



cuadernos gerontológicos



Cuidando en el domicilio a las personas mayores

ARTÍCULOS

Breves reflexiones desde el punto de vista jurídico en torno a la preferencia de la persona mayor por permanecer en el domicilio. Leyre Elizari Urtasun

El cuidado contratado. Mujeres de origen extranjero en el cuidado a las personas mayores. Carlos Bascones

Cuidemos a la persona cuidadora: coordinemos servicios. Idoia Lorea (AFAN).

NOTAS SOCIALES

La labor de Help Age International, 30 años de experiencia en temas de adultos mayores. ¿Quiénes escucharán las voces de los mayores en las crisis humanitarias? Ivana Cummings Vaudrecourt

Carteles, viernes y otras formas de cambiar mi vida. Ione Gómez Elduayen

BREVES // CONVOCATORIA NUEVOS ARTÍCULOS

Edita

SOCIEDAD NAVARRA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Dirección

Sagrario Anaut

Comité de redacción

Francisco Javier Alonso
Santiago Garde
Juan Jerez
Cristina Lopes
Camino Oslé
Vincenzo Malafarina
Concepción Molina
Rafael Sánchez-Ostiz
Tomás Yerro

Depósito legal

NA 1839-1994

Diseño y maquetación

iLUNE

SUMARIO

EDITORIAL: Cuidando en el domicilio a las personas mayores 4

ORIGINALES:

“Breves reflexiones desde el punto de vista jurídico en torno a la preferencia de la persona mayor por permanecer en el domicilio.” 5

Leyre Elizari Urtasun

“El cuidado contratado. Mujeres de origen extranjero en el cuidado a las personas mayores.” 5

Carlos Bascones

“Cuidemos a la persona cuidadora: coordinemos servicios.” 5

Idoia Lorea (AFAN)

“La labor de Help Age International, 30 años de experiencia en temas de adultos mayores. ¿Quiénes escucharán las voces de los mayores en las crisis humanitarias?” 5

Ivana Cummings Vaudrecourt

“Carteles, viernes y otras formas de cambiar mi vida.” 5

Ione Gómez Elduayen

BREVES 34

Presentación pública de la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra y de su Plan de Acción del Gobierno de Navarra

NOTICIAS

Convocatoria de nuevos artículos para el N° 2 de 2018. El monográfico llevará por título: La vejez desde otras miradas. 35



Editorial



Sagrario Anaut

CUIDANDO EN EL DOMICILIO A LAS PERSONAS MAYORES

El presente número se centra en una de las cuestiones sociosanitarias de mayor calado de las últimas décadas: los cuidados de larga duración en el domicilio. En sus páginas se recoge una muestra de los diferentes enfoques con los que se producen los acercamientos a esta realidad multidimensional y en la que es posible encontrar varios actores protagonistas. En el mismo domicilio conviven la persona mayor atendida y sus familiares, a los que se suman otras personas contratadas para realizar tareas de cuidados.

Los cambios en la estructura de los hogares, así como su número de miembros y su disponibilidad para compaginar vida laboral y familiar, coinciden con la preferencia de quienes quieren ser atendidos en el propio entorno domiciliario. Ello ha propiciado nuevas realidades como la multiculturalidad en algunos hogares o la demanda de mejoras en la atención de todos sus actores intervinientes.

Breves reflexiones desde el punto de vista jurídico en torno a la preferencia de la persona mayor por permanecer en el domicilio

Brief reflections from the legal point of view on the preference of the elderly person to remain at home

Leyre Elizari Urtasun

Abogada. Profesora Asociada Dr. en la Universidad Pública de Navarra

Resumen: Se plantea, a través del estudio de la normativa aplicable, especialmente de lo dispuesto en la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, si la preferencia de la persona mayor por ser cuidada en su domicilio tiene carácter vinculante y debe ser respetada por sus familiares, cuidadores o persona que ejerza su tutela. Ante el silencio del Código Civil al respecto, para responder a esta cuestión se ha de tener en cuenta si la persona mayor ostenta capacidad o no para adoptar decisiones por sí misma, pero también se ha de tener en cuenta que, incluso en caso afirmativo, la decisión de permanecer en el domicilio podría dar lugar a una situación de desprotección de la persona mayor, surgiendo un nuevo conflicto.

Palabras clave: persona mayor, permanencia en el domicilio, beneficio de la persona con discapacidad, vida independiente

Abstract: It is considered, through the study of the legal texts, especially the Convention of Rights of People with Disability, whether the preference of the elderly person, for being taken care of in his or her own home is binding and must be respected by his relatives, care providers or guardian. Before the silence of the Civil Code regarding to this issue, to answer this it must be taken into account whether the elderly person has the capacity to make decisions on his or her own or not, but even if he or she does, a situation of lack of protection of the elderly person may arise if he or she decides to stay at home, emerging a new conflict.

Key words: elderly person, continuation at home, best interest of the person with disability, independent living.

INTRODUCCIÓN

No existe en nuestro país un estatuto o conjunto de normas dirigidas especialmente a regular lo concerniente a las personas mayores, por lo que les son de aplicación las normas jurídicas de carácter general. No obstante, a medida que la edad avanza y la persona presenta una o varias enfermedades crónicas que van deteriorando sus condiciones físicas o psíquicas, esta puede ostentar la condición de persona con discapacidad y, en su caso, la de persona en situación de dependencia. La práctica demuestra que es más frecuente que la persona mayor tenga reconocido administrativamente un grado de dependencia, porque ello puede llevar aparejado el reconocimiento del derecho a un servicio o a una prestación económica, dado que la persona mayor encuentra dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria ¹.

Menos frecuente es que la persona mayor tenga reconocido un grado de discapacidad superior a un 33%, lo cual no impide, sin embargo, que sea considerada como persona con discapacidad, de acuerdo con la definición del artículo 1.II de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD), que considera como tales a aquellas que tengan *“deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”* ².

Desde este punto de partida, cabe reflexionar sobre si nuestro ordenamiento reconoce efectivamente el derecho de la persona mayor a

permanecer en su domicilio, recibiendo allí los cuidados que precise, y si la preferencia de la persona mayor debe ser tenida en cuenta por aquellos que se encarguen de su cuidado ³.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como es propio de la investigación en el ámbito jurídico, se plantea el análisis de los textos legales vigentes en España, especialmente la CDPD. En cuanto al análisis de bibliografía, es escaso el interés que ha suscitado el tema específico que se va a tratar aquí, aunque sí se han estudiado a fondo algunas cuestiones relacionadas, como el impacto de la CDPD en cuanto al reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. El análisis se complementa con pronunciamientos del Tribunal Constitucional (en adelante, TC) y del Tribunal Supremo (en adelante, TS) en torno a ciertos aspectos relacionados con el objeto de estudio.

LA PREFERENCIA DE LA PERSONA MAYOR POR PERMANECER EN SU DOMICILIO EN EL MARCO LEGAL VIGENTE

No se le ha dedicado atención desde el punto de vista jurídico a la cuestión de si la decisión de la persona mayor en favor de permanecer en su domicilio debe ser respetada, o bajo qué presupuestos. Sin embargo, es una cuestión que irá cobrando protagonismo a medida que avanza el envejecimiento de la población.

La cuestión guarda una estrecha relación con el reconocimiento de la “capacidad jurídica” de todas las personas con discapacidad, que efectúa el artículo 12 CDPD, y con

¹ La propia definición de dependencia alude al 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”* (art. 2.1.2 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia)

² En similar sentido se expresa el artículo 4.1 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (en adelante, TRLGDPD), aunque su apartado 2 establece que *“Además de lo establecido en el apartado anterior, y a todos los efectos, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento”* equiparando con este porcentaje a los pensionistas por incapacidad permanente de la Seguridad Social o de las clases pasivas.

³ Excede el ámbito de este artículo el estudio de las prestaciones sociosanitarias que permitan o favorezcan que la persona mayor sea atendida correctamente en el ámbito domiciliario.



la obligación de que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona (art. 12.4 CDPD). El apartado 3 del artículo 12 de la Convención obliga a los Estados partes a adoptar “*las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica*”. Es decir, ha de promoverse que sea la propia persona la que adopte las decisiones que le conciernen, facilitándole, en su caso, los mecanismos de apoyo que sean convenientes.

La Convención no define qué debe entenderse por “apoyo”, pero la Observación General, del Comité sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, de 11 de abril de 2014,

al artículo 12 CDPD⁴, lo considera “*un término amplio que engloba arreglos oficiales y officiosos⁵, de distintos tipos e intensidades. Por ejemplo, las personas con discapacidad pueden escoger a una o más personas de apoyo en las que confíen para que les ayuden a ejercer su capacidad jurídica respecto de determinados tipos de decisiones, o pueden recurrir a otras formas de apoyo, como el apoyo entre pares, la defensa de sus intereses (incluido el apoyo para la defensa de los intereses propios) o la asistencia para comunicarse*”, además de otras medidas relacionadas con el diseño universal y la accesibilidad⁶. El objetivo del apoyo ha de ser propiciar que la decisión la adopte la propia persona con discapacidad, y si supone la intervención de un tercero, su labor es “*ayudar a decidir, de*

⁴ Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>

⁵ La versión inglesa utiliza los términos “informal and formal supportarrangements”.

⁶ La STS, 1ª, 27.11.2014 ya se ha hecho eco de lo dispuesto en la Observación General en relación a los “apoyos”, al afirmar: “*Lo que se adopta son medidas de apoyo que se inician cuando, como ocurre en este caso, se toma conocimiento de una situación necesitada de los mismos para permitir al discapaz (sic) ejercer su capacidad jurídica; apoyos que la Convención de Nueva York de 13 diciembre 2006, ratificada por España en 23 noviembre 2007 (BOE el 21 abril 2008), no enumera ni acota pero que se podrán tomar en todos los aspectos de la vida, tanto personales como económicos y sociales para, en definitiva, procurar una normalización de la vida de las personas con discapacidad, evitar una vulneración sistemática de sus derechos y procurar una participación efectiva en la sociedad, pasando de un régimen de sustitución en la adopción de decisiones a otro basado en el apoyo para tomarlas, que sigue reconociendo a estas personas iguales ante la ley, con personalidad y capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida, y en igualdad de condiciones con los demás, como se ha dicho en el informe del Comité sobre los Derechos de las personas con discapacidad (11º período de sesiones. 31 de marzo a 11 de abril de 2014), sobre el contenido normativo del artículo 12 de la Convención*”.

acompañar en la decisión, de decidir con la persona y para la persona” (Barranco, Cuenca, Ramiro, 2012, p. 65; Bariffi, 2014, pp. 368-369), no decidir por o en lugar de la persona con discapacidad.

El ordenamiento español tradicionalmente ha distinguido entre el concepto de capacidad jurídica, entendido como aptitud o idoneidad para ser titular de derechos y obligaciones, y capacidad de obrar, entendida como aptitud para realizar eficazmente actos jurídicos (Díez Picazo, Gullón Ballesteros, 2016, p. 186) y, aunque tras la entrada en vigor hubo algunos autores que sostuvieron que esta distinción quedaba superada por la Convención (Bariffi, 2014, pp. 305-306), la doctrina civilista ha afirmado que, de hecho, tanto la Convención como la Observación General 1ª diferencian entre la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones y la capacidad de ejercitarlos válidamente⁷. Así, el reconocimiento de la plena capacidad jurídica de la persona mayor con discapacidad (art. 12 CDPD) no equivale a una prohibición o imposibilidad de limitar su capacidad de obrar, pues, como ponen de relieve algunos autores, existirán casos en los que la persona carecerá de las facultades intelectuales necesarias para atender al autocuidado personal y patrimonial, en los cuales la intervención sobre la capacidad de obrar será necesaria y responderá a una finalidad protectora (Pérez de Ontiveros, 2009, p. 344; Martínez de Aguirre, 2013, p. 28). Pero sí proscribiremos que la simple presencia de una discapacidad (por ejemplo, el padecimiento de demencia o Alzheimer) motive dicha limitación o restricción de la capacidad de obrar, pues constituiría una discriminación por razón de discapacidad (Mayor, 2011, p. 7; Bariffi, 2014, p. 306 y sig.).

En suma, de acuerdo con los mandatos de la Convención, la persona mayor debe poder decidir por sí misma, sola o con la ayuda o acompañamiento de una figura de apoyo, y únicamente en aquellos casos en los que le sea imposible decidir por sí misma lo harán

otros en su nombre, teniendo en cuenta su voluntad y preferencias (art. 12.4 CDPD).

Más específicamente en relación a la permanencia en el domicilio, el artículo 19 de la CDPD reconoce a las personas con discapacidad el derecho a elegir su lugar de residencia, y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás personas, sin que se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico, como puede ser la institucionalización en un centro residencial.

