

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 55

Lecciones de Gerontología

Coordinadores: Ignacio Montorio Cerrato, Gema Pérez Rojo

V. Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética

Autor: Moya Bernal, Antonio

Filiación: Médico de Familia. Máster en Bioética

Contacto: amoyab@telefonica.net

Fecha de creación: 30-04-2006

Para citar este documento:

MOYA BERNAL, Antonio (2006). "Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 55. Lecciones de Gerontología, V [Fecha de publicación: 09/06/2006].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/moya-reflexiones-01.pdf>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

Portal Mayores | <http://www.imsersomayores.csic.es>



Lección V.- Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética

ÍNDICE

	Pag.	
1	Introducción	3
2	Los profesionales	3
3	Las personas mayores y su dignidad	5
4	La ética del cuidado	7
5	La necesidad de reflexionar	10
5.1	Desde el principio de No maleficencia	11
5.2	Desde el principio de Autonomía	14
5.3	Desde el principio de Justicia	16
5.4	Desde el principio de Beneficiencia	18
	Conclusiones	19
	Lecturas recomendadas	20
	Referencias bibliográficas	20

Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética

1. Introducción

El envejecimiento progresivo de la población española ya no es noticia. Las previsiones para el año 2016 hablan de una sociedad con cerca de 9 millones de personas mayores de 65 años (un 18,5% de la población total) con un incremento notable del grupo que tendrá 80 o más años (6,1% de la población).

Se considera que un 15-20% de la población mayor de 65 años son ancianos frágiles que precisan una atención específica para los múltiples problemas que presentan, y que para ese año 2016 existirán en España 2.300.000 personas mayores con algún grado de discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Resulta fácil deducir que la asistencia de las personas mayores de una forma digna y eficiente es uno de los más importantes retos que tiene que afrontar nuestra sociedad, tomando conciencia de la situación y haciendo un notable esfuerzo en la distribución de recursos destinados a este fin.

Para los profesionales que trabajan con personas mayores, no solo debe suponer un reto, sino una oportunidad para reflexionar sobre cómo se realiza ésta asistencia, qué se puede mejorar y qué fines deben orientarla.

2. Los profesionales

La persona mayor se ha convertido en el usuario básico de los servicios sociosanitarios y su presencia en los mismos tendrá cada vez más peso, por lo que una amplia mayoría de los profesionales que trabajan en este ámbito tendrán que asumir que la mayor parte de su tiempo de trabajo estará dedicado a atender personas mayores.

Y decimos asumir porque, según refieren los propios profesionales, al trabajo con personas mayores se llega en muchas ocasiones por azar o por la oferta del mercado laboral, y también frecuentemente, con escasa formación específica sobre el proceso de envejecimiento y la atención a los mayores y sin la motivación profesional deseable (IMSERSO, 2004).

Seguramente este hecho tenga que ver con que los profesionales vivan inmersos en una sociedad en la que existe una valoración negativa de las personas mayores que influye en su propia percepción. Pero además, los profesionales manifiestan que el trabajo con personas mayores es duro, tanto desde el punto de vista físico como psicológico, y tienen la sensación de que está peor considerado profesional y socialmente que el trabajo con los más jóvenes.

Si añadimos que desde el ámbito profesional se denuncian problemas relacionados con los bajos salarios y el descontento laboral, la falta de especificidad en los contenidos de los puestos de trabajo, el intercambio de funciones entre distintos profesionales, etc, parecen servidos todos los ingredientes (cansancio emocional, despersonalización de la actividad profesional y falta de realización personal a través del trabajo) que caracterizan el síndrome de desgaste profesional.

No parece sencillo, con este panorama, afrontar el reto que se nos plantea. Hablamos de profesiones en contacto habitual con la fragilidad, la dependencia o la muerte. Hablamos de profesiones de ayuda que conllevan exigencias técnicas, pero además un compromiso ético superior al de otras actividades, precisamente por trabajar con la vulnerabilidad del ser humano.

Ayudar desgasta, y se requiere una reflexión social e institucional que impulse actuaciones destinadas a cuidar de sus cuidadores y que permitan cambiar la percepción del trabajo con los mayores: una distribución del trabajo más equitativa, cupos de pacientes ajustados por la edad, mejores salarios, mayor especificidad en las funciones, etc.

