el benestar individual i col·lectiu.

«El bon tracte exigeix impulsar el paper actiu de les persones grans en l'esport, en les relacions afectives, en la preocupació per millorar les capacitats educatives i tecnològiques, evidentment. Però també cal impulsar i canalitzar l'activisme, les ganes de fer i de servir de la gent gran als espais públics, en l'esfera del voluntariat, en la capacitat de fer coses pels altres» (Subirats, 2011), de manera que es puguin reconèixer com a persones valuoses en el fet de donar i rebre comunitari.

BIBLIOGRAFIA



Abellán, A. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: CSIC, *Informes Envejecimiento en red*, núm. 10.

AGE (2001). *Carta europea de los derechos y las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración*. Recuperat de http://www.age-platform.eu/images/stories/Charter_Spanish.pdf.

Agulló, M. (2001). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación*. Madrid: Imsero.

Alberich, T. (2008). Envejecimiento físico, psicológico y social. A: A. Barranco; A. Funes (ed.). *Intervención social y sanitaria con mayores: Manual de trabajo con la 3.ª y 4.ª edad* (p. 17-47). Madrid: Dykinson.

American Medical Association (ed.) (1992). *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*. Chicago, IL: AMA.

Amor Pan, J. R. (2007). *Ética y discapacidad intelectual*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Amor Pan, J. R. (2010). *Bioética y dependencia*. La Coruña: Obra Social "la Caixa".

Amor, P.; Echeburúa, E.; Paz de Corral.; Zubizarreta, I.; Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.

Anetzberger, G. J.; Palmisano, B. R.; Sander, M.; Bass, D.; Dayton, C.; Eckert, S.; Schimer, M. R. (2000). A model intervention for elder abuse and dementia. *The Gerontologist*, 40(4), 492-497.

Anetzberger, G. J. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations*, 24, 46-52.

Ansello, E. F. (1996). Causes and theories. A: L. A. Baumhover; S. Colleen (ed.). *Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons: Strategies for Assessment and Intervention* (p. 9-30). Baltimore, MD: Health Professions Press.

Arias, A. V.; Morales, F. (2007). Aspectos psicosociales del envejecimiento. A: S. Ballesteros (ed.). *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales* (p. 113-150). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Asociación Americana de Retraso Mental (2004). *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.

Baker, M. W. (2007). Elder mistreatment: Risk, vulnerability, and early mortality. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 313-321.

Banja, J. (1992). Ethics in rehabilitation. A: F. Fletcher et al. (ed). *Rehabilitation Medicine. Contemporary Clinical Perspectives* (p. 269-298). Filadelfia: Lea & Febiger.

Barbero, J.; Barrio, I. M.; Gutiérrez, B.; Izal, M.; Martínez, A.; Moya, A.; Yuste, A. et al. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Imsero.

Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.

Bazo, M. T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas ancianas en España. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(1), 8-14.

Bazo, M. T.; Maiztegui, C. (1999). *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva internacional*. Madrid: Ciencias de la Salud Panamericana.

Bazo, M. T. (2006). Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores. A: J. L. de la Cuesta Arzamendi (ed.). *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar* (p. 40-48). Donostia-Sant Sebastià: Hurkoa Fundazioa, Instituto Vasco de Criminología.

Berástegui Pedro-Viejo, A.; Gómez-Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: Una revisión. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 293-306.

Bomba, P. A. (2006). Use of a single page elder abuse assessment and management tool: A practical Clinician's approach to identifying elder mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 103-122.

Bond, C. (2004). Education and a multi-agency approach are key to addressing elder abuse. *Professional Nurse*, 20(4), 39-41.

Brandl, B. (2002). Power and control: Understanding domestic abuse in later life. *Generations*, 24, 39-45.

Buchanan, A.; Brock, D.; Daniels, N.; Wikler, D. (2000). *From chance to choice: Genetics and justice*. Nova York i Cambridge: Cambridge University Press.

Buesa, S.; Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: El papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31-45.

Burnes D.; Pillemer K.; Caccamise P. L. et al. (2015). Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: A population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63, 1906-1912.

