
Buen trato



Cuestión de dignidad
y de derecho



EDITA:

Fundación Bancaria "la Caixa", 2019

Autora: Maria Jesús Goikoetxea Iturregui

Corrección: Caplletra

Diseño gráfico: Tramatica SL

Buen trato

Cuestión de dignidad y de derecho

MARCO TEÓRICO

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
A) UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DESDE LA PERSPECTIVA ÉTICA	5
Introducción	6
1. Tengo dignidad y merezco que se me trate bien	8
2. Respetar y apoyar la autonomía personal	19
3. Algunas recomendaciones para el buen trato	26
4. Lo que no voy a tolerar: no al trato inadecuado	33
5. Los malos tratos a personas mayores...	37
B) UNA APROXIMACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS	53
1. Respetar, también en las personas mayores, los derechos humanos.....	55
2. Derecho a la libertad y a la autonomía personal	59
3. Derecho a la integridad física y psíquica	66
4. Derecho a la intimidad y la privacidad en las relaciones personales	70
5. Derecho a la ciudadanía, a la participación y a la construcción de mi entorno social	80
BIBLIOGRAFÍA	84

PRESENTACIÓN

El envejecimiento progresivo de la población está dando pie a cambios de primera magnitud que obligan a reconsiderar las actuaciones dirigidas a personas mayores en distintos ámbitos de la atención social a este colectivo.

En los últimos años, y por parte de diferentes agentes sociales, se ha puesto énfasis en promover la dignidad y la autonomía de las personas mayores, como ejes básicos para el desarrollo de iniciativas y programas dirigidos a la población mayor de 65 años en general, tanto en el ámbito social como en el institucional.

El Programa de Personas Mayores de la Obra Social “la Caixa”, con más de cien años de historia, tiene como objetivo estratégico abordar los nuevos desafíos que se presentan en la vejez, para contribuir a generar reflexión y actuaciones que reviertan en una mejora de la calidad de vida de este colectivo, atendiendo especialmente a aquellas personas en situación de mayor vulnerabilidad.

En los años 2015-2016, desde este programa se llevó a cabo un proceso de reflexión con más de 60 agentes sociales, de los ámbitos público y privado, que originó la carta *Primero, las personas: Cuidar como nos gustaría ser cuidados*. En este texto, se formularon los principios de dignidad, autonomía, corresponsabilidad y transversalidad como valores esenciales que deben presidir las relaciones de cuidado. Asimismo, se constataba la necesidad de promover un buen trato y construir una cultura de los cuidados fuera del ámbito privado.

Esperamos que esta aproximación conceptual al buen trato, desde la perspectiva ética y de derechos, contribuya a sensibilizar al conjunto de la sociedad, y especialmente a las personas mayores, haciendo cada vez más presente que el buen trato a este colectivo constituye una cuestión que nos compromete a todos.

Buen trato

UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DESDE LA PERSPECTIVA ÉTICA

1

Tengo dignidad
y merezco
que se me trate
bien



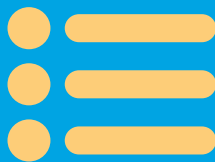
2

Respetar y
apoyar la
autonomía
personal



3

Algunas
recomendaciones
para el buen
trato



4

Lo que no
voy a tolerar:
no al trato
inadecuado



5

Los malos
tratos a
personas
mayores



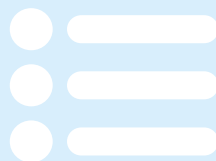
INTRODUCCIÓN

La razón de ser de este trabajo es contribuir al fomento de un buen trato a las personas mayores y, por consiguiente, a la desaparición de los malos tratos a este colectivo. Se adopta un enfoque interdisciplinario, con la perspectiva ética como eje articulador, integrando aportaciones variadas del ámbito jurídico, sociológico y psicológico.

En el reconocimiento de la igual dignidad, y la exigencia de respeto absoluto a esa dignidad, fundamentamos nuestras obligaciones hacia todo ser humano, entre las que se incluye tratar bien a las personas mayores, con consideración y respeto. Sin embargo, los estudios muestran que existe una percepción negativa de este grupo de población, que conlleva una menor apreciación y consideración social.

Esta falta de reconocimiento de su dignidad intrínseca se manifiesta en actitudes edadistas y, en ocasiones, en actuaciones claramente discriminatorias, tanto en los ámbitos privados como en el reconocimiento de sus derechos y su condición de ciudadanía. La minusvaloración, especialmente en personas mayores en situación de dependencia, y la discriminación por edad son las causas primeras de los altos índices de malos tratos a este colectivo, tal y como refleja el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, de la Organización Mundial de la Salud: «La prevalencia del maltrato de las personas mayores en los países de ingresos altos o medianos es de entre el 2,2 y el 14 %». Y añade: «Es importante tener en cuenta que estas cifras no incluyen a los adultos mayores con deterioro cognitivo, ni a los que viven en residencias o centros de atención a largo plazo. Sin embargo, puede que estos grupos estén en particular riesgo de maltrato» (OMS, 2015).

Creemos que el conocimiento de los principios y valores éticos que materializan el respeto a la dignidad humana y el reconocimiento de sus derechos constituye un extraordinario medio para impulsar el buen trato a



las personas mayores, contribuyendo así a la visibilización de relaciones injustas y de maltrato, lamentablemente justificadas en algunas ocasiones.

Este trabajo va dirigido principalmente a las propias personas mayores, con un **doble objetivo**:

- » Desde la **perspectiva ética**, complementada con la psicológica, pretende ayudar a las personas mayores a identificarse como valiosas, fomentando su autoestima, impulsando su autonomía, facilitándoles recursos para establecer relaciones de reciprocidad en que sean bien tratadas, e identificando situaciones de riesgo o indicadores que puedan suponer un maltrato.
- » Desde la **vertiente jurídica**, quiere facilitar a las personas mayores el conocimiento de sus derechos, principalmente de aquellos que más se lesionan cuando no se da un buen trato, tanto en el ámbito privado (integridad física y psíquica, libertad, privacidad e intimidad) como en el ámbito público del ejercicio de la ciudadanía. El informe elaborado en el año 2016 por Rosa Kornfeld-Matte, experta independiente para la protección de los derechos humanos de las personas mayores de la Organización de las Naciones Unidas, reconoce «lagunas en la aplicación de la legislación vigente relativa a la promoción y protección de los derechos de las personas de edad», así como la «poca o ninguna información sobre algunas cuestiones esenciales, como la capacidad jurídica, la calidad de la atención, los cuidados a largo plazo, los cuidados paliativos, la asistencia a las víctimas de la violencia y el maltrato, los recursos disponibles, la independencia y la autonomía, o el derecho a un nivel de vida adecuado, especialmente en lo que se refiere a la vivienda».

Confiamos que este documento resultará también de utilidad para los profesionales y las entidades comprometidas con el bienestar y el buen trato a las personas mayores. Asimismo, valoramos el esfuerzo y empeño continuados por la innovación, la excelencia y la calidad en los programas de esta entidad dirigidos a personas mayores; es decir, su vocación de hacer las cosas bien y para el bien de las personas.



Tengo dignidad y merezco que se me trate bien

La dignidad es la categoría ética fundamental cuando hablamos de las obligaciones que tenemos para con las personas, en nuestro caso las personas mayores. La dignidad no hace referencia a las capacidades «extraordinarias» de los humanos, sino a su estructura carencial-potencial posibilitadora de relaciones biológicas, psicológicas y sociales que los capacitan para la autonomía y la responsabilidad.

Empecemos recordando la definición de dignidad, tal y como es expresada por Immanuel Kant: es digno quien posee un **valor incondicionado** que le hace ser fin en sí. Esto significa que quien tiene dignidad puede reclamar ser tratado siempre al mismo tiempo como fin (valor absoluto) y nunca como puro medio (valor solo instrumental).

El reconocimiento de la dignidad es la piedra angular para exigir respeto absoluto por el ser humano y abordar las obligaciones del buen trato hacia este, tanto en las relaciones privadas como en su consideración como ciudadano en el ámbito público, asegurando un modelo social que garantice su participación en condiciones de justicia e igualdad. Quien tiene dignidad exige ser tratado bien, con **consideración y respeto**, con igual consideración y respeto que el resto de las personas. Si se reconoce que toda persona es digna *per se*, de ahí se desprende que la comunidad, las instituciones y el Estado deben velar por su protección y por su promoción. Es de esta exigencia de buen trato de la que emanan todos los derechos de las personas: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y, dotados como están de razón y conciencia [...]» (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, art. 1), debe reconocerse «la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana» (*op. cit.*, preámbulo).

El reconocimiento de la igual dignidad de todos los humanos ha exigido y exige los desarrollos jurídicos necesarios que aseguren su protección en aquellas circunstancias en que pueda estar en riesgo. Así se reconoce en la propia Constitución española, y en múltiples normas como las referentes a la asistencia sanitaria (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) y los servicios sociales (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia).

«Aquello que constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo no tiene un valor meramente relativo o precio, sino que tiene un valor interno, es decir, dignidad.»

KANT, 1942

Podría parecernos inútil, tras la Declaración Universal de Derechos Humanos y la vigencia de los marcos jurídicos actuales, la necesidad de recordar y exigir el reconocimiento de la igual dignidad de todas las personas. Sin embargo, nada más lejos de la realidad. En la actualidad, existen bioeticistas importantes que afirman que no todos los individuos vivos de la especie *Homo sapiens* son personas, o al menos no todos lo son en sentido estricto. Para estos expertos, no existe una coincidencia entre el término *persona* y el término *ser humano*, lo que puede sin duda tener consecuencias muy importantes en el buen trato a las personas más incapaces. Entre estos especialistas, cabe destacar por su gran influencia en el debate bioético a dos autores: Peter Singer y Hugo Tristram Engelhardt.

- » Singer propone usar *persona* en el sentido de «ser racional y autoconsciente». La persona no es definida en relación con la sensibilidad, la relación o la libertad, sino en relación con su «darse cuenta», con su conciencia. Singer no propone la eliminación de los derechos de los seres humanos no racionales, pero los iguala a los de algunos animales. Para él, la ética exige la reducción del sufrimiento ajeno, y, por lo tanto, todos los seres con capacidad de sufrir (humanos o no) deben ser objeto de protección y de cuidado: «Todos los seres capaces de experimentar placer o dolor tienen el mismo derecho a la vida» (Singer, 1995, p. 101). Se acaba así con la igualdad de los seres humanos discapacitados psíquicamente respecto a otros seres humanos, igualándolos a aquellos seres no humanos sensibles al placer y al dolor.
- » Engelhardt no niega que todos los seres humanos sean personas, pero defiende que unos lo son en sentido estricto (vida humana personal), y otros en un sentido diferente (vida humana biológica no personal). La persona, en sentido estricto, se caracteriza por tres atributos: autorreflexión, racional-



lidad y sentido moral. Solo las personas son sujetos de derechos, mientras que las personas «no humanas» tienen un valor ontológico, axiológico y jurídico menor, que vendrá determinado por el valor que puedan representar para otras personas (sus padres, sus familiares...). Para Engelhardt, los fetos, los retrasados mentales graves, los enfermos en estado vegetativo persistente y los ancianos con demencia avanzada constituyen ejemplos de personas «no humanas», cuyo valor no es intrínseco, sino que depende de la estimación que hagan de ellos sus responsables legales.

Los autores anteriores y otros empiezan a poner en duda la igual dignidad de las personas mayores con graves niveles de dependencia y deterioro. Desde siempre, y también ahora, han existido modos de tratamiento y relación que quebrantan la dignidad utilizados con las personas muy fragilizadas. Estos modos de estimación y relación atentan contra la dignidad personal, y por ello los clasificamos como trato poco digno o maltrato. Se dan en las siguientes situaciones (Etxeberria, 2005):

- » Cuando se trata a la persona como **puro medio que vale para algo**. Decimos entonces que la persona no tiene valor en sí, sino precio, y se tolera el maltrato para conseguir determinados intereses personales, económicos, lucrativos...
- » Cuando la persona mayor es considerada un **no valor**, por carencia de capacidades y/o recursos, y, en consecuencia, sufre menosprecio, indiferencia o, incluso, exclusión o marginación (no es tenida en cuenta, se la aparta si nos estorba o molesta, se la aísla o margina para no ser vista...). Esta situación no dependerá solamente de las condiciones de déficit o capacidad de la persona (que requiera más o menos cuidados), sino también de la situación subjetiva del cuidador o cuidadora (mayor o menor control emocional) y, especialmente, del compromiso ético y el vínculo personal que existan entre ambos.
- » Por último, se atenta contra la dignidad cuando se considera a la persona como un **disvalor peligroso**, porque supone una carga para otros o para el sistema, por sus conductas inadecuadas, por generar gasto, molestia o insatisfacción en su familia, o sobrecarga para sus cuidadores. En estos casos, puede plantearse su eliminación y discriminación (modelo eugenésico) con respecto a los recursos sociales, por considerar que son «desproporcionados» para la calidad de vida que se obtendrá.

El maltrato es un trato indigno dado a otra persona. Las personas nos experimentamos como sujetos de dignidad cuando somos estimadas como valiosas, respetadas y capacitadas como tales, y contamos con unas condiciones contextuales justas que impiden que seamos discriminadas o lesionadas.

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

El buen trato a las personas, exigencia derivada del reconocimiento de la dignidad absoluta, tiene tres niveles de desarrollo material desde el punto de vista ético:

- » Un **primer nivel universal**, es decir, común para todas las personas. Este nivel incluye, a su vez, tres exigencias distintas:
 - Lo prohibido, que recoge aquellas conductas que no deben realizarse para un buen trato a las personas.
 - Los recursos exigibles en justicia, para que la persona mayor pueda vivir conforme a su dignidad.
 - El respeto a la libertad y a la autonomía.

«Al ser humano individual, a cada uno de nosotros,
corresponde la tarea de hacerse viejo, de envejecer,
dándose a sí mismo calidad. La vida humana, toda vida
humana, es, ha de ser, realización, y debe serlo
en cada una de sus edades.»

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

- » Un **segundo nivel particular**, que dependerá de las diferentes circunstancias, necesidades, valores, identidades y proyectos de vida de las personas. Este nivel incluye obligaciones que la persona tiene consigo misma o situaciones que le generan satisfacción y experiencia de que su vida «tiene sentido», «merece la pena». Dichas obligaciones particulares están normalmente estructuradas en un código moral que reclama ser respetado en una relación de buen trato, para que cada persona pueda cumplir con sus valores y creencias.
- » Un **tercer nivel relacional**, en el que las personas se experimentan como valiosas para aquellas otras con las que se relacionan. Este tercer nivel es especialmente necesario para sentirse bien tratado, pues conlleva la concreción de la dignidad para las demás personas al considerarse uno como estimable. Para este tercer nivel, es necesario desarrollar competencias y habilidades éticas, denominadas en la ética clásica *virtudes para el buen trato*. El nivel relacional es siempre un nivel de reciprocidad, de dar y recibir. Nadie se siente respetado en su dignidad si solo da, ya que antes o después experimentará la instrumentalización de quien recibe y, consiguientemente, la falta de respeto a su dignidad intrínseca. Pero tampoco nadie es plenamente reconocido como valioso si solo puede recibir pasivamente, porque de algún modo esa receptividad absoluta supone una falta de consideración a sus capacidades y posibles aportaciones para mejorar la relación. Una relación debe reconocer la dignidad de todas las personas que participan en ella, de modo que se dé una simetría moral, una simetría de dignidad, que significa que todos los implicados en ella dan y reciben. De ahí que autores como Alasdair MacIntyre hablen de virtudes del dar y virtudes del recibir. En las situaciones de cuidado, aparentemente asimétricas en cuanto a su moralidad (solo quien cuida parece responsable del buen trato), existe un dar y un



recibir. Quien cuida proporciona apoyos y cuidados, y quien recibe aporta la posibilidad de autorrealización personal de quien cuida. Así, entre las virtudes del dar se encuentran la amabilidad, la hospitalidad, la compasión, etc. Las virtudes del recibir posibilitan que el emisor se experimente también bien tratado, y no instrumentalizado o utilizado como «mero medio». Algunas virtudes del recibir son la gratitud, la paciencia, la comprensión, etc.

«La misericordia se activa ante una situación de dolor (humillación o sufrimiento) urgente o extremo, sin detenerse en encontrar razones por las que esa persona debe ser atendida o aliviada en su dolor. No repara en los protocolos o normativas y considera que es inmoral tener que encontrar razones para actuar en dichas situaciones.»

MACINTYRE, 2001, P. 146

1.1. LOS MÍNIMOS UNIVERSALES EXIGIBLES PARA EL BUEN TRATO A LAS PERSONAS

La teoría de los principios de la bioética es, en el ámbito de las ciencias de la salud, el código deontológico que pretende establecer unos principios materiales que, aunque no de un modo absoluto (pueden tener excepciones), se considera que, en principio, deben ser exigidos en la atención a todas las personas, incluidas las personas mayores, de acuerdo a su igual dignidad.

1.1.1. La no maleficencia y la justicia (no hacer daño y no discriminar)

Si se reconoce que toda persona es digna *per se*, de ahí se desprende que la comunidad, las instituciones y el Estado deben velar por su protección y por su promoción, facilitando atenciones y recursos especializados, estructuras, sistemas y entornos integradores, y apoyos físicos, normativos y de cualquier orden que posibiliten una igualdad de acceso a los beneficios sociales.

En el ámbito de la bioética, tal constatación se desarrolla a partir de los principios de no maleficencia y justicia. El principio de no maleficencia se formula como la obligación de no lesionar la integridad de un ser humano. Es decir, la primera exigencia para el buen trato es no hacer daño a una persona mayor en su integridad, es decir, no al mal trato, aunque no sea intencionado.

En la historia de la ética médica, el *Primum non nocere* ha sido el principio moral de la profesión. Dicho principio sigue siendo la norma moral fundamental de los profesionales obligados a intervenir para desarrollar la autonomía de las personas en situación de dependencia y/o protegerlas.

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

«Si no puedes hacer el bien, al menos no hagas daño.»

HIPÓCRATES

Pero la obligación de no hacer daño también es exigible en las relaciones informales (familiares, de amistad, etc.). Un daño que no solo puede ser físico o psíquico, sino también económico o sexual. Situaciones de sobreexplotación de abuelas y abuelos impidiendo su descanso, la dependencia económica excesiva que genera precariedad, relaciones sexuales no consentidas, aislamientos y limitaciones de la vida social no justificados son algunos ejemplos de maltrato a las personas mayores, lamentablemente no siempre reconocidos como tales por ellas mismas.

En cuanto a la justicia, el respeto a la dignidad supone que las personas mayores no sean discriminadas en cuanto a las posibilidades de lograr una vida realizada en función de factores como la edad, la enfermedad, el nivel de autonomía, etc. En su versión distributiva, la justicia está decididamente mediada por las instituciones, e implica relaciones guiadas por el criterio del reparto equitativo de bienes y recursos con los que se satisfacen necesidades y se potencian las capacidades. Existen situaciones que suponen en sí un atentado contra la justicia distributiva, y por lo tanto contra la dignidad, como pueden ser los criterios de exclusión de determinadas prestaciones sociales en función de la edad, la discapacidad, las molestias para terceros, etc. Podemos hablar, incluso, de situaciones de maltrato que han sido provocadas por la ausencia de recursos para la atención de necesidades básicas, en el caso de personas en situación de dependencia que viven solas o carecen de relaciones primarias que puedan asumir su atención y cuidado. El Estado, a través del sistema de servicios sociales, debe asegurar la atención a las personas mayores, también en situación de dependencia o enfermedad crónica. Estos principios de no maleficencia y justicia reclaman a los responsables, en cada caso:



- » Formación para los cuidadores y profesionales, para evitar situaciones de riesgo.
- » Validación de los procedimientos empleados en la atención a las personas mayores, especialmente cuando puedan generar una limitación de derechos (restricciones, ingresos involuntarios, etc.).
- » Iniciativas para mejorar la atención a las personas mayores en los distintos ámbitos, como guías de buenas prácticas, formación en ética, sistemas de calidad y control que incluyan indicadores de calidad de vida objetiva y subjetiva...
- » Establecimiento de medidas para evitar la discriminación de las personas mayores en servicios públicos como la asistencia sanitaria, el acceso al transporte, la participación en actividades de ocio, etc.
- » En relación al maltrato: instrumentos de prevención, medidas de reparación para víctimas de maltratos, eventualmente castigo a los culpables...