Pero seguramente, aún en el supuesto de que se realicen estas mejoras, no desaparecerá la amenaza del desgaste profesional. Va a ser necesario que los profesionales se paren a pensar sobre lo que hacen diariamente, recuperen hábitos muchas veces olvidados e impulsen una formación que no trate únicamente los “hechos” sino que recoja también los “valores” y capacite al profesional para el manejo de los conflictos morales.

Se trata de introducir en su actividad la reflexión sobre valores como el respeto a la autonomía de las personas mayores, su derecho a una asistencia sin discriminaciones, la obligación moral de proteger a los más débiles, etc, y la utilización de un método que facilite a los profesionales la toma de decisiones cuando se enfrentan a problemas éticos que les generan incertidumbre y angustia.

Y todo ello desde la convicción de que un adecuado manejo de los valores, no sólo les ayudará a mejorar la calidad de su práctica profesional, sino también a aumentar su satisfacción personal en el trabajo y a evitar el desgaste (Gracia, 2004).

3. Las personas mayores y su dignidad

El punto de partida de la vida moral se encuentra en el reconocimiento de la dignidad de las personas. Nos sumamos desde aquí al primer artículo de la Constitución Universal que proponen Marina y de la Válgoma (2000):

Nosotros, los miembros de la especie humana, atentos a la experiencia de la historia, confiando críticamente en nuestra inteligencia, movidos por la compasión ante el sufrimiento y por el deseo de felicidad y de justicia, nos reconocemos como miembros de una especie dotada de dignidad, es decir, reconocemos a todos y cada uno de los humanos un valor intrínseco, protegible, sin discriminación por edad, raza, sexo, nacionalidad, color, religión, opinión política o por cualquier otro rasgo, condición o circunstancia individual o social. Y afirmamos que la dignidad humana entraña y se realiza mediante la posesión y el reconocimiento recíproco de derechos.(p. 300).

No parece necesario tener que reafirmar aquí que las personas mayores tienen dignidad y no precio, si acaso, reivindicar una mayor protección de la misma debido a la potencial vulnerabilidad que presentan.

Los conceptos de dignidad y respeto son reconocidos como fundamentales por las personas mayores, aunque desgraciadamente, con frecuencia, les resulta más fácil hablar de su carencia. La falta de respeto es la forma más dolorosa de maltrato según los mayores que participaron en el estudio cualitativo “Voces ausentes” (OMS, INPEA, 2002).

Cuando se les pregunta sobre la dignidad (Woolhead, Calnan, Dieppe & Tadd, 2004), las personas mayores la relacionan entre otros temas con:

- El derecho a ser tratados como iguales al margen de la edad.
- El derecho a elegir como quieren vivir, ser cuidados y morir.
- El derecho a tener el control en las decisiones sobre su salud.
- El derecho a mantener su autonomía e independencia sin sentirse solos o como una carga para la familia.

Pero además, consideran que su dignidad se ve quebrantada cuando:

- Se les excluye de las conversaciones.
- Se les trata de forma impersonal.
- Se les trata como a niños.
- Se dirigen a ellos con términos como “cariño”, “amor”, o por su nombre de pila.
- No se cuida su intimidad al lavarles o esta actividad la realizan personas de distinto sexo.
- Son higienizados sin que se les dirija la palabra.
- Al levantarles enseñan su desnudez a extraños.
- Se les viste mal, les abrochan mal los botones, etc.
- Son obligados a realizar determinadas actividades a las horas que les dictan.
- Se mueren en soledad.

Nos tememos que la dignidad se pone a prueba diariamente en la relación entre profesionales y pacientes al no cumplirse las expectativas que las personas mayores tienen en dicha relación. Nos están diciendo que tienen derechos, pero

también que tenemos que ser sensibles a sus necesidades, en definitiva, que les cuidemos respetando su dignidad y su autonomía, que se cuente con ellos, que se respeten sus decisiones y su intimidad, pero además, que mejoremos la comunicación y que les tratemos con afecto, con una asistencia menos despersonalizada y más humana.