Buzgová, R.; Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), 110-126.

Caballero, J. (2000). Consideraciones sobre maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 10(3), 177-188.

Campo-Arias, A.; Oviedo, H. (2008). Psychometric properties of a scale: Internal consistency. *Revista de Salud Pública* (Bogotá, Colombia), 10(5), 831-839.

Camps, V. (1990). *Virtudes públicas*. Madrid: Espasa Calpe.

Camps, V. (2011). *El gobierno de las emociones*. Barcelona: Herder.

Casado, D.; López i Casasnovas, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación "la Caixa".

Casado, D. (2007). Objetivos permanentes y enfoques de los servicios sociales. A: D. Casado; F. Fantova (ed.). *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la ley sobre la autonomía y la dependencia* (p. 268-280). Madrid: Fundación Foessa.

Causapié, P.; Balbotín, A.; Porras, M.; Mateo, A. (2011). *Imagen de las personas mayores y medios de comunicación*. Madrid: Imsero.

CEPAL-ONU. (2012). *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe*, adoptada en la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Recuperat de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/Cr_Carta_eSp.pdf.

CIS (2009). *Estudio 2801. Barómetro mes de mayo*. Recuperat de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9400.

Cohen, M.; Levin, S. H.; Gagin, R.; Friedman, G. (2007). Elder abuse: Disparities between older People's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1224-1230.

Comijs, H. C.; Pot, A. M.; Smit, J. H.; Jonker, C. (1998). Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 885-888.

Conill, J. (2013). La invención de la autonomía. *Eidón*, 39, 2-12.

Conill, J.; Cortina, A. (2010). La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano. A: M. de los Reyes; M. Sánchez (ed.). *Bioética y pediatría*. Madrid: Ergón.

Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) (2010). *Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso*. Madrid: Centro de Documentación Judicial.

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) i Imsero (2015). Los mitos y estereotipos asociados a la vejez. *Revista 60 y Más*, 46-51. Recuperat de <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s314informe.pdf>.

Cooney, C.; Howard, R.; Lawlor, B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: Can we identify those at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 564-571.

Cortina, A. (2007). *Ética de la razón cordial*. Oviedo: Novel.

Cortina, A. (2010). *Justicia cordial*. Madrid: Trotta.

Daniels, N. (1985). *Just health care*. Nova York: Cambridge University Press.

Davies, M. (2000). Detección del maltrato: Una herramienta de evaluación para los profesionales de la enfermería. A: P. Decalmer; F. Glendenning (ed.). *El maltrato a las personas mayores* (p. 150-154). Barcelona: Paidós.

Davis, R. C.; Medina-Ariza, J. (2001). *Results from an elder abuse prevention experiment in New York City*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. Recuperat de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/188675.pdf>.

De la Torre, J. (2009). Todos somos dependientes. A: J. de la Torre; J. Pérez Marín (ed.). *Autonomía personal y atención a la dependencia* (p. 119-137). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, Cátedra de Bioética, Colección Dilemas Éticos de la Deficiencia Mental.

Del Río, P. (1992). La discapacidad, único camino hacia el hecho humano. A: D. Casado (ed.). *Discapacidad e información* (p. 125-147). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

Días Aledo, L. (2013). La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 483-502.

Díaz-Veiga, P.; Sancho, M. Í. (2012). Unidades de convivencia. Alojamientos de personas mayores para «vivir como en casa». *Informes Portal Mayores*, 132. Madrid: Imsero.

Etxeberria, X. (2003). Fundamentación ética de la protección de los derechos humanos. A: F. Gómez; J. M. Pureza (ed.). *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Etxeberria, X. (2005). *Aproximación ética a la discapacidad*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Etxeberria, X. (2011). La convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad: perspectiva ética. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 237, 33-46.

Etxeberria, X. (2011). El yo moral: Imbricación entre autonomía y alteridad. A: Bermejo D. (ed.). *La identidad en sociedades plurales* (p. 77-103). Barcelona-Logronyo: Anthropos i Universidad de La Rioja.