La Observación general núm. 5, de 31 de agosto de 2017, sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, del Comité sobre derechos de las personas con discapacidad⁸ ha puntualizado al respecto (p. 4) que: “Vivir de forma independiente significa que las personas con discapacidad cuenten con todos los medios necesarios para que puedan tomar opciones y ejercer el control sobre sus vidas, y adoptar todas las decisiones que las afecten”, en aspectos como dónde vivir y con quién, qué comer, los horarios, las actividades fuera de casa, etc. La vida independiente se considera una parte esencial de la autonomía y la libertad de la persona, pero, y esto es importante en relación a las personas mayores, no significa necesariamente vivir solo, o la capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas por uno mismo, sino la “libertad de elección y de control, en consonancia con el respeto de la dignidad inherente y la autonomía individual consagradas en el artículo 3 a) de la Convención”, esto es, que la persona con discapacidad no se vea privada de la posibilidad de elegir y controlar su modo de vida y sus actividades diarias.

Lógicamente un prerrequisito imprescindible para que las personas con discapacidad puedan gozar efectivamente del derecho a la vida independiente es el establecimiento de servicios de apoyo individualizado, considerados por la Observación General en consecuencia como “un derecho y no una forma de aten-

⁷ Dicha Observación General 1ª considera que la “capacidad jurídica” que salvaguarda la Convención comprende dos facetas. Por un lado, la capacidad legal o para ser titular de derechos y obligaciones, y por otro, la legitimación para actuar válidamente, que es el componente que más frecuentemente se niega a las personas con discapacidad.

⁸ Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>

ción médica, social o de beneficencia” (p. 8). La propia persona con discapacidad tiene derecho a elegir los servicios y a sus proveedores en función de sus necesidades individuales y sus preferencias personales, entre los que pueden incluirse servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal (art. 19.b CDPD)⁹.

Desde luego, tras la lectura aislada del artículo 19 de la Convención y de la Observación General nº 5¹⁰, en conexión con la obligación de que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten la voluntad y las preferencias de la persona (art. 12.4 CDPD), que, no se olvide, forman parte de nuestro Derecho interno, parecería que cualquier persona mayor con discapacidad, independientemente de su grado de discernimiento, puede optar por permanecer en su domicilio, y recibir allí los apoyos y cuidados que sean necesarios con independencia de su intensidad. No obstante, cabe reflexionar sobre en qué medida esta afirmación es respetada por el resto de normas de nuestro ordenamiento¹¹.

A priori parece claro que deberá respetarse tal preferencia siempre que la persona mayor conserve las facultades psíquicas que le per-

mitan comprender el alcance y consecuencias de su decisión, debiendo recordarse que el ingreso en un centro residencial, cuando la persona no tiene afectada su capacidad cognitiva ni volitiva, requiere siempre de su consentimiento. Así lo reconocen la mayoría de leyes autonómicas sobre servicios sociales¹², y así lo ha establecido el Tribunal Constitucional (STC nº 34/2016 de 29 de febrero de 2016 y STC nº 132/2016 de 8 de julio de 2016), al afirmar que la decisión de internamiento en un centro residencial de régimen cerrado afecta al derecho fundamental a la libertad individual (art. 17 CE) y, por ello, debe contar con el consentimiento de la persona afectada por la medida.

No obstante, cabe plantear si la permanencia en el domicilio, a pesar de contar la persona con plenas facultades psíquicas, y de ser esa su voluntad, puede conducir a una situación de riesgo o desprotección, produciéndose un conflicto entre su derecho a la autonomía y la necesidad de proveerle de los cuidados necesarios (por ejemplo, por adolecer la vivienda de barreras físicas, o el cuidador no ser la persona adecuada)¹³ situación que, en ocasiones, se resuelve, indebidamente, afirmando la incompetencia de la persona mayor, lo que permite solicitar ante un Juez, en todos los supuestos

⁹ La Observación General (pp. 6-8) define la asistencia personal como el *“apoyo humano dirigido por el interesado o el “usuario” que se pone a disposición de una persona con discapacidad como un instrumento para permitir la vida independiente”*.

¹⁰ El artículo 2 del TRLGDPD define la vida independiente de forma similar a la CDPD, poniendo énfasis en el poder de decisión de la persona con discapacidad sobre su propia existencia, y en la participación activa en la sociedad. A pesar de que la vida independiente constituye uno de los principios de la ley (art. 3), el Texto Refundido ha centrado su atención, sin embargo, en el aspecto de la accesibilidad (arts. 22 y sig.), ignorando que el derecho a una vida independiente va mucho más allá de la eliminación de barreras o la accesibilidad a la información, y ninguna otra norma ha desarrollado específicamente este derecho de las personas con discapacidad hasta el momento.

¹¹ En nuestra consideración, una auténtica reflexión requeriría un análisis transversal que tenga en cuenta la cuestión desde distintos puntos de vista como el sanitario, social o incluso el económico, reflexión que no puede hacerse aquí.

¹² Sin carácter exhaustivo: Ley Foral 15/2006, de 14 diciembre, de Servicios Sociales de Navarra, (art. 8.1.a); art. 8 Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja; la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco (BOPV nº 246, 24.12.2008) garantiza el derecho a la autonomía de los usuarios de servicios sociales, entendida como la posibilidad de actuar de forma independiente en relación a la vida privada (art. 9.c).

¹³ Entre las prestaciones garantizadas en Navarra por la Cartera de Servicios Sociales se encuentra el ingreso residencial temporal o permanente en una residencia, cuando la persona mayor tiene acreditado encontrarse en una situación de grave conflicto familiar y/o ausencia de soporte familiar adecuado, según baremo contenido en la Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, que contempla, entre otras cuestiones, la situación socio-familiar, la existencia e idoneidad del cuidador y las condiciones de habitabilidad de la vivienda.

de tutela o guarda, de hecho o de derecho, de incapaces, la adopción de las medidas que considere oportunas a fin evitar un peligro o perjuicio “en cuanto lo requiera el interés de éstos” (art. 216.2 y 158 CC), o bien iniciar un proceso de modificación de la capacidad para que se establezca como mecanismo de apoyo una tutela, proceder que no es respetuoso con lo dispuesto por el artículo 12 CDPD, si no existen motivos para establecer un apoyo de tal intensidad.

Cuando la persona mayor carezca de las facultades intelectuales necesarias para decidir lo mejor para su cuidado personal, puede permanecer bajo una guarda de hecho ¹⁴, o haberse modificado judicialmente su capacidad, designando un tutor para que realice aquellos actos que haya determinado la sentencia, sustituyendo así la voluntad de la persona mayor, siempre como medida tendente a lograr su protección. En esta situación, está muy extendida la práctica de que la persona mayor permanezca atendida en su domicilio o en el del cuidador principal mientras existan recursos para ello, recurriendo a la institucionalización cuando el deterioro de sus capacidades cognitivas y de su autonomía funcional hace imposible continuar con dichos cuidados. La decisión de trasladar a la persona mayor a un centro residencial la adoptarán sus cuidadores o su tutor, si la persona mayor tiene la capacidad judicialmente modificada, pero el internamiento siempre deberá haber sido autorizado judicialmente y con carácter previo a su producción (art. 763 Ley Enjuiciamiento Civil, art. 271.1º CC).

En tal supuesto, ¿queda algún espacio para la preferencia de la persona mayor por permanecer en el domicilio?

El Código Civil, al regular el ejercicio de la tutela, no alude a la preferencia de la persona cuya capacidad se haya modificado, sino a que esta se ejercerá en “beneficio del tutelado” (art. 216 CC). No obstante, el Tribunal Supremo ha aplicado el criterio de la preferencia (art. 12.4 CDPD) en algunos supuestos de designación de la persona del tutor o cu-

rador, estableciendo que la preferencia de la persona mayor cuya capacidad de obrar se modifica forma parte de su interés superior y ha de ser respetada, aunque exceptúa los supuestos en los que la opción preferida por la persona mayor le resulte objetivamente perjudicial, siempre en aras a evitar su desprotección (STS, 1ª, 30.9.2014; STS, 1ª, 4.4.2017). Se ha de tener en cuenta, además, que la propia persona mayor ha podido designar, mientras aún ostentaba capacidad para ello, a la persona que desea que desempeñe el cargo de tutor (art. 223 CC), como expresión prospectiva de su voluntad. No obstante, esta manifestación de la autotutela tampoco es absoluta, en el sentido de que si concurre alguna causa que desaconseje el nombramiento como tutor del sujeto designado por la persona cuya capacidad se modifica, el juez podrá nombrar a un sujeto distinto, basándose en la protección del interés superior del incapacitado (García-Garnica, 2013, pp. 232-233).

La reciente sentencia del TS de 8 de noviembre de 2017 estableció que la tutela de una persona de 91 años, con Alzheimer, deterioro cognoscitivo grave y dependencia funcional severa, fuese asumida por la persona que le venía cuidando en el domicilio desde hacía años ¹⁵ y no por la Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos, teniendo en cuenta precisamente que la persona con discapacidad lo único que había manifestado era que deseaba continuar residiendo en su domicilio, donde venía recibiendo, de hecho, unos cuidados adecuados, y teniendo en cuenta que cualquier cambio de domicilio, y como cautela en su interés, requeriría de autorización judicial, eliminando cualquier sospecha de posible abuso.

Cuando el internamiento de una persona mayor en un centro residencial se acuerda judicialmente, por aplicación del artículo 763 LEC, a la vista de la finalidad socio-asistencial del mismo, la autoridad judicial debe atender a dos presupuestos (Santos, 2002, pp. 97-101; Urdiola, 2016, pp. 39-40): que la medida sea indispensable para que la persona afectada pueda recibir los cuidados y asistencia apropiados para

¹⁴ Situación que el CC contempla como provisional (art. 303 CC),

¹⁵ La sentencia no lo establece claramente, pero parece que la relación había sido, desde el inicio, remunerada.

preservar su salud y dignidad, debiendo valorarse la situación personal de la persona afectada más el entorno que le rodea, y que no exista medida alternativa menos gravosa.

Así pues, parece que la necesidad de cuidados y la ausencia de otros mecanismos adecuados para continuar con el cuidado en el ámbito del domicilio puede descartar el respeto al deseo de la persona mayor de permanecer en su domicilio, en aras a proteger su interés superior, al igual que cuando esta decisión se considere perjudicial para el interés de la persona mayor¹⁶.

La jurisprudencia, como se ha apreciado, está realizando un esfuerzo para llenar de contenido el “beneficio” (art. 216 CC) o interés superior de la persona mayor con capacidad modificada, interpretándolo de acuerdo con la CDPD. Sería conveniente, no obstante, la modificación del Código Civil para garantizar la inclusión de la preferencia de la persona mayor, también por permanecer en su domicilio, como parte integrante de su interés superior, y establecer en qué supuestos debe ceder ante otros criterios¹⁷.

Hasta la fecha, lo cierto es que apenas existen reclamaciones por internamientos de personas mayores realizados en contra de su voluntad, por la falta de consciencia de la persona mayor de que en realidad se está vulnerando su derecho fundamental a la libertad personal (art. 17 CE), y por la propia dificultad de plantear una reclamación desde la propia residencia. No obstante, la sentencia de la Audiencia Provincial de Albacete de 19 de abril de 2006 confirmó la condena por responsabilidad extracontractual a los hijos por haber procedido al internamiento de su madre, que ostentaba capacidad y, por tanto,

era quien debía consentirlo, en una residencia para personas mayores, considerando el internamiento forzoso una verdadera situación de privación de libertad que incluso se califica como de “encierro”.

DISCUSIÓN

La Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad obliga a los Estados a respetar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad (art. 12) y a garantizarles una vida independiente (art. 19), que incluye la decisión sobre dónde y con quién vivir. Sin embargo, se plantean supuestos en los que la preferencia de la persona mayor por permanecer en su domicilio entra en conflicto con la obligación de brindarle protección adecuada, conflicto que merece una reflexión desde distintos ámbitos. Desde el punto de vista jurídico, el Código Civil solo alude al “beneficio del tutelado”, y aunque el Tribunal Supremo, en aplicación del artículo 12.4 de la Convención, haya considerado que, en algunos supuestos, la preferencia de la persona mayor forma parte de dicho interés, también ha exceptuado su aplicación cuando la elección de la persona mayor le resulte perjudicial. El cumplimiento de lo dispuesto en la CDPD exige, ineludiblemente en nuestra opinión, que la voluntad y preferencia de la persona mayor con discapacidad sea respetada, siendo conveniente, en aras de la seguridad jurídica, contemplar legislativamente en qué supuestos y ante la protección de qué intereses puede ceder.