1.1.2. La autonomía y la beneficencia (respetar y proteger)

Cuando nos planteamos el buen trato a las personas, conforme a su dignidad, no nos conformamos con no hacer daño y evitar discriminaciones o situaciones de exclusión. Pretendemos que las personas puedan vivir de acuerdo con su modo de ser propio y puedan seguir su desarrollo biográfico e histórico, logrando una vida realizada. Para ello, es necesario, en primer lugar, conocer, reconocer y respetar la forma de ser de cada persona, y en segundo lugar, dar apoyos, entornos y relaciones que posibiliten alcanzar los propios objetivos.

Para lograrlo, es preciso empoderar a las personas mayores, haciéndolas protagonistas y responsables de sus decisiones, conductas, bienestar y, en definitiva, de su «calidad de vida». Situándonos en este marco privado e intersubjetivo, y partiendo de que deben asumirse también aquí los dos principios anteriores, aparecen otras dos obligaciones éticas: el respeto y desarrollo de la autonomía, y la exigencia de beneficencia.

Conviene destacar que las relaciones asistenciales, sanitarias o de servicios sociales se dan en este marco. Son relaciones que pretenden afectar, transformar y modificar la vida privada de las personas con el objetivo de superar las dificultades que les impiden apropiarse de su vida, fomentar su salud y mejorar sus niveles de interacción social.

El principio de autonomía reclama respeto a la autodeterminación de las personas mayores con las que entramos en relación (familiar, profesional, de amistad, ocasional...). Se formula como la obligación de cada sujeto de respetar sus propios principios y valores, y de desarrollar el proyecto de vida que ha elaborado en función de aquellos. Dicho principio obliga a cada cual a actuar de acuerdo con su conciencia moral, haciéndose responsable de sus actos. Las personas, en virtud de su dignidad, son capaces

de proponerse sus propios fines y, además, están obligadas a perseguirlos. El respeto a la autonomía se desarrolla en varias direcciones. En el siguiente apartado abordaremos algunas de ellas.

El principio de beneficencia es, sin duda, como su nombre indica, el principio más implicado en lograr el bien, el resultado satisfactorio de un buen trato. Puede formularse como la obligación de procurar el bien a aquel con quien me he comprometido de forma responsable, respetando sus propios valores y su proyecto de vida.

Este principio exige la protección de los derechos de las personas mayores cuando dejan de ser autónomas, para que su dignidad y sus derechos no sean lesionados. Atañe, en el ámbito legal, a cualquier ciudadano o ciudadana siempre que la persona mayor no pueda gestionar por sí misma sus derechos, y está recogido en el delito de omisión del deber de socorro. Particularmente, afecta a familiares y tutores cuando la incapacidad de la persona para su autodeterminación es permanente, existiendo las figuras legales de la desprotección, el desamparo o la indefensión cuando no se cumplen dichas obligaciones.

1.2. LAS OBLIGACIONES ÉTICAS PARTICULARES PARA EL BUEN TRATO

En este segundo nivel, el buen trato conlleva procurar a las personas mayores aquellas ayudas, apoyos o recursos necesarios para que puedan llevar adelante su proyecto personal de vida, una vida «lograda» y «satisfactoria». Esta obligación no es exigible legalmente, pues va más allá de los mínimos recogidos en los derechos. En este nivel, la obligación del buen trato se convierte en una obligación de máximos, una exigencia de buen trato «óptimo», de procurar el mayor beneficio posible a la persona mayor.

No hay que olvidar que en este nivel la referencia primordial es la identidad de la persona mayor, lo que para ella es el buen trato, evitando paternalismos o infantilizaciones, que conllevan siempre un menoscabo de la dignidad y la estima. Para ello, es necesario tener en cuenta:

- » Que el bien que se haga siguiendo criterios objetivos de mejora de la calidad de vida sea valorado también como bien por la propia persona destinataria de la acción o intervención, y la ayude a completar su biografía o proyecto de vida de acuerdo a su modo de ser.
- » Que, en el caso de que se observen carencias de autonomía, se oriente prioritariamente la acción benefactora de buen trato a potenciarlas en todo lo que se pueda, y a sustituirlas únicamente en aquello que no se pueda.
- » Que, en caso de tener que sustituir las decisiones de la persona, las opciones elegidas tengan en cuenta sus valores.



Distinguimos, en este nivel, las decisiones de sustitución, en las que se sustituye a la persona en sus decisiones cuando no es necesario, o siendo necesario, sin tener en cuenta sus valores y su identidad, de las decisiones de representación, en las que se representa a la persona mayor, decidiendo o haciendo lo que ella hubiera hecho si hubiera podido o hubiera sido capaz.

1.3. SENTIRSE BIEN TRATADO EN LAS RELACIONES PERSONALES

Los principios anteriores y su desarrollo orientan lo que se debe hacer; son el marco normativo de carácter imperativo que guía las decisiones sobre lo que es y no es un buen trato a las personas. Sin embargo, su cumplimiento no es suficiente para avanzar en el buen trato a las personas mayores desde el enfoque ético, que no es otro que promover las condiciones que permitan que cualquier persona pueda lograr una vida que merezca la pena ser vivida, una vida «realizada», «lograda», utilizando las palabras de Paul Ricoeur. Este concepto incluirá los imperativos de justicia, pero irá más allá, pretendiendo la felicidad.

Desde esta perspectiva, la ética se desarrolla en la vida cotidiana de personas con identidades y biografías concretas, que son reconocidas diferencialmente, en entornos culturales específicos y con relaciones de consideración y estima que generan bienestar y capacitan para la interacción positiva. Si la imparcialidad es la actitud correcta para la ética universal, el reconocimiento «empático» convierte a la preferencia en necesidad en quien pretende un buen trato personalizado que genere realmente calidad de vida, eliminando el sufrimiento de cada persona y procurándole satisfacción personal. Tal y como afirma Singer, «una vida significativa no puede ser guiada por principios morales imparciales» (1995, p. 453).

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

Estas disposiciones, a las que llamamos *virtudes*, son la realización del bien de la felicidad, aunque también pueden ser comprendidas como vía para alcanzarla (Camps, 1990; Etxeberria, 2005; Torralba, 2000), y requieren una capacitación emocional o sentimental que posibilite el desarrollo virtuoso y la realización de la justicia (Camps, 2011; Cortina, 2007).

Podemos agrupar las virtudes necesarias para un buen trato desde el beneficio que aportan, y proponer, siguiendo con libertad a distintos autores (Torralba, 2002; Etxeberria, 2003 y 2012; Amor Pan, 2010; MacIntyre, 2001), las siguientes:

- » Para una buena práctica del cuidar: la confianza, la empatía, la prudencia y la fortaleza.
- » Para una buena acogida de la persona cuidada: la hospitalidad, la humildad, la simpatía y la confianza.
- » Para el reconocimiento del que cuida como persona valiosa: el agradecimiento, la paciencia y la mansedumbre.
- » Para posibilitar a la persona mayor avanzar hacia su autonomía moral: la «dialogalidad», la veracidad, la confianza y la esperanza.
- » Para sostener la relación en el cansancio provocado por la continuidad prolongada: la paciencia, la perseverancia y la lealtad.
- » Para afrontar las situaciones conflictivas y las reacciones difíciles que genera el sufrimiento: la compasión, la paciencia y la mansedumbre.

1.4. CAMINOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA DIGNIDAD

Paul Ricoeur, en su obra *Caminos del reconocimiento* (2005), escrita ya en su madurez, propone **cuatro caminos para el reconocimiento** de todo ser humano como valioso en su medio; es decir, para lograr que todas las personas se sientan reconocidas como valiosas en su dignidad:

- » El primer camino empieza por la **identificación personal y del otro como personas únicas y distintas**, el darse cuenta de que yo soy alguien único, diferente, individual, con rasgos propios, y el otro también. El desconocimiento de la persona y las generalizaciones en el trato provocan, a través de la despersonalización, daño en la dignidad personal.
- » El segundo camino es el de las **capacidades**, que se reconocen tanto individual como socialmente. Subraya la importancia de dos capacidades para el reconocimiento de la dignidad de las personas: el recuerdo y la promesa. Ambas son muy significativas, a nuestro juicio, para el reconocimiento de las personas mayores: recordar lo que fueron, lo que recibimos de ellas, y también cumplir las promesas que hemos hecho a personas concretas y que, en principio, debemos procurar cumplir.
- » El tercer camino es la lucha y la **reivindicación justa** cuando se niegan la dignidad y los derechos de un colectivo que se siente discriminado o excluido socialmente. El camino de la lucha por el reconocimiento pretende ver reconocidas las capacidades del individuo y, a través de ellas, su identidad auténtica, favoreciendo su inclusión social y evitando su marginación, al pasar de la voz activa (reivindicación) a la voz pasiva (integración) del reconocimiento.
- » Ricoeur confiesa que experimenta malestar por tener que alcanzar el reconocimiento a través de la lucha: «¿Cuándo se estimará verdaderamente



reconocida una persona?» (Ricoeur, 2005, p. 224). En este malestar, Ricoeur se plantea la posibilidad de ir más allá del conflicto y la lucha, y vislumbrar un estado de paz que, en el intercambio de dones y en la **gratitud**, establezca una forma plena de reconocimiento mutuo que supondría el cuarto camino.

«Si queremos un mundo de paz y de justicia, hay que poner decididamente la inteligencia al servicio del amor.»

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

El autor más conocido en cuanto a las teorías del reconocimiento de la dignidad de las personas es Axel Honneth. Este filósofo plantea la existencia de tres esferas del reconocimiento de la dignidad de las personas: el **logro personal**, que el resto reconoce como valioso; la **igualdad ante la ley**, que evidencia la igual dignidad socialmente, y el **amor**. En la esfera del amor, el reconocimiento se produce en el entorno de las relaciones afectivas más íntimas, con los familiares y las amistades, donde se obtiene la autoconfianza al sentirse la persona amada y apreciada, independientemente de sus limitaciones y fragilidades, y donde el utilitarismo es superado desde el afecto por la simetría moral.

Intentando aplicar las propuestas de Ricoeur y Honneth para un buen trato a las personas mayores, entendido este como un reconocimiento de la dignidad de cada una de ellas, podríamos sintetizarlas en cuatro rasgos:

- » Reconocer la **identidad** personal y única de cada persona.
- » Reconocer sus **capacidades** y sus logros, y recordar sus aportaciones.
- » Reconocer sus **derechos** como ciudadana y fomentar su inclusión social en igualdad.
- » Reconocer el valor que supone la relación con ella y expresarla a través de **la gratitud y el amor**.

Podemos concluir que, para un buen trato, es necesario aunar principios universales razonables y racionales que pueden ser exigidos, y relaciones de compromiso empático que brotan de la estima emocional. Ambas dimensiones no se excluyen, pues, como afirma Adela Cortina:

«Oponer la lógica del corazón a la de la razón es una costumbre tan antigua como infortunada, porque la razón es una facultad preparada para interpretar proyectos del corazón, para extenderlos en propuestas teóricamente elaboradas, pero esos proyectos racionales solo cobran fuerza motivadora y descubren regiones de injusticia si no pierden su arraigo en el corazón»

CORTINA, 2007, P. 193



Respetar y apoyar la autonomía personal

La vivencia del proceso de envejecimiento puede ser muy distinta dependiendo de cada persona, y en esta etapa de la vida cada persona atribuye un significado diferente al concepto de buen trato.

El reconocimiento de la igual dignidad no supone que las personas mayores sean iguales. Como hemos dicho, el contenido material del buen trato (cómo se trata bien) tiene una **parte universal** (común a cualquier persona y que coincide con sus derechos) y una **parte particular** (que determina a cada persona según su identidad, sus valores y su modo de ser). En cuanto al contenido universal del buen trato, y por lo tanto exigible éticamente a cualquier persona, se sintetiza en las tres obligaciones desarrolladas en el apartado anterior:

- » Tratar a la persona mayor de forma que su integridad física y psíquica no sufra daños.
- » Tratar a la persona mayor de forma que no sea discriminada por su edad (edadismo) con respecto a las prestaciones, servicios y apoyos a los que tiene derecho como ciudadana.
- » Respetar los valores, creencias y decisiones de las personas.

Cuando no se cumple alguna de estas tres exigencias (o varias), hablamos de maltrato. El maltrato es definido, en consecuencia, como un modo de relación (que puede expresarse a través de una acción o una omisión o falta de respuesta) que genera daño o discriminación a una persona.

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

La heterogeneidad del grupo de las denominadas *personas mayores*, las diferencias normativas en distintos países respecto a la edad en la que se pueden percibir prestaciones específicas para mayores (pensiones, descuentos



en prestaciones básicas, apoyos especiales para la vida cotidiana, etc.), y las distintas situaciones de salud en las que pueden encontrarse los miembros de este colectivo (Agulló, 2001) dificultan la determinación de criterios y estándares en cuanto a los valores de las personas mayores. Algunas conductas que pueden ser consideradas como un trato inadecuado en el medio urbano (entrar en una casa particular y coger alimentos u objetos sin permiso) se tienen por comunes y muestra de cooperación y solidaridad en medios rurales, por ejemplo. Las diferencias entre las personas mayores de 65 años (o de 60) son mucho más grandes y más variadas que las que existen entre los miembros de otros grupos de personas que se encuentran en otras etapas de sus vidas (Vega y Bueno, 2000). En el mismo sentido se expresa el Imsero (2012) en el informe publicado en el Portal de Mayores, que reconoce que es el grupo de población con mayor variabilidad en cuanto a diferencias biológicas, características psicológicas y, también, valores y códigos morales privados.

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

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

BAYÉS, 2001

El buen trato en relación con la autonomía personal tiene también un doble desarrollo:

- » Un desarrollo pasivo: respetar las decisiones, valores, creencias y modos de ser de cada persona.
- » Una dimensión activa: proporcionar apoyos para que una persona pueda llevar adelante, en continuidad con su vida, sus obligaciones consigo misma y con el resto de las personas, así como sus proyectos.

Antes de continuar con la relación entre autonomía y buen trato, es necesario aclarar que la **autonomía** humana nunca es autosuficiente, sino que siempre es **interdependiente**. Se habla con naturalidad de vidas independientes que pasan a ser dependientes, o de personas autónomas que dejan de serlo, como sería el caso de algunas personas cuando son mayores. Pero el dilema entre dependencia e independencia, o capacidad e incapacidad, es existencialmente falso. Nadie nunca es plenamente independiente, y todos somos siempre personas dependientes, con los lazos relacionales correspondientes que esta dependencia genera, y que fluctúan de modos diversos en las biografías. El ideal, por lo tanto, no puede ser el de la independencia «autosuficiente», sino el de la interdependencia compleja y biográficamente personalizada y cambiante, que sintetice de la mejor forma posible en cada momento dependencias e independencias en solidaridad.

«Lo que caracteriza a todos los seres humanos es su general capacidad para hacer cosas e interiorizarlas con el apoyo externo y social, y su incapacidad para desarrollarse aislados como seres humanos. Y esta discapacidad individual general, esta necesidad de ser ayudados y suplementados como medio para llegar a ser autónomos y capaces, es lo que justamente caracteriza el hecho humano.»

DEL RÍO, 1992, P. 138

El decrecimiento de la autonomía que se produce en algunas personas mayores en esta etapa de la vida se sitúa en el marco global de lo que somos, que supone, entre otras cosas, las siguientes:

- » La independencia ya no es definida como la pura autosuficiencia ante el otro, pues siempre se está «debiendo» algo a alguien, sino como **la no dominación de la libertad por el otro**. Ninguna persona mayor debe sufrirla nunca, ni en grados intensos ni en grados tenues, que, al ser continuados en el tiempo, se tornan relevantes.



- » La persona tiene derecho no únicamente al respeto de su iniciativa libre, sino también al **apoyo a su iniciativa fragilizada**, para activarla en la medida de lo posible, así como a la acogida y el cuidado en los ámbitos en los que deja de ser definitivamente autónoma.
- » La interdependencia tiene como trasfondo una **reciprocidad** en ocasiones simétrica (se da lo mismo que lo que se recibe), y en otras asimétrica (se da a veces más y a veces menos de lo que se recibe), pero siempre ajena al cálculo utilitarista, ya que toda relación humana es una oportunidad de autorrealización personal. Forma parte de la estima ética de uno mismo percibirse como capaz de dar, y no solo de recibir, bienes que, en ocasiones, serán materiales u objetivos (como el cuidado), y otras veces inmateriales y subjetivos (como la gratitud o la confianza), según las circunstancias y posibilidades.

El respeto y el apoyo a la autonomía personal se fundamenta, como no puede ser de otro modo, en el reconocimiento de dicha autonomía como valiosa, también en las relaciones de cuidado. La relación con la persona cuidada siempre deberá ser una relación moralmente simétrica en cuanto a dignidad y en cuanto a apertura al dar y recibir, que parte de la estima a la persona que se cuida como capacitada para aportar «valor» a la relación. Esa disposición básica de estima, absolutamente necesaria para un buen trato, es calificada como «empatía» por Torralba (2005) y como «amistad moral» por Etxeberria (2005). En ambos modos (empático y amigable), existe una característica común que es la experiencia de que cuidar es una relación de dar y recibir, donde ambas personas (cuidador y persona en situación de dependencia) se sienten afectadas por dicha relación, y la afectación les genera bien para su propio proceso de realización personal. Se produce un influjo mutuo en el que se es con el otro, como expresa Laín Entralgo (1983): «El requerimiento de la presencia del otro me obliga a entenderme y a crearme a mí mismo; más concisamente, me hace ser» (p. 445); «Yo soy dando de mí [...] y lo primero que puedo y debo dar es siempre una respuesta personal» (p. 449).

La **amistad moral del cuidado** tiene tres características definitorias que deben darse en una relación de buen trato: el reconocimiento de la persona cuidada como **insustituible**; la apreciación de su **integralidad**, que obliga a una atención global no fragmentada; y la **estimación positiva**, que elimina toda humillación y sometimiento, fomentando la autoestima de la persona cuidada.

2.1. VARIACIONES DE LA AUTONOMÍA Y LA ANCIANIDAD

La autonomía remite a realidades varias, lo que permite hacer diversas distinciones, muy pertinentes para abordar el buen trato a las personas mayores.

Cabe distinguir, para empezar, entre **autonomía moral (o decisoria)** y **autonomía fáctica (o funcional)**. La primera tiene que ver con la capacidad de tomar decisiones mediando una argumentación moral personal, con la consiguiente asunción de responsabilidades. La segunda remite a la posibilidad de llevar a cabo la decisión tomada. Un buen trato en las relaciones exige:

- » Respetar las decisiones autónomas, siempre que no supongan daño a la autonomía de otros ni a la justicia.
- » En la medida en que la autonomía de la persona se esté fragilizando psíquica o físicamente, ofrecerle los apoyos que ayuden en lo posible a robustecerla, tanto para poder decidir con libertad y responsabilidad como para poder realizar lo decidido.

Otra variación en la autonomía, pertinente para este tema, se plasma en la distinción entre **autonomía actual**, o la capacidad de decisión que realmente se posee, y **autonomía potencial**, la que puede alcanzarse si se reciben las ayudas adecuadas a las que se tiene derecho. La referencia primaria para un buen trato en relación con el nivel de autonomía de cualquier persona es la segunda, que da cuenta de una injusticia si no coincide básicamente con la primera, pues supone que la persona no está recibiendo los apoyos que le corresponden. Este extremo exige a los responsables de los distintos niveles de intervención social que se hagan efectivas las ayudas citadas, para que se actualice esa potencialidad. Algunas de las medidas encaminadas a este fin se encuentran expresamente en manos de las autoridades públicas, y su escasez o ausencia revela un trato discriminatorio e injusto hacia las personas mayores.

El grado real de autonomía que tenemos las personas tiene mucho de **contextual**. Es claramente mayor cuando se vive en contextos —culturales, familiares y sociales, entre otros— conocidos e interiorizados, que funcionan espontáneamente como apoyos. Si la persona se resitúa repentinamente fuera de ellos, su autonomía actual disminuye, el nuevo contexto pasa a ser obstaculizador en vez de facilitador, y se precisa todo un proceso para convertir el obstáculo en reto, familiarizarse con los nuevos entornos y regresar a los niveles precedentes de autonomía, o incluso superiores.