Etxeberria, X. (2012). Naturaleza humana y discapacidad intelectual. *Revista Portuguesa de Filosofía*, 68(4), 673-692.

Etxeberria, X. (2014). Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. A: S. Huenchuan; R. Icela (ed.). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (p. 61-71). Ciutat de Mèxic: Nacions Unides, CEPAL.

Etxeberria, X. (2015). El reconocimiento como referente transversal de la bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(2), 127-141.

Etxeberria, X.; Goikoetxea, M. J.; Martínez, N.; Pereda, T.; Jauregi, A.; Brossa, J. et al. (2013). El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. *Cuadernos de Derechos Humanos*, 71. Bilbao: Universidad de Deusto.

EURAG (1975). *A charter of the rights for elderly of Europe*. Graz: EURAG.

Fantova, F. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao: Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto.

Feyto, L. (2005). La ética del cuidado, modas, paradojas, talentos. A: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ed.). *La bioética, un puente inacabado. V Congreso Nacional* (p. 79-97). Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Londres: Sage.

Foro de Vida Independiente (2009). *Foro de vida independiente y libertad*. Recuperat de <http://forovidaindependiente.org>.

Fraser, N. (2006). La justicia social en la era de la política de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. A: A. Honneth; N. Fraser (ed.). *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político filosófico* (p. 126-155). Madrid: Morata.

Fulmer, T. (2008). How to try this. Screening for mistreatment of older adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59.

Fundació Bancària "la Caixa" (2017). *Eines per al respecte, l'atenció i el bon tracte. 1a fase. Quadern de bitàcola i guia de desenvolupament per als professionals conductors del taller*. Taller.

García Férrez, J. (2003). *Bioética y personas mayores. Informes Portal Mayores*, 4. Madrid: Imserso.

Garre-Olmo, J.; Planas-Pujol, X.; López-Pousa, S.; Juvinyà, D.; Vilá, A.; Vilalta-Francha, J. (2009). Prevalence and risk factor of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of American Geriatrics Society*, 57, 815-822.

Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2011). *Cien propuestas para avanzar en el bienestar y buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción*. Recuperat de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gobiernovasco-100propuestas-01.pdf>.

Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2015). *Estrategia vasca de envejecimiento activo 2015-2020*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.

Goikoetxea, M. J. (2013). Ética y buen trato a personas mayores. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 424-449.

Goikoetxea, M. J. (2014). La ética como referente de la atención integral centrada en la persona. A: P. Rodríguez; A. Vilá (ed.). *Modelo de atención integral y centrada en la persona* (p. 59-76). Madrid: Tecnos.

Goikoetxea, M. J. (2014). *Atención integral a las personas mayores en fin de vida. Guía de recomendaciones éticas*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco.

Goikoetxea, M. (coord.) (2016). *El proceso de información y consentimiento en servicios sociales. Guía de recomendaciones éticas*. Bilbao: Comité de Ética de Intervención Social de Bizkaia, Diputación Foral de Bizkaia.

González, F.; Aizpiri, M.; Jara A. B.; San Miguel, P.; Tapia, X. (2002). Expresiones de la violencia en la familia actual. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 33-34, 173-178.

Gordon, R. M.; Brill, D. (2001). The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197.

Gracia Guillén, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. 1a ed. Madrid: Triacastela.

Grupo Promotor del Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias (2013). *Confidencialidad en servicios sociales. Guía para mejorar las intervenciones profesionales*. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

Henderson, D.; Buchanan, J. A.; Fisher, J. E. (2002). Violence and the elderly population: Issues for prevention. A: P. A. Schewe (ed.). *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span* (p. 223-245). Washington DC, US: American Psychological Association.

Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica Grijalbo.

Honneth, A. (2004). Recognition and justice: Outline of a plural theory of justice. *Acta Sociologica*, 47, 351-364.

Honneth, A. (2006). Redistribución como reconocimiento: Respuesta a Nancy Fraser. A: N. Fraser; A. Honneth (ed.). *¿Redistribución o reconocimiento?* (p. 89-148). Madrid: Morata.

Imsero (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de malos tratos hacia personas mayores*. Madrid: Imsero.