Como profesionales estamos obligados a dar respuesta a las peticiones que nos están haciendo, y para que esta respuesta sea moralmente adecuada, no debe quedarse únicamente en el respeto estricto de sus derechos sino que debe atender sus necesidades tal y como ellos las sienten, y en esto consiste el cuidado. Como señala Moratalla (1995) “la ética de los mayores no puede ser únicamente una ética de derechos, sino una ética de responsabilidades, cuidados y afectos” (p. 68).

4. La ética del cuidado

La mejora de las condiciones sociales y el progreso de la medicina han aumentado la esperanza de vida, pero a medida que ésta avanza, más fácil es que aparezcan enfermedades crónicas y discapacidades que nos lleven a precisar ayuda, y es entonces cuando la necesidad de cuidado se hace más palpable.

Al menos entre los profesionales de la medicina, de formación y tradición curativa, se precisa un cambio de mentalidad. Se trata de incorporar el cuidado a la práctica clínica diaria, buscando el equilibrio necesario entre el curar y el cuidar.

Hace ya diez años que desde la Bioética (Hastings Center, 1996) se planteó que los fines de la medicina deberían ir más allá de la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. El grupo internacional de trabajo que participó en el proyecto consideró que era necesario reformular estos fines, y que, sin dar prioridad a ninguno de ellos, debían ser:

-La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.

-El alivio del dolor y el sufrimiento causado por males.

-La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.

-La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Como nos recuerdan en el documento, la medicina moderna ha desatendido, en ocasiones, su función humanitaria y mientras tanto los pacientes se muestran como personas que, más que la simple cura, buscan comprensión.

En las situaciones de dependencia, cuando hay sufrimiento o se acerca la muerte, es cuando más claramente se entrelazan los problemas médicos con los sociales, económicos, familiares o afectivos. El cuidado implica dar respuestas a todas estas dimensiones y exige conocer y poner a disposición de las personas mayores y sus familiares, los servicios asistenciales y sociales que les puedan ayudar a enfrentarse a la diversidad de problemas que se les plantean.

De ahí la importancia de que la respuesta, técnica y ética, sea interdisciplinar. El cuidado no puede seguir siendo visto como una actividad de la enfermería, debe universalizarse. Cuidar es también responsabilidad del médico, del psicólogo, del trabajador social, del terapeuta ocupacional, de la auxiliar de clínica o del celador. La obligación de cuidar atañe a cualquier profesional que tenga delante a una persona que sufre (Barbero, 1999).

La ética del cuidado se fundamenta en la relación con el otro y en las emociones. Exige ponerse en la piel del otro, explorar qué siente, qué piensa, escuchar atentamente y responder a sus necesidades con flexibilidad, aceptando sus diferencias. Pero además exige calidez y asumir que en el cuidado, tan importante como la actividad a realizar, lo es la forma en que se lleva a cabo.

Cuando lo que los pacientes mayores reclaman es comprensión, consuelo o alivio, los profesionales no pueden responder echando mano exclusivamente de protocolos o normas escritas. Cuidar exige un compromiso con la persona y sensibilidad humana. Desde una ética de mínimos, buscando exclusivamente evitar caer en la negligencia, no se puede cuidar. Ningún Código Penal puede recoger la

obligación de tratar con amabilidad, escuchar, mostrar compasión, las veces que hay que sonreír, etc.

Los profesionales que se dedican a ayudar no pueden conformarse con no ser negligentes, tienen la obligación moral de ser diligentes y tender a la excelencia, una aspiración que habrá de cultivarse en la relación que establezcamos con la persona mayor y en la habilidad para dar soluciones a sus problemas cotidianos.

Probablemente no sea tan difícil y seguro que es gratificante. La excelencia nos la jugamos en cosas tan sencillas como escuchar a los mayores, llamarles como les guste ser llamados, comunicarse con ellos, sentarse cerca, coger su mano si lo desean, vestirles dignamente, echar una cortina para respetar su intimidad, etc, en definitiva, considerarles y tratarles como personas, transmitiendo humanidad, humanizando la asistencia. Humanizar la asistencia es introducir en ella el mundo de los valores, tenerlos en cuenta (Gracia, 2004).

Tendremos que desarrollar una ética de lo cotidiano que haga hincapié en estas pequeñas cosas, que no precisan medios técnicos ni grandes conocimientos pero que son las que más molestan a los mayores y en las que más ven amenazada su dignidad.