¹⁶ En el ámbito sanitario, el artículo 9.6 de la Ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente, en la redacción dada por la Ley 26/2015, establece que cuando la persona tenga la capacidad judicialmente modificada, la decisión del tutor o de los familiares sobre una intervención que afecte a aquella “deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente”, lo cual contradice frontalmente el artículo 12.4 CDPD e impide a los familiares decidir teniendo en cuenta qué hubiera preferido la persona mayor de poder expresar dicha voluntad.

¹⁷ Señalar, en esta línea, que la Propuesta de Código Civil elaborada por la Asociación de Profesores de Derecho Civil, aun que no tenga valor normativo, establece en su artículo 173-2 que los sujetos que desempeñen una función de apoyo deben ejercerla “de acuerdo con la forma de ser de la persona protegida, respetando su autonomía y atendiendo, en la medida de lo posible, a sus deseos y preferencias”, así como que deben facilitar que la persona protegida permanezca en su vivienda habitual, con sus efectos personales.

BIBLIOGRAFÍA

- Bariffi, F. (2014). El régimen jurídico internacional de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. Madrid: Grupo Editorial Cinca. Recuperado de: <http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/ConvencionONU/Paginas/Inicio.aspx>.
- Barranco, M.C., Cuenca, P. y Ramiro, M.A. (2012). Capacidad jurídica y discapacidad: el artículo 12 de la Convención de Derechos de las Personas con discapacidad. Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad de Alcalá, 5, 53-80.
- Díez, L., Gullón, A. (2016). Sistema de Derecho Civil, V. I, 13ª ed. Madrid: Tecnos.
- García-Garnica, M.C. (2013). Discapacidad y dependencia (II): configuración y contenido de su situación jurídica. En Gete-Alonso y Calera, M.C.(dir.) Tratado de Derecho de la persona física, Tomo II (pp. 211-274). Cizur Menor: Thomson Reuters.
- Germán, M.J. (2016). El proceso de ingreso “no voluntario” en residencias de mayores. Aequalitas, 38, 35-42.
- Martínez De Aguirre, C. (2013). El tratamiento jurídico de la discapacidad mental o intelectual tras la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. En: De Salas, S. (coord.). Los mecanismos de guarda legal de las personas con discapacidad tras la Convención de Naciones Unidas (pp. 15-40). Madrid: Dykinson.
- Mayor, D. (2011). La reforma de la protección jurídica civil de la discapacidad y la Convención de Nueva York de 13 de diciembre de 2006. Boletín del Ministerio de Justicia, 2133, julio, 1-37.
- Pérez De Ontiveros, C. (2009). La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el sistema español de modificación de la capacidad de obrar. Derecho Privado y Constitución, 23, 335-368.
- Santos, M.J. (2002). El supuesto de hecho del internamiento en el artículo 763 LEC 1/2000. Valencia: Tirant Lo Blanch.



El cuidado contratado. Las mujeres de origen extranjero en el cuidado de las personas mayores

The care contracted. Women
of foreign origin in the care
of the elderly

Carlos Bascones Ursúa

Graduado en Trabajo Social por la Universidad Pública de Navarra.

El artículo se ha elaborado a partir de los resultados obtenidos en el Trabajo Fin de Grado titulado: “La mujer inmigrada de origen extranjero en el servicio doméstico en Navarra” (junio de 2017).

Resumen: La evolución en la forma de vida de las familias durante las últimas décadas y el incremento de la esperanza de vida, conducen a un nuevo planteamiento en la atención a las personas mayores. Los cuidados de larga duración no siempre pueden ser asumidos en su totalidad por familiares directos, por lo que se recurre a la institucionalización en residencias o a la contratación de trabajadoras en el domicilio.

En este último caso destaca la contratación de mujeres de origen extranjero. De esta forma, se genera en los domicilios una convivencia marcada por diferencias culturales, de idioma y de modos de trabajar y relacionarse. Para conocer cómo se produce esa convivencia, se han analizado datos derivados de tres instituciones de Pamplona, que se encargan de poner en contacto a las familias demandantes de cuidadoras y a las mujeres de origen extranjero, interesadas en realizar este trabajo dentro del hogar.

Palabras clave: cuidado a personas mayores, servicio doméstico, familia, residencia de personas mayores.

Abstract: Evolution in lifestyles of families during the last decades and the increase in life expectancy, lead to a new approach in the care of elderly. Long-term care cannot always be assumed entirely by direct family members, so institutionalization is resorted to in residences or hiring workers at home.

In last case, the recruitment of women of foreign origin stands out. In this way, a coexistence marked by cultural differences, language and ways of working and relating are generated at home. In order to know how this coexistence takes place, data derived from three Pamplona institutions have been analyzed, which are in charge of putting in contact the families demanding cares and women of foreign origin, interested in carrying out this work within the home.

Key words: care for the elderly, domestic service, family, nursing home.

INTRODUCCIÓN

En las sociedades occidentales, como indica Parella (2000), la mujer desarrolla un papel cada vez más destacado en el mundo profesional, relegando el rol de la gestión del hogar a una posición compartida entre su dimensión laboral y doméstica. En términos de carga de trabajo, la mujer ha reducido el tiempo de presencia en el hogar, sin que se haya producido una reducción paralela de las cargas familiares. A esta situación de incompatibilidad se suma la ausencia de un reparto efectivo de las tareas entre los miembros de ese hogar. Es decir, se detecta la limitada implicación del hombre en el rol de cuidador, en el más amplio sentido de la palabra. En consecuencia, las mujeres profesionales han recurrido, en las últimas décadas, a otras mujeres para cubrir el trabajo doméstico no atendido, principalmente mediante la contratación de mujeres inmigradas (Aguilar, 2010). Este cambio se ha producido tanto para las tareas de la casa como para la atención a menores, personas mayores o personas en situación de dependencia.

Como resultado y en paralelo, se ha producido un fenómeno de externalización de los cuidados, de modo que la responsabilidad de la atención a los familiares en situación de dependencia se ha transferido hacia las instituciones, como por ejemplo los centros de día y las residencias, y/o hacia la contratación de cuidadoras externas al ámbito familiar para trabajar dentro del domicilio.

Con frecuencia, la necesidad de ayuda por parte de las familias se presenta de forma urgente (accidentes, enfermedades vinculadas a la edad, etc.), generando dificultades para conciliar las nuevas necesidades de atención con las obligaciones laborales. Son situaciones en las que las familias no pueden dedicar la atención requerida por la persona mayor, bien porque son parejas en las que los dos miembros trabajan fuera de casa, bien porque son personas solas con padre, madre o descendencia a su cargo, para las que la distribución del tiempo resulta muy complicada (Nogueira y Zalakain, 2015). Hay que añadir una tercera limitación derivada de la distancia entre los domicilios de los distintos familiares.

En consecuencia, el servicio doméstico supone para las familias la posibilidad de adecuar los horarios de atención y desarrollo de las

tareas domésticas con sus actividades profesionales o su vida personal, sobre todo si existe la posibilidad de flexibilizar los horarios de las empleadas. Otros apoyos externos son el Servicio municipal de Atención a Domicilio y la contratación de empresas privadas de servicios de atención de proximidad. En el primer caso, no siempre se ajusta a las necesidades de cada situación y, en el segundo, resulta muy gravoso para muchas economías familiares (Martínez, 2009).

Teniendo en cuenta lo expuesto, en las siguientes páginas se recoge la situación de las mujeres de origen extranjero en el servicio doméstico que atiende a personas mayores en situación de dependencia en Navarra.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo de campo se ha llevado a cabo en Pamplona con la colaboración del servicio de empleo de Cáritas Diocesana de Pamplona, el área de empleo de Cruz Roja Navarra y el servicio doméstico de María Inmaculada. El planteamiento ha sido exploratorio con una metodología cualitativa sustentada en entrevistas en profundidad semiestructuradas, un grupo de discusión y en la observación participante. Todas las mujeres entrevistadas disponen de un perfil homogéneo en lo relativo a experiencia (mínimo dos años), tanto interna como externa. Es decir, ninguna procedía de una situación de desempleo y carente de experiencia.

Las entrevistas se realizaron, en primer lugar, a profesionales del Trabajo Social de las tres instituciones de intermediación laboral indicadas. Los temas centrales tratados fueron la situación personal de las mujeres que acuden solicitando empleo, las condiciones laborales que ofrecen las familias y las dificultades de integración social de las empleadas.

También se entrevistó a dos empleadas del servicio doméstico con amplia trayectoria en el sector (procedentes de Bulgaria y Argentina). El objetivo era conocer su experiencia: tareas que demanda cada familia, dificultades para desarrollarlas y posibilidades de promoción hacia otros trabajos. Se completó la recogida de información cualitativa con un grupo de discusión compuesto por mujeres con experiencia en tareas domésticas y de cuidado de personas mayores (tabla 1). A lo ya indicado, se sumaron otros temas como la

Tabla 1: Técnicas metodológicas del trabajo de campo

	Participantes	Lugar
Entrevistas	Profesionales: 3 Empleadas del hogar: 2	Cáritas Pamplona Cruz Roja Pamplona M ^a Inmaculada para el servicio doméstico Cáritas Pamplona
Grupo discusión	Mujeres: 6 - Colombia: 1 - Bolivia: 2 - Ecuador: 1 - Venezuela: 1 - Camerún: 1	Cruz Roja Pamplona
Encuesta	Mujeres: 34 - América: 91% - Europa Oriental: 6% - Magreb: 3%	Cáritas Pamplona (30 mujeres) Cruz Roja Pamplona (4 mujeres)
Observación participante		Cáritas Pamplona durante tres meses

Fuente: Elaboración propia.

percepción que tenían del servicio doméstico como profesión, su regulación y la relación con las familias empleadoras, en general.

Para completar la información cualitativa, se elaboró un cuestionario a partir de las cuestiones claves que habían aparecido. Se recogieron treinta y cuatro cuestionarios de mujeres atendidas en la primera acogida de Cáritas y de Cruz Roja que demandaban empleo. Su procedencia es diversa. Por continente, más del 90% tienen origen en América Central y del Sur, y el resto de la Europa oriental y norte de África: Ecuador (9), Bolivia (8), Colombia (5), República Dominicana (3), Cuba (2), Perú (1), Argentina (1), Brasil (1), Venezuela (1), Rumanía (1), Bulgaria (1) y Marruecos (1).

El cuestionario quedó estructurado en tres ejes temáticos: relación laboral entre las familias y las empleadas, mediación de los servicios de atención de las entidades del Tercer Sector entre las familias y las empleadas, y limitaciones para el desarrollo del trabajo con mayores.

MUJERES DE ORIGEN EXTRANJERO Y EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES

Una de las ideas clave reiterada es la importancia del empleo como un elemento central para la integración de las mujeres de origen extranjero en la sociedad. Esta necesidad so-

cial y económica de inclusión en el mercado de trabajo puede explicar que, en ocasiones, se priorice el conseguir el empleo y no las condiciones de trabajo ni las relaciones contractuales, ya que se entiende que por ese medio queda regularizada su situación. El efecto que se genera es la desigualdad entre quien emplea y quien trabaja. No obstante, según se concluye en el grupo de discusión, las experiencias son muy variadas en función, también, de la capacidad de adaptación y comunicación entre las partes.

Sobre esta base, los resultados obtenidos en relación al ámbito laboral, parten de la diferenciación de dos modalidades de servicio doméstico. Por un lado, la modalidad de “interna”, con dos horas de descanso diarias y un día y medio libre, es decir, 36 horas libres a la semana¹. Por otro lado, la modalidad de “externa” que corresponde al trabajo durante un número determinado de horas, no superando las ocho horas diarias.

La regulación del empleo doméstico, según las personas participantes, es escasa y, en general, su divulgación e información es muy limitada tanto para las trabajadoras extranje-

¹ Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar (art.9).

ras como para las familias empleadoras. En consecuencia, como indica Martínez (2014), el limitado conocimiento de los derechos de las propias trabajadoras de origen extranjero, junto con la necesidad de encontrar un trabajo en cuanto llegan al país de acogida, les obliga a aceptar, en ocasiones, aquello que esté disponible, sin tiempo para comprobar las mejores condiciones laborales a las que podrían acceder.

La marcada desigualdad en la distribución de la modalidad de empleo a la que han hecho alusión, coincide con la recogida en diversas publicaciones como las de Martínez (2009): las mujeres de nacionalidad española se ubican en los trabajos asistenciales de menor intensidad y más profesionalizados (residencias y empresas), mientras las mujeres de origen y/o nacionalidad extranjera, se sitúan en los puestos que exigen mayor dedicación de tiempo.