Imsero (2009). *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Imsero.

Imsero (2009). Proyecto de red mundial de ciudades amigables con las personas mayores. *Boletín sobre el Envejecimiento*, 39. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

Imsero (2010). *Encuesta a personas mayores de 65 años*. Recuperat de http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf.

Imsero (2011). *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.

INGEMA (2010). *Estudio sobre la realidad de las personas mayores de 60 años en el País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: ECVPM-Euskadi, Gobierno del País Vasco.

INGEMA. *Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada*. INGEMA. Recuperat de http://www.zuzenean.euskadi.net/s68contay/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_piloto_instituciones_memoria_final.pdf.

International Longevity Centre Brazil (2015). *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. Brasil.

Kant, I. (1995). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. 11a ed. Traducció de L. Martínez Velasco. Madrid: Espasa Calpe-Austral.

Kittay, E. (2003). Discapacidad, dignidad y protección. *Concilium*, 300, 128-131.

Lachs, M. S. (2004). Screening for family violence: What's an evidence-based doctor to do? *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 399-400.

- Lain Entralgo, P. (2003). *El médico y el enfermo*. 2a ed. Madrid: Triacastela.
- Lain Entralgo, P. (1983). *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Alianza.
- Landis, J. R.; Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Leturia, F. J.; Etxaniz, N. (2009). *Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko, Defensoría del Pueblo del País Vasco.
- Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 299, de 15 de desembre de 2006).
- Losada, A.; Márquez-González, M.; Knight, B. G.; Yanguas, J.; Sayegh, P.; Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregiver's distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, 14(2), 193-202.
- Lowenstein, A.; Eisikovits, Z.; Band-Winterstein, T.; Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 253-277.
- MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Traducció de Beatriz Martínez de Murguía. Barcelona: Paidós.
- Martínez Maroto, A. (2005). El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española. *Informes Portal Mayores*, 40. Madrid: Imserso.
- Martínez Maroto, A. (2009). La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. A: J. de la Torre; J. Pérez Marín (ed.). *Autonomía personal y atención a la dependencia*. 1a ed. (p. 45-65). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, Cátedra de Bioética, Colección Dilemas Éticos de la Deficiencia Mental.
- Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47.
- Masiá, J. (1998). *Bioética y antropología*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, Cátedra de Bioética.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015). *Encuesta Sabe Colombia 2015: Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento*. Bogotá: Minsalud y Colciencias.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2011). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: Imserso.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2012). *Informe 2012. Las personas mayores en España*. Madrid: Imserso.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2015). *Información destacada de la gestión del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de mayo de 2015*. Madrid: Imserso. Recuperat de http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_096699.pdf.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2015). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles; el entorno familiar*. Madrid: Imserso. Recuperat de <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-cuidados-01.pdf>.
- Monforte, J. A.; Franco M. A.; Conde V. J. (2001). *Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias*. Madrid: Imserso.
- Muñoz-Iranzo J. (2001). Aspectos jurídicos de los malos tratos a personas mayores. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 11(2), 78-81.