Cuando esos cambios se producen en situaciones de fragilización personal, física o psíquica, el cambio contextual supone un duro empobrecimiento de la autonomía real del que es muy difícil salir. Es algo que hay que tener muy presente en los cambios de situación a los que se somete a las personas con mayores dificultades de adaptación (por ejemplo, con demencias o discapacidades intelectuales), y será necesario ayudarlas en la preparación y reacomodación a esos nuevos contextos si dichos cambios son inevitables.

La autonomía como capacidad para decidir y elegir eficaz y responsablemente se produce, por lo tanto, no solo cuando no existe coacción externa, sino cuando se cuenta con los recursos que se necesitan, en forma de bienes y servicios, y además se dan las circunstancias personales y sociales que permiten aprovecharlos. A veces, y en ciertos niveles, el logro de estos recursos y el saber utilizarlos son responsabilidades personales. Pero en sus formas básicas y generales remiten a la justicia distributiva y al ejercicio de los derechos, como veremos más adelante.

El respeto a la autonomía, requisito indispensable para un buen trato, se despliega en varios compromisos. A continuación presentamos algunos ejemplos:

- » Contar con el permiso o consentimiento de las personas para acceder a su vida privada. El derecho a la privacidad, la intimidad y la confidencialidad es una consecuencia de la obligación de respetar la autodeterminación de las personas.
- » Cualquier acción o intervención en la privacidad de una persona debe evitar no solo imposiciones, sino también engaños y manipulaciones, incluso cuando pensamos que son por su bien. El respeto a la autonomía conduce a eliminar cualquier obstáculo que impida a las personas tomar decisiones voluntarias y libres.
- » El desarrollo de capacidades para la autonomía requiere aportar información comprensible y completa de la situación que una persona vive, así como de las alternativas que existen para dicha situación, conociendo sus riesgos y beneficios.
- » Eliminar barreras físicas, ambientales o culturales que impidan que las personas puedan llevar a cabo las decisiones que toman o puedan establecer relaciones sociales en condiciones de igualdad.
- » Ofrecer apoyos, intervenciones y recursos para facilitar la comprensión, la elección y la expresión de las propias decisiones. En ocasiones, será necesario poner a disposición de las personas recursos especiales, como por ejemplo modos alternativos de comunicación, instrumentos para conocer, explorar y recoger sus valores y preferencias para tenerlos en cuenta, etc.

■ 2.2. LOS DISTINTOS ÁMBITOS DE LA AUTONOMÍA

La autonomía personal puede ejercerse en cuatro ámbitos:

- » El **privado de la intimidad familiar, las relaciones profesionales y las amistades**, en el que se toman de forma especial, aunque no única, las decisiones vinculadas a la vida relacional afectiva y a la gestión de la propia salud.
- » El **privado de la vida civil**, con elecciones o iniciativas que tienen que ver con las relaciones contractuales, normalmente a través de la institución del mercado y las interrelaciones que ampara, y también con las instituciones conectadas con el sentido, sea religioso o secular. En este ámbito se ejercen los derechos a la propiedad y a las relaciones sociales.
- » El **público en su expresión social**, en el que la libertad se embarca en compromisos con organizaciones que, perteneciendo a la sociedad civil, persiguen el bien público en alguna de sus facetas (derechos de las mujeres, desarrollo, derechos civiles, paz o ecología, entre otros).
- » El **público en su expresión política estricta**, en el que las decisiones se sitúan dentro de las instituciones formales del Estado, a través de la participación democrática.

Una autonomía personal florece de verdad cuando se expresa en estos cuatro ámbitos. Ante este horizonte, un buen trato a las personas mayores supone no impedirles y facilitarles que ejerzan su autonomía tanto en los ámbitos privados como en los públicos.

Es importante no olvidar que la construcción de un buen trato a las personas supone también su inclusión social como ciudadanos, con oportunidades reales para ejercer como tales en sus dos vertientes:

- » Por una parte, la vertiente de la ciudadanía receptiva, la que da derecho a recibir los bienes y servicios que se precisan para satisfacer las necesidades y potenciar las capacidades. En edades avanzadas, son especialmente relevantes la garantía de los ingresos básicos —en general en forma de pensiones—, el cobijo o la vivienda adaptada a las necesidades, la atención de calidad en la salud y los servicios sociales apropiados para cada situación. Esta ciudadanía receptiva remite a unos derechos «crédito» llamados a funcionar con el criterio de «A cada uno según sus necesidades», y que no se extinguen mientras haya vida.
- » Por otra parte, está la vertiente de la ciudadanía activa, la del derecho de participación y de asunción de las responsabilidades correspondientes, impulsada desde el modelo de envejecimiento saludable de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). Es posible que la capacidad de participación de algunas personas mayores vaya disminuyendo con la edad, pero es fundamental garantizarles la posibilidad de que la ejerzan en la medida de sus «capacidades apoyadas», por ejemplo en su derecho al voto, a la información sociopolítica, a la participación en la organización de los lugares donde viven (ámbito vecinal, residencial...).

Algunas recomendaciones para el buen trato

3.1. LA IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA PARA SENTIRSE UNA PERSONA VALIOSA

El aumento de la esperanza de vida está conllevando un cambio en el significado de la edad. Vivir más supone un aumento de la diversificación y la fragmentación de las distintas etapas de la vida y la vejez (Broussy, 2013; International Longevity Centre Brazil, 2015). A la tríada tradicional de infancia, adultez y vejez, se han añadido diferentes etapas en los últimos años, al menos la madurez, la fragilidad y los cuidados, que hacen que el ciclo vital resulte más complejo y singular. Estas tres subetapas no son obligatoriamente evolutivas ni afectan a todos los individuos, y se producen bajo el mismo paraguas de las grandes diferencias interindividuales que acompañan siempre a la vejez.

A lo largo de la historia, la percepción social que se ha tenido de las personas mayores ha ido cambiando, paradójicamente, en un proceso inverso, por ejemplo, al de las personas con discapacidad. Mientras que estas últimas han ganado en reconocimiento y valoración social, las personas mayores han ido devaluándose progresivamente. En las sociedades rurales, fundamentalmente agrícolas, existía una visión positiva de las personas de mayor edad, en la que se valoraba su sabiduría y su capacidad para transmitir conocimientos. Sin embargo, a partir de la Revolución Industrial, la sabiduría tradicional queda atrás como valor predominante, y se impone la importancia de las novedades tecnocientíficas y la productividad. Las personas mayores no son consideradas productivas, ni con capacidad de adaptación a lo nuevo. Ya no trabajan, por lo que suponen una carga social y deben ser mantenidas por aquellas que sí lo hacen. Esta idea prevalece en la actualidad, considerándolas una carga social al ocasionar un alto gasto público con su consumo de recursos sociosanitarios y de pensiones (Alberich, 2008). Esta cuestión se ve reforzada por el hecho de que, aunque puedan seguir siendo productivas, con la jubilación son obligadas a dejar de serlo en las formas de productividad que cuentan, las medibles monetariamente. Datos como este están haciendo que la etapa de la jubilación sea asumida por los afectados a través de vivencias fuertemente contradictorias.

Múltiples estudios (recogidos en el *Libro blanco del envejecimiento activo*, Imsero, 2011) evidencian estar basados en una imagen de las personas mayores como carga económica, social, familiar, etc. Los estereotipos dominantes que existen en la sociedad sobre el proceso de envejecer están vinculados a conceptos como la pérdida, la discapacidad funcional, enfermedades y problemas cognitivos, la dependencia... La creencia general es que las personas mayores de 65 años sufren carencias de salud, discapacidades físicas y problemas de memoria, a pesar de que su nivel de dependencia no excede el 10 % del total. En cuanto al carácter, el estereotipo también es negativo, ya que se considera que no saben resolver problemas y que son poco activas, rígidas e inflexibles (Bazo y Maiztegui, 1999).

Estos estereotipos no responden a la realidad de las personas mayores, ya que el 75-80 % de los mayores de 65 años son personas interdependientes, como todas, que contribuyen sobremanera al mantenimiento económico y al cuidado de las familias: «Las personas mayores aportan un total de casi 12 millones de horas de trabajo informal de cuidados a la semana, atendiendo a sus nietos/as. Las mujeres son el 62 % de todas las personas mayores que cuidan niños [...] Además de 2,5 millones de horas semanales en cuidado de adultos» (Rodríguez Cabrero, 2011, p. 210). Es importante hacer notar que un porcentaje muy relevante de los cuidados de las personas mayores dependientes corre a cargo de personas mayores no dependientes, especialmente mujeres, aunque es cierto que cada vez se apuntan más hombres —marido mayor que cuida a su mujer— a unas dinámicas sociales que habría que fomentar.

Sin embargo, a menudo, se genera y consolida una imagen negativa de las personas mayores como carga y «disvalor» en nuestra sociedad que es grave, porque fomenta la marginación y exclusión de este colectivo en muchos ámbitos, como se ha comentado, y porque se les atribuye un estigma que genera una respuesta negativa de mal trato por parte del resto de la población. Esta imagen de «disvalor», que a menudo está latente en distintos ámbitos de nuestra sociedad, se evidencia en los medios de comunicación, lo que contribuye a generar una falta de reconocimiento de la dignidad y del valor intrínseco de las personas mayores, provocando un doble efecto (Días Aledo, 2013):

- » Hacia afuera, hacia instituciones y profesionales, una menor apreciación de las personas mayores y su bienestar, lo que lleva a actitudes edadistas que se manifiestan en actuaciones claramente discriminatorias en sus cuidados formales o informales y en su atención sociosanitaria, con respecto a otros grupos de edad. Esta actitud discriminatoria genera graves daños en las personas mayores, tanto en el reconocimiento de su autonomía y sus derechos como en la atención sociosanitaria que reciben.

» En las propias personas mayores, una interiorización de la imagen de sí mismas que provoca una progresiva pérdida de la autoestima, manifestada claramente en el lenguaje y en expresiones como las siguientes: «Ya no valgo para nada», «Total, para lo que me queda...». Todo ello, unido a un sentimiento de inutilidad y pérdida del sentido de la vida, conduce al aislamiento social y al desinterés por su bienestar y su salud.

Respecto a la **autoestima**, podemos definirla como el conjunto de percepciones de imágenes, pensamientos, juicios y afectos sobre nosotros mismos. Es lo que yo pienso y siento sobre mí. La autoestima incide en nuestra forma de ser, de estar, de actuar en el mundo y de relacionarnos. Cuando no nos valoramos, ni reconocemos las cualidades que realmente poseemos, o no aceptamos con serenidad nuestras limitaciones, podemos mostrarnos inseguros y no tenemos confianza en nosotros mismos. De este modo nos resultará más difícil afrontar y resolver los problemas de la vida cotidiana y emprender proyectos.

La autoestima es una necesidad humana: es el sistema inmunológico de la conciencia, que nos proporciona resistencia y capacidad de regeneración. La falta de autoestima facilita la adicción a medicinas, alcohol y drogas. Sin autoestima no hay creatividad, y también rebajamos nuestras aspiraciones, al pensar que somos capaces de poco, que todo es demasiado difícil para nosotros. Y lo que es más grave, consideramos normal y hasta justo que nos traten peor.

La autoestima comprende autoeficacia (confianza en mi capacidad de pensar) y autodignidad (seguridad de mi valor, de que merezco que me quieran). Reforzar la autodignidad es totalmente necesario para poder exigir y exigirme ser bien tratado. Pero, ¿cómo hacerlo?

Distintos estudios e investigaciones han evidenciado la relación entre la autoestima, el sentido o significado de la propia vida y la capacidad para manejar las emociones ante situaciones adversas en personas mayores. En este sentido, es necesario:

- » Desear y proponerse metas alcanzables para la persona.
- » Ocupar el tiempo con actividades que generen satisfacción personal.
- » Desarrollar la asertividad para mejorar las relaciones sociales.
- » Conocer nuestras necesidades y limitaciones, y también nuestras capacidades y aportaciones.
- » Desarrollar estrategias para visibilizar nuestra aportación al resto de las personas del entorno.
- » Participar en la vida social aportando y recibiendo conocimientos, amistad...
- » Reconocer los logros personales y hacer que otras personas los reconozcan.
- » Evitar minusvalorarse y cargar con «culpas» de las que no se es responsable.

■ 3.2. LOGRAR RELACIONES SATISFACTORIAS

Potenciar las habilidades sociales y conseguir relaciones sociales, familiares y de amistad satisfactorias es necesario para sentirse bien como persona y sentirse bien tratado por los demás.

Una comunicación eficaz y respetuosa es necesaria para establecer relaciones gratificantes. Saber escuchar, saber entender y comprender, y saber decir lo que se quiere y se necesita de modo adecuado son competencias necesarias para establecer relaciones de igualdad, simétricas, en las que exista un buen trato recíproco.

■ 3.2.1. Aprender a escuchar

La escucha activa va más allá de oír una conversación o un mensaje. Supone el reconocimiento de la otra persona como digna y valiosa, y por lo tanto, el convencimiento de que lo que va a expresar merece ser escuchado y tenido en cuenta. En muchos casos, esto requiere un esfuerzo, una conciencia y una voluntariedad de querer comprender a quien estamos escuchando y comprender lo que nos dice, entender su punto de vista. Este esfuerzo y este compromiso generan en la otra persona la experiencia de ser estimada como valiosa, de ser bien tratada.

La escucha activa:

- » Trata de comprender el significado total de lo que nos dicen, es decir, el contenido del mensaje, pero también los sentimientos o actitudes que encierra ese contenido.
- » Transmite a la otra persona el esfuerzo por escucharla activamente, «silenciando» nuestra propia comunicación interior y permitiendo al otro que ocupe todo el espacio de la relación.
- » Implica renunciar a «tener razón» y a «convencer», y colocarse en la posición de acoger a la otra persona y sus puntos de vista, comprobando que la hemos entendido.

Existen algunas actitudes y conductas (verbales y no verbales) que dificultan una buena escucha activa, generando en los demás la experiencia de no ser comprendidos ni respetados. Destacamos algunas de ellas:

- » Criticar lo que nos dice la otra persona mediante nuestra opinión o juicio.
- » Ignorar a la otra persona haciendo otra cosa mientras ella habla (mirar el móvil...).
- » Interrumpir o completar lo que está diciendo, transmitiendo así que tenemos prisa por que acabe.
- » Tranquilizar rápidamente a la persona quitando importancia a lo que dice e, indirectamente, quitando importancia a lo que le ocurre y a lo que es.

- » aconsejar a quien no quiere consejo, sino solo compartir su experiencia y saber que le escuchan y le comprenden.

Los beneficios de la escucha activa son muy importantes para cualquier persona que quiera mantener una buena relación basada en el respeto y el buen trato. Con la escucha activa se logra:

- » Entender a otras personas, que percibirán nuestro interés y esfuerzo, lo que facilitará ganarse su estima y confianza.
- » Un comportamiento similar en las demás personas, que también nos tratarán bien.

3.2.2. Cultivar la empatía

Para comunicarnos de forma efectiva unos con otros, debemos poder ponernos en el lugar de nuestro interlocutor y hacer el esfuerzo de captar, de la mejor forma posible, su experiencia, sus necesidades, sus valores y sus expectativas y deseos. La capacidad de ponernos en el lugar del otro para comprenderlo se denomina **empatía**.

Las personas no somos todas iguales, y cada uno de nosotros percibe las cosas de modo distinto. A menudo pensamos que los demás ven y sienten igual que nosotros, y juzgamos desde nuestro punto de vista, desde nuestra propia percepción, sin entender ni saber cómo experimenta la otra persona lo que ocurre.

La empatía es la competencia emocional y relacional que nos permite darnos cuenta de la vivencia de las demás personas y, consiguientemente, saber cómo van a reaccionar ante determinadas situaciones o comportamientos que podamos tener con ellas, lo que facilitará que se sientan realmente bien tratadas.

La empatía no debe confundirse con la simpatía, y no supone estar de acuerdo con lo que la otra persona piensa, con sus valores, actitudes y creencias. Exige atención a las emociones del otro realizando el esfuerzo de ponernos en su lugar, procurando comprender lo que siente, pero manteniendo la suficiente distancia emocional que nos permita conservar nuestra autonomía personal.

Para actuar empáticamente es necesario:

- » Observar, identificar y captar los sentimientos y las emociones del otro.
- » Mantener la distancia emocional adecuada.
- » Estar atento a todas las palabras, sin olvidar la comunicación no verbal, esto es, la comunicación gestual, etc. que acompaña al contenido del mensaje.

- » Preguntarnos cómo nos sentiríamos nosotros en esa situación.
- » Enviar mensajes no verbales coherentes con la situación.
- » Responder con expresiones positivas para motivar a la otra persona a que se exprese con libertad y profundidad.

La empatía nos ayuda a prever las respuestas de la otra persona y las emociones que pueda originar nuestra comunicación, lo que facilitará las relaciones y evitará interpretaciones incorrectas que, frecuentemente, generan conflictos posteriores. Si logramos situarnos en el lugar de la otra persona, si conseguimos ponernos en su situación, podremos entender lo que hace y lo que siente, y nos resultará más fácil explicarle lo que sentimos y lo que queremos para una buena relación.

3.2.3. Desarrollar la asertividad

Entendemos por **asertividad** la conducta que nos ayuda a comunicar de forma clara y segura nuestras necesidades, deseos, derechos y sentimientos a otras personas, sin violentar ni sus derechos como personas ni su autoestima.

Para la psicología, la asertividad es el conjunto de conductas de una persona en un contexto interpersonal que expresan los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de esta persona de una manera directa, firme y honesta, respetando al mismo tiempo los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de las otras personas.

La asertividad es una alternativa a las conductas o reacciones instintivas de pasividad (huir) o agresividad (luchar) ante una situación de crisis o conflicto relacional que requiere una solución, mediante el uso de habilidades comunicativas e intelectuales como hablar, razonar, negociar, etc.

No se trata simplemente de una forma de comportarse, sino que consiste en una serie de estrategias que pueden variar según la persona, el contexto, la sociedad y la cultura de cada uno.

En el **comportamiento pasivo**, la persona acepta los puntos de vista y las exigencias de los demás, sin sostener la propia opinión, ni necesidades o derechos propios. Muchas personas mayores actúan así por amabilidad, temor, dudas, inseguridad, etc., pero el mensaje implícito en el comportamiento pasivo es: «Mis sentimientos no importan; tampoco mis pensamientos ni ideas son necesarios. Yo no soy nadie, tú tienes razón, sabes más, eres superior». Este comportamiento disminuye la propia estima y la de las demás personas, y lamentablemente constituye un factor de riesgo para el maltrato.

El **comportamiento agresivo** es el que mantiene el propio punto de vista, derecho o exigencia negando, o sin tener en cuenta, los derechos y necesidades de los demás. Normalmente, supone la amenaza o violación de los derechos de los demás, y la falta de valoración de sus sentimientos, opiniones y deseos. El mensaje implícito de este comportamiento es: «Esto es lo que yo pienso y, por lo tanto, es lo correcto. Tú eres estúpido por pensar de forma distinta». Obviamente, es un mensaje que genera malestar en la otra persona, lo exprese o no, y hará que se sienta maltratada, quebrando su confianza.

El **comportamiento defensivo** se produce cuando la persona se ve amenazada o prevé una amenaza. Esta conducta la transmite al resto de las personas, que adoptan también posturas defensivas, lo que provoca un círculo vicioso que deteriora la comunicación interpersonal. A medida que se incrementa el comportamiento defensivo, disminuye la eficiencia de la comunicación.

Frente a estos comportamientos, la persona asertiva presenta normalmente una serie de pensamientos, emociones y conductas que revelan algunos rasgos:

- » Se conoce a sí misma y suele ser consciente de lo que siente y desea en cada momento.
- » Se acepta incondicionalmente, sin que ello dependa de lo que ha conseguido ni de la aceptación de los demás. Por ello, conserva siempre el propio respeto y dignidad.
- » Acepta sus limitaciones de cualquier tipo, pero a la vez lucha con todas sus fuerzas para superarlas.
- » Se mantiene fiel a sí misma en cualquier circunstancia, y se siente responsable de su vida y de sus emociones.
- » Se respeta y se valora a sí misma y a los demás. Así, es capaz de expresar y defender sus derechos, respetando al mismo tiempo los derechos de los otros.
- » Puede comunicarse con todo el mundo: amigos, familiares y extraños. Y esta comunicación tiende a ser abierta, directa, franca y adecuada.
- » Sabe expresar adecuadamente sus opiniones, deseos y sentimientos, en lugar de esperar a que los demás los adivinen.
- » Sabe comprender y gestionar adecuadamente sus sentimientos y los de los otros. Por lo tanto, no experimenta una gran ansiedad en sus relaciones con los demás, y es capaz de afrontar serenamente los conflictos, fracasos y éxitos, evitando tanto que la traten mal como tratar mal a otras personas.