5. La necesidad de reflexionar

Muchas son las cosas que hay que mejorar en la asistencia sociosanitaria, pero en lo referente a los profesionales, quizás lo más apremiante, y lo más difícil, sea intentar cambiar ciertas actitudes y hábitos que, amparados unas veces en la organización de las instituciones en que trabajan y otras en el corporativismo o en el “siempre se ha hecho así”, se siguen manteniendo, a pesar de que no estaríamos dispuestos a defenderlos públicamente.

Sabemos de la dificultad de llevarlo a cabo. Serán imprescindibles los conocimientos y las habilidades (comunicación, counselling, etc), pero además, necesitamos generar la voluntad de querer cambiarlos y para ello se precisa una reflexión personal y la deliberación con otros.

Los conflictos de valores aparecerán con frecuencia en la asistencia de personas mayores, sobre todo al final de la vida. Para abordarlos desde una ética responsable, precisaremos una metodología que analice, tanto los principios morales implicados en un caso concreto, como las consecuencias de las decisiones que tomemos. La deliberación dentro de un marco interdisciplinar es una estupenda herramienta para ello. Pero sin partir de actitudes éticas, sin haber generado antes la “voluntad de querer acertar”, difícilmente podremos afrontar su resolución.

De ahí nuestra insistencia en la importancia de la reflexión de los profesionales sobre su quehacer diario, de que nos preguntemos, antes de actuar, sobre nuestros propios prejuicios hacia las personas mayores, cómo nos comportamos en momentos concretos, cual es nuestro grado de compromiso en su cuidado, qué valores están presentes en la relación y qué tipo de relación mantenemos con ellas, si nos quedamos en una relación meramente contractual o si avanzamos hacia una relación basada en la confianza.

Si queremos cuidar bien, resulta imprescindible dar respuestas a estas preguntas. Desde prejuicios que catalogan a las personas mayores de quejicas, demandantes, poco colaboradoras o como usuarios que no se enteran de nada, solo podremos establecer relaciones distantes y desconfiadas que nos abocarán a mantener actitudes defensivas y nos impedirán cuidar. El cuidado solo puede sustentarse en relaciones en las que exista confianza mutua.

Los principios de la bioética actual nos pueden servir de guía para hacernos reflexionar sobre algunos hábitos y la posibilidad de mejorarlos.

5.1 Desde el principio de No Maleficencia

El principio de no maleficencia nos obliga a no hacer daño a la persona mayor ni a sus familiares en el orden físico o emocional, y se traduce en la práctica diaria en la obligación de realizar aquellas cosas que están indicadas y evitar hacer las que están contraindicadas.

A pesar de ser un principio de alta exigibilidad moral y encuadrarse en lo que denominamos ética de mínimos, no es infrecuente su incumplimiento, muchas veces de forma inconsciente, por falta de reflexión o implicación.

La historia de un paciente octogenario con demencia avanzada, que es remitido desde atención primaria a un hospital de agudos por fiebre y dificultad para tragar, es ingresado, se le colocan una sonda nasogástrica para alimentarle, una sonda urinaria y una vía intravenosa para tratamiento antibiótico, nos es familiar. Es relativamente frecuente que tras curarse la infección, la sonda nasogástrica se deje puesta, el paciente se la arranque, se le sujeten las manos para evitar nuevos intentos y ante su probable agitación se prescriba un tranquilizante. No es inusual que aparezcan o empeoren las úlceras por presión y que ante el deterioro progresivo de su estado general sea remitido a un centro sociosanitario de larga estancia donde probablemente, termine sus días con la sonda puesta.

Obviamente, la indicación técnica de las intervenciones descritas tendrá que ser valorada de forma individual para cada paciente. Lo que nos interesa aquí es preguntarnos si los profesionales que intervienen en esta historia se han parado a pensar en las implicaciones éticas y en si realmente su actuación estaba indicada, o simplemente se han dejado llevar por la rutina asistencial y la intención de curar, olvidándose de cuidar.