- Muñoz-Tortosa, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Pirámide.
- Naciones Unidas. Asamblea General (2014). *Informe de la experta independiente Rosa Kornfeld-Matte sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*. Ginebra: ONU.
- Naciones Unidas. Asamblea General (2016). *Informe de la experta independiente Rosa Kornfeld-Matte sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*. Ginebra: ONU.
- National Center of Elder Abuse (NCEA) (1998). *The national center abuse incidence study. Final report*. Recuperat de https://www.acl.gov/sites/default/files/programs/2016-09/ABuseReport_Full.pdf.
- National Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical and Behavioral Research (1978). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Bethesda, Maryland: DHEW Publication.
- Nussbaum, M. (1992). Human functioning and social justice: In defense of aristotelian essentialism. *Political Theory*, 20(2), 202-246.
- Nussbaum, M. (2002). Genética y justicia. Tratar la enfermedad, respetar la diferencia. *Isegoría*, 27, 5-17.
- Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós.
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades: Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Orbegozo, A. (2006). Experiencias en relación con el maltrato y el abordaje desde las instituciones y entidades. A: J. L. de la Cuesta Arzamendi (ed.). *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico* (p. 39-60). Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de Criminología.
- Palacios, A.; Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Recuperat de <http://forovidaindependiente.org>.
- Palacios, A.; Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cinca.
- Papadopoulos, A.; La Fontaine, J. (2000). *Elder abuse: therapeutic perspectives in practice*. Reino Unido: Winslow Press Ltd.
- Paz-Rodríguez, F.; Sánchez-Guzmán, M. A. (2011). Maltrato en pacientes neurológicos. *Anales de Psicología*, 27(1), 256-264.
- Penhale, B. (15). Older women, domestic violence, and elder abuse: A review of commonalities, differences, and shared approaches. *Journal of Elder Abuse*, 3-4, 163-183.
- Perel-Levin, S.; World Health Organization (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. Ginebra: World Health Organization.
- Pérez Cáceres, M. D.; Rubio, L.; Pereñíguez, J. E.; Pérez-Flores, D.; Osuna, E.; Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in south eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 132-137.
- Pérez Hernández, A. M. (2014). *La percepción social de la vejez*. Trabajo de fin de grado de Trabajo Social. Universidad de La Laguna.
- Pérez Luño, A. E. (1991). *Derechos humanos, estado de derecho y constitución*. Madrid: Tecnos.
- Pérez-Royo, G. (2008a). *Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de la sospecha del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

Pérez-Rojo, G.; Izal, M.; Montorio, R.; Nuevo, R. (2008b). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 105-117.

Pérez-Rojo, G.; Izal, M.; Sancho, M. T. (2010). Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(4), 213-218.

Pérez-Rojo, G. (2011). *Dificultades para definir los malos tratos a personas mayores*. Recuperat de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/perez-tipos-01.pdf>.

Pérez-Rojo, G.; Izal, M. Marco conceptual (2011). A: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero); Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG); Organización Mundial de la Salud (OMS) (ed.). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de malos tratos hacia personas mayores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Pérez-Rojo, G.; Chulián Horrillo, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 127-167.

Pérez-Rojo, G.; Izal M.; Montorio, I.; Regato P.; Espinosa, J. M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clínica*, 141(12), 522-526.

Pérez Serrano, G. (2004). *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson.

Pillemer, K.; Finkelhor, D. (1989). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57.

Pillemer, K. A.; Mueller-Johns, K. U.; Mock, S. E.; Sutor, J. J.; Lachs, M. S. (2007). Interventions to prevent elder mistreatment. A: L. S. Doll; S. E. Bonzo; J. A. Mercy; D. A. Sleet (ed.). *Handbook of injury and violence prevention* (p. 241-254). Nova York, NY: Springer Publishing.

Pinazo-Hernandis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 252-282.

Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Imsero.

Radensky, L.; Parikh, D. (2008). Developing a «train the trainer» program to identify elder abuse and neglect: The Jewish home life care system model. *Home Health Care Management & Practice*, 20(3), 254-259.

Reial decret 174/2011, d'11 de febrer, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència establert per la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 42, de 18 de febrer de 2011, secció I, p. 1-125).

Ricoeur, P. (2005). *Caminos del reconocimiento. Tres estudios*. Madrid: Trotta.

Risco C.; Paniagua C.; Jiménez G.; Poblador M. D.; Molina, L.; Buitrago F. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Medicina Clínica*, 125(2), 51-55.

Rodríguez Cabrero, G.; Rodríguez P.; Castejón, P.; Morán, E. (2013). Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social. *Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal*, 1. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Rodríguez Cabrero, R. (2011). Economía del conocimiento. A: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Imsero (ed.). *Libro blanco del envejecimiento activo* (p. 171-245). Madrid: Imsero.

Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal, Colección Papeles de la Fundación, 1.

Romañach, J. (2009). Diversidad funcional y derechos humanos en España: Un reto para el futuro. *Dilemata*, 1, 71-87.

Ross, D. (2002). *The right and the good*. Oxford: Clarendon Press.