Lo que no voy a tolerar: no al trato inadecuado

4.1. LA FALTA DE RESPETO A LA AUTONOMÍA PERSONAL

Son muchas las formas en que no se trata bien a una persona mayor, y lamentablemente se dan con demasiada frecuencia, por ejemplo en modelos paternalistas de cuidado que infantilizan a la persona mayor y olvidan el respeto a su autonomía. Subrayamos algunas de ellas (Goikoetxea, 2013):

- » Invadir los ámbitos privados de las personas mayores sin su autorización y acceder, sin mediar una relación de confianza, a espacios de intimidad y privacidad como las propiedades y la información personal. Cuando sea necesario hacerlo, es exigible discreción y confidencialidad.
- » No proteger el acceso de personas ajenas a su vida privada, provocando situaciones que dañan su imagen y su honor. No preservar su privacidad, informando de aspectos de su vida privada sin su consentimiento, eludiendo la obligación de confidencialidad o disminuyendo el control sobre su información y aumentando así su nivel de indefensión con respecto a personas extrañas.

«Respeto las órdenes, pero también me respeto a mí mismo, y no obedeceré ninguna regla hecha especialmente para humillarme.»

JEAN-PAUL SARTRE

- » Utilizar engaños, manipulaciones y coacciones que pueden limitar y condicionar, e incluso eliminar, la voluntad de la persona mayor para que consienta a utilizar sus bienes o tome decisiones sobre su vida privada sin conocer todas sus consecuencias.
- » Negarle la información o proporcionársela de modo incomprensible, lo que le impedirá decidir con libertad y responsabilidad en función de sus valores y creencias. De esta forma se anula a la persona mayor como interlocutor o participante en las deliberaciones sobre aspectos de su vida o de la vida en común.
- » Impedir que la persona mayor exprese sus valores y decisiones para los momentos en que ya no sea capaz de hacerlo, no permitiendo que se responsabilice de su futuro.



- » Relacionarse con las personas mayores de forma infantilizadora y condescendiente, refiriéndose a ellas con expresiones edadistas que las despersonalizan («abuelos»...), aumentando así sus dificultades de comunicación y participación social, y disminuyendo su autoestima al rebajar su confianza.
- » Promover el aislamiento de las personas mayores, su falta de relaciones y su participación en actividades culturales, religiosas o de ocio, fomentando así la falta de sentido y los cuadros depresivos en este colectivo.

Las conductas anteriores evidencian un trato inadecuado a las personas mayores que impide la gestión de su vida de forma autónoma. Además, se fundamentan en la apreciación de que «valen menos» o su vida es «menos importante», y en una falta de empatía relacional que impide ser conscientes del sufrimiento que genera la consideración como inferior.

4.2. ALGUNOS INDICADORES DE ALERTA QUE DEBEN HACERME REFLEXIONAR

Además de las situaciones y conductas anteriores, existen otras que las personas mayores deben ser capaces de identificar como indicadores de trato inadecuado o de malos tratos, porque no solo atentan contra la dignidad y los derechos de la persona, sino que generan daño y, en consecuencia, deben ser consideradas como malos tratos. Dichas conductas no siempre tienen la intención de dañar a la persona mayor, pero en cualquier caso no pueden ser toleradas. Se apuntan a continuación algunas de estas conductas en función del daño que puedan generar:

Indicadores y conductas que generan daño físico

- » Impedimentos para seguimiento de pautas, tratamientos o cuidados sanitarios, bien porque suponen una tarea o un gasto, bien porque se considera que a determinadas edades no es relevante cuidar la salud.
- » Demora en el acceso a los servicios sanitarios cuando existen lesiones o síntomas de falta de salud que se achacan a la edad de la persona y no a una enfermedad o proceso que podría mejorar con un diagnóstico precoz y un tratamiento o cuidado adecuado.
- » Falta de tiempo para el descanso y el ocio por dedicación excesiva de su tiempo a cuidados en el medio familiar cuando la persona no lo ha elegido, sino que está coaccionada a ello.
- » Lesiones en la propia salud por sobrecarga de cuidados a personas dependientes no decididos con libertad. Es muy frecuente en el caso de mujeres mayores que no reciben ayuda del resto de la familia para el cuidado de alguna persona dependiente (normalmente, su esposo o algún hijo o hija con discapacidad). Dicha situación puede generar problemas físicos importantes, como lesiones en la espalda, caídas, cuadros de agotamiento por falta de sueño, etc.

- » Falta de condiciones de habitabilidad en la vivienda, o en el edificio donde se encuentra la vivienda, que la persona mayor necesita para tener una vida mínimamente confortable, pero que la familia o los vecinos no consideran necesario solucionar por el gasto: falta de calefacción, barreras arquitectónicas que dificultan la movilidad y provocan riesgo de caídas, etc.
- » Obstinación en el mantenimiento de actividades, obligando a la persona mayor a tareas que no puede realizar, como vestirse o lavarse sola, cuando le resulta muy difícil o supone un riesgo para ella.
- » Y, por supuesto, cualquier tipo de agresión física.

Indicadores y conductas que generan daño psíquico

- » Aislamiento dentro de la vivienda y prohibición de participar en actividades o espacios comunes a toda la familia, evidenciando rechazo, desprecio o minusvaloración.
- » Prohibición o impedimento injustificado de mantener relaciones o participar en actividades sociales significativas y apreciadas por la persona mayor, lo que aumenta su aislamiento y disminuye su inclusión social.
- » Mentiras y engaños en la información que hace referencia a las decisiones que debe tomar la persona mayor sobre acontecimientos que la afectan, lo que la conduce a vivir situaciones irreversibles que podían haberse evitado si hubiera contado con información previa, completa y veraz.
- » Falta de atención y de escucha por parte de personas de la familia con respecto a propuestas, opiniones y deseos de la persona mayor.
- » Falta de reconocimiento o desprecio por las acciones, esfuerzos y tareas realizadas gratuitamente para otros miembros de la familia, como pueden ser el cuidado de nietos, la ayuda económica, la hospitalidad en la propia casa, el hacerse cargo de la organización y preparación de celebraciones familiares, etc.
- » Insultos, gritos, humillaciones... y ausencia de disculpas cuando se falta al respeto a la persona mayor.
- » No pedir permiso a la persona mayor para utilizar su vivienda, gestionar su tiempo o asignarle tareas o responsabilidades.
- » Exigencia de disponibilidad y obediencia plena, mediante conductas autoritarias y reproches, cuando la persona mayor lleva a cabo acciones distintas de las esperadas.

Indicadores y conductas que generan daño económico

- » Solicitud de aval por parte de terceras personas, sin información clara de los riesgos que se corren.



- » Falta de información o utilización no consentida de los bienes económicos de la persona mayor.
- » Facturas y recibos desconocidos que son cargados en la cuenta de la persona mayor, o gastos desproporcionados o no justificados.
- » Firma de documentos sin leerlos o sin comprender lo que se lee.

Indicadores y conductas que generan daño sexual

- » Acceso al cuerpo desnudo de la persona mayor sin justificación ni ningún tipo de razón sanitaria.
- » Relaciones sexuales (con o sin contacto) no consentidas.
- » Exhibicionismo y pornografía no consentidos.



Los malos tratos a personas mayores

El mal trato hacia las personas mayores carece de una definición universalmente aceptada, lo que ha constituido un problema fundamental para su investigación, prevención y detección.

Los estudios sobre prevalencia de malos tratos en el ámbito de la Unión Europea comprenden tasas que oscilan entre el 0,8 y el 52,6 % de la población mayor (Pillemer y Finkelhor, 1989, citado por Pérez-Rojo y Chulián, 2013). Esta disparidad en los resultados es debida en parte a las distintas definiciones de malos tratos utilizadas. En cuanto a la detección e intervención, profesionales diferentes o en ámbitos de atención distinta (social y sanitaria), al carecer de una conceptualización común, pueden no considerar como malos tratos situaciones que otros profesionales con los mismos indicadores sí lo harían.

La invisibilidad de los malos tratos a las personas mayores de 65 años es una realidad incuestionable. El fenómeno, como objeto de estudio, se engloba dentro de la categoría de violencia doméstica o intrafamiliar (Ruiz Sanmartín *et al.*, 2001; González *et al.*, 2002), junto con el maltrato infantil y el maltrato de género. Los estudios y posteriores intervenciones sociales sobre malos tratos se han centrado en los niños primero y en las mujeres después, desarrollándose múltiples actuaciones que abarcan desde iniciativas para influir en la opinión pública y fomentar los valores éticos de respeto y protección, hasta el desarrollo de protocolos de prevención e intervención, sin olvidar la promulgación de normas legales con el objetivo de disminuir el número de víctimas y protegerlas cuando la violencia es un hecho.

La primera vez que se aborda en la opinión pública la cuestión de los malos tratos hacia las personas mayores es en el año 1975, en el Reino Unido, en una carta al director en la revista *Granny Battering* (citada en Pérez-Rojo y Chulián, 2013). Tendrán que pasar quince años para que el fenómeno sea considerado relevante y se estime necesario algún tipo de



intervención sistematizada. En 1990 se crea el Centro Nacional sobre el Abuso a Ancianos en los Estados Unidos, y al ampliarse la consideración de algunas conductas como malos tratos, empiezan a aparecer revistas especializadas en el tema, como el *Journal of Elder Abuse and Neglect*, que nace en 1996. Poco después, en 1997, nace la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA, International Network for the Prevention of Elder Abuse), a la que pronto se asocia la OMS y la Asociación Internacional de Gerontología. El nacimiento y desarrollo de las actuaciones de la INPEA han sido determinantes, tanto para visibilizar el fenómeno como para su consideración como intolerable desde el punto de vista ético. Con el impulso de sus trabajos, a finales de los años noventa empiezan a publicarse obras y manuales sobre el tema, que van multiplicándose a medida que se desarrollan múltiples investigaciones, hasta que la propia Asociación de Psiquiatría Americana (APA) lo considera de tal relevancia, que publica un documento sobre maltrato a las personas mayores en el año 2012.

«La igualdad es una necesidad vital del alma humana.
La misma cantidad de respeto y de atención se debe
a todo ser humano, porque el respeto no tiene grados.»

SIMONE WEIL

La INPEA define los malos tratos a las personas mayores como una «acción única o repetida, o una falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a las personas mayores y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza». Dicha definición es aceptada por la OMS en el año 2002 en la declaración de Toronto (WHO, 2002), y puede ser considerada como el hito principal para el reconocimiento de los malos tratos a las personas mayores y el desarrollo de distintas iniciativas para la concienciación, detección, prevención e intervención, tanto a nivel internacional como nacional.

El último gran acuerdo internacional para la visibilización de los malos tratos a las personas mayores fue la proclamación, en 2006, del día 15 de junio como Día Internacional de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez. A partir del mismo, van aumentando progresivamente las iniciativas para abordar el problema, que empieza a considerarse clave para un envejecimiento saludable. En el último *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* de la OMS (WHO, 2015), se aportan cifras alarmantes: «La prevalencia del maltrato de las personas mayores en los países de ingresos altos o medianos es de entre el 2,2 y el 14 %». Y añade: «Es importante tener en cuenta que estas cifras no incluyen a los adultos ma-

yores con deterioro cognitivo, ni a los que viven en residencias o centros de atención a largo plazo. Sin embargo, puede que estos grupos estén en particular riesgo de maltrato» (*op. cit.*, p. 80).

Junto a los trabajos de investigación desarrollados por expertos para estudiar la prevalencia de los malos tratos en nuestro medio desde los años noventa, se han ido elaborando planes de intervención a medida que ha ido aumentando la conciencia social sobre la necesidad de evitar, o al menos disminuir, el número de víctimas de malos tratos entre las personas mayores. El Plan de Acción Internacional adoptado en abril de 2002 en Madrid, en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, organizada desde las Naciones Unidas, reconoce claramente la importancia de prevenir y reducir el maltrato a las personas mayores, y por primera vez lo vincula a los derechos humanos universales, catalogándolo en consecuencia como un trato indigno a las personas mayores. En dicha asamblea se reconoce, además, la responsabilidad de toda la sociedad en la erradicación de estas situaciones, y se considera que la prevención del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece es un asunto de todos (Pinazo-Hernandis, 2013).

5.1. FACTORES DE RIESGO DE MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES

Las investigaciones sobre los **factores de riesgo** de los malos tratos a los mayores demuestran que son muy variados: algunos son sociales, como el edadismo o discriminación por edad y el aislamiento social, y otros, intrínsecos o propios de la situación y las características de la persona mayor, como la dependencia y el deterioro cognitivo unido a la discapacidad física (Pinazo-Hernandis, 2013). La falta de estima social hacia las personas mayores aumenta el riesgo de que sufran maltrato y, en consecuencia, disminuye la exigencia de atender sus necesidades de forma completa e integral, incluidas las de participación social en condiciones de igualdad. La estima y valoración hacia las personas mayores se han ido perdiendo progresivamente en las tres últimas décadas, como consecuencia fundamentalmente de los cambios en las condiciones demográficas y en los valores culturales, así como en su imagen social. Como expresa Días Aledo, «no hay que escarbar mucho para “tropezar” con una idea que se expresa sin demasiado rebozo: las personas mayores son una carga para el resto de la población» (Días Aledo, 2013, p. 487).

En cuanto a los factores de riesgo de sufrir malos tratos en las personas mayores dependientes que requieren cuidados, parece claro, según los estudios con los que contamos, que son los siguientes:



- » Cantidad de ayuda formal e informal recibida. Los cuidadores que menos ayuda reciben son los que presentan el mayor riesgo (CGPJ, 2010; Pérez-Rojo, 2008a; Pérez-Rojo *et al.*, 2008b).
- » Aislamiento social del cuidador y de la persona mayor. La falta de contactos informales o formales, es decir, el aislamiento social, tanto en el cuidador (Schiamberg y Gans, 2000; CGPJ, 2010) como en la persona mayor (Garre-Olmo *et al.*, 2009; Pérez-Rojo, 2008a), aumenta la probabilidad de malos tratos y dificulta tanto su detección, especialmente si se da junto con aislamiento geográfico, como la conciencia de que el trato es malo.
- » Dificultades y conflictos en la relación entre la persona cuidadora y la persona cuidada. Este factor incide tanto si los conflictos han sido anteriores y existe una historia previa de conflictos o violencia familiar (Sancho *et al.*, 2011; CGPJ, 2010; Pérez-Rojo, 2008a) como si se da en la actualidad (Pérez-Rojo *et al.*, 2008b).

En relación con este grupo de personas mayores en situación de dependencia que sufren malos tratos, aunque existen muchas coincidencias con los malos tratos infligidos a otras personas dependientes, presentan diferencias significativas (Goikoetxea, 2011). Las diferencias más importantes en los malos tratos a las personas mayores, en comparación con el resto de las personas dependientes que requieren cuidados, son dos: la falta de respeto a su autonomía y la escasa o inadecuada atención al final de la vida.

- » Mayoritariamente, las personas mayores, aunque carezcan de autonomía decisoria plena en algunos momentos, han sido personas con autonomía funcional y responsabilidad en las decisiones, que han desarrollado proyectos de autorrealización sustentados en códigos morales, valores, creencias e identidades diferenciadas que son conocidas en su entorno cercano. Además, en la gran mayor parte de los casos, han tenido con las personas que las cuidan relaciones duraderas, con roles significativamente distintos de los que se dan actualmente en la relación de cuidados. Frecuentemente, son padres o madres en situación de dependencia severa, cuidados por hijos o hijas o por profesionales. Este cambio en las relaciones, o los compromisos adquiridos previamente a lo largo de la vida, constituyen, para varias de las teorías explicativas de malos tratos, un factor determinante de los mismos. Por otro lado, es si cabe más inmoral la falta de consideración de los valores de las personas mayores en la toma de decisiones sobre las intervenciones y cuidados a realizar, así como la ausencia de apoyos para el desarrollo de sus derechos de ciudadanía en la vida privada y pública, especialmente en aquellos casos en que las personas mayores expresan reiteradamente, cuando no tienen fragilizada su capacidad de decisión, cómo desean gestionar sus vidas.

- » Otra especificidad de los malos tratos a las personas mayores es que su mayor nivel de dependencia ocurre, precisamente, en el final de su vida, lo que incluye la gestión de su morir. Aparecen así, con mayor frecuencia que en otros grupos de personas en situación de dependencia, conductas de maltrato específicas (por acción o por omisión), que generan niveles muy importantes de sufrimiento en el morir, bien por no atender las necesidades de autonomía de las personas mayores (identidad, valores, creencias, obligaciones morales...), bien por no prestar la asistencia correcta a sus necesidades de dependencia (discriminación sanitaria, encarnizamiento terapéutico, falta de valoración y tratamiento del dolor, ausencia de cuidados paliativos...).

5.2. LA COMPLEJIDAD DEL FENÓMENO DE LOS MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES. ENFOQUE ÉTICO

Desde la perspectiva ética, definimos de forma general el mal trato, o los malos tratos, como un daño que se inflige a otra persona, en nuestro caso a una persona en situación de dependencia, no respetando su dignidad, bien por tratarla como puro medio, bien por marginarla o por dañarla directamente. El mal trato (o los malos tratos) es, por lo tanto, un trato indigno a otra persona, desde el punto de vista objetivo del daño que sufre la persona mayor, pero no siempre podemos encontrar condiciones subjetivas de moralidad en la persona que genera el daño; es decir, no siempre quien genera el daño o el mal trato es responsable desde el punto de vista ético.

Es bastante frecuente la falta de intencionalidad (y, en ocasiones, de responsabilidad) en las situaciones de malos tratos a las personas mayores. No siempre la falta de intencionalidad supone falta de responsabilidad ética, pero existen ocasiones en que esto sucede. Por ejemplo, la persona que produce el daño no puede evitarlo, o desconoce que lo produce, sin que tenga responsabilidad subjetiva en su ignorancia, etc. La falta de responsabilidad moral no significa que sea justificable el daño, o que este sea menor. Desde la perspectiva prioritaria de la víctima, el daño es claro e innegable. Dicha falta de responsabilidad moral en el sujeto que hace el daño implica una interpelación urgente para buscar otras posibles responsabilidades (con frecuencia institucionales) que puedan existir, así como para solucionar las carencias y fallos de distinta índole que han hecho posible que el daño se produzca.

Con el fin de no identificar inmediatamente toda conducta que genera daño con un acto inmoral (y, en su caso, punible, si la responsabilidad es también legal, porque se comete una acción tipificada como delito), varias instituciones y organizaciones relevantes en el sector de la discapacidad y



la atención a las personas mayores (Imsero, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Asociación Vasca de Geriátría y Gerontología Zahartza, Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual Plena Inclusión) están utilizando la expresión **malos tratos** (o mal trato, en dos palabras, en singular) o **trato inadecuado** para las situaciones de daño en las que se debe intervenir, dejando el término **maltrato** para las situaciones en las que existe responsabilidad (y pueden ser punibles legalmente). En nuestra opinión, esta diferenciación en la terminología favorece la visibilización de los malos tratos a las personas mayores, al colocar el foco en el daño y sufrimiento de la persona mayor y en la necesidad de intervención (sea o no punible la situación).

Desde este enfoque ético, el análisis de las situaciones de malos tratos a personas ancianas, teniendo en cuenta lo anterior, deberá abordar de forma diferenciada (aunque posteriormente se establezcan las conexiones existentes para determinar las actuaciones a seguir), por un lado, el tipo de daño producido a la persona que sufre los malos tratos; por otro, las distintas conductas que generan ese daño, y, por último, la responsabilidad de la persona, entidad o institución causante del daño (Etxeberria *et al.*, 2013).