La derivación de este tipo de pacientes a urgencias hospitalarias desde atención primaria, tiene que estar claramente justificada si no queremos correr el riesgo de ser maleficentes. El cuidado de estos pacientes en el domicilio requiere implicación, un aumento de visitas domiciliarias, apoyar a los familiares, manejar su angustia, comunicarse con ellos, escucharles..., manejar la incertidumbre y asumir

conjuntamente riesgos, y en muchas ocasiones, la tentación de solucionar el problema rellenando un volante y así evitarnos problemas, suplanta a la reflexión sobre si realmente estamos haciendo lo mejor para el paciente o si, con nuestra actitud, estamos perjudicándole.

Existe consenso en afirmar que, aún contando con el valor simbólico que tiene y las emociones que suscita, la alimentación por sonda nasogástrica no puede considerarse un cuidado sino un tratamiento, y como tal, debe valorarse si está o no indicado y si es proporcional y adecuado a la situación biológica de cada paciente. A pesar de la falta de evidencias de que mantener la alimentación por sonda en pacientes con demencia avanzada aporte beneficios (Finucane, Christmas & Travis, 2000), su utilización sigue siendo habitual. Dado que la sonda resulta incómoda para el paciente y no está exenta de riesgos, no parece fácil justificar un uso tan frecuente, salvo que atendamos a la comodidad de los cuidadores más que a la de la persona cuidada.

Por otra parte, aunque está bien establecida la necesidad de proporcionar cuidados paliativos a los pacientes con demencia avanzada en los estadios finales, estos pacientes reciben menos medicación antitérmica o analgésica que los pacientes oncológicos terminales, y sus familias detectan un peor control de síntomas y un mayor disconfort asociado a dolor, úlceras por presión, estreñimiento o restricciones físicas (Bayer, 2006).

La toma de decisiones en estos pacientes resulta siempre complicada por la dificultad para realizar un pronóstico sobre el tiempo que le queda de vida, e insistimos, debe ser individualizada y consensuada con la familia si no conocemos los deseos del paciente. Surgirán dudas sobre si tratar o no infecciones recurrentes, si colocar o no una sonda nasogástrica para la alimentación en las crisis, etc, que requerirán una deliberación sosegada. Donde no caben dudas es en la obligación de procurar el alivio de los síntomas y el mantenimiento del confort del paciente. Realizar actuaciones destinadas a prolongar la vida de estos pacientes, sin asegurar los cuidados básicos, puede hacernos caer en la obstinación terapéutica y resultar maleficentes.

Otro prejuicio que nos interesa señalar es la idea, bastante extendida entre los profesionales, de que las familias de los mayores dependientes tienden a “quitárselos de encima”. A veces, de forma irreflexiva, les culpabilizamos indirectamente por los malos resultados obtenidos en la evolución de úlceras por presión, en la nutrición, etc. Al realizar juicios de valor de este tipo ante cuidadores muchas veces agotados, sin acercarnos a su mundo ni preocuparnos por sus necesidades, conculcamos el deber de no maleficencia ya que, entre otros, aumentamos el riesgo de aparición de depresión o de duelos complicados en los familiares.

5.2 Desde el principio de Autonomía

El principio de autonomía nos obliga a promover y respetar las decisiones de las personas mayores, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales.

Algunas de las especificaciones de este principio como el respeto a la intimidad o el derecho al consentimiento informado, continúan siendo una asignatura pendiente en el ámbito sociosanitario.

El respeto a la intimidad, ya lo hemos visto, es una de las mayores preocupaciones de las personas mayores. Sin embargo, seguimos considerando “normal” que en hospitales y centros sociosanitarios se les pongan camisones que solo cubren la parte delantera de su cuerpo, se les lave o hagan sus necesidades sin cerrar una puerta o entrando y saliendo gente de la habitación, etc. Excusarnos en las trabas organizativas, la escasez de personal o las prisas, no facilita el cambio de hábitos. Tenemos que hacer autocrítica y valorar que estamos ante personas dependientes que sufren por el hecho de tener que ser lavadas o vestidas por otros y que no han renunciado a su derecho a la intimidad, sino que lo ejercitan “permitiendo” que accedamos a ella porque confían en nosotros y esperan que seamos sensibles y la respetemos.