Tomando estas dos modalidades, quienes han participado en el estudio exploratorio señalan, como rasgos de su situación laboral, la inestabilidad, la limitación o ausencia de prestaciones sociales contributivas, las escasas oportunidades de formación y capacitación profesional y, en particular para las trabajadoras "internas": las prolongadas jornadas laborales y el aislamiento social. Características todas ellas que son compartidas en otros entornos fuera de Pamplona y su Cuenca (Briones et al., 2014).

Otro tema de interés, desde el punto de vista de la intervención social, es la mediación realizada por los servicios de atención de las entidades del Tercer Sector entre las familias empleadoras y las mujeres que buscan empleo. Los relatos recogidos indican que se sigue un proceso, con unos procedimientos no siempre nítidos para quienes contratan y para quienes son contratadas, que tiene como finalidad la incorporación sociolaboral de las personas que solicitan trabajo. Para ello es fundamental un estudio diagnóstico de las necesidades sociales de las familias que contratan, con el fin de buscar la relación laboral más satisfactoria para ambas partes.

La mediación, según explican las profesionales de las entidades que han colaborado, sigue una serie de fases muy similares en todas ellas. En Cáritas, donde se llevó a cabo la observación

participante, la fase inicial del proceso se denomina Acogida y Orientación Sociolaboral. La persona en búsqueda de empleo acude a Cáritas y pide cita en el servicio de empleo. En este servicio, la trabajadora social realiza una valoración y diagnóstico de su situación personal y sociolaboral, intentando crear un ambiente de cercanía y familiaridad que permita el análisis de la situación y las expectativas. Su diagnóstico incluye aspectos laborales (trayectoria y competencias profesionales) y aspectos personales como la motivación, interés, estabilidad emocional, apoyos familiares, etc. Una vez registrado el perfil de la persona, se le informa sobre las posibilidades de apoyo desde la institución: realizar itinerarios de inserción sociolaborales individualizados adaptados a su caso, facilitar información acerca del funcionamiento de la agencia de colocación del servicio doméstico de Cáritas y orientar y/o derivar a otros recursos.

Uno de los retos a los que se enfrenta el servicio de empleo de Cáritas y el resto de instituciones de la red, es la gestión de las diferencias culturales entre la población de origen extranjero que acude al servicio y las familias de los hogares de Navarra. Estas diferencias se centran en la forma de gestionar u organizar el hogar, en los estilos de cocina y los gustos gastronómicos y en el idioma. Como respuesta y para mejorar la empleabilidad, desde Cáritas se forma a las mujeres en actividades y habilidades básicas: cuidados personales, cocina, plancha y hogar, y búsqueda de empleo.

Por su parte, la aplicación de la normativa de empleo doméstico no está siendo muy clara, de ahí que entidades como Cruz Roja, Cáritas y María Inmaculada en Pamplona hayan activado un servicio específico de empleo doméstico. En él, el cometido es dar información precisa e intermediar para lograr un diálogo y entendimiento entre ambas partes, haciendo posible el cumplimiento de la regulación.

En la práctica, se procede como sigue: la familia que desea contratar una empleada de hogar se pone en contacto con el servicio de empleo y se registran las características de su necesidad; a continuación, se informa de las condiciones de trabajo que han de cumplirse. Estas condiciones son las tarifas según el número de horas, las horas de descanso, el perfil de la trabajadora y la cotización a la Seguridad Social. Una vez registrada la oferta, se realiza una búsqueda en la base de datos



de personas que solicitan empleo y se pone en contacto a ambas partes. A partir de este momento, la institución realiza un seguimiento de la trabajadora y de la familia, de modo que en caso de surgir algún conflicto, desacuerdo o malentendido, cualquiera de las partes puede acudir demandando su mediación y asesoramiento.

Las tareas de cuidados de personas mayores requieren, según las personas participantes, ciertos requisitos especiales, entre los que destacan la paciencia, la amabilidad, la escucha, la simpatía, la cordialidad, la limpieza y el orden. Este resultado coincide con lo afirmado por Martínez (2008), para quien, desde los años ochenta y desde la literatura inglesa, el concepto de “care” o cuidar designa el conjunto de actividades que tienen como finalidad reducir el deterioro físico y psicológico de aquellas personas que no pueden valerse por sí mismas. Esta acción, según la autora, tiene una dimensión profesional o técnica y una dimensión emocional o afectiva. La primera agrupa los conocimientos relacionados con el ámbito de la geriatría sobre las movilizaciones o las características fisiológicas de la persona atendida. La segunda referida a la dimensión emocional está constituida por la relación de cuidado establecida entre la cuidadora y la persona

cuidada, y los sentimientos que se generan en la interacción entre ambas partes.

La separación entre ambas dimensiones ha suscitado, en ocasiones, debates en los que la conclusión subyacente reitera la dificultad de separarlas. A pesar de que se establece una relación laboral, el tiempo compartido y la interacción en el círculo de la persona atendida da lugar a la aparición de lazos de afecto, incluso intensos.

Las trabajadoras de origen extranjero han verbalizado otra cuestión no resuelta desde la vía contractual. Hacen referencia a las situaciones de discriminación por temas raciales y el color de la piel. Las respuestas de los cuestionarios matizan que estas vivencias dependen, en gran medida, de la actitud de las personas concretas del hogar y, por tanto, no se puede generalizar.

Para los profesionales, la falta de conocimiento de otras culturas y la desinformación sobre las características de las trabajadoras de origen extranjero están en la base de los prejuicios y estereotipos de quienes emplean. Recuerdan que todavía no hay costumbre de convivir con otras culturas y creencias, poco o mal conocidas. Asimismo, se identifica el país de origen como condicionante en el acceso al trabajo.

“Las familias tienen miedo o no les da seguridad contratar a una mujer de color, les resulta extraño”

(GD. Mujer de origen marroquí).

Siguiendo a Martínez (2006), la similitud del idioma, cultura o religión hace que las familias empleadoras en España, y también en Navarra, muestren preferencia por las mujeres procedentes de Latinoamérica. No sucede lo mismo con otros lugares de procedencia, hacia los que se generan mayores dudas a la hora de la contratación. Este es el caso de los países del Magreb. Existen reticencias, sobre todo, porque llevan pañuelo en la cabeza, el color de su piel y la diferencia religiosa.

La novedad del contacto con una persona de origen extranjero y la necesidad de contratar una persona externa al núcleo familiar constituye una situación difícil y compleja para la familia. Se trata de una circunstancia nueva en sus vidas. Muchas no han tenido estos contactos con anterioridad y tampoco están dispuestas a intentar conocer otras realidades. Esta situación es percibida tanto por los profesionales del Trabajo Social como por las empleadas del servicio doméstico. Coinciden en señalar que las familias tienen grandes dificultades para reaccionar ante esta situación.

Ahora bien, no todas las situaciones son negativas. Uno de estos casos es el de una de las empleadas participantes en el grupo de discusión, procedente de Colombia. Estuvo trabajando en una casa en un pueblo en el Pirineo navarro atendiendo a un hombre con una amputación de sus extremidades. Según su relato, ella era su “llavera”, su cuidadora e incluso la consideraba su amiga. La empleada entrevistada había vivido siempre en ciudades grandes y no estaba adaptada al modo de vida en el entorno rural y el sistema de relaciones sociales que se establece entre sus habitantes. Entre las dos partes había una relación de confianza para expresar las percepciones y sensaciones que surgían en el contacto diario, como aquellas acciones que pudieran molestar a alguno de los intervinientes. Por ejemplo, la persona atendida ayudaba a la empleada a integrarse en el entorno social y de trabajo. Este tipo de relaciones laborales, genera un fuerte sentimiento de afecto al sentirse tratada como un miembro más de la familia. Así, esta

participante relataba que, tras la defunción de esta persona, ella seguía cuidando de su esposa porque se lo había prometido en sus últimos momentos de vida.

En referencia a las relaciones interpersonales entre empleadoras y empleadas cabe destacar las reticencias, miedos, dudas e incertidumbres, sobre todo cuando existe un nivel de deterioro cognitivo y físico del familiar cuidado. Las propias integrantes del grupo de discusión reconocieron que si ya es “complicado acoger a una persona que no conoces de nada y meterla en tu domicilio, mucho más difícil es dejarla con tus padres, que son personas vulnerables”. El acto de dejar a un familiar en situación vulnerable a cargo de una persona totalmente desconocida también provoca pensamientos sobre “cómo lo aceptarán ellos (persona cuidada), qué les va suponer y cómo reaccionarán” (G.D.).

Situaciones y actitudes como las indicadas, sitúan a las mujeres de origen africano como las menos aceptadas para su contratación. Las informantes coinciden en que se perciben actitudes de inseguridad hacia la efectividad de su labor y hacia su nivel de conocimiento de las costumbres y hábitos de las familias navarras. Todo ello a pesar de que muchas de estas mujeres residen en España desde hace años y cuentan con referencias de familias con las que han trabajado previamente. Es así como esta experiencia previa, no siempre es un facilitador de su contratación.

Desde las áreas de empleo de las entidades sociales se trabaja para reducir esta desigualdad de acceso al trabajo. En primer lugar, se avisa a la familia demandante sobre la disponibilidad de mujeres para ese trabajo, especificando si son personas de color, su experiencia laboral y, si es posible, las referencias de haber estado en otras casas. Con esa información la familia puede decidir si quiere o no continuar con el proceso de selección.

También, aunque no estaba en los objetivos iniciales, hay que destacar el hecho de que muchas participantes aluden a la importancia que está tomando el cuidado de perso-

nas en situación de dependencia en el sector. Por tanto, la práctica actual del servicio doméstico va más allá de la gestión del hogar, convirtiéndose en cuidadoras de servicios personales no profesionales. Este perfil de trabajadora de servicio doméstico plantea la cuestión de la contratación de “cuidadoras” con unas condiciones salariales que deben corresponder con lo marcado en la ley.

Se dispone de estudios, como el de Moreno-Colom et al. (2016), que destacan que a las empleadas del servicio doméstico que realizan tareas de cuidados de proximidad, no se les exigen acreditaciones especiales para realizar su trabajo. Esta ausencia de requerimientos no parece ser coherente con la diversidad de tareas que realizan y la presión a la que son sometidas por el contexto del hogar donde trabajan: cuidar de la persona si está enferma, tareas domésticas específicas, estar pendiente de la persona atendida y ofrecer un cuidado muy personalizado (Moreno-Colom et al., 2016).

En el presente estudio se ha apuntado la dificultad de las tareas desempeñadas por lo ya indicado por Moreno-Colom et al. (2016), así como por el nivel de deterioro de la persona cuidada. En este sentido, uno de los profesionales del sector entrevistado destacó el desgaste que supone para una empleada la atención en el domicilio a personas mayores con deterioro cognitivo (caso de las demencias), respecto a aquellos domicilios en los que la persona esté está cognitivamente bien. Para afrontar este tipo de situaciones, la trabajadora necesita disponer de una formación básica en geriatría e incluso de enfermería, aunque inicialmente su principal función fuera la limpieza, la gestión del hogar y el acompañamiento a personas con un deterioro de su autonomía. En algunos casos se trata de tareas relacionadas con la realización de curas sencillas o movimiento de personas con movilidad reducida, pero existen otros casos especialmente complejos, que llegan a superar las posibilidades de respuesta de la empleada de hogar.

Aceptando la relevancia de la formación de quienes cuidan, en el grupo de discusión y en las entrevistas se destacó la importancia de la comunicación verbal como una variable muy tenida en cuenta para la contratación. Así, señalan que hay hogares con familiares mayores en situación de dependencia que

consideran que si no se habla bien el castellano o si tiene un acento cerrado, puede ocurrir que no exista una adecuada comprensión y comunicación, e incluso que se produzcan malentendidos y problemas entre la familia y la trabajadora. Esta circunstancia se agrava cuando las personas mayores atendidas tienen problemas auditivos. A las dificultades de audición se suma, a veces, la falta de un registro lingüístico común entre los interlocutores. Por ejemplo, una de las mujeres entrevistadas destacaba las diferencias de significado de las palabras en castellano hispanoamericano y las de origen español.

CONCLUSIONES

El servicio doméstico ha evolucionado en las últimas décadas desde la gestión del hogar y limpieza, hacia el cuidado de personas en situación de dependencia, aspecto destacado por las participantes en el grupo de discusión al igual que por el Informe de UGT sobre la situación del sector (UGT, 2017). A partir de las entrevistas a los profesionales, se afirma que 3 de cada 4 ofertas que tramitan están relacionadas con el cuidado de una persona en situación de dependencia. Por ello, insisten en la necesidad de una formación adecuada para estas tareas y la adecuación de los salarios a los nuevos cometidos, cuestiones ya incluidas por las tres entidades participantes en el presente estudio. No obstante, parece recomendable avanzar hacia una programación formativa más adecuada a las necesidades de cuidados cada vez más especializados y complejos.