5.2.1. Tipología de malos tratos según el daño causado a la víctima

Tras la revisión de la literatura sobre distintas tipologías existentes de malos tratos hacia las personas mayores (Pérez-Rojo, 2008a; Sancho *et al.*, 2011; Pérez-Rojo *et al.*, 2008b), y modificando algunos aspectos en función de nuestra diferenciación entre daño y conducta, aquellos podrían clasificarse de la siguiente forma, según el daño infligido a la persona:

- » **Malos tratos físicos.** Consistirían en cualquier acción (golpear, atar, quemar, encerrar, uso inapropiado de medicación, etc.) u omisión (no satisfacer necesidades básicas, como cambios de pañales mojados, no dar de comer, etc.) llevada a cabo por otras personas y que causa, como consecuencia, daño o lesión física. Los indicadores de este tipo de malos tratos podrían ser, entre otros, hematomas, quemaduras, huesos fracturados o rotos, o signos de haber sufrido contenciones físicas o químicas de algún tipo, como marcas de cuerdas, niveles anormales de fármacos, hipotermia, dolor al ser tocado, etc.
- » **Malos tratos psicológicos.** Incluyen acciones como insultos, uso de amenazas y engaños, coacciones, intimidaciones y humillaciones, desprecios, falta de respeto a los valores y creencias de la persona, aislamiento forzado y retirada de toda comunicación verbal, y otras, que generan en la persona mayor malestar emocional, pérdida de autoestima, tristeza, pánico y otros síntomas. Los indicadores de este tipo de malos tratos en la víctima pueden

ser la indecisión al hablar abiertamente, depresión y lloros, disgusto, agitación, impotencia, indefensión o miedo inexplicables, etc.

- » **Malos tratos sexuales.** Incluyen cualquier conducta de carácter sexual, con o sin contacto físico (tocamientos, exhibicionismo...), sin el consentimiento de la persona, ya sea porque ha sido coaccionada para obtener dicho consentimiento, porque no tiene la capacidad para darlo, o porque ha consentido a través de engaño o manipulación. Algunos indicadores de que ha existido este tipo de malos tratos pueden ser hematomas o lesiones alrededor del pecho o del área genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada, manchada o con sangre, reticencias y negativas a la realización de la higiene íntima por parte de determinadas personas...
- » **Malos tratos económicos.** Incluyen el uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona dependiente en contra de sus intereses que le ocasiona un perjuicio económico. Los indicadores de este tipo de malos tratos pueden ser un patrón irregular de gastos o desembolsos de dinero, cambios repentinos en cuentas bancarias o testamentos, firmas en cheques, donaciones sin capacidad para realizarlas...
- » **Malos tratos jurídicos.** Generan un daño en la condición de ciudadanía de la persona en situación de dependencia, impidiéndole participar en la sociedad en igualdad de oportunidades que los demás. El daño puede provenir del medio judicial (incapacitaciones judiciales que no respetan los niveles de autodeterminación de la persona), de los representantes legales (impedirle ejercer el derecho al voto) o de las normativas existentes en su medio (prohibición de acceso a determinados lugares o espacios públicos).

La mayor parte de las tipologías de malos tratos estudiadas no distinguen entre daño y conducta, y por lo tanto incluyen en la clasificación otros tipos como la negligencia y el abandono (Pérez-Rojo, 2008a). Desde el enfoque ético, creemos que es mejor no incluir estos grupos aquí, ya que hacen referencia a conductas y no a daños. Dicha diferenciación ayudará posteriormente a analizar la responsabilidad en dichas conductas, lo que también resulta de indudable interés desde el punto de vista ético.

5.2.2. Tipología de malos tratos según la conducta de quien los causa

Tras analizar los malos tratos en la víctima según el daño producido, nos centramos ahora en las conductas (acciones u omisiones) de quien provoca el daño a una persona mayor, que puede ser una persona (cuidadora o no), un grupo de personas (equipo, familia, compañeros...) o una entidad o institución.



En primer lugar, señalaremos algunas malas prácticas que, pretendiendo mejorar la calidad de vida de la persona, se realizan de tal modo que acaban generando malos tratos. Pasaremos luego a analizar omisiones que, igualmente, acarrearán consecuencias de daño que deben ser calificadas como trato no digno, es decir, como mal trato en el cuidado y la atención. Por último, presentaremos los malos tratos por comisión o acción, aquellos que son maltratantes tanto en el modo de relación que conllevan como en sus consecuencias de daño.

De todos modos, para evaluar la gravedad de los malos tratos en cada variante deberán tenerse en cuenta aspectos como la intensidad, la frecuencia y las circunstancias subjetivas (el grado de lesión de la confianza) y ambientales de cada caso. Según esto, un tipo de mal trato supuestamente menos grave (omisión de cuidados concretos) puede ser mucho mayor que otro correspondiente a una clara acción expresa (insultar a una persona).

En el trabajo que tomamos como referencia (Etxeberria *et al.*, 2013), para cada variante se proponen casos concretos que creemos que aclaran significativamente el contenido de cada conducta. Por ello, utilizaremos aquí este mismo recurso, aunque nos centraremos en casos de personas mayores.

» **Obstinación en el cuidado.** El mal trato se sitúa en el exceso de atención, ya sea en la acumulación de cuidados, ya sea en su prolongación inadecuada. Puede causar un sufrimiento y un daño muy grandes, especialmente cuando la persona vive la violencia y la experiencia repetida de fracaso al no lograr superar los ejercicios propuestos. En muchos casos, este tipo de actuaciones deriva de modelos de atención médicos o rehabilitadores que no reconocen la situación de la persona en su globalidad, sino solamente sus déficits o pérdidas. Además, este modelo de atención no es capaz de situarse en la simetría relacional moral que requiere interdependencia y empatía con el malestar y la vulnerabilidad de la persona dependiente.

CASO

Miguel es requerido diariamente por su mujer (cuidadora principal) para que coma correctamente con los cubiertos correspondientes sin ensuciarse. Fracasa repetidamente, y es «motivado» permitiéndole sentarse en la mesa con toda la familia como refuerzo cuando lo consigue. Desde hace tres semanas, Miguel no lo ha conseguido, por lo que come solo. Desde hace dos días se niega a comer.

- » **Atención inapropiada.** Se ofrece algo que no se corresponde con las necesidades de la persona atendida, con lo cual se le causa daño. El error primero radica en la valoración incorrecta de las necesidades y capacidades de la persona, que puede deberse a una negligencia o a una discriminación por edad. Pero el mal trato propiamente dicho suele darse en el mantenimiento de esa atención inadecuada, en la falta de diligencia y seguimiento que debería llevar a revisar el diagnóstico y la atención correspondiente. Los modelos de atención impersonalizados llevan a este tipo de malos tratos en el medio formal sanitario o social.

CASO

Ana comparte centro de día con otras 34 personas mayores. Con el grupo hay siempre dos cuidadores, que realizan distintas actividades grupales de estimulación cognitiva. Ana no entiende el castellano, por lo que no participa, se aburre y presenta problemas de comportamiento, con conductas de riesgo para ella y para los demás. La única forma de que Ana esté tranquila sin presentar este tipo de problemas es darle comida. En consecuencia, Ana pasa gran parte del tiempo comiendo continuamente.

- » **Atención insuficiente.** Los malos tratos se provocan por defecto en la atención, de tal modo que esa atención que no se ofrece, y que debería ofrecerse, tiene como consecuencia un daño por omisión. La atención es parcial, como por ejemplo en el siguiente caso.

CASO

Pedro tiene atendidas sus necesidades sanitarias con prescripciones correctas de medicación pautadas por su médico de atención primaria. Sin embargo, el facultativo no ha valorado que Pedro no cuenta con apoyos para su cuidado, y que no es capaz de comprender y administrarse adecuadamente la medicación pautada, por carecer de recursos de apoyo social suficientes que no han sido tenidos en cuenta.

- » **Negligencia.** Es una conducta próxima a la atención insuficiente, y no siempre es fácil diferenciarlas. De hecho, aparecen confundidas en numerosas tipologías y protocolos. Lo que sucede no es que se deje de atender alguna necesidad, sino que la atención no es la indicada o no se realiza de modo correcto; es decir, no se hace bien lo que se hace. Si hacer algo diligentemente es hacerlo con interés y atención, de acuerdo con la pauta de la buena práctica que se procura tener muy presente (*diligere* significa 'amar'; aquí, amar lo que se hace), hacerlo negligentemente es todo lo contrario. Negligencias leves y puntuales no deben ser calificadas de malos tratos, ya que forman parte de la limitación humana personal o grupal (un día, un cuidador se confunde e incluye a una persona que no anda en una lista para movilización en el gimnasio). Pero negligencias relevantes y sostenidas sí suponen objetivamente malos tratos (una sistemática alimentación negligente con jeringa ofrecida a personas que comen más lento, por pura comodidad de quienes las cuidan; una insuficiente hidratación para evitar cambios de pañales mojados).

**CASO**

Enriqueta tiene 85 años. Sus cuidadores no pueden atenderla durante algunas horas y, para evitar que se haga daño sola en casa, la dejan sujeta con unas vendas y le aumentan la pauta de medicación psicotrópica, para que esté dormida cada vez que tienen que dejarla sola, que es diariamente entre dos y tres horas al día y las noches de los fines de semana. La medicación, especialmente en la cantidad administrada los fines de semana, influye en su nivel de comprensión, generando confusión y agitación en los días siguientes.

- » **Abandono.** Es la forma más relevante de mal trato por omisión. Se deja a su suerte a la persona con la que se tienen responsabilidades de atención, en circunstancias en las que no es posible hacerse cargo de ella, derivándose como consecuencia daños relevantes.

CASO

María vive con su familia y, tras una caída, consideran derivarla a un servicio de urgencia hospitalaria. María padece una demencia avanzada y va sola en la ambulancia, permanece sola y desorientada durante tres horas en los boxes de urgencias y es «devuelta» sola tras comprobar que no presenta ninguna fractura. En total, ha estado asustada, desorientada y atemorizada durante cuatro horas y media. Esta conducta también puede realizarla una institución, cuando da el alta a una persona gravemente dependiente y la traslada a su domicilio sabiendo que vive sola, sin contactar y solicitar previamente atención y seguimiento por parte de los equipos sanitarios y sociales comunitarios.

- » **Engaño y manipulación.** Con esta modalidad pasamos a los tipos en los que los malos tratos se encuentran claramente en la propia naturaleza de la acción. En este modo, la víctima no es consciente del daño, al menos en el momento en que se produce, y a veces nunca. Se la trata como puro medio sin que sea consciente de ello. La víctima cree situarse en una relación positiva, pero en realidad está siendo utilizada. El mal trato subyace en el propio diseño de la iniciativa y también en la acción, que, al ser deformada por los intereses, no se orienta a los objetivos que le son propios. La persona se siente maltratada al descubrir el engaño, lo que aumenta su impacto en ella. Este tipo se produce sobre todo en casos de daño sexual y económico.

CASO

Carlos es una persona con deterioro cognitivo leve y buen nivel de autonomía funcional y decisoria. Un amigo le ha informado de que tiene que ingresar 7.000 euros en una cuenta como provisión para una futura plaza en una residencia. También le comunica que, si no llega a entrar en la residencia, el dinero será devuelto a sus hijos. Carlos se fía de él e ingresa el dinero «voluntariamente» vía Internet en un número de cuenta cuyo titular es su amigo.

- » **Amenaza creíble de maltrato.** Se obliga a la persona a hacer algo (o a dejar de hacerlo) bajo una coacción que es creíble e irresistible para la persona.

CASO

Julián necesita apoyos para varias actividades de su vida diaria tras sufrir un ictus. Sus sobrinos le amenazan con incapacitarle judicialmente y solicitarle una plaza en una residencia si no accede a firmar un poder notarial para que puedan gestionar sus bienes económicos. Julián accede.

- » **Acción expresa de maltrato.** De la amenaza se pasa ahora a la acción. La acción más propia adopta la forma de palizas, de forzar a relaciones sexuales, de infligir castigos crueles, de robar, etc. Pero, en buena medida, la palabra puede resultar acción expresa en el caso de daño psicológico, como la sistemática humillación pública, la infantilización, el desprecio y el insulto, etc.

CASO

Manolo tiene 92 años y un deterioro cognitivo progresivo. Le gusta mucho ir al centro cívico a leer los periódicos algunas tardes. Los ladridos de perro le producen pánico. El cuidador que le acompaña a la biblioteca llama y reclama voluntariamente a los perros para asustarle. Como consecuencia, Manolo pierde el equilibrio y ya se ha caído dos veces. El cuidador explica a sus familiares que Manolo no debe salir de casa, que él se niega a acompañarle y que no asume los riesgos y daños que puedan producirse. Por consiguiente, Manolo ya no sale.

5.2.3. Tipología de malos tratos según la intencionalidad y la responsabilidad

En la evaluación ética del comportamiento de una persona, hay que tener en cuenta, junto con el contenido del acto, cuestiones como sus circunstancias, sus consecuencias y la intencionalidad que tenía con la acción u omisión que ha realizado. Desde el punto de vista del sujeto (dejando aparte aquí las virtudes, que modelan su forma moral de ser y que, como vimos, son fundamentales para el buen trato), lo decisivo es la intencionalidad, que no es una variable objetiva como el daño o la conducta, sino subjetiva.

Existe culpa o responsabilidad moral en el daño causado cuando hay intencionalidad efectiva de hacer un mal o de omitir un bien a la persona en situación de dependencia de forma voluntaria y libre, sabiendo que se va a producir un daño. Pero esta intencionalidad efectiva está sujeta a múltiples variaciones, ya que no siempre que no se tiene intención de hacer daño no se es responsable del mismo.

- » **Ignorancia no responsable.** Es aquella situación en la que existe daño objetivo (por acción o por omisión) que quebranta la dignidad, pero no



subjetivo, porque se dan tres circunstancias: no se tiene intención de hacer mal; no se es consciente de que se hace mal porque no se percibe como mal lo que se hace; no se es responsable de esta ignorancia con respecto al mal, porque el sujeto ha puesto en marcha lo que estaba razonablemente a su alcance para discernir y conocer lo que es bueno y lo que es malo para el bienestar de la persona a quien cuida. Desde el punto de vista moral, no se le puede achacar culpa. Por supuesto, hay que reconocer que el daño objetivo existe y que, por lo tanto, existe una víctima, que pide ser atendida plenamente con medidas reparadoras y exige tomar medidas para que el maltrato no se vuelva a repetir. Es decir, debe cualificarse y formar al cuidador o buscarle apoyos para el cuidado. En segundo lugar, es necesario detectar si en la base de la ignorancia se encuentra algún fallo, con mayor o menor responsabilidad, de personas o instituciones implicadas en el proceso formativo y la capacitación del cuidador (veremos que uno de los factores de riesgo claros es la falta de competencia de los cuidadores en el caso de las personas mayores dependientes, especialmente con conductas problemáticas). En estas circunstancias pueden encontrarse familiares de personas mayores con serias limitaciones para el cuidado, o profesionales que, erróneamente, consideran que es una buena atención para ellas lo que en realidad es, por ejemplo, obstinación en el cuidado.

- » **Ignorancia responsable.** Podemos hablar aquí de maltrato, al darse daño objetivo y subjetivo. En este caso tampoco hay intención ni conciencia de mal, pero sí responsabilidad por esa ignorancia. Es lo que sucede en quien tiene a su cargo a personas mayores pero se desentiende voluntariamente de adquirir la formación que precisa para las tareas concretas que asume.
- » **No ignorancia e intencionalidad.** También existe daño y, además, conocimiento e intención de hacerlo. Es el comportamiento más claro de maltrato en cuanto a la plena responsabilidad de la persona que realiza la acción de hacer daño. El sujeto sabe que la conducta supone daño y, por algún interés subjetivo, quiere realizarla.
- » **Tolerar el maltrato conocido.** Colaboración pasiva en el daño y responsabilidad subjetiva. Es el caso de quien conoce un maltrato, con clara conciencia del daño que se está provocando, y no hace nada para evitarlo o para que sea reparado. Su inhibición pasa a ser colaboración pasiva con quien inflige el daño, que puede ser tipificado legalmente como «omisión del deber de socorro» (Código Penal, art. 195-196).
- » **No ignorancia pero incapacidad de evitación.** Existe maltrato objetivo porque hay daño, pero no subjetivo porque no se puede evitar. La persona que conoce los malos tratos se encuentra en unas circunstancias tales que la incapacitan para hacer nada, o lo que hace no surte efecto para detener el daño o remediarlo. En este caso hay trato no digno, una persona objetivamente maltratada, pero no maltrato desde el punto de vista del sujeto. Es lo que ocurre, por ejemplo, cuando a una persona mayor que atiende

a otra se le deniegan las ayudas que necesita, viéndose obligada a reducir sus atenciones (de higiene o cambio de pañales mojados), con consecuencias negativas que suponen objetivamente un maltrato. Las responsabilidades se trasladan aquí a las personas e instituciones que deberían ofrecer su colaboración.

5.3. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES

La mayor parte de la literatura sobre los malos tratos a las personas mayores está enfocada a cómo poder detectarlos, y a la forma más idónea de intervenir para que dejen de producirse. No obstante, desde el punto de vista ético, lo prioritario es la atención a las víctimas para, en la medida de lo posible, reparar el daño causado. Para ello, es imprescindible desarrollar investigaciones que ayuden a identificar indicadores de malos tratos y, posteriormente, intervenciones eficaces para eliminar, si es posible, las lesiones generadas en la persona mayor dependiente.

Es relativamente fácil establecer una relación directa entre una lesión física y sus secuelas posteriores. Existen algunos indicadores claros de **malos tratos físicos**, entre los cuales los más importantes son los moratones, cortes, lesiones, úlceras por presión, malnutrición, falta de higiene, exagerada administración de psicofármacos, alopecia parcheada, marcas de ataduras y un deficitario estado nutricional y de hidratación en las personas mayores. El último indicador nos alerta, además, de la aparición de úlceras de decúbito en los pacientes encamados, al igual que la falta de higiene y la inmovilización postural.

Los síntomas físicos repercuten directamente en la salud, aumentando la morbilidad y la mortalidad de las personas mayores que sufren malos tratos (Bomba, 2006; Baker, 2007; Sasaki *et al.* citado por Pérez-Rojo, 2008a).

Es mucho más complejo establecer esta relación cuando se trata de **daños psicológicos**. Tabueña (2006) recomienda en estos casos acudir al modelo ecológico explicativo, y valorar tanto las características como la personalidad de la propia víctima, las relaciones con el entorno y las experiencias sociales.

Pérez-Rojo (2008a) recoge varios estudios en los que se constata la alta probabilidad de que las personas mayores maltratadas estén deprimidas y se perciban a sí mismas con una mala salud física y emocional. En consecuencia, acuden una y otra vez a los servicios sanitarios, que, sin embargo, tienen dificultades para detectar la existencia de malos tratos y no



exploran dicha posibilidad. Además de estos indicadores psicopatológicos, suelen aparecer también indicadores psicosociales, como por ejemplo aislamiento, miedo, ansiedad, tristeza, pena, sentimientos de inseguridad, de culpa y de vergüenza, impotencia, negación, indefensión aprendida, apatía, malestar psicológico, ira, desilusión, falta de valor, delirios, miedo a que el maltrato vuelva a ocurrir, síndrome de estrés postraumático, etc. (Yan y Tang, 2004, citado por Pérez-Rojo, 2008a; Baker, 2007; Cohen *et al.*, 2007).

Parece ser que las consecuencias varían en función del tipo de malos tratos que haya experimentado la persona mayor. Comijs *et al.* (1998) señalan que algunas de las personas mayores que experimentan maltrato físico y psicológico reaccionan también agresivamente, incluso con conductas de auto y heteroagresión graves en el caso de padecer deterioro cognitivo, mientras que las que experimentan únicamente maltrato físico tienden a mostrar miedo.

Los malos tratos producidos por conductas de atención insuficiente, atención inapropiada o negligencia pueden causar desorientación, deterioro de la memoria, agitación, letargia y autonegligencia o abandono de la persona mayor de su cuidado, no mostrando ningún interés por su bienestar y salud. En estas situaciones, la persona mayor podría mostrar resignación, miedo, depresión, confusión mental, ira, ambivalencia, ansiedad, baja autoestima, ideaciones suicidas, trastornos del sueño y estrés (Strasser y Fulmer, 1997).