El consentimiento informado sigue siendo entendido por muchos profesionales como un papel que el paciente debe firmar para permitir que se le realicen determinadas intervenciones, convirtiéndose en ejemplo de que a veces cumplir con lo legislado no implica respetar los principios éticos por los que se legisló. El consentimiento informado supone un cambio en el modelo de relación entre profesionales y pacientes, que supera el paternalismo que ha presidido durante siglos esa relación y consiste en un proceso de comunicación e interacción entre ambas partes, en el que el paciente recibe la información que considera necesaria para tomar decisiones.

Es cierto que, al igual que muchos profesionales, las personas mayores no han sido educadas en este modelo de relación y frecuentemente solicitan nuestra ayuda a la hora de tomar decisiones. Es una forma de ejercer su autonomía, no una renuncia a la misma, y no puede servir de pretexto para saltarnos el deber de informar.

Informar a personas mayores puede requerir del profesional un esfuerzo añadido, al tener que sortear barreras como una audición disminuida o un procesamiento más lento de la información. Tendremos que preguntarnos si ante estas dificultades solemos hacer el esfuerzo por que nos puedan entender o directamente optamos por informar a los familiares, saltándonos, por cierto, la norma escrita.

Tenemos la impresión de que el paternalismo mantiene toda su vigencia en la relación de los profesionales con las personas mayores y esto no sólo dificulta la promoción de su autonomía sino que favorece su infantilización. No negamos que la autonomía de los mayores dependientes puede verse razonablemente limitada al tener que adaptarse a los proyectos de vida de los familiares que les cuidan, pero esto no justifica que se les informe de procedimientos, tratamientos o ingresos, cuando unos y otros han tomado ya decisiones por ellos. Quizás esta actitud tenga que ver con que frecuentemente confundimos su incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria con la incapacidad para tomar decisiones.

La posibilidad de que tengamos que dar malas noticias se acrecienta a medida que pasan los años y la existencia de un mal pronóstico no es razón para obviar la obligación moral de informar. La formación en técnicas de comunicación en estos casos es imprescindible, pero además, su abordaje requiere que el profesional se implique y se comprometa a acompañar y ayudar a la persona mayor a asimilar la información.

La regulación por ley de los documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas nos concede una gran oportunidad para promover la autonomía en las personas mayores, ya que facilitan que puedan ejercer influencia en las decisiones que les afecten cuando ya no estén capacitados para decidir.

Pero al igual que con el consentimiento informado, se corre el riesgo de que su utilización se convierta en la práctica en la estampación de firmas sobre papeles mojados. Estos documentos deben entenderse como una herramienta que facilita que los profesionales integren en la práctica diaria el inicio de conversaciones sobre el final de la vida, dentro de un proceso continuado de reflexión, comunicación y deliberación que nos permita conocer cuales son los valores y preferencias de las personas mayores y sus familias para cuando llegue el momento.

La planificación anticipada de la atención al final de la vida, de eso hablamos, debe incorporarse como una actividad más de los profesionales en los centros sociosanitarios y en la atención primaria. Además de promover la autonomía moral del paciente y aumentar su sensación de control, estaremos mejorando el proceso de toma de decisiones y disminuyendo la incertidumbre, que tantas veces nos atenaza cuando desconocemos qué hubiera deseado la persona mayor en su final.

5.3 Desde el principio de Justicia

El principio de justicia obliga moralmente a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y a distribuir los recursos y la accesibilidad a los mismos de forma equitativa, protegiendo a los más necesitados.

En los temas relacionados con la distribución de recursos, siempre limitados, la responsabilidad principal recae en políticos y gestores. Pero la realidad impone que muchas veces los profesionales tengamos que decidir sobre cómo repartir los recursos que la sociedad hace llegar a nuestras manos y esta responsabilidad es ineludible. Nos encontramos con que si queremos ser “justos” tenemos que ser *eficientes* en nuestro trabajo, intentar hacerlo bien y con el menor coste posible y si queremos ser *equitativos* debemos asignar recursos, en la parte que nos toque, a los más necesitados.

Estas obligaciones nos deben hacer reflexionar sobre cómo realizamos prescripciones de medicamentos o cómo utilizamos el material de la planta, pero también sobre cómo gestionamos nuestro tiempo, si le dedicamos más a las personas mayores que están peor o a las más agradables y simpáticas. Esta reflexión debe extenderse a la distribución de algunos recursos sociales que no siempre llegan a los más necesitados sino a los mejor informados de la posibilidad de obtenerlos o a los que más protestan. Si no interiorizamos estos deberes, podemos estar contribuyendo a incrementar las desigualdades.