En materia contractual, se comprueba que el 99% de las mujeres encuestadas han trabajado con alta en la Seguridad Social. Por tanto, las trabajadoras del servicio doméstico que acuden a los servicios de empleo de las entidades sociales conocen sus derechos y deberes laborales, ligados a la formalización del contrato laboral. Por su parte, el Informe de UGT (2017) sobre el sector, recoge que solo un 34.92% de las trabajadoras afiliadas al Régimen Especial de Empleadas del Hogar en España son de origen extranjero, porcentaje muy alejado para Navarra, donde el servicio doméstico unido a tareas de cuidado de personas mayores está ocupado casi totalmente por mujeres de origen extranjero. Sólo un 10% de las mujeres que acuden en busca de empleo en el servicio doméstico son de

origen español. Las razones de este bajo porcentaje, según nuestras encuestas, son: la temporalidad del empleo, los bajos salarios y la ausencia de protección por desempleo.

Se puede concluir del presente trabajo que existen factores facilitadores y no facilitadores de empleabilidad. Entre los primeros, sobresalen el conocimiento del castellano y el grado de semejanza cultural. Las mujeres latinoamericanas son conscientes de que tienen más posibilidades de ser contratadas, en tanto que los profesionales muestran su preocupación por la dificultad de incorporar al mercado de trabajo el resto de mujeres y por lograr unos mínimos de igualdad de acceso al empleo.

Entre los factores no facilitadores de empleabilidad destaca la discriminación por razones de etnia, color de piel y cultura. Aproximadamente el 80% de las mujeres participantes en el estudio afirman haberse sentido discriminadas en algún momento de su trayectoria laboral. Este hecho ha sido corroborado por los profesionales entrevistados de las tres instituciones participantes. La actitud discriminatoria se concentra más en las mujeres de origen africano y de religión musulmana, que hacia las procedentes de Latinoamérica o Europa.

A la vista de lo expuesto, quedan aspectos sustanciales en los que trabajar en una sociedad en constante evolución. Además de los ya adelantados de información, formación y control del proceso y sus fases, está la interacción entre la familia empleadora y la trabajadora en el servicio doméstico. Todo ello ha de redundar en un mayor bienestar de todas las personas implicadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M. (2010). Las “otras” cuidadoras: Mujeres inmigrantes en el servicio doméstico y trasvases generalizados en el ámbito territorial del bienestar. *Alternativas*, 17, 201-220.
- Briones et al. (2014), Percepción de las trabajadoras inmigrantes del servicio doméstico sobre los efectos de la regulación del sector en España. *Gaceta sanitaria*, 28 (2), 109-115.
- Domínguez, J. N., & Zalakain, J. (2015). La discriminación múltiple de las mujeres extranjeras que trabajan en servicios domésticos y de cuidados a dependientes en Euskadi. *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales*, 60, 143-162.
- Gorkinfiel, M. (2016). La reconfiguración del empleo doméstico en España: impacto de los cambios legislativos en el funcionamiento del sector. *Revista Española de Investigación Social*, 155, 97-112.
- Herrero et al. (2013). Mujer inmigrante y mercado laboral en el País Vasco: un acceso precario al empleo. *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales*, 53, 91-107.
- Martínez, R. (2006). Domésticas cuidadoras: el papel de las mujeres inmigrantes en el sector privado de asistencia de personas mayores. *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance.
- Martínez, R. (2009). Política social, migración internacional y trabajo de cuidados: el caso español. *Inmigración y políticas sociales*. Ed. Bellaserra. Serie General Universitaria, 94.
- Martínez, R. (2014). ¡El trabajo doméstico cuenta! Características y transformaciones del servicio doméstico en España. *Migraciones*, 36, 275-305.
- Moreno, S., Recio, C., Borrás, V., Torns, T. (2016). Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los servicios de las cuidadoras. *Papeles del CEIC*, 145, 1-29.
- Parella, S. (2000). El trasvase de desigualdades de clase y etnia entre mujeres: los servicios de proximidad, *Papers*, 60, 275-289.
- UGT Navarra (2017), Radiografía del empleo de las Trabajadoras del Hogar. Desafíos y medidas para avanzar en la equiparación de derechos. Disponible (10/10/2017): <http://navarra.informacion.es/wp-content/uploads/2017/04/Informe-Empleadas-de-Hogar.docx-UGT.pdf>

Cuidemos a la persona cuidadora: coordinemos servicios

Caring for the dementia caregiver: let's coordinate services

Idoia Lorea González

Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias de Navarra (A.F.A.N.). Miembro del Grupo de Demencias de la SNGG.

Resumen

El envejecimiento de la población hace que cada vez sea mayor el número de casos de demencia. Es imprescindible, por tanto, que la sociedad navarra esté preparada para afrontar el reto y la carga socio-económica derivados de este proceso. En esta línea, el presente artículo aborda la necesidad de reflexionar sobre la atención sanitaria y sociosanitaria que se ofrece a las personas cuidadoras familiares de quienes tienen demencia en Navarra. Su consideración más allá de la figura de cuidador, uno de los agentes claves en la atención del enfermo, supone reconocer a la persona que está detrás, ofreciendo ayuda adecuada ante las necesidades que presenta, diversas y cambiantes, a lo largo del proceso de la enfermedad. Esta propuesta supone un cambio de paradigma en la atención/apoyo a la persona cuidadora y, con ello, una reflexión del contenido y/o la forma de actuar de los profesionales. Como resultado se abre la posibilidad de trabajar en mejor coordinación todos los servicios que existen en la Comunidad Foral de Navarra, con el consiguiente efecto sobre la mejora de la calidad de vida de la persona cuidadora de demencia.

Palabras clave: Demencia, cuidador familiar, persona, cambio, coordinación servicios.

Abstract

The population of the world is ageing and consequently the number of dementia cases is increasing too. It's imperative, therefore, for the society of Navarre to be ready to face the enormous social and economic burden derived from dementia. This article addresses the need to reflect on the health care and social care services that are currently offered to family caregivers of people with dementia in Navarre. Its consideration, beyond the figure of caregiver, one of the key agents for the care of the patient, supposes to value the person who is behind, offering her/him the adequate help to the needs that presents, diverse and changing , throughout the disease process.

Finally, the proposals or the paradigm change exposed in the attention and support to the caregiver, can call into question the content and / or the way of acting of the professionals. The incorporation of these changes can offer the possibility of working in better coordination all the services that exist in the Navarre community in order to improve the quality of life of the person who is a caregiver of dementia.

Key words: Dementia, family caregiver, person, change, coordination services.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida de la sociedad actual y el consiguiente envejecimiento de la población supone que las personas mayores de 65 años representan ya algo más del 18% de la población mundial (Abellán y Pujol, 2015). Desde hace algunas décadas, los estudios sobre el caso de España arrojan datos concluyentes sobre la inversión de la pirámide demográfica (Reyes y col., 2010), no siendo ajena a esta evolución la población navarra. Para la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología el alto índice de envejecimiento es un logro histórico fruto del progreso, ya que las mejoras en la atención de la salud del último siglo han contribuido a que las personas tengan vidas más largas y saludables (SEEG, 2006).

Este fenómeno supone un aumento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas, que afectan a más del 70% de las personas mayores, y que requieren atención y cuidados de larga duración (Long Term Care) (Canga, 2011). Pero la realidad es que el ser humano no está preparado para cuidar tantos años (Florez, 2002).

La demencia, dentro de las enfermedades crónicas, afecta de forma exponencial a partir de los 70 años, fundamentalmente en segmentos del intervalo de 80-90 años, (Abanto y Fernández, 2015). El cuidado de larga duración de la demencia se cifra entre 8-10 años de media, pero puede dilatarse hasta 20 años o más. Este “envejecimiento del envejecimiento” se ha convertido en uno de los problemas de salud en el mundo. Si nos acogemos al Informe que emitió la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017), España es uno de los países del mundo con mayor proporción de personas mayores afectadas de demencia. Por ello, es evidente que nos enfrentamos ante un “problema de enormes consecuencias sanitarias y sociales” (OMS, 2012). Desde el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra se presentó como respuesta, la “Estrategia Navarra de atención a crónicos y pluripatológicos” (2013). En este plan se ha dado prioridad a la demencia y otras enfermedades neurodegenerativas.

Es de justicia señalar que el cuidado informal o familiar, que se ejerce sobre las personas

más próximas, juega un papel esencial en la atención a las personas mayores en situación de dependencia. Por un lado, porque contribuye a cubrir las limitaciones de las redes sociosanitarias de servicios profesionalizados. Por otro, porque es el eje fundamental de las políticas de atención a las personas mayores en los países desarrollados, las cuales se plantean como objetivo prioritario “el envejecimiento en casa”.

En el Informe de la situación de los casos de demencia en Navarra (2017), elaborado por el Departamento de Salud y la agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas del Gobierno de Navarra, y AFAN (Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de Navarra), se cifra el número de casos con diagnóstico de Demencia en 5.4491. Así mismo, y según Lopes (2017), se estima que al menos un 62% de las personas con demencia son atendidas en el domicilio.

Pero la familia actual poco tiene que ver con la que predominaba hace sólo 50 ó 60 años. Entonces, los hogares los componían muchas más personas, de tal forma que se repartía más el esfuerzo del cuidador principal. Es decir, la responsabilidad de los cuidados era compartida entre más miembros y, en principio, el cuidador principal podría tener el beneficio del relevo en los cuidados (Prince, 2004). Actualmente, el número de miembros de las familias es mucho menor, al igual que las redes familiares extra domésticas. Así las cosas, se sigue afirmando que la familia va a continuar siendo el marco privilegiado de atención a la dependencia en España, si bien el miembro que asume el papel de cuidador principal va a tener que esforzarse más, para que la calidad de la atención que presta no reduzca su intensidad, pero también para conciliar su vida personal con la responsabilidad adquirida.

El inicio del cuidado de la demencia es, con frecuencia, difícil de definir, pudiendo preceder a un diagnóstico formal de demencia y donde la cuidadora principal es determinada y asignada esencialmente por criterios culturales, de género y proximidad. Cuidadora

¹ Los expertos advierten que se puede calcular en un 30% el sub-registro de casos por encontrarse en los estadios leves.

que, en numerosos casos, es de edad avanzada y que presenta sus propias patologías y limitaciones asociadas a la edad. El resto de la familia se suele organizar alrededor, a cierta distancia y con apoyos más o menos implicados y comprometidos. Una descripción general describiría las funciones de los cuidadores de la siguiente manera:

- **Fase pre-diagnóstica:** la persona acude a ser evaluada a instancia de la familia que es consciente de los cambios.
- **Fase temprana:** las personas cuidadoras asumen el papel de cuidador como resultado del diagnóstico y deben proporcionar apoyo emocional cuando la persona con demencia presenta un cuadro ansioso-depresivo, debe recordar tareas, eventos que van fallando y debe proveer asistencia a nivel de actividades instrumentales.
- **Fase media:** se necesitan estrategias de comunicación adaptadas a la persona con demencia; se ayuda en el cuidado personal y actividades diarias; y se deben aprender a manejar las alteraciones conductuales y psicológicas que manifiesta.
- **Fase avanzada:** proveen cuidados todo el día a nivel de asistencia y manejan problemas conductuales (Reisberg, 2006), con frecuencia al borde de las fuerzas físicas y psíquicas debido a los años de cuidado, apenas sin descanso, soportando un estrés crónico.

Con cierta frecuencia, en la sociedad actual, se da escaso valor al papel esencial en el cuidado de las familias y sus necesidades de apoyo. Shultz (2004) define el papel de los cuidadores como “la prestación de servicios extraordinarios, superando los límites de lo que es normal o habitual en las relaciones familiares. Generalmente implica un gasto significativo de tiempo, energía y dinero, en períodos potencialmente largos; involucra tareas que pueden ser desagradables e incómodas y que son psicológicamente estresantes y físicamente agotadoras”. Si bien son numerosos los estudios que dan información sobre los aspectos negativos de proveer cuidados, también existe literatura que refleja aspectos positivos del cuidado como la gratificación, el compromiso, el crecimiento personal, el sentido de la vida y la

solidaridad entre los miembros de la familia (Netto y col., 2009). Es claro que los vínculos emocionales, es decir, el amor y el afecto, son la motivación principal para cuidar a una persona con demencia, junto con el sentido del deber y el sentimiento personal de obligación o deuda. Todo ello puede coexistir con el sentimiento de “no tener más alternativa” (Quinn y col., 2010).