Es muy poco frecuente que se valoren con rigor las consecuencias que suponen las situaciones de **malos tratos económicos y sexuales** a las personas mayores. Sin embargo, las personas víctimas de estos malos tratos pueden sufrir multitud de secuelas mucho más difíciles de apreciar, pero muy graves, como la depresión y la baja autoestima, entre otras (Tabueña, 2008).

En el caso de mujeres mayores, los malos tratos se correlacionan directamente con el estrés postraumático, es decir, una vivencia de ruptura de la propia identidad que genera desorientación, incompreensión y perplejidad, y con ellas, mutismo, provocado por la falta de categorías y de lenguaje para expresar su vivencia. Como hemos dicho, la imposibilidad de expresar la vivencia genera, en las personas que sufren, una situación de aislamiento personal y social que disuelve el sentido, la esperanza y los fines, a la que se une la ruptura progresiva de los vínculos (Buesa y Calvete, 2013). La dificultad de dar con las ideas y expresiones —es decir, el lenguaje— para expresar las vivencias traumáticas genera en las personas desesperanza, en el sentido de «No hay salida». Solo existe la experiencia personal e incomprensible de «soportar» el sufrimiento, llegando a alteraciones de la percepción y tentativas autodestructivas como el suicidio, en los casos más graves.

Otras consecuencias menos graves son el desarrollo de conductas fóbicas y de evitación, así como miedo, ansiedad y desintegración social con respecto a sus relaciones afectivas y de ocio, entre otras (Tabueña, 2006). Son desconocidos los efectos de los abusos sexuales en los hombres.

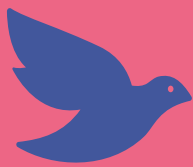
Estas, entre otras consecuencias, son las que ponen en evidencia la gravedad del tema de los malos tratos a las personas de edad avanzada, y también ponen de manifiesto la necesidad de aplicar actuaciones eficaces de forma urgente. Durante la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002), se trató explícitamente la cuestión de los malos tratos a los mayores. Concretamente, en el punto 107 de la cuestión 3 se señala que «es necesario que los profesionales reconozcan los riesgos de abandono, maltrato o violencia por parte de los encargados, profesionales o no, de atender a las personas de edad en el hogar o en contextos comunitarios o institucionales». El Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, adoptado por todos los países en Madrid, reconoce claramente la importancia del maltrato a las personas mayores, situándolo en el contexto de los derechos humanos universales. Desde entonces, se han puesto en marcha distintas estrategias y actuaciones dirigidas a la sensibilización y concienciación, la detección, la prevención y la intervención tanto a nivel nacional como internacional.

La OMS (2002), en la declaración de Toronto, calificaba la violencia a las personas mayores como un problema de salud pública y de derechos humanos en todo el mundo. La declaración acaba así: «No es suficiente identificar los casos de maltrato a las personas mayores. Todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios (sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc.) para responder de forma adecuada y, eventualmente, prevenir el problema» (WHO, 2002, p. 3).

Buen trato

UNA APROXIMACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS

- 1** Respetar, también en las personas mayores, los derechos humanos
- 2** Derecho a la libertad y a la autonomía personal
- 3** Derecho a la integridad física y psíquica
- 4** Derecho a la intimidad y la privacidad en las relaciones personales
- 5** Derecho a la ciudadanía, a la participación y a la construcción de mi entorno social



«Los derechos individuales son los medios de subordinación de la sociedad a la ley moral.»

AYN RAND

El buen trato a una persona se concreta en la práctica, el reconocimiento, el respeto y la protección de sus derechos. Se ha llegado a decir que la historia de los derechos humanos es la historia del reconocimiento de las necesidades universales, es decir, de aquellas que tienen todas las personas, sea cual sea su situación y condiciones, acompañado de la exigencia de que la sociedad se organice de modo que se satisfagan efectivamente dichas necesidades. Es necesario observar que, por un lado, estas necesidades son objetivas —frente a los meros deseos subjetivos—. Pero, por otro lado, en cierta medida son cambiantes, dependiendo de las características personales de los sujetos y los grupos, y de la evolución económica, cultural y tecnológica de cada sociedad. De ahí la reivindicación del movimiento de personas mayores a favor de la promulgación de una carta de derechos de este colectivo desde las Naciones Unidas que obligue a los países ratificantes a su cumplimiento.

La normatividad y los rasgos de estos derechos presentan ventajas en relación con el avance del buen trato a las personas mayores. Un primer rasgo es su universalidad. Los derechos humanos se reconocen en razón de la condición de persona, reflejando y garantizando valores de forma universal. Su validez moral, su carácter fundamental, su exigibilidad y su prioridad son otros rasgos que revalidan la idoneidad de desarrollar los **derechos de las personas mayores** para avanzar en su buen trato, eliminando el maltrato. Los derechos identifican, enuncian y garantizan las condiciones básicas de una vida digna en forma de pretensiones justificadas y exigibles a través de su triple dimensión: moral, jurídica y política. Por último, son importantes otros dos rasgos: por una parte, su carácter prestacional, que exige, además del reconocimiento, los medios y acciones positivas para su ejercicio; y por otra, su doble carácter objetivo institucional y subjetivo o personal.

«Un derecho no es algo que alguien te da,
es algo que nadie te puede quitar.»

RAMSEY CLARK





Respetar, también en las personas mayores, los derechos humanos

Si nos detenemos en las diferencias entre necesidades universales, reconocidas como derechos universales, podemos distinguir entre derechos **humanos primarios** (también llamados **civiles y políticos**) y **secundarios** (**sociales, económicos y culturales**).

Los derechos civiles y políticos se consideran derechos «poderes» de los ciudadanos, que se actualizan en las iniciativas que estos toman. Las referencias fundamentales en este grupo de derechos son la **libertad**, entendida en ausencia de coacción, y la **autonomía**, entendida como respeto a las decisiones personales. La necesidad a cubrir es dejar ser lo que la persona es o puede llegar a ser por sus propias capacidades, sin que nadie se lo impida coactivamente. En cambio, los derechos sociales son considerados derechos de «prestación» para cubrir las «carencias» de todo ser humano, especialmente cuando las personas viven situaciones de dependencia, vulnerabilidad, discapacidad, exclusión o desprotección. La referencia en este segundo grupo es la justicia, entendida como igualdad de oportunidades.

La interdependencia entre derechos civiles y derechos sociales es evidente, ya que en muchos casos es necesaria la potenciación de las capacidades para el ejercicio de la autonomía de los ciudadanos (la educación en los menores), o se precisan una serie de apoyos para evitar problemas de accesibilidad en el ámbito público (rampas para escaleras, sistemas alternativos de comunicación). Unos derechos sociales así contemplados nos igualan en circunstancias de elección, es decir, en la posibilidad de ejercer derechos civiles y políticos en condiciones de igualdad.

Es fácilmente observable la dificultad para desarrollar los derechos en el grupo de personas mayores, tanto en lo referente a ejercer su vida autónomamente (derechos civiles) como a satisfacer sus necesidades de déficit

o dependencia en condiciones de igualdad (derechos sociales). Dicha dificultad ha venido sostenida por cuatro causas:

- » La falta de conocimiento de muchas personas mayores de sus propios derechos. Los derechos son pretensiones que un sujeto, alguien, puede esgrimir frente a otros para que se haga o se deje de hacer algo en relación con sus intereses o necesidades. Si no los reconoce la propia persona, difícilmente podrá exigirlos, y, en consecuencia, existirá ausencia de conciencia cuando no se respeten ni se protejan.
- » La dificultad en el reconocimiento social de la igual dignidad de las personas mayores, especialmente aquellas con graves discapacidades físicas y psíquicas.
- » El modelo asistencial de intervención, centrado en la «patología» que hay que «curar», y no en la persona a quien deben prestarse apoyos y cuyos derechos deben ser respetados para que pueda desarrollar una vida plena y feliz en igualdad.
- » La prevalencia de los derechos civiles y políticos entendidos como derechos de personas autónomas, con capacidad para una vida libre y responsable, pero no los de aquellas otras que tienen su capacidad limitada o disminuida.

La *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe* (CEPAL-ONU, 2012) constituye el mayor avance en el modelo de derechos en relación con las personas mayores. Cabe mencionar también como interesantes la *Carta de derechos de las personas mayores de Europa*, elaborada por la Federación Europea de Personas Mayores (EURAG, 1975), así como las cartas de derechos de las personas mayores vigentes en el Reino Unido, Irlanda y Bélgica. Asimismo, la Plataforma Europea AGE, que agrupa a 150 organizaciones europeas en defensa de las personas mayores, ha elaborado una carta europea de los derechos y las responsabilidades de las personas mayores (AGE, 2001) que insiste en la obligación de preservar su autonomía en las decisiones y su participación social, recibiendo los apoyos necesarios para ello.

Tanto el movimiento generado en la América Latina como el de Europa persiguen una declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas mayores en el mundo para lograr una influencia normativa en los estados similar a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Lo cierto es que, desde el año 2013, en que el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas decidió establecer el mandato de una experta independiente (Rosa Kornfeld-Matte) sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad (Resolución 24/20, de 27 de septiembre de 2013), existe una sensibilización creciente potenciada por los informes anuales de las Naciones Unidas sobre las situaciones de vulneración de los derechos de las personas mayores en el mundo.

El impulso para el reconocimiento de los derechos de las personas mayores está siendo muy considerable gracias al desarrollo del modelo del **envejecimiento saludable** de la OMS, que se define como un proceso de optimización de las oportunidades de salud individual y grupal, de participación y de seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Aunque no existe una carta de derechos específica de las personas mayores, las Naciones Unidas adoptaron, el día 16 de diciembre de 1991, una resolución que recogía los **principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad** (Resolución 46/91). Dichos principios son los siguientes:

Independencia

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades para obtener ingresos.
3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar, y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades para prestar servicio a la comunidad y trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
9. Las personas de edad deberán poder formar parte de movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Cuidados

10. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad, de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.



11. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que las ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.
12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como a su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización

15. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
16. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad

17. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad, y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
18. Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de su edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y deberán ser valoradas independientemente de su posición económica.

Para este trabajo, centrado en el desarrollo del buen trato a las personas mayores y la prevención del mal trato, nos centraremos en el marco legislativo español y en aquellos derechos que son exigibles desde la perspectiva ética anteriormente expuesta. En concreto, analizaremos los siguientes:

- » El derecho a la libertad y a la autonomía personal, que se relaciona íntimamente con el derecho a la información, a la privacidad, a la confidencialidad y a las directrices previas.
- » El derecho a la integridad física y psíquica, íntimamente relacionado con el derecho a la salud, a la asistencia sanitaria y a la atención en situación de dependencia.
- » El derecho a las relaciones personales, íntimas y privadas satisfactorias.
- » El derecho a la participación social y al ejercicio de la ciudadanía.



Derecho a la libertad y a la autonomía personal

■ 2.1. LIBERTAD, AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA

El derecho a la libertad está recogido como derecho fundamental en la Constitución española (en adelante, CE). En concreto, el artículo 17 establece: «Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley». Los derechos se especifican más adelante en otros artículos. Así, el artículo 16 reconoce el derecho a la libertad religiosa, de culto y de creencias; el 19, la libertad de residencia y de libre circulación; el 20 reconoce el derecho a la libertad de expresión; el 21, la libertad de reunión; el 38 reconoce la libertad de empresa...

Todos estos artículos hablan de **libertad como derecho negativo**, es decir, como derecho a no ser limitado en la propia libertad con cualquier tipo de coacción, y, obviamente, la única limitación a este derecho es la intromisión en la libertad o los derechos de otras personas.

Es con la teoría kantiana de la autonomía cuando este concepto adquiere su significado principal en filosofía y ética, como «la posibilidad del ser humano de determinarse a sí mismo por sí mismo en virtud de su capacidad racional» (Conill, 2013). En este sentido, la autonomía hace referencia, sin embargo, a la **libertad en sentido positivo**, es decir, a la capacidad que tienen las personas para adoptar una actitud y proponerse fines (buenos) para la propia vida, juzgando desde ellos la moralidad de las decisiones y las acciones, tanto las propias como las ajenas. La autonomía va vinculada siempre, en primer lugar, a la responsabilidad sobre la propia vida y proyecto personal, y en segundo lugar, a la perspectiva relacional de la autonomía y la responsabilidad sobre las consecuencias de las decisiones y acciones personales en el resto de las personas, e incluso en la realidad global (animales, medio ambiente, futuras generaciones, etc.).

No hay que olvidar que la autonomía personal es siempre interdependiente, es decir, todas las personas necesitamos apoyos, tanto para tomar



decisiones (información comprensible, por ejemplo) como para llevar adelante dichas decisiones.

Al hablar del derecho a la autonomía personal de las personas mayores, estamos hablando de que puedan vivir de acuerdo con su modo de ser propio y puedan seguir su desarrollo biográfico e histórico, logrando una vida realizada. En consecuencia, requieren apoyos para desarrollar capacidades, entornos que posibiliten la interacción y la inclusión, y relaciones satisfactorias que permitan alcanzar los propios objetivos.

Para ello, es necesario empoderar a la persona, haciéndola protagonista y responsable de sus decisiones, conductas, bienestar y, en definitiva, de su calidad de vida. Nos situamos así en el marco privado e intersubjetivo, donde prevalece el cuerpo, la salud, las propiedades personales, las relaciones

«En la actualidad la gente solo se preocupa por sus derechos. Recordarle que también tiene deberes y responsabilidades es un acto de valor que no corresponde exclusivamente a los políticos.»

UNAMUNO

afectivas y sexuales, y la propia vida. Este marco se da principalmente en el medio familiar y de amistad, donde las personas confiamos en que nos faciliten los recursos para ser nosotros mismos y tener una vida autorrealizada (importante el «auto»), y no solo realizada o sin patologías.

En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, LPAPAD), el desarrollo de la autonomía personal aparece como uno de los ejes vertebradores de una atención adecuada a este colectivo: «La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituyen uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía» (número 1 de la exposición de motivos).

El concepto de **dependencia** de la LPAPAD está vinculado al de autonomía, y en concreto se concibe como una ausencia de esta. Veamos ambas definiciones tal y como aparecen en su artículo 2:

» Autonomía (art. 2.1.): «La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con

las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria».

- » Dependencia (art. 2.2.): «El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal». La primera parte de la definición parece coincidir (excepto en su carácter permanente) con la de dependencia planteada por el Comité del Consejo de Ministros del Consejo de Europa en 1998: «Estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal» (citado por Martínez Maroto, 2009).
- » Asimismo, también define las «necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad» (art. 2.4).

Como señala el profesor Seoane: «No cabe tampoco identificar autonomía con independencia, desconociendo los vínculos que constituyen nuestros presupuestos biográficos y que delimitan nuestras posibilidades de elección y acción. También carece de sentido concebir la autonomía como un asunto meramente individual, ya que solo cobra sentido y puede ser garantizada en el seno de una determinada sociedad y con el apoyo de otras personas e instituciones. La autonomía es, en suma, una noción relacional, contingente y graduable, y como tal ha de ser interpretada y tutelada por el derecho» (Seoane, 2013, p. 14).

Para la comprensión correcta del contenido de la LPAPAD, creemos que es muy clarificadora la diferenciación de tres dimensiones de la autonomía que se entienden como un *continuum* (Seoane, 2013, p. 30):

- » **Autonomía funcional.** «Significa actuar o abstenerse de actuar (*libertas exercitii*) y poder hacer una u otra cosa (*libertas specificationis*)» (Seoane, 2011, p. 30). Por lo tanto, se refiere a la capacidad de realizar por uno mismo las decisiones adoptadas.
- » **Autonomía informativa.** Consiste en la capacidad para disponer y controlar la información de carácter personal, íntima, privada y pública, de modo que pueda decidir la persona por sí misma cuándo y en qué condiciones procede revelar información personal a otros agentes (profesionales, familiares, administración, etc.).



- » **Autonomía decisoria**, también denominada *autonomía moral*. Se refiere a la libertad de elección de la persona, esto es, a su capacidad para deliberar y decidir entre varias posibilidades.

El principio de autonomía hace referencia principal (aunque no exclusivamente) a la autonomía decisoria, es decir, al respeto a las decisiones que la persona toma de forma libre y responsable, de acuerdo con sus propios valores e identidad personal, y a la exigencia ética de prestar los apoyos necesarios para que pueda ejercerla. Decimos «no exclusivamente» porque las tres dimensiones de la autonomía están claramente imbricadas. Si una persona no dispone de autonomía informativa, es decir, desconoce información sobre su situación, o aunque disponga de ella no la comprende (bien porque le ha sido facilitada de modo incomprensible, bien porque ella misma se encuentra en alguna situación emocional o de limitación cognitiva que le impide comprenderla y apreciarla convenientemente), difícilmente sin apoyos podrá lograr una autonomía decisoria que le permita responsabilizarse de la cuestión o de los aspectos sobre los que está decidiendo. Lo mismo ocurre con la autonomía denominada *funcional*. Si una persona no cuenta con los apoyos necesarios para su autonomía funcional (un asistente que le posibilite realizar un viaje en avión, o una plataforma elevadora que le permita subir a un escenario), difícilmente tomará la decisión de asistir a un congreso en otro país o de participar como ponente en el mismo.

Si bien las tres autonomías citadas intervienen en el buen trato a las personas mayores, son especialmente importantes las dos últimas, la informativa y la decisoria, que a su vez están implicadas, ya que no existe autonomía decisoria si no hay suficiente información comprensible de aquello que se debe decidir.

2.2. DERECHOS VINCULADOS A LA AUTONOMÍA PERSONAL

El ejercicio de la autonomía decisoria se produce en un proceso en el que deben darse tres condiciones:

- » Información suficiente y comprensible de la situación y las alternativas, con las consecuencias esperables de cada una de ellas.
- » Voluntariedad entendida como ausencia de coacción o amenaza (interna o externa) o manipulación.
- » Capacidad para deliberar y decidir de acuerdo con los propios valores y metas personales.

Así, el buen trato, entendido como respeto y apoyo a la autonomía personal, conlleva necesariamente el ejercicio de otros derechos:

- » El **derecho a la información** veraz, suficiente y de forma comprensible, por lo que el engaño o la negativa a informar a la persona de aquello que le concierne puede considerarse un trato inadecuado.
- » El **derecho a la libertad**, entendida como ausencia de coacciones, amenazas, manipulaciones, etc. que impiden decidir libremente, y que podemos considerar un mal trato, aunque se hagan con buena intención.
- » El **derecho al consentimiento informado**, es decir, a aceptar o rechazar cambios significativos para la vida de la persona (cambio de domicilio, gestión de los bienes personales...).

Atendiendo al derecho al consentimiento informado, tres son los escenarios o modalidades de ejercicio de la autonomía moral en relación con el mismo:

- » La decisión de la persona capacitada para el momento presente tras recibir la información oportuna.
- » La decisión de la persona mayor capacitada para un momento futuro de incapacidad, a través de la planificación anticipada. Esta situación está recogida también en nuestra legislación para las decisiones en el ámbito sanitario, tipificada como **derecho a las directrices previas**.
- » La decisión durante la incapacidad, que da paso a las decisiones de representación o sustitución que los representantes legítimos de la persona tomarán por ella si ha ejercido con anterioridad su **derecho a la autotutela** o a otorgar poderes para la gestión de sus bienes o propiedades.

El respeto a la autonomía de las personas mayores exige, a quienes se relacionan con ellas:

- » Contar con el permiso o consentimiento de los destinatarios de nuestra relación para acceder a su vida privada. El **derecho a la privacidad, la intimidad y la confidencialidad** es una consecuencia de la obligación de respetar la autonomía de las personas.
- » Evitar no solo imposiciones o coacciones a las personas mayores, sino también engaños y manipulaciones, ya que suponen un menoscabo de su capacidad para ser responsables morales. El respeto a la autonomía conduce a eliminar cualquier obstáculo que impida a las personas tomar decisiones voluntarias y libres.
- » Aportar información comprensible y completa de la situación problemática que una persona vive, así como de las alternativas que existen para dicha situación, proporcionando información de modo comprensible y a través de los sistemas comunicativos precisos, para que la persona comprenda con dicha información sus riesgos y beneficios. La persona podrá autónomamente, en su presente, decidir anticipadamente cómo gestionar su vida en determinadas situaciones futuras, o al menos expresar quién quiere que la represente cuando su autonomía quede disminuida. Las directrices previas o voluntades anticipadas, así como las decisiones de representación, se convierten en un modo de ejercer la autonomía moral.