Rueda J. D. (coord.) (2008). *El maltrato a las personas mayores: Bases teóricas para su estudio*. Valladolid: Junta de Castilla y León; Universidad de Valladolid.

Rueda, J. D.; Martín, F. J. (2011). El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas*, 18, 7-33. Recuperat de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18708/1/Alternativas_18_01.pdf.

Ruiz Sanmartín, A.; Altet, J.; Porta, N.; Duaso, P.; Coma, M.; Requesens, N. (2001). Violencia doméstica: Prevalencia de sospecha de malos tratos a ancianos. *Atención Primaria*, 27(5), 331-334.

Sánchez-Caro, J.; Abellán, F. (2015). *Aspectos bioéticos, jurídicos y médicos de la discapacidad*. Recuperat de http://www.fundacionsalud2000.com/system/attachments/1871/original/MONOGRAFIA_18_Discapacidad.pdf?2013-03-12%2011:59:54%20+0100.

Sancho, M.; Yanguas, J.; Del Barrio, E. (2016). *Cuidar com ens agradaria que ens cuidessin*. Barcelona: Obra Social "la Caixa".

Sancho, M. T.; Pérez-Rojo, G.; Del Barrio, E.; Yanguas, J. (2011). *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del País Vasco*. Vitòria-Gasteiz: Gobierno Vasco.

Schalock, R. L. (2004). The emerging disability paradigm and its implications for policy and practice. *Journal of Intellectual Disability Research*, 14(4), 204-215.

Schalock, R. L.; Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 224, 21-36.

Schiemberg, L. B.; Gans, D. M. (2000). Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 50(4), 329-359.

Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, 55, 14-20.

Seoane J. A. (2011). La convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad: perspectiva jurídica. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 237, 21-32.

Seoane J. A. (2013). La construcción jurídica de la autonomía del paciente. *Eidon*, 39, 13-33.

Silvers, A. (2009). No talent? Beyond the worst off! A diverse theory of justice for disability. A: K. Browleen; A. Cureton (ed.). *Disability and disadvantage* (p. 163-199). Oxford: Oxford University Press.

Simón Lorda, P.; Rodríguez, J. J.; Martínez Maroto, A.; López Pisa, R. M.; Júdez, J. (2001). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Medicina Clínica*, 117, 419-426.

Singer, P. (1995). *Compendio de ética*. Madrid: Alianza Editorial.

Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2011). *Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores*. Madrid: SEGG.

Strasser, S. M.; Fulmer, T. (1997). The clinical presentation of elder neglect: What we know and what we can do. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 340-349.

- Subirats, J. (2011). El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores. A: Imsero. *Libro blanco del envejecimiento activo* (p. 102-112). Madrid: Imsero.
- Tabueña Lafarga, C. M. (2006). Los malos tratos y vejez: Un enfoque psicosocial. *Psychosocial Intervention / Intervención Psicosocial*, 15(3), 275-292.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Instituto Borja de Bioética, Fundación Mapfre.
- Torralba, F. (2000). Constructos éticos del cuidar. *Enfermería Intensiva*, 11(3), 136-141.
- Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar: Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Instituto Borja de Bioética, Fundación Mapfre.
- Torralba, F. (2005). *¿Qué es la dignidad humana?* Barcelona: Herder.
- Torralba, F. (2005). *Esencia del cuidar: Siete tesis*. Bilbao: Sal Terrae.
- Touza, C.; Prado, C.; García, L.; Royo, P.; Segura, M. P. (2002). Los malos tratos a las personas mayores: Una propuesta para trabajar desde los equipos de servicios sociales de los municipios. *Intervención Psicosocial*, 11(1), 27-41.
- Triadó, C. (2013). Envejecer en España y en Europa. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 110-126.
- Vega, J. L.; Bueno, B. (2000). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- Wolff, J.; De-Shalit, A. (2007). *Disadvantage*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* [Versió en espanyol: *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDD)*]. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. OMS, OPS. [Versió en español: *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Imsero] Ginebra: WHO, OPS.
- World Health Organization (2002). *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- World Health Organization (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization / INPEA (2002). *Missing voices. views of older persons on elder abuse*. Ginebra: WHO.