La discriminación de las personas por razón de edad sigue siendo un hecho habitual en nuestra sociedad que se refleja en algunas actitudes que mantenemos los profesionales. Aunque oficialmente no se reconozca, en la práctica muchos profesionales limitan el acceso de las personas mayores a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que incluso han mostrado más eficacia en este grupo, sin más explicación que la de encontrarse ante una persona de edad avanzada. La revisión de nuestros prejuicios y hábitos en este terreno es inaplazable.

Quizás el paradigma de la discriminación sea el trato que se da a las personas mayores que viven de ciudad en ciudad, rotando por meses en los domicilios de sus hijos. A las dificultades que encuentran para acceder a cualquiera de los servicios sociales, por el mero hecho de no estar empadronados en uno u otro lugar, se unirán las trabas que muchas veces ponemos los profesionales para atenderles al no sentirnos responsables de su cuidado por no estar adscritos a un

cupo, zona, etc. Observar la colección de informes de urgencias hospitalarias que suelen acumular estos pacientes, debería movernos a reflexionar.

5.4 Desde el Principio de Beneficencia

El principio de beneficencia nos obliga a hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando los riesgos. Este principio ha sido, y sigue siendo, la razón de ser de las profesiones sociosanitarias. Lo que ha cambiado es que hoy no se entiende la beneficencia si no va unida al escrupuloso respeto de la autonomía de aquél a quien pretendemos hacer el bien.

Muchas de las reflexiones que podríamos hacer aquí las hemos hecho al hablar de la ética del cuidado. Nos limitaremos a señalar dos campos que nos ofrecen grandes posibilidades de mejora. La atención domiciliaria y el cuidado del cuidador.

La atención en el domicilio suele provocar cierto rechazo entre los profesionales de atención primaria por el tiempo que conlleva y el desplazamiento que supone. Generalmente se acude ante la demanda, pero para las visitas programadas para evaluar “cómo sigue” o qué necesidades tiene la persona mayor, casi nunca se encuentra tiempo. Sin embargo, debemos ser conscientes de la información que nos puede aportar conocer su entorno y las actividades que nos permite desarrollar. Temas como la prevención de caídas en el hogar o la prevención y detección del maltrato domiciliar son solo dos ejemplos y no carecen de importancia.

Sobre la necesidad de cuidar al cuidador seguramente hablamos mucho y aportamos poco, a veces ni siquiera una palmadita en la espalda. Pocas veces apreciamos el esfuerzo que hacen muchas familias por mantener a sus mayores bien cuidados en el domicilio familiar, asumiendo también el prejuicio de que “es su obligación”. No pretendemos debatir aquí sobre si existe o no esa obligación o qué carácter tiene, sino destacar la importancia que tiene la función que desarrollan los cuidadores familiares y la obligación moral de los profesionales de ayudarles.

Cuidarles, al igual que con las personas mayores, significa explorar cuales son sus necesidades y tratar de encontrarles soluciones. Podemos preguntarnos por el tiempo que dedicamos a escucharles, a entrenarles en temas técnicos, a informarles sobre los recursos sociales, legales o sobre la existencia de utensilios que pueden facilitarles el cuidado, a buscar y fomentar las posibilidades de descanso o su asistencia a grupos de apoyo. La prevención de enfermedades y el evitar su claudicación, al verse atrapados en un laberinto de exigencias imposibles de cumplir, están en juego.

Conclusiones

Nos encontramos ante una sociedad que cada día envejece más y necesita profesionales formados y dispuestos a cuidarla. Las profesiones de ayuda tendrán que dar un paso al frente, pues la fragilidad y la vulnerabilidad aumentan las obligaciones morales de aquellos que han elegido estas profesiones.

Los valores están siempre presentes en nuestra actividad diaria, pero a veces nos resulta difícil ser conscientes de su presencia y ponerles nombre. La rutina es mala compañera para identificarlos. Reflexionar sobre nuestros prejuicios y nuestras actitudes cotidianas nos puede ayudar a tenerlos presentes y a cambiar algunos hábitos que, a veces, nos impiden encontrar sentido a lo que hacemos.