En relación a los efectos negativos, las investigaciones evidencian consecuencias claras en la salud física y psicológica del cuidador, en su calidad de vida y en su seguridad económica (Biurrun y col., 2003; Rodríguez del Álamo, 2006 y Sala y col., 2006) ante el sufrimiento de tantas exigencias. Tal es así que una campaña internacional del 2017, denominado “Cuidar a los cuidadores” (“Embracing carers”), reflejó que “si bien se han logrado avances en algunos ámbitos y áreas geográficas, en términos generales todavía sigue existiendo una falta de apoyo para los cuidadores no profesionales” (Bucerius, M., 2017). Para el caso de España, una de las conclusiones que extrajeron fue que “un 61% de los cuidadores familiares, no profesionales, no remunerados, necesitan atención médica o psicológica por estrés, ansiedad y depresión debido a la labor diaria que desempeñan”.

Al mismo tiempo, la enfermedad puede tener un impacto en la dinámica familiar y en el cumplimiento de los roles ante la falta de conocimiento de la naturaleza de la enfermedad, el exceso de responsabilidades depositadas en la persona cuidadora principal o por desacuerdos económicos relacionados con el cuidado, entre otros. Según Florez (2006), la sociedad moderna fomenta el individualismo, siendo la soledad el agente más estresante para cualquier cuidador, seguido de la fusión entre la persona cuidadora y la enferma.

La persona cuidadora deberá conocer la enfermedad, aprender a cuidar y adaptarse a la nueva situación (Losada et al, 2015) y, además, atravesar diversos duelos concatenados durante la evolución de la enfermedad (Lopes, 2017). Todo ello puede explicar un constante estrés e impacto emocional que, a su vez, puede generar una sobrecarga que merme la capacidad de afrontamiento del cuidado de las personas con demencia y de su propio cuidado.

LA ATENCIÓN ACTUAL. LA ATENCIÓN FUTURA

En palabras del psicólogo clínico Prieto (2013), “cuidar es una actividad que se puede programar, y no un estilo de vida definitivo”. Para cuidar y al mismo tiempo estar satisfechos con su situación vital, los profesionales han de ser capaces de ayudarles a mantener su proyecto vital y aprender a cuidar, dando significado a su labor.

En los últimos años somos testigos de las mejoras en la atención al binomio que compone la persona con demencia y su cuidador familiar desde los servicios sanitarios y sociales. Pero aún queda camino por recorrer con el fin de atender con calidad tanto las necesidades de la persona afectada como de la cuidadora principal y de la familia cuidadora: para capacitarles, fortalecerles y hacer sostenible esta unidad familiar, clave en la sociedad actual para la atención de proximidad y para responder a los retos de largo plazo que plantea la enfermedad. Urge la necesidad de proporcionar protocolos de intervenciones continuadas que disminuyan el estrés, el agotamiento y la morbilidad de la persona cuidadora al ayudarles a asumir su labor e incluso ayudarles a decidir poner fin al cuidado cuando sea preciso. Es decir, acabar con el sentimiento de soledad de las familias que únicamente acuden al profesional en “momentos puntuales” y, en algunos casos, sólo acceden a la información que proporciona internet.

Los itinerarios de atención requieren un diseño más dinámico y flexible al proceso de adaptación de cada unidad familiar (persona con demencia, familiar cuidador principal y, si la hay, familia de soporte). Es cierto que existen factores de riesgo relacionados con la carga del cuidador y que han de tenerse en cuenta de cara a trabajar las fortalezas individuales. Un factor sería el ser mujer, cónyuges, que convive con el paciente y con bajos ingresos o presiones financieras, cuya personalidad manifiesta altos niveles de neurosis y alta expresión de emociones, con bajos niveles de confianza sobre su rol y alto sentimiento de cautiverio (“atrapados en su rol”).

Otro factor indicador de sobrecarga son las estrategias basadas en emociones y no centradas en resolver el problema. En cuanto al tipo de demencia, las investigaciones corre-

lacionan una mayor sobrecarga en la persona cuidadora de la demencia frontotemporal y en la presencia de síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (particularmente apatía, delirios, irritabilidad, depresión). Las deficiencias cognitivas, por su parte, no están usualmente asociadas al estrés del cuidador. Por último, la aceptación del rol de cuidador con frecuencia se complica si ha existido una deficiente calidad en la relación previa.

Considerar estos y otros factores de riesgo conlleva que la mayoría de intervenciones basadas en la evidencia se centren en la psicoeducación, el aporte de información, la formación y el apoyo psicológico y práctico en un proceso continuo, lo más individualizado posible (Yanguas, 2007). Es incuestionable que en el ámbito socio-sanitario se ha instalado el enfoque de la atención centrada en la persona (ACP). Según Kitwood (1997), pionero de la ACP, las personas tenemos una serie de necesidades generales que pueden ser expresadas y vividas de diferente forma en cada individuo. Para garantizar nuestra calidad, éstas se deben satisfacer mediante el diseño de planes asistenciales e intervenciones basadas en los principios de la ACP que sitúan a la persona como protagonista de su propio proceso de cuidado, reconociendo su propio contexto social y familiar, fomentando su “empoderamiento” y autonomía, y respetando su biografía personal, sus valores, deseos y creencias personales. Aunque se aleje del objeto del artículo, cabe mencionar la propuesta de Brooker (2013) de un modelo de atención centrada en la persona con demencia.

Cuando se trata de las demencias, es conocido que sus consecuencias afectan más allá de la persona enferma, esto es, a la familia cuidadora y, en concreto, al cuidador principal. Es por ello que no se pueden perder de vista las necesidades de las personas cuidadoras, máxime si se quiere garantizar la calidad de los cuidados, así como el fortalecimiento de la familia para procurar el sostenimiento de la provisión de la tarea (Canga, 2013).

En coherencia con el principio de “atención centrada en la persona cuidadora” y “empoderar” al cuidador, la relación de colaboración de los profesionales y el cuidador familiar durante el proceso deberá contar con conversaciones cercanas y empáticas, adecuadas al perfil de cada cuidador, identificando el plano

que ocupa la demencia en la familia (escala de valores, significado de la vida, etc.) y reforzando los progresos en el proceso. Apoyar y reforzar lo que la persona cuidadora hace bien, sus fortalezas y habilidades, es estimulante y necesario, ya que son numerosas las dudas, incertidumbres y dificultades que le preocupan. Un aspecto vital para las personas cuidadoras es el sentimiento de estar acompañadas en las numerosas decisiones que han de tomar, al paliar su soledad y facilitar una adecuada adaptación al continuo deterioro de la demencia.

Abogamos, por tanto, por la utilización de los elogios como técnica de intervención y la aplicación del counselling al marco socio-sanitario como intento de incorporar la dinámica de la elección por parte del cuidador y familia cuidadora en lugar de la dinámica del control externo, como práctica habitual clínica. Por otro lado, es un hecho que las habilidades de comunicación se pueden mejorar con formación y entrenamiento. Hacerlo permitirá hacer al profesional unas intervenciones más eficaces y disminuir su malestar al “saber qué hacer” en situaciones complejas (Bimbela, 2009).

Una de las necesidades del cuidador principal es recordar a la sociedad que “el cuidador es, ante todo, una persona” y, como tal, requiere del apoyo que va a necesitar desde el momento del diagnóstico inicial, durante la evolución de la enfermedad, hasta el duelo posterior como excuidador (CEAFA, 2017).

Llegados hasta este punto, conviene traer hasta aquí las “propuestas para poner en valor la condición como persona de los cuidadores familiares” que propone la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer (CEAFA), desde la experiencia y el conocimiento que avala su trayectoria de más de 25 años de las Asociaciones de Familiares de personas con Demencia que la conforman. No hay duda de su utilidad e interés, si bien en estas páginas destacamos las propuestas para visibilizar a la persona en el momento de la comunicación del diagnóstico, centradas en el sistema de salud y en el médico especialista:

“Adecuar los tiempos de consulta a las necesidades concretas y particulares de cada familia, prestando especial atención e interés a la persona cuidadora. Ofrecer de manera

clara y adecuada toda la información que la persona cuidadora va a necesitar y demandar para satisfacer las dudas que le va a generar su nueva condición. Tener la adecuada empatía con la persona a la que se facilita la información, intentando ponerse en su lugar. Facilitar el conocimiento y, a ser posible, el acceso a los recursos socio-sanitarios existentes y a la Asociación de familiares más cercana” (CEAFA, 2017, p.11).

Durante el apoyo en el proceso de cuidado, el itinerario de intervención debe ser flexible y adaptado a las necesidades que se van presentando:

“Los sistemas socio-sanitarios considerarán al cuidador de la persona con demencia como un aliado a la hora de planificar la atención integral al paciente. Se tendrán en cuenta la opiniones, sugerencias y propuestas formuladas por el cuidador, en tanto que máximo conocedor de las peculiaridades del paciente y de las capacidades de la familia cuidadora. Se implantarán protocolos de capacitación del cuidador, contemplando aspectos vinculados con la atención o cuidados de su ser querido, pero también los relacionados con su condición como persona” (CEAFA, 2017, p.14).

La necesidad de información-formación y protección de la persona cuidadora se destaca en las siguientes propuestas:

“Mejorar y hacer accesible la información ofrecidas por los servicios socio-sanitarios existentes. Coordinar las informaciones proporcionadas por los profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada, de modo que tengan coherencia, complementariedad y, sobre todo, puedan ofrecerse en el momento adecuado en que realmente se necesita. Establecer mecanismos de coordinación entre los recursos socio-sanitarios y la Asociación de Familiares de personas con Alzheimer (AFAN) para facilitar la complementariedad de las informaciones a proporcionar. Impulsar la Escuela de Cuidadores (promovida por el Instituto Navarro de Salud Pública), con el propósito de ofrecer los conocimientos y destrezas básicas para la atención a la persona con Alzheimer, pero sobre todo como espacio en el que el cuidador pueda encontrar la ayuda que precisa para com-

binar esta faceta con su dimensión como persona. Considerar a la Asociación de Familiares de personas con Alzheimer y Otras Demencias de Navarra como un recurso de atención holística al cuidador (información, formación, grupo de apoyo, etc.). Poner a disposición de los cuidadores servicios dirigidos a paliar y prevenir el deterioro de su salud física y mental. Fomentar campañas dirigidas a tomar conciencia sobre la importancia del autocuidado y a la reducción del estrés asociado a la tarea de cuidar. Incluir, en los sistemas de salud, protocolos de supervisión de la salud del cuidador. Así como en los sistemas sociales y sanitarios, mecanismos de apoyo que faciliten la toma de decisiones.” (CEAFA, 2017, p.15-17).

A estas aportaciones, cabe añadir una serie de reflexiones fruto del acompañamiento de familias cuidadoras de personas con demencia. Así, en ocasiones, el no contar con tiempo suficiente para la comunicación adecuada de la mala noticia a la persona afectada y la familia, pudiera mostrar una actuación profesional “fría” para el receptor. La experiencia también indica la importancia de proporcionar la información de manera gradual y centrada en las necesidades presentes, ya que un exceso de información o el ser inoportuna es ineficaz y puede generar emociones para los que cada profesional ha de estar preparado.

Otra reflexión se centra en la ayuda a clarificar qué hay detrás de las preguntas que hacen, para entender mejor a la persona cuidadora, al mismo tiempo que en la ayuda a favorecer la expresión emocional y responder a los sentimientos y emociones que la información pueda generar. Si se cree que la persona cuidadora tiene dificultades para encajar y afrontar emocionalmente la situación (fase de negación), se debe limitar a exponer el momento actual, la “verdad soportable”, es decir, sólo transmitir la información que sea necesaria y evitar el encarnizamiento informativo.

Por último, es imprescindible acompañar la información negativa de esperanza realista, esto es, dejar la puerta abierta para futuras entrevistas con profesionales sanitarios y/o de AFAN. Esto se puede traducir en transmitir esperanza de que cada profesional va a apoyar en lo que sea posible, respecto a que la intensidad emocional no siempre será la misma y a que se trabajará para disminuir

los síntomas que se presenten. Es importante tenerlo en cuenta porque según cómo se realice, cada familia adoptará caminos diferentes que redunden en mejores o peores cuidados a la persona enferma.

La información recibida en esa primera consulta no será suficiente y se irá complementando con la ofrecida desde Atención Primaria, Servicios Sociales y demás recursos a los que acuda... puesto que la persona cuidadora debe tener garantizado el acceso al conocimiento y la formación efectiva sobre los diferentes momentos que atravesará. Siendo conscientes de las limitaciones que pudieran tener los servicios sanitarios y sociosanitarios, la recomendación de acudir a la asociación de familiares (AFAN) complementaría el proceso de comunicación del diagnóstico, el apoyo en el proceso de aceptación-adaptación a su nuevo rol, la formación continuada y aquellas intervenciones familiares necesarias para favorecer la comunicación y la co-responsabilidad entre los miembros implicados.