- » Prestar apoyos, intervenciones y recursos para facilitar la comprensión, la elección y la expresión de las propias decisiones.

Cuando la persona no es capaz de tomar decisiones autónomas, el derecho a la libertad no desaparece. El buen trato a la persona supone gestionar su vida privada de acuerdo con su modo de ser, lo que significa conocer los valores, gustos y obligaciones morales de cada persona. De ahí la especial importancia de proteger la identidad personal por parte de los familiares y allegados de la persona mayor. En caso de tener que sustituir las decisiones de la persona, las opciones elegidas deberían tener en cuenta sus valores. O, lo que es lo mismo, el criterio correcto sería decidir lo que ella hubiera decidido si hubiese sido capaz de hacerlo.

Obviamente, las personas cambiamos en nuestros valores, creencias y decisiones a lo largo de la vida. La experiencia de conocer cuáles han sido las consecuencias (no siempre positivas) de nuestras decisiones nos lleva a modificar nuestros valores, o al menos su jerarquía. Sabemos que el envejecimiento es un proceso que conlleva limitaciones, pero también conocimientos que adquirimos a través de la experiencia. Es frecuente que experiencias significativas como dejar de trabajar, integrar nuevos límites y posibilidades, dejar de tener responsabilidades, o adquirir nuevos compromisos con otras personas, conduzcan al surgimiento de nuevas necesidades o al afloramiento de necesidades que estaban latentes. De modo que no es infrecuente que las personas cambien algunas de sus decisiones, e incluso sus creencias y opiniones, en la vejez. Por ello, no es correcto ni ética ni legalmente sustituir las decisiones de una persona mayor mientras siga siendo capaz de tomarlas por ella misma, y deben permitirse cambios en las mismas que pueden sorprender pero que deben ser respetados.

2.3. LÍMITES DEL DERECHO A LA AUTONOMÍA PERSONAL

Todos los derechos tienen excepciones, pues si bien son universales (para todas las personas), no son absolutos, es decir, no siempre deben ser respetados. El derecho a la autonomía de las decisiones presenta las siguientes limitaciones:

- » El daño o riesgo de daño importante para otras personas. Por ejemplo, la determinación de negarse a ciertos tratamientos que ponen en riesgo la salud de terceros.
- » La exigencia o petición de prestaciones injustas, por suponer una clara discriminación con respecto a otras personas. Por ejemplo, la exigencia de atenciones que no son necesarias y que suponen la utilización o explotación de otras personas, ya sean familiares, allegados o profesionales.

- » La falta de capacidad para la toma de decisiones. En este caso se valorará si la situación es urgente, porque entraña un riesgo grave para la propia persona, en cuyo caso deberán decidir sus representantes, o si la decisión puede esperar a que la persona se recupere o mejore en su capacidad, en cuyo caso se prestarán los apoyos para la autonomía antes de sustituirla.
- » La negativa de la persona a recibir la información o a delegar voluntariamente sus decisiones en sus representantes.
- » El imperativo legal, del que derivan determinadas obligaciones en virtud del bien de otras personas o del bien común. Por ejemplo, pagar los impuestos.

No debemos olvidar que un buen trato exige respetar las decisiones autónomas de las personas mayores, pero también impedir que tomen decisiones en situaciones de falta de autonomía o autonomía limitada, poniendo en riesgo otros derechos. En el caso de que una persona mayor presente una situación permanente de falta de autonomía que le impida la autodeterminación y la gestión de sus derechos, el buen trato supondrá protegerla en sus derechos y, si es necesario, de sí misma a través de la determinación de un guardador o tutor.

Derecho a la integridad física y psíquica

El reconocimiento de la igual dignidad de todos los humanos ha exigido y exige los desarrollos jurídicos necesarios que aseguren su protección en aquellas circunstancias en que pueda estar en riesgo. Así se reconoce en la propia Constitución española y en múltiples normas, como las referentes a la asistencia sanitaria (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información) y los servicios sociales (LPAPAD).

El derecho a la integridad psíquica y física tiene un doble contenido. En negativo, hace referencia a que no nos quiten la salud. En positivo, exige facilitar los recursos sociales y sanitarios para que una persona recupere la salud o la funcionalidad si sufre una discapacidad.

Al **derecho a la salud** en su sentido negativo (que no nos la quiten) corresponde la exigencia de que no nos lesionen, tal y como contempla el artículo 147 del Código Penal (delito de lesiones). El buen trato requiere siempre que no se genere daño a la salud (física o psíquica) de una persona mayor, aunque, como hemos visto, no siempre existe responsabilidad en las conductas que generan un daño.

La Constitución de la OMS afirma: «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano». Ello exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, tales como una vivienda adecuada, alimentos nutritivos, relaciones satisfactorias, participación e inclusión social, etc. También se incluye el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo (derechos sexuales) sin injerencias (torturas, tratamientos y experimentos médicos no consentidos...).

En positivo, el derecho a la salud incluye el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar, y el **derecho a la asistencia sanitaria** cuando la salud se pierde o se fragiliza. El derecho a la asistencia sanitaria, previsto en la Ley General de Sanidad, ha estado vinculado a la Seguridad Social hasta la entrada en vigor del Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el Acceso Universal al Sistema Nacional de Salud, que supone un cambio radical al reconocer este derecho como universal, independientemente de que se haya cotizado o no a la Seguridad Social.

Las personas mayores sufren distintas discriminaciones en el acceso a los servicios sanitarios, tal y como advierte la OMS, debidas principalmente al edadismo (discriminación por edad), sostenido por una pérdida de valoración social de la persona mayor, y a la falta de conocimientos específicos de las enfermedades propias de la edad.

La promoción de la salud de las personas mayores es, sin duda, un elemento constitutivo del buen trato a este colectivo, un buen trato exigible en justicia. Conforme a la definición adoptada por la OMS, el **envejecimiento saludable** se puede entender como «el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de una vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez». Una cultura del envejecimiento saludable debería fomentar y apoyar: a) el mantenimiento de la actividad física y mental, mediante la participación de las personas mayores en los ámbitos económico, social, cultural y político; b) el acceso a servicios de orientación que permitan anticipar, en la medida de lo posible, el proceso de toma de decisiones para envejecer bien; y c) la disminución del sufrimiento por las discapacidades relacionadas con las enfermedades crónicas, reduciendo la dependencia de los servicios sanitarios y sociales.

Además de la asistencia sanitaria, el derecho a la integridad física y psíquica incluye también el **derecho subjetivo a la atención a la dependencia**, es decir, a recibir apoyos para poder desarrollar la vida cotidiana. Se trata de poder tener cubiertas las necesidades de déficit para poder llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, o para desarrollar la autonomía personal tal y como se contempla en la LPAPAD y en las leyes autonómicas de servicios sociales.

La LPAPAD incluye con claridad, en el término *autonomía*, tanto la autonomía funcional (realizar actividades de la vida diaria sin ayuda) como la



decisoria (capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias).

La valoración de la dependencia se realiza a través de un baremo común en todo el Estado recogido en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia (BVP), y que incluye tres aspectos: las capacidades y limitaciones de la persona para la realización de las ABVD; la causa por la que no puede realizar algunas actividades, y el grado de supervisión o apoyo que necesita para realizar dichas actividades.

Una buena aproximación para entender este derecho a la atención a la dependencia puede ser la comprensión de la discapacidad como un concepto gradual en función de la reducción que suponga para el desarrollo de un proyecto personal. Así, algunas condiciones serán solo «desventajas», y no discapacidades. Este planteamiento concuerda con la definición de discapacidad de la OMS (2001), que la entiende como una disminución de las capacidades de una persona que puede deberse a alguno o varios de los siguientes niveles:

- » El **nivel de las deficiencias** en órganos o funciones propias de la persona (disminución de la capacidad cognitiva en la demencia, de la capacidad sensorial, de la capacidad intelectual...).
- » El **nivel de la limitación en la actividad** o disfunción que puede generar o no esa deficiencia, en virtud de que existan los apoyos necesarios disponibles (una discapacidad para el lenguaje verbal no tiene por qué generar una disfunción si la persona tiene a su disposición un sistema alternativo de comunicación y ha desarrollado habilidades para su manejo).
- » El **nivel de las restricciones en la participación** y, por lo tanto, discriminación bien en la participación en la toma de decisiones sobre la propia vida, bien en la participación en la vida social (una persona mayor nacida en una aldea vasca que no habla castellano sin traductor de euskera en el hospital donde es atendida).

La dependencia será la necesidad de ayuda externa para la gestión de la vida diaria personal y social de la persona mayor, si se dan alguna o varias de las situaciones anteriores de discapacidad. Es obvio que esta comprensión de la dependencia no solo no pretende homogeneizar, ni en características, ni en necesidades, ni en capacidades, a las personas mayores dependientes (como la ausencia de las mismas no sirve para homogeneizar a las personas independientes), sino que tampoco sirve para ello. La dependencia es, por lo tanto, un proceso dinámico y cambiante; un fe-

nómeno multidimensional afectado por la interacción de factores físicos, emocionales, intelectuales, relacionales, sociales, jurídicos, económicos, etc. La dependencia, a la luz de este modelo, no es un rasgo distintivo o un atributo de la persona, sino un complejo conjunto de condiciones personales y sociales que requerirán una atención personal en función del proyecto de vida de cada persona mayor y de las dificultades que tenga (personales o contextuales) para avanzar en ese camino. No se trata de luchar únicamente contra las barreras arquitectónicas poniendo ascensores en los centros cívicos, sino también, y especialmente, contra las barreras sociales y culturales.

El buen trato a las personas mayores exige a los poderes públicos garantizar la atención integral de las necesidades en el ámbito social y sanitario de las personas a lo largo de toda la vida, atendiendo tanto a sus necesidades de salud física y psíquica como a sus niveles de dependencia para las ABVD. A tal efecto, es necesario garantizar la adecuada promoción y provisión de servicios dirigidos a:

- » Fomentar hábitos de vida relacionados con la salud, la alimentación saludable y el ejercicio físico, evitando la vida sedentaria, el tabaco y otras drogas, en particular el consumo excesivo de alcohol.
- » La protección de la salud mediante la prevención de caídas y otros accidentes, evitando situaciones de riesgo.
- » La provisión de servicios asistenciales de salud de calidad a corto y largo plazo basados en la definición de objetivos terapéuticos adecuados a la funcionalidad y las preferencias de los pacientes.
- » El acceso universal a servicios de salud mental y salud oral ajustados a las necesidades de la población mayor.
- » La prestación de los apoyos necesarios tanto personales como en el entorno que posibiliten que las personas mayores dependientes sean atendidas en sus necesidades y puedan participar en la vida social.



Derecho a la intimidad y la privacidad en las relaciones personales

La intimidad parte de la diferenciación entre el ámbito público y el privado en cuanto a los espacios de actividad y las relaciones que todas las personas mantenemos a lo largo de nuestra vida. Puede ser definida como lo más privado del ser humano, lo que la persona guarda para sí o, por extensión, para su círculo de personas de mayor confianza. Lo íntimo incluye sentimientos, creencias, formas de pensar, informaciones sobre la salud y otras cuestiones personales como el cuerpo, la sexualidad, las relaciones interpersonales, etc.

Lo privado atañe a lo personal y particular de cada individuo y a su entorno personal más próximo, que cada persona tiene derecho a proteger de cualquier intromisión. Hace referencia a lo que no corresponde al dominio público.

La protección de la intimidad se deriva del reconocimiento de la necesidad y el derecho de las personas a proteger su vida privada —y cuanto ella integra— de injerencias no autorizadas por parte de otras personas. Es, además, un derecho fundamental garantizado por la Constitución española (art. 18) para todas las personas, con independencia de su capacidad para la toma de decisiones. Debe ser entendido en sentido amplio, pues comprende tanto el ámbito íntimo como el ámbito privado.

El respeto del derecho a la intimidad supone una actitud determinada que se concreta en el reconocimiento de la otra persona como un ser valioso y poseedora de una vida privada propia.

Este respeto incluye el reconocimiento del derecho, así como el establecimiento de las medidas y acciones encaminadas a garantizar su ejercicio y a prevenir situaciones que lo pongan en riesgo, contemplando la necesaria equidad en cuanto a su protección en cada contexto de atención.

El buen trato en relación con la protección de la intimidad evita que, ante ciertas atenciones o relaciones (higiene, exploración corporal, relaciones íntimas o sexuales...) que entran de pleno en la intimidad de las personas, estas se puedan sentir invadidas, amenazadas, incómodas, apresuradas, avergonzadas o humilladas y, en consecuencia, experimenten malestar y sufran. Incluye aspectos de comunicación tanto verbal como no verbal, y se ejercita a través del desarrollo de distintas actitudes como la empatía, la consideración positiva, la autenticidad y la aceptación incondicional.

Cuando las personas mayores se sienten presionadas o perciben que se invade su intimidad, reaccionan. Sus reacciones, diversas, pueden manifestarse a través de cambios en el comportamiento y la personalidad: resignación (por temor a las represalias o a enfados, haciéndose más sumisas y dependientes), ansiedad o depresión, protesta y reivindicación de derechos, hostilidad hacia el entorno y hacia los demás, etc.

Una de las consecuencias más negativas de la invasión reiterada de la intimidad de la persona mayor es el desarrollo de la indefensión aprendida (la persona aprende que su conducta no es eficaz para controlar su entorno), lo que se traduce en inactividad y depresión. «No valgo para nada», «Todo el mundo me lleva para aquí y para allá», «Me tratan como a un trasto viejo»... son algunas frases que evidencian esta situación.

Para desarrollar el respeto en una relación profesional de ayuda, es fundamental lograr una relación de confianza, así como la búsqueda y protección del bienestar físico y emocional de la persona, proporcionando un trato adecuado o un buen trato.

4.1. TIPOS DE INTIMIDAD

Es posible distinguir distintos tipos o clases de intimidad. En relación con las personas mayores, es necesario poner especial atención en la protección de algunas de ellas:

» **Intimidad corporal o física.** Hace referencia a la limitación en relación con el acceso al propio cuerpo por parte de otras personas. Incluye tanto el acceso físico como el visual. La protección de la intimidad corporal requiere que el acceso al cuerpo se realice con el consentimiento de la persona y evitando situaciones que generen excesivo pudor. Su protección precisa de un ámbito privado protegido de injerencias externas y una especial atención en los distintos contextos culturales.



- » **Intimidad informativa.** Hace referencia a la obligación de confidencialidad en relación con el derecho a la protección de las informaciones personales. Por lo tanto, se refiere al acceso limitado a las informaciones personales y a la obligación de secreto cuando las personas mayores comparten algo que no quieren que sepan otras personas. Se relaciona también con el tratamiento correcto de la información, evitando comentarios hirientes o imprecisos sobre las personas o las situaciones. Su protección precisa de la garantía de un ámbito privado protegido de injerencias externas.
- » **Intimidad decisoria.** Hace referencia a la necesidad de intimidad en ciertos procesos de toma de decisiones. Su protección precisa de un ámbito privado protegido de intromisiones externas, de espacios y tiempos en soledad o en compañía de las personas elegidas por la persona mayor, así como de una atención especial y respeto por los valores y emociones presentes en estos procesos.
- » **Intimidad espacial.** Hace referencia al territorio que configura el ámbito privado (domicilio, habitación, etc.), incluidos tanto los espacios como los objetos. La intimidad espacial es importante para garantizar el mantenimiento de las relaciones interpersonales y el desarrollo de actividades privadas, así como para proteger aspectos relacionados con la personalidad (ideas, sentimientos, valores). La inviolabilidad del domicilio se vincula al derecho a la intimidad de las personas, ya que protege el ámbito donde se encuentran, aislado del exterior y de las miradas ajenas, y donde ejercen su libertad al poder realizar sus actividades más personales e íntimas. Algunos objetos tienen que ver con asuntos privados e, incluso, muy íntimos, por lo que requieren ser protegidos del acceso de otras personas. Determinados elementos forman parte de nuestra vida y nuestros recuerdos, y poseen un importante valor emocional. En ocasiones, tienen que ver con la forma de ser, con las relaciones o con los intereses de la persona mayor, y esta no desea que salgan de su intimidad, por lo que deben ser respetados, incluso tras su fallecimiento.
- » **Intimidad referida a la personalidad.** Hace referencia al acceso limitado y al tratamiento respetuoso de los distintos aspectos que configuran la personalidad del individuo (pensamientos, ideas, creencias, sentimientos, valores, etc.). La intimidad referida a la personalidad puede entenderse como una parte presente en otros tipos de intimidad (informativa, decisoria y corporal), y también como la suma de todos ellos.

4.2. LA INTIMIDAD Y SU RELACIÓN CON OTROS DERECHOS: IMAGEN Y HONOR

Aunque conceptual y jurídicamente, intimidad, imagen y honor son derechos independientes, mantienen una estrecha relación, ya que todos ellos se vinculan al reconocimiento de la dignidad del ser humano.

La imagen personal y el honor de una persona pueden verse lesionados si se permite indiscriminadamente el acceso a su intimidad, o si las intervenciones que se realizan la cosifican o la reducen a sus déficits y necesidades de dependencia, olvidando o ignorando su identidad y sus capacidades personales.

Por ello, en relación con el buen trato a las personas mayores consideramos de interés abordar estos dos derechos en su relación con la protección de la intimidad.

La **imagen** hace referencia al aspecto de cada persona, que la configura e identifica como alguien singular, especial y distinto de los demás.

Es la forma en que nos expresamos y como nos mostramos ante las demás personas. Influye en la percepción propia (autoimagen), y también tiene efectos en las oportunidades de relación social. La imagen personal cumple estas funciones con independencia del estado y la capacidad decisoria de la persona.

La propia imagen es un derecho fundamental protegido por la Constitución española (art. 18) para todas las personas, con independencia de su capacidad para la toma de decisiones. Cada persona es dueña de su propia imagen y tiene derecho a elegir cómo arreglarse y cómo mostrarse ante ella misma y ante su entorno, teniendo control sobre su aspecto. El titular de las imágenes tomadas de cualquier persona (fotografías, vídeos, etc.) es la propia persona y, en consecuencia, tiene derecho a controlar su difusión. Las personas en situación de dependencia también tienen derecho a decidir y controlar tanto su aspecto como la difusión de su imagen. La difusión de documentos que contengan imágenes personales suyas requerirán su consentimiento expreso.

Un aspecto muy importante para fomentar el buen trato a las personas mayores es mejorar su imagen social, especialmente en los medios de comunicación, redes sociales, sesiones de formación, etc. Ciertas imágenes fomentan los estereotipos y la discriminación social. Ofrecer imágenes positivas de las personas mayores contribuye al reconocimiento de su dignidad y a su respeto, protege su honor y evita la discriminación.



En el caso de realizar reportajes o documentos sobre personas mayores que van a ser publicados, es necesario:

- » Formar e informar a los medios de comunicación o a las personas a título particular antes de que tomen fotos o vídeos o hagan un reportaje. Insistir en la importancia de una imagen positiva y en la necesidad del consentimiento de las personas implicadas. Puede ser conveniente organizar reuniones previas o comunicar estas recomendaciones por escrito.
- » Informar a las personas mayores del fin y la razón de la difusión, en qué medios se realizará y la repercusión que pueda llegar a tener. En el caso de la prensa, los medios de comunicación y las redes sociales, deben saber que las imágenes pasan a formar parte de archivos y podrían ser reutilizadas al cabo de unos años (cuando su vida quizá haya podido cambiar).
- » Cuidar el tratamiento de la imagen de las personas mayores. No deben difundirse informaciones, fotos o vídeos que muestren conductas íntimas. Es necesario evitar tratamientos peyorativos que provoquen lástima u ofrezcan una imagen negativa de este colectivo.
- » Pedir permiso a las personas con suficiente antelación para que tengan la posibilidad de prepararse y mostrar la imagen que desean.

Por último, es muy importante sensibilizar y advertir a las personas mayores sobre los riesgos de compartir o difundir información personal o imágenes propias y de terceros (redes sociales, WhatsApp...), ayudándoles a anticipar y valorar la repercusión que esta acción pueda llegar a tener.