Las personas mayores nos están pidiendo que les cuidemos. Quizás si nos atrevemos a sentarnos a su lado y a escucharles, descubramos personas agradecidas, deseosas de compartir sus experiencias y sus sentimientos, y llegaremos a la conclusión de que trabajar con personas mayores puede ser, de hecho lo es, gratificante.

Lecturas recomendadas

Gafo, J. (Ed.) (1995). *Ética y ancianidad*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Hastings Center. (1996/2004). *Los fines de la medicina*. Fundación Victor Grifols i Lucas (Trad). Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas.

Ribera, J. M., Gil, P. (1995). *Problemas éticos con el paciente anciano*. Madrid: Edimsa.

Terribas i Salas, N. (Coord.). (2003). Bioética. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 38 (Supl 3), 1-71.

Referencias bibliográficas

Barbero, J. (1999). La ética del cuidado. En J. Gafo, J.R. Amor (Eds.), *Deficiencia mental y final de la vida*. (pp. 125-159). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Bayer, A. (2006). Death with dementia – the need for better care. *Age and ageing*, 35, 101-102.

Borrell, F. (2005). Profesionalismo, ¿ética de la virtud o coartada ideológica?. *Jano*, 68, 700-705.

Broggi i Vallés, M. (2003). La vejez y la muerte en la sociedad moderna. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 38 (Supl 3), 10-16.

Bugidos, R. (2004). Cuidados paliativos en geriatría. En A. Couceiro (Ed.), *Ética en cuidados paliativos*. (pp. 245-262). Madrid: Triacastela.

Callahan, D. (1989/2004). Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece. A. Mauri, J.L. Puerta (Trad.). Madrid: Triacastela.

Camps, V. (2005). *La voluntad de vivir*. Barcelona: Ariel.

Cortina, A. (1997). Universalizar la aristocracia. Por una ética de las profesiones. En J. Sarabia (coord.), *La Bioética, lugar de encuentro*. (pp. 37-52). Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

Finucane, T.E., Christmas, C., Travis, K. (2000). Alimentación por sonda en pacientes con demencia avanzada. *Journal of the american medical association (ed. esp)*, 9, 171-176.

García Férrez J. (2001). *¿Cómo debemos tratar y cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer?. Perspectiva bioética*. Madrid: AFAL.

García Férrez, J. (2003, Febrero 24). "Bioética y Personas Mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*. Extraído el 18 noviembre, 2004 de <http://www.imsersomayores.csic.es/portal/senileg/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>

Gracia, D. (2004). *Medice, cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios*. Madrid: Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina.

Gracia, D. (2004). Por una asistencia médica más humana. En D. Gracia. *Como arqueros al blanco* (pp. 93-102). Madrid: Triacastela.

Hastings Center. (1996/2004). *Los fines de la medicina*. Fundación Victor Grifols i Lucas (Trad). Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas.

IMSERSO. (2002). *Percepciones sociales sobre las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO. (2004). *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO. (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO.

Losada Baltar, A (2004, Febrero 28). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a personas mayores. Algunas pautas para la intervención*. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, 14. Extraído el 15 Marzo, 2006 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

Marina, J. A., de la Válgoma, M. (2000). *La lucha por la dignidad. Teoría de la felicidad política*. Barcelona: Anagrama.

Moratalla, A. D. (1995). Ética y ancianidad: entre la tutela y el respeto. En J. Gafo (Ed.), *Ética y ancianidad* (pp. 67-94). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Moya, A., Barbero, J. (2003). Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 38, 177-185.

Mueller, P.S., HooK, C.C., Fleming, K. C. (2004). Ethical issues in geriatrics: A guide for clinicians. *Mayo Clin Proc*, 79, 554-562.

OMS, INPEA. (2002). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 37, 319-331.

Sádaba, J. (2003). Los fines de la medicina vistos por un filósofo. *Calidad asistencial*, 18, 59-65.

Simón P., Barrio, I.M. (2004). *¿Quién decidirá por mí?*. Madrid: Triacastela.

Verhnés, T. (2000). Ética de los cuidados en un centro sociosanitario. En J. Sarabia (coord.), *La Bioética, horizonte de posibilidades* (pp. 35-41). Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tado W. (2004). Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think?. *Age and Aeging*, 33, 165-170.