CONCLUSIÓN

Es fundamental contemplar el binomio paciente-cuidador para realizar una adecuada intervención. Para ello cabe formular la propuesta de reforzar la formación de los profesionales socio-sanitarios que están en Navarra. El tratamiento no farmacológico, las intervenciones psicológicas y psicosociales, han demostrado su eficacia y desempeñan un papel fundamental en la mitigación de las angustias y aflicciones de la persona que hay detrás de cada persona cuidadora. No debe olvidarse.

Conseguir una coordinación estable entre todas las partes implicadas en la atención a la demencia supone optimizar los apoyos a la persona que cuida y a la familia cuidadora. Quizás los más reticentes al cambio de paradigma propuesto son aquellos que piensan que lo expuesto “ya....se hace”. Esto es así porque no son capaces de ver capacidades en las personas mayores o sólo las ven como proveedoras de cuidados. Para el resto, los cambios son una oportunidad magnífica de alcanzar la optimización en la atención a la demencia.

BIBLIOGRAFIA

- Abanto, N.B.A. y Fernández, M. (2015). Prevalencia de demencias en una zona básica de salud de León. *Medicina General y Familia*. 4 (1): 5-9.
- Abellán A. y Pujol R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes envejecimiento en red, nº 10. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/enred-indicado-resbasicos15.pdf>
- Bimbela, J.L. (2009). El Counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33-42. ISSN 1137-6627. Disponible en: <<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5895/4751>>. Fecha de acceso: 27 de marzo de 2018.
- Biurrun, A., Artaso, B. y Goñi, A. (2003). Apoyo social en cuidadores de enfermos con demencia. *Geriátrika*, 19: 181-187.
- Brooker, D. (2013). Atención centrada en la persona con demencia: Mejorando los recursos. Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Canga, A, Vivar, C.G. y Naval, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Anales del sistema Sanitario de Navarra*, 34 (3): 463-469
- Canga, A. (2013). Hacia una “familia cuidadora sostenible”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36: 383-386.
- C.E.A.F.A. (2016). El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuesta de intervención. Pamplona. Disponible: <https://www.ceafa.es/files/2017/04/ESTUDIO%20CUIDADORES.pdf>
- C.E.A.F.A. (2017). Consecuencias de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los cuidadores familiares. Poner en valor su condición como persona. Pamplona. Disponible: <https://www.ceafa.es/.../2017/.../Consecuencias%20de%20la%20enfermedad%20de%2.pdf>
- Flórez, J. A. (2002). El síndrome del cuidador. *Geriátrika*, 18: 22-26.
- Lopes, M.C. (2017). La adaptación psicosocial a la enfermedad y calidad de vida de familiares cuidadores con demencia en el proceso de convivencia. Una propuesta de intervención sociosanitaria. Tesis doctoral inédita. Universidad Pública de Navarra.
- López, J. (2004). Estado emocional y físico de cuidadores informales de mayores dependientes: análisis descriptivo y factores asociados. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos: Universidad Complutense de Madrid. Documento no publicado.
- Losada, A., Nogales-González, C., López, J., Márquez-González, M. y Jiménez-González, E. (2013). Ayuda psicológica a cuidadores en diferentes escenarios. *Información psicológica*, (105), 60-77.
- Netto, R.N., Jenny, G.Y.G. y Philip, Y.K. (2009). Growing and gaining through caregiving in dementia. *Alzheimer & Dementia*. 8: 245-261.
- OECD (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health-glance_2017-en
- OMS (2013). Demencia una prioridad de salud pública. Disponible en: www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/es/
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2006) Helping caregivers of persons with dementia. Which interventions works and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 8: 577-595.
- Prieto, V. (2013). La soledad del cuidador. Madrid: La esfera de los libros.
- Prince, M. (2004). Care arrangements for people with dementia in developing countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (2): 170-177.
- Quinn, C., Clare, L. y Woods, RT. (2010). The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22: 43-55.

- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First (Rethinking Ageing)*. Australia: Open University Press.
- Reisberg, B. (2006). Diagnostic criteria in dementia: a comparison of current criteria, research challenges, and implications for DSM-V. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19 (3): 137-146.
- Reyes, J.C., M., Bordas, E., Gaviria, A.M., Vilella, E. y Labad, A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 50 (11): 653-660.
- Rodríguez del Álamo, A. (2005). *Sobrecarga psicofísica en cuidadores de enfermos de Alzheimer: causas, problemas y soluciones*. Barcelona: Fundación SPF de Neurociencias.
- Sala, J.L.C. (2006). *Demencia y familiares cuidadores. Deterioro, sobrecarga y apoyo social. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Panamericana.
- Schulz, R. y Martire, LM (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 12: 240-249.
- Yanguas, J. J. (2007). *Modelo de Atención a las personas con Demencia*. Madrid: IM-SERSO.

Enlaces de interés:

www.ceafa.es

www.alzheimernavarra.com

www.embracingcarers.com

La labor de HelpAge International, 30 años de experiencia en temas de adultos mayores. ¿Quiénes escucharán las voces de los mayores en las crisis humanitarias?

The work of HelpAge International, 30 years of experience in older adult issues. Who will listen to the voices of the elderly in humanitarian crises?

Ivana Cummings Vaudrecourt

Responsable de Incidencia y Comunicación de HelpAge International España

www.helpage.es

Resumen

HelpAge International es una red global que busca ayudar a las personas mayores, sobre todo en países en vías de desarrollo. Apoya sus derechos buscando erradicar estereotipos, discriminación y marginación tanto en la sociedad como en situaciones de crisis.

Se trabaja con proyectos pequeños y locales, así como con la defensa de los derechos humanos a nivel global. Entre las líneas de acción de HelpAge destacan las de salud y VIH, emergencias humanitarias, trabajo y medios de vida, y protección social. En el presente texto, se mostrará solo el apartado de emergencias humanitarias, donde HelpAge ha sido sumamente activa y ha otorgado ayuda en diversas situaciones como es el caso de la guerra de Siria y los refugiados.

Palabras Clave: HelpAge International, Personas Mayores, derechos, Ayuda Humanitaria, refugiados, crisis

Abstract

HelpAge International is a global network that seeks to help older people, especially in developing countries. It supports the rights of the elderly attempting to eradicate stereotypes, discrimination and marginalization of this sector, both in society and in crisis situations.

Help Age International works with small and local projects as well as defending human rights at a global level. HelpAge has several lines of action such as health and HIV, humanitarian emergencies, work and livelihoods and social protection. In this paper, only the humanitarian emergencies section will be shown, where HelpAge has been extremely active and has given aid in various situations such as the Syrian war and the refugees.

Key Words: HelpAge International, Older People, human rights, humanitarian emergencies, refugees, crisis

INTRODUCCIÓN

HelpAge es una red global internacional con 127 miembros representados en 77 diferentes países. Cuenta con más de 30 años de experiencia ayudando en situaciones de crisis humanitarias y de emergencia. Trabaja en favor de los derechos de las personas mayores buscando, principalmente, reducir la pobreza, la discriminación y la falta de servicios médicos, así como proporcionar ayuda humanitaria en situaciones de crisis. Actualmente se han apoyado a más de 7.900 asociaciones de personas mayores y a 276.000 personas que han recibido ayuda humanitaria, de las cuales 100.000 son personas mayores.

Entre sus fines está que las personas mayores sean incluidas en las respuestas humanitarias, ya sea de forma inmediata o a medio-largo plazo. Esto se hace posible a través de la red global que HelpAge ha ido conformando con los años. Para poder otorgar una mejor ayuda a las personas afectadas, se colabora con socios regionales que son capaces de obtener ayudas inmediatas y susceptibles de mantenerse en el largo plazo, a través del desarrollo de programas de rehabilitación de las zonas afectas.

Cuando ocurren catástrofes naturales o conflictos provocados por el ser humano, las personas mayores son un grupo especialmente vulnerable. Experimentan un mayor riesgo de:

- Ser separados de su familia.
- Tener/incrementar discapacidades físicas.
- Perder el acceso a servicios básicos.
- Sufrir de angustia física o psicológica no reconocible por el entorno.
- Necesitar de una dieta nutricional específica.
- Padecer de abuso o negligencia (especialmente las mujeres mayores).

Ante estas situaciones, HelpAge lleva a cabo diferentes actividades en respuesta de las crisis. Como fase inmediata se distribuye asistencia básica con los kits de higiene, materiales de construcción para refugios o ciertos productos alimentarios. Posteriormente, se generan diversas actividades/ayudas dentro de las cuales se encuentran:

- **Cuidados Sanitarios:** se asegura que las personas mayores cuenten con atención sanitaria.

**HelpAge
International**
— ESPAÑA —

los mayores cuentan

**30 años como
red global**

- **Nutrición:** se actúa para que tengan una alimentación ajustada a su edad y, si es necesario, se entregan alimentos a las personas mayores directamente.
- **Apoyo a medios de vida:** se generan oportunidades laborales, acceso a micro-créditos o transferencias en efectivo, por ejemplo.
- **Protección:** se identifica a las personas más vulnerables y se les facilita el acceso a la asistencia y cuidados.
- **Reducción del riesgo de desastre** a través de ciertas medidas específicas.

Un ejemplo claro de la labor de HelpAge en este ámbito es la ayuda humanitaria que se ha ofrecido a los refugiados de Siria. En concreto se ha activado un proyecto, apoyado por el gobierno de Alemania, que asiste las necesidades de servicios sanitarios de las personas mayores refugiadas. Su finalidad es la mejora en el acceso a diversos tratamientos de enfermedades como diabetes e hipertensión y se espera tener incidencia en unas 2.000 personas refugiadas cada mes. Así mismo, HelpAge provee de formación sobre las necesidades de las personas mayores, medicinas y facilidades para la asistencia médica.

El conflicto de Siria, recordemos, ha adquirido tal dimensión que afecta a más de 5,5 millones de refugiados registrados (Inter-agency Information Sharing Portal, 2018). Según datos de las Naciones Unidas (2016 y 2018), desde el 2015 se tiene constancia de más de 13,5 millones de personas con necesidades de asistencia humanitaria, manteniéndose dicha cifra en febrero de 2018. Dentro de esta cifra se encuentran personas mayores, especialmente vulnerables a la pobreza y a la pérdida de salud.



© Claire Catherinet/HelpAge International 2013. Una familia de refugiados de Siria viviendo en una region del Norte de Líbano. A refugee family from Syria living in the North Governorate.

En el caso específico de Líbano, se tienen registrados a un millón de refugiados sirios. Es decir, una de cada tres personas en Líbano es refugiada. Del millón de refugiados el 2,6% son personas mayores de 60 años (OCHA, 2018).

Desde el 2013, HelpAge ha estado trabajando y ayudando a las personas mayores refugiadas de Siria en Líbano. Se ha asistido a más de 3.000 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión, también se han ofrecido más de 2.000 consultas médicas, además de impartir clases sobre salud, nutrición, cocina y eventos sociales. Por otra parte, HelpAge lleva a cabo capacitaciones tanto a gobiernos como a personas que llevan la asistencia humanitaria, sobre las necesidades de salud de las personas mayores.

La ayuda humanitaria para las personas mayores ha generado casos de negligencia y falta de apoyo. Dentro de uno de los estudios hecho por HelpAge se descubrió que el 95% de las personas mayores en Líbano no habían sido consultados sobre sus necesidades, a pesar de que ellas, en su mayoría, dependen de la asistencia humanitaria.

Se ha observado que las personas mayores, en diversas circunstancias, no saben cómo obtener la ayuda humanitaria. Esta constatación es reflejo de la falta de información sobre la asistencia humanitaria. HelpAge en: “Las voces de los Mayores en Crisis Humanitarias”, presenta que dos tercios de las personas mayores refugiadas dicen no haber tenido la información suficiente para acceder a las ayudas humanitarias. Así mismo, no tenían acceso a servicios de salud. Esto mues-

tra que el sistema humanitario, en general, debe mejorar para evitar la exclusión de grupos aún más vulnerables, como los son las personas mayores.