El **honor** hace referencia a la estimación de la persona en y por la sociedad. Se construye al dar a conocer aquellas características y acciones de la persona que contribuyen a configurar su buen nombre, fama, honra o consideración social.

El honor es un derecho fundamental protegido por la Constitución española (art. 18) para todas las personas, con independencia de su capacidad para la toma de decisiones.

La consideración de algo como honroso o deshonroso puede tener importantes variaciones dependiendo del género y del contexto cultural. El cuidado y el aspecto de la vivienda pueden repercutir en el honor personal y familiar. En sociedades tradicionales, afecta especialmente a la reputación de las mujeres mayores (la percepción de una «casa descuidada» puede perjudicar la fama de la persona que reside en ella). Las visitas que se reciben también pueden afectar al honor. Una visita al domicilio puede ser «prestigiosa» o, al contrario, «vergonzante», si revela al vecindario y a la sociedad aspectos de deterioro o pérdida de capacidades del individuo.

4.3. BUEN TRATO E INTIMIDAD EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Las actividades relacionadas con el cuidado, y en especial las que tienen que ver con la higiene, comprometen, en mayor o menor grado, la intimidad de las personas. La exposición del cuerpo durante el apoyo prestado en los cuidados personales puede vivirse como una amenaza, o incluso como una agresión, que puede generar un daño psicológico (maltrato psicológico) y también sexual, como veremos.

El conocimiento de cada persona mayor en situación de dependencia coyuntural o permanente, de sus necesidades, de cómo vive su intimidad y de sus preferencias y temores es esencial para detectar aquello que es relevante para ella en su cuidado, y para el manejo adecuado, discreto y prudente de sus sentimientos de pudor.

Cada persona tiene sus propios sentimientos de pudor, que no dependen solo del tipo de actividad de cuidado y del grado de exposición corporal, sino también de sus vivencias subjetivas previas. La desaparición del pudor de forma generalizada no es un buen indicador de la calidad asistencial. Un manejo adecuado de las habilidades relacionales y de comunicación contribuye a que los momentos relacionados con el cuidado personal resulten más relajados.

Las diferencias de género, edad e identidad cultural determinan muchas veces, y pueden condicionar de forma importante, el modo de percibir los cuidados recibidos y todo lo que suponen, especialmente, en relación con la intimidad corporal.

Las personas mayores con altos niveles de dependencia pueden requerir, por su gran vulnerabilidad, especial esmero en la protección de su intimidad por parte de las personas que las cuidan, aunque ellas mismas no sean conscientes de lo que puede suponer la exposición pública de su vida privada para su imagen y su honor.

A continuación se exponen algunas recomendaciones a seguir para el buen trato relacionado con la protección de estos derechos en las personas dependientes:

- » Respetar la intimidad en los cuidados de la vida diaria, propiciando espacios de apoyo personalizado y cuidando el entorno, de modo que, además de intimidad, se proporcione seguridad y confort.
- » Proporcionar un trato cálido, comunicarse con respeto y afecto, haciendo partícipe a la persona, hablando con ella, informándola siempre de la



actividad que se va a realizar, preguntándole sobre sus preferencias y logrando su participación e implicación en la medida de lo posible.

- » Evitar la despersonalización y el seguimiento de protocolos rígidos, adaptando el cuidado y respetando los ritmos y las preferencias individuales.
- » Presentarse cuando la persona cuidadora sea nueva o cuando la persona mayor no la identifique.
- » Participar en la atención de lo íntimo únicamente quienes sean imprescindibles para realizarla.
- » Procurar que, en los momentos en que la intimidad se vea más comprometida, como pueden ser el momento del aseo o el de la asistencia en el cuarto de baño, quien preste el apoyo pertenezca al mismo sexo que la persona asistida, si esta manifiesta dicha preferencia.
- » Evitar observar, y dejar que se observe, a la persona usuaria más de lo estrictamente necesario en situaciones que le generen pudor, como las relacionadas con la higiene, la evacuación y las conductas y expresiones afectivas y sexuales, y realizarlas, siempre que sea posible, en espacios privados (cuarto de baño, habitación).
- » Evitar indicaciones o correcciones en voz alta que puedan menoscabar la imagen o el honor de la persona mayor.
- » Intentar que el tiempo que la persona permanezca totalmente desnuda sea el mínimo posible. Si es necesario desnudarla para su aseo, dejar tapadas las partes del cuerpo no afectadas en cada acción y destapar solo lo imprescindible.
- » Conceder gran importancia a los detalles y complementos personalizados. Los pequeños detalles «marcan la diferencia», destacan la singularidad de las personas y, además, favorecen el sentimiento de identidad y seguridad. Por ejemplo, para algunas personas puede ser importante llevar corbata o boina, una prenda determinada, un peinado concreto...
- » Prestar apoyos de la forma menos invasiva posible, respetando las elecciones propias de la persona en relación con su cuerpo y su imagen.
- » Tener en cuenta, en el caso de que sea necesario aplicar medidas de sujeción física (como medida última, una vez desechadas otras opciones), la imagen ofrecida por la persona. Deben utilizarse productos de apoyo (ayudas técnicas) de la forma más discreta posible, y proponer medidas que ofrezcan una imagen digna de la persona.
- » Proteger la intimidad, en los baños compartidos, empleando medidas que eviten el contacto visual entre sus usuarios. Prestar atención a la colocación de los espejos, evitando que se refleje la imagen de la persona mayor y pueda ser vista por otras.

- » Contar siempre con el consentimiento de la persona en actividades que impliquen cambios de imagen (carnaval, Halloween, teatro...). Además, es fundamental que estos cambios fomenten una imagen social positiva. Si la persona no tiene capacidad para decidir si quiere aparecer así, preguntar a la familia o a alguna persona de referencia. En caso de duda, lo mejor es renunciar a la actividad y proponer una alternativa.

4.4. INTIMIDAD, BUEN TRATO Y RELACIONES AFECTIVAS O SEXUALES

La afectividad y la sexualidad son partes fundamentales del bienestar en las personas mayores. Por lo tanto, las relaciones afectivas y de pareja, y las conductas sexuales, deben abordarse como una expresión natural de la persona a cualquier edad. En ocasiones se tiende a negar, e incluso a reprimir, las conductas sexuales en las personas mayores, utilizando términos poco adecuados que patologizan situaciones y experiencias que deberían ser normalizadas.

La gestión de la vida sexual de las personas pertenece, sin duda, al ámbito que mayor importancia tiene para determinar si una conducta es buen o mal trato: el respeto a la autonomía, a la intimidad y la privacidad y, también, a la integridad psíquica de las personas.

Las relaciones interpersonales precisan de un marco de intimidad, ya que sin esta condición no se puede lograr una comunicación positiva. Las relaciones afectivas y sexuales pertenecen a la esfera íntima y privada de las personas, y es necesario garantizar la privacidad y un entorno apropiado para este tipo de contactos o relaciones.

La vida sexual forma parte de la vida íntima de las personas mayores, de modo que no se puede generalizar cuándo una determinada conducta genera o puede generar daño, en este caso sexual. Una conducta que para una persona puede resultar una actividad gratificante (exhibicionismo, pornografía...), para otra puede ser un mal trato sexual. El único criterio para diferenciar el buen trato del maltrato es que la persona haya prestado o no su consentimiento para dicha conducta.

Pero, además, los contactos sexuales, por pertenecer a un ámbito tan íntimo, requieren del consentimiento en cada ocasión. Es decir, la persona debe consentir cada vez que vaya a participar en una relación sexual, de modo que no es suficiente que una persona consienta únicamente para un número determinado de actos sexuales (con o sin contacto).

Por ello, el maltrato sexual tiene una doble definición:

- » El sometimiento bajo coacción o engaño a una relación sexual (con o sin contacto).
- » La práctica de una relación sexual consentida (con o sin contacto) cuando la persona no sabe a qué consiente por su falta de capacidad para comprender la situación, lo que se le pide y sus consecuencias.

Lamentablemente, existen personas mayores (mayoritariamente mujeres) que aunque sufran un daño no son capaces de identificar las relaciones sexuales no consentidas como maltrato o acceden a ellas de manera coaccionada.

4.5. INTIMIDAD Y BUEN TRATO EN EL FINAL DE LA VIDA, EN LA MUERTE Y EN EL DUELO

Los procesos vinculados al morir son individuales y deben ser tratados como tales, pero también son profundamente culturales, una dimensión que hay que tener en cuenta, incluidas la espiritualidad y la religiosidad, generalmente muy ligadas al hecho de morir. El acompañamiento a la persona y a la familia, protegiendo su intimidad, resulta fundamental en este sentido.

Morir es un proceso en el que la persona y su biografía deben constituir el centro de las actuaciones que se realicen. El morir es una experiencia que enfrenta a la persona con el misterio humano de su destino final. En este proceso, cobran gran importancia algunas necesidades relacionadas con cómo debería sentirse la persona: bien tratada, protegida de peligros, querida por su familia, aceptada por la gente y con su intimidad respetada. Se trata de un periodo de última oportunidad para expresar voluntades, para «poner en orden las cosas», de despedida y de comunicación, por lo que requiere, especialmente, de personalización y privacidad.

La muerte de una persona mayor querida supone una experiencia vital lamentablemente bastante frecuente. El modo en que se produzca, y que la persona se sienta bien o mal tratada en ese momento tan delicado, influirán decisivamente en el duelo y en su posterior recuerdo y significado. El cuidado y preparación de la persona fallecida forman parte de un rito cultural que contribuye al bienestar de su familia y de sus seres queridos, por lo que deben facilitarse en la medida de lo posible. El cadáver merece un tratamiento respetuoso; no es una persona, pero tampoco es un objeto. El tratamiento que se le dé afectará, incluso después de su muerte, a su imagen y a su honor.

La elaboración del duelo por parte de las personas mayores representa un proceso delicado que requiere de comprensión y apoyo emocional por parte de quienes las acompañan. Las personas experimentamos el duelo de formas muy distintas. La existencia de ritos funerarios que expresan el duelo es algo universal. En todas las culturas existen esos ritos, y aunque pueden presentar formas muy variadas, se comparte la consideración y el respeto por la persona fallecida, su despedida social y la necesidad de brindar apoyo al resto de la familia, por lo que el buen trato exige respeto hacia todas las manifestaciones de duelo, aunque no sean compartidas.

Derecho a la ciudadanía, a la participación y a la construcción de mi entorno social

Es considerado ciudadano o ciudadana quien tiene el disfrute y las responsabilidades del conjunto de los derechos. En el concepto de ciudadanía, se sintetiza lo ético y lo jurídico, lo privado y lo público. Las personas mayores pueden exigir una participación en igualdad en la vida social y en los ámbitos personales o privados.

La consideración de las personas como ciudadanos, independientemente de sus déficits o discapacidades, se fundamenta teóricamente en tres enfoques, que son los que sostienen gran parte de los contenidos del modelo de envejecimiento saludable:

- » Un primer fundamento teórico es el **enfoque de las capacidades**, desarrollado entre otros por Amartya Sen, Premio Nobel de Economía en 1998 por su preocupación por la dimensión ética en el pensamiento económico, y por la filósofa norteamericana Martha Nussbaum (Sen, 2000; Nussbaum, 2012). Este enfoque señala que un tratamiento justo de las personas exige el fomento de sus capacidades internas y externas. Una capacidad no es lo que una persona hace o es, sino lo que una persona puede hacer o puede ser, por lo que deben concederse primero apoyos para ser libre, y después libertad para decidir.
- » El segundo soporte teórico es el **enfoque de los funcionamientos seguros**, desarrollado desde la filosofía política por Jonathan Wolff y Avner de-Shalit (Wolff y De-Shalit, 2007). Estos autores afirman que las personas con déficits sufren una desventaja social y, por lo tanto, se trata de un problema de justicia social. Existe una desventaja social cuando una persona tiene escasas oportunidades auténticas para funcionar de forma segura, debido a la ausencia de alguno de estos tres factores: los recursos internos —que equivaldrían a las capacidades internas—, los recursos externos —o condiciones externas— y el marco o estructura social. Dos son las principales aportaciones del enfoque de los funcionamientos seguros. En primer

lugar, su insistencia en que las capacidades auténticas no deben ser garantizadas únicamente de forma puntual, sino también de forma permanente. En segundo lugar, su énfasis en el entorno, incidiendo en lo que denomina *mejora del estatus*, entendido aquí como accesos igualitarios a la vida social. El objetivo de la intervención ética y jurídica no son las medidas compensatorias, las mejoras individuales o personales o los recursos, sino cómo todo esto se traduce en integración y participación social. Una clara aplicación de este enfoque es el proyecto de **ciudades amigables con las personas mayores**, totalmente alineado con el modelo de envejecimiento saludable, que debe concretarse en políticas sociales sustentadas en tres pilares: salud, participación y seguridad. Este último eje hace referencia a garantizar la protección y la dignidad de las personas que no puedan protegerse por sí mismas a través del apoyo a las familias y a las comunidades de las que forman parte.

«La exclusión es moralmente indebida (daño injusto), en todas sus variables, cuando se excluye a quien no debe ser excluido y por lo que no debe ser excluido; esto es, cuando la exclusión hiere, por acción o por omisión, la dignidad universal de alguien.»

X. ETXEBERRIA

» Por último, las **teorías del reconocimiento** constituyen el tercer enfoque (Ricoeur, 2005; Fraser, 2006). El reconocimiento presenta varias dimensiones, entre las cuales nos interesa ahora el reconocimiento intersubjetivo: la persona mayor (con o sin discapacidad) debe ser reconocida como tal en su interacción con el resto de las personas. Ese reconocimiento será justo si, y solo si, va acompañado de la equidad en la participación o de la paridad participativa. La exigencia normativa determina que la persona no es simplemente reconocida como tal, sino que actúa como tal, válidamente y aportando valor en el ámbito social. De este modo se refuerzan la participación, la representación y la pertenencia social de las personas mayores, tal y como desarrolla el modelo de envejecimiento saludable. Así, con su intervención en los procesos públicos de argumentación, participan en la sociedad en cuanto comunidad deliberativa, noción que se encuentra en la base del modelo de los derechos.

La ciudadanía supone principalmente un estatus (posición o condición) en el que se solicita, define y posibilita el acceso a los recursos básicos para el ejercicio de derechos y deberes civiles, políticos y sociales. La condición de ciudadano comprende e incluye tres dimensiones: titularidad, condición política e identidad o pertenencia.



- » **Titularidad.** La ciudadanía implica ser titular de derechos y deberes.
- » **Condición política.** Lo que define al ciudadano o ciudadana es su capacidad de participar e intervenir en los procesos políticos y formar parte de las instituciones públicas de gobierno de la sociedad.
- » **Identidad o pertenencia.** La ciudadanía se entiende como pertenencia a una comunidad determinada, con una historia y unos rasgos étnicos o culturales propios.

En cuanto a los derechos civiles, el buen trato coincide con lo que hemos descrito como derecho a la autonomía; en lo referente a los derechos sociales, con el derecho a la integridad física y psíquica. Nos detendremos ahora en los derechos políticos, es decir, en el derecho a participar y ser tenido en cuenta en la construcción de la *polis*, del bien común, de su organización y de sus normas o leyes de funcionamiento.

Parece indudable que existe un gran potencial de participación de las personas mayores en España, pero es importante que entendamos que participar no significa solo hablar, discutir y debatir. Participar debería implicar avances concretos en la mejora y en la transformación de la realidad social de las personas mayores. Para ello, es necesario no únicamente que los órganos de participación de las personas mayores ya existentes, que probablemente deben ser fortalecidos y reforzados, sean informados de lo que quieren llevar a cabo los poderes públicos, sino que la gente mayor, sus organizaciones y representantes, puedan compartir la definición de los problemas que les afectan y colaborar en la búsqueda de soluciones y oportunidades de mejora.

La plena inserción de las personas mayores en la sociedad española no pasa solo por tener garantizadas unas condiciones de vida dignas y por disfrutar de la autonomía individual. Supone también que las personas mayores no sigan siendo simples objetos de atención y de administración, sino que estén presentes en las dinámicas sociales y políticas de cada ciudad y de cada comunidad.

Participar en la vida comunitaria es tan importante para promover un buen trato como lo puede ser tener buena salud y contar con suficientes recursos como para vivir dignamente. Una persona activa y sana es, al mismo tiempo, una persona implicada en lo que le rodea y en el bienestar individual y colectivo.

«El buen trato exige impulsar el papel activo de las personas mayores en el deporte, en las relaciones afectivas, en el preocuparse por mejorar las capacidades educativas y tecnológicas, evidentemente. Pero también hace

falta impulsar y canalizar el activismo, las ganas de hacer y de servir de la gente mayor en los espacios públicos, en la esfera del voluntariado, en la capacidad de hacer cosas por los demás» (Subirats, 2011), de modo que puedan reconocerse como personas valiosas en el dar y en el recibir comunitario.

BIBLIOGRAFÍA



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

AGE (2001). *Carta europea de los derechos y las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración*. Recuperado 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. En: 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.; De Corral, P.; 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. En: 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. En: 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. En: F. Fletcher et al. (ed.). *Rehabilitation Medicine. Contemporary Clinical Perspectives* (p. 269-298). Filadelfia: Lea y 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. En: J. L. de la Cuesta Arzamendi (ed.). *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar* (p. 40-48). Donostia-San Sebastián: 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*. Nueva York y 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. En: 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. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/Cr_Carta_eSp.pdf
- CIS (2009). *Estudio 2801. Barómetro mes de mayo*. Recuperado 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. *Eidon*, 39, 2-12.

Conill, J.; Cortina, A. (2010). La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano. En: 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) e Imsero (2015). Los mitos y estereotipos asociados a la vejez. *Revista 60 y Más*, 46-51. Recuperado 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*. Nueva York: Cambridge University Press.

Davies, M. (2000). Detección del maltrato: Una herramienta de evaluación para los profesionales de la enfermería. En: 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. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/188675.pdf>

De la Torre, J. (2009). Todos somos dependientes. En: 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. En: 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. En: 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. En: D. Bermejo (ed.). *La identidad en sociedades plurales* (p. 77-103). Barcelona-Logroño: Anthropos y Universidad de La Rioja.

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

Etxeberria, X. (2014). Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. En: 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). Ciudad de México: Naciones Unidas, 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. En: 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*. Recuperado de <http://forovidaindependiente.org>

Fraser, N. (2006). La justicia social en la era de la política de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. En: 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.

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*. Recuperado 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. En: 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*. 1.ª 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. En: 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. En: 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*. Recuperado 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.

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*. 11.ª ed. Traducción 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.

Laín Entralgo, P. (2003). *El médico y el enfermo*. 2.ª ed. Madrid: Triacastela.

Laín 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.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE n.º 299, de 15 de diciembre 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*. Traducción 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: Imsero.
- Martínez Maroto, A. (2009). La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. En: J. de la Torre; J. Pérez Marín (ed.). *Autonomía personal y atención a la dependencia*. 1.ª 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: Imsero.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2012). *Informe 2012. Las personas mayores en España*. Madrid: Imsero.
- 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: Imsero. Recuperado de http://www.dependencia.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/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: Imsero. Recuperado de <http://www.imseromayores.csic.es/documentos/documentos/imsero-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: Imsero.
- 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*. Recuperado 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. En: 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*. Recuperado 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-Rojo, 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 Geriátría y Gerontología*, 45(4), 213-218.

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

Pérez-Rojo, G.; Izal, M. (2011). Marco conceptual. En: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) y 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 Horriño, 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. En: L. S. Doll; S. E. Bonzo; J. A. Mercy; D. A. Sleet (ed.). *Handbook of injury and violence prevention* (p. 241-254). Nueva 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.

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE n.º 42, de 18 de febrero de 2011, p. 18567 a 18691).

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. En: 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 y 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. Recuperado 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*. Recuperado 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 como nos gustaría ser cuidados*. 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*. Vitoria-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. En: 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. En: 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.
- Varios autores. *Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada*. INGEMA. Recuperado de http://www.zuzenean.euskadi.net/s68contay/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_piloto_instituciones_memoria_final.pdf.
- 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)* [Versión en español: *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)*. *Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*]. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. OMS, OPS. [Versión en español: *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Imerso] 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.