Desde HelpAge se ha buscado y se seguirá buscando la inclusión de las personas mayores, tanto en situaciones de crisis y emergencia como en la sociedad en general. Estas personas, por su propio riesgo a la vulnerabilidad, tienden a sufrir los estragos de la discriminación por edad. Es por eso que HelpAge invita a incluir a las personas mayores en todos los ámbitos de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- HelpAge International (2015). HelpAge International launching healthcare programme for older Syrian refugees. Retrieved 8 February 2018: http://www.helpage.org/newsroom/press-room/press-releases/helpage-international-launching-healthcare-programme-for-older-syrian-refugees-/#_ftn1
- HelpAge International. (2017). Annual Report and Financial Statements (p. 52). London: TRUE. Retrieved from:
- <http://www.helpage.org/resources/publications/?adv=0&ssearch=&filter=f.year&type=®ion=&topic=&language=&page=2>
- HelpAge International (2018). ¿Quiénes escucharán las voces de los mayores en las crisis humanitarias? Retrieved 6 February 2018: <http://www.helpage.es/noticias/equines-escucharn-las-vozes-de-los-mayores-en-las-crisis-humanitarias/>
- Inter-agency Information Sharing Portal (2018). Syria Regional Refugee Response. UNHCR. Retrieved from <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>
- OCHA (2018). Syrian Arab Republic. Unocha.org. Retrieved 6 February 2018: <http://www.unocha.org/syria>
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Aids (2016). Humanitarian Needs Overview. United Nations. Retrieved from https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2016_hno_syrian_arab_republic.pdf

Primer premio “Tomás Belzunegui” 2017

Modalidad Ensayo Abierto

CARTELES, VIERNES Y OTRAS FORMAS DE CAMBIAR MI VIDA

Ione Gómez Elduayen

“¿Qué puedo hacer ahora?” Todo está oscuro. Puedo oír un murmullo lejano y sé que todo está a punto de comenzar. Y en mi cabeza, repito la misma frase una y otra vez: “¿Qué puedo hacer ahora? ¿Qué puedo hacer ahora?” No, no, no, hay muchas probabilidades de que salga mal y sería por mi culpa. No me lo podría perdonar. “¿Qué puedo hacer ahora?”, la frase no se va de mi mente.

Me sudan las manos y no recuerdo haber estado tan nerviosa nunca. Las voces que oía hasta hace unos minutos han callado, así que no hay duda de que en cualquier momento tendré que salir. Intento seguir los consejos que nos dieron el primer día: “respirad y pensad que estáis en algún lugar que os da seguridad pero, sobre todo, recordad que desde ahí arriba no se ve a nadie”. Está bien, inspiro y espiro, inspiro y espiro, inspiro y espiro... Pero nada, los nervios siguen ahí y solo puedo preguntarme cómo he acabado aquí. ¿En qué estaba pensando cuando dije que sí a esto?

En realidad puedo asegurar que lo último que tenía pensado aquel día era que acabaría aquí. Era sábado, de eso estoy segura, porque los sábados por la mañana voy a comprar a la plaza del mercado y recuerdo que tenía la lista de la compra en la mano, porque, para qué mentir, mi memoria falla, y sin ese trozo de papel requeté doblado nun-

ca me acordaría de coger yogures. Cuando estaba a punto de entrar por la puerta, me fijé en el tablón de corcho de la pared, que siempre está repleto con esos anuncios de muebles de segunda mano, perros en venta o clases particulares para estudiantes, pero que en realidad, siempre acaba siendo un revoltijo de celos y trozos de anuncios arrancados. Aunque aquel día había un cartel que no tenía ni una arruga, las esquinas estaban impolutas y, sin ninguna duda, hacía no mucho que lo habían pegado en el corcho y aún no llevaba ahí el suficiente tiempo como para haber sufrido las consecuencias de estar colgado en la pared del mercado justo en el centro del pueblo. Quizá fueran los colores brillantes y las letras tan grandes que ni siquiera necesitaba las gafas para leerlas, o quizá el cartel estaba destinado de alguna forma a que yo lo viese un sábado cualquiera con el carro y la lista de la compra en la mano. Nada más leer que estaba dirigido a mayores de sesenta y cinco años, pensé que sería un nuevo viaje del Imsero, y en realidad sonaba como uno: el cartel aseguraba que era una actividad amena, dirigida a personas como yo y que no solo conocería gente nueva, sino que podría desarrollar nuevas capacidades. Además, aparecía la fecha en la que se iba a celebrar una pequeña reunión para todos los que estuviéramos interesados y, ¡qué casualidad!, era aquella misma tarde. Decidí dejar el cartel y entrar al mercado o

Ione Gómez Elduayen, premio Ensayo Abierto



tendría que pasarme haciendo cola en la pescadería toda la mañana, pero mientras compraba todo lo de la lista, hablaba con la frutera de cómo habían subido los precios, y durante todo el resto del día no pude pensar en otra cosa que no fuera la reunión de esa tarde.

Con esa emoción de niña pequeña llegué al centro cultural, que está a un par de calles de la plaza del mercado y donde iba a tener lugar la charla. En ese momento estaba muy muy nerviosa y cuando algo después se lo conté a mis nietas, recuerdo que Irene, la más pequeña de las tres, me dijo: “Pero abuela Laura, no pudiste tener tanto miedo porque dice mamá que tú eres muy lista, porque has vivido muchas cosas y sabes mucho de todo, y entonces no tenías que estar nerviosa”. En realidad, sí que he vivido mucho y si sé algo sobre la vida es porque he pasado por todo tipo de situaciones y aprendes quieras o no. Pero esto te lo puede decir cualquiera de mi edad, incluso Irene lo dirá algún día, porque siempre me dice que de mayor quiere ser como yo, y ¡qué honor es para cualquier abuela que tu nieta quiera ser como tú!

A pesar de las mariposas que sentía en el estómago mientras bajaba las escaleras hacia la sala de la reunión, conseguí armarme

de valor y al cerrar la puerta tras de mí, me encontré con un gran espacio lleno de sillas ocupadas por, al menos, otras veinte personas, e incluso vi a alguna que otra cara conocida de las partidas de cartas de los miércoles en la asociación de jubilados del pueblo. Busqué una silla libre y tan solo un par de minutos después apareció una chica joven, de unos treinta años supuse, con el pelo largo y una gran sonrisa, que enseguida se me contagió. “Muchas gracias por venir. No sabéis lo contenta que estoy de que haya tantos interesados en esto”, nos comentó. “La verdad es que pensaba que seríamos bastantes menos, pero veo que tenéis mucho entusiasmo por esto, probablemente ni siquiera yo, que voy a ser vuestra profesora, tengo tanta energía como vosotros. De todos modos, no será la única que coordinará este proyecto: el próximo viernes conoceréis al resto del equipo. Aunque ya me estoy adelantando y aún ni os he dicho mi nombre: me llamo Esther y os puedo asegurar que durante los próximos ocho meses vamos a aprender tanto todos juntos que ninguno de vosotros volverá a tener ese miedo que seguramente habéis sentido antes de entrar aquí. Y si me lo permitís, antes de pasar a hablar de cómo organizaremos la actividad, los días que nos reuniremos y contestar a las preguntas que seguro que tenéis, os voy a dar el primer consejo de los muchos que vais a oír de aquí a mayo: si os encontráis nerviosos, respirad y pensad que estáis en algún lugar que os da seguridad pero, sobre todo, recordad que desde ahí arriba no se ve a nadie.”

Y básicamente, así empezó todo. Aunque, claro, eso solo fue el principio, y nunca hubiera imaginado todo lo que vendría después. Los viernes sin falta iba al centro cultural y volvía a ver a Esther, que siempre tenía algún ejercicio nuevo para nosotros. En la primera clase ya nos presentamos todos y, aunque el número había bajado de los más de veinte que estábamos el día de la reunión a los catorce que nos habíamos comprometido a sacar esto adelante, siempre se me olvidaba algún que otro nombre. Incluso pensaba en llevar conmigo una especie de lista de la compra pero, en vez de apuntar yogures en ella, escribiría si el abuelo del niño que iba a clase con Irene y siempre llegaba el primero todos los viernes se llamaba Pedro o Paco. De alguna forma,

los viernes dejaron de ser solo viernes y, en cuanto acabábamos, ya deseaba que llegase la próxima semana, aunque no siempre era fácil. A veces llegaba realmente cansada y no podía dar lo mejor de mí por mucho que quisiera, y es que pasar todo el día cuidando a las tres mellizas como las llamo yo (porque, para qué negarlo, con los lazos de colores y el pelo tan corto, mis tres nietas parecen sacadas de la serie de dibujos) puede ser agotador. Sin duda, ser abuela es de las cosas más gratificantes de la vida, pero también agotador. Aun así, todos estábamos en la misma situación: todos teníamos nietos y nos dolía algún que otro hueso (signo de que ese día iba a llover), pero no dejábamos que eso nos impidiera disfrutar. Al final, las risas, los grandes momentos juntos y los ánimos de unos a otros nos transformaron rápidamente en el grupo que somos ahora. Desde entonces, los sábados de ir al mercado no eran tan importantes como los viernes de trabajo vocal, o los viernes de improvisación, o de memorización de frases o de prueba de vestuario o, simplemente, los viernes de teatro.

Y ahora estoy aquí, entre bastidores, a unos pocos pasos del escenario. Las luces siguen apagadas, pero sé que en nada me iluminarán y estaré delante de una sala llena de personas que han venido a vernos actuar. Yo. Actuando. Frente a cientos de personas. ¿Quién lo iba a decir? Y todo gracias a aquel cartel de colores brillantes y letras grandes que decía: “Clases de teatro para mayores”. Aquel cartel que convirtió mis viernes en días de ensayo. Aquel cartel que me dio la oportunidad de tener un guion que aprender por primera vez en mi vida. Aquel cartel que ha hecho que esté hoy aquí, delante de un público, delante de mis nietas y mis hijos, delante de todo aquel que confía en nosotros, un grupo de catorce ancianos con el sueño de representar la mejor obra que jamás verán. O bueno, si no es la mejor obra, por lo menos la que más esfuerzo tiene detrás, porque de eso sí que no nos ha faltado. ¿Y qué más da si se nos olvida alguna frase o si entramos en escena un poco antes de lo que deberíamos? Lo que nunca olvidaré será el día que Esther nos asignó nuestro personaje a cada uno, las caras que

ponía frente al espejo del ascensor para comprobar cuál era la mejor reacción para cada escena, la tarde que quedamos todos juntos para coser los trajes de la obra, el día que fuimos a comprar el atrezzo... y todo lo que el teatro me ha dado. Todo lo que ha cambiado mi vida.

De repente un foco de luz ilumina el escenario. Es mi momento. La función empieza conmigo. Llevo meses ensayando para esto. Ya no soy Laura, soy mi personaje, Beatriz, que ha descubierto el oscuro secreto que su familia ha guardado durante generaciones y debe decidir qué hacer con la herencia millonaria que está a punto de recibir. He repetido mis frases innumerables veces y sé que, desde el momento que diga la primera palabra sobre esas tablas de madera, todo habrá merecido la pena. Oigo el aplauso del público, ha llegado el momento. Salgo de detrás del telón, me colocó sobre la X que marca el centro del escenario y exclamo: “¿Qué puedo hacer ahora?”

#Breves



Asistentes a la jornada de retorno sobre envejecimiento activo (Fotografía: Gobierno de Navarra).

El 21 de marzo tuvo lugar en Pamplona la Jornada de Retorno de la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra y de su Plan de Acción. Se inició el acto recordando que la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra, 2017-2022, tiene como principal finalidad aumentar la esperanza de vida en buena salud así como disminuir la prevalencia de dependencia.

En esta ocasión se hizo hincapié en su Plan de Acción 2018-2019 diseñado en torno a tres ejes clave: proyectos de vida activos y saludables, entornos amigables con las personas mayores, y desarrollo regional y servicios y prestaciones sociales y económicas. Se detallaron las 101 aportaciones seleccionadas de un total de 123 recogidas de los diferentes agentes sociales participantes en el proceso de elaboración (ayuntamientos, asociaciones de personas mayores, entidades que trabajan con éstas, etc.).

Cuadernos Gerontológicos

Se abre la convocatoria de nuevos artículos para el nº 2 de 2018. El monográfico llevará por título: La vejez desde otras miradas. La temática central girará en torno a los diferentes enfoques con los que es posible mirar la realidad de la vejez y el envejecimiento. Tendrán cabida trabajos en los que se analice la vejez desde las artes plásticas, la literatura, la prensa, la arquitectura, los medios audiovisuales, la didáctica, etc. Junto a estos trabajos tendrán cabida otros de contenido abierto o misceláneas.

Fecha límite de envío:
30 de septiembre de 2018.

Normas de publicación para autores

1. Enfoque y alcance

La revista Cuadernos Gerontológicos es una revista de contenido científico, editada en formato electrónico por la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología. Su periodicidad es semestral.

Su objetivo es la difusión de artículos científicos, preferentemente, de carácter multidisciplinar, referidos a los campos de la Geriátría y la Gerontología. Es decir, se centra en el envejecimiento de la población y sus consecuencias, poniendo el énfasis en este proceso en la Comunidad Foral de Navarra.

Es de acceso libre siguiendo el principio de hacer disponible gratuitamente los estudios teóricos, las experiencias profesionales y los análisis de la realidad socio-sanitaria, desde diferentes puntos de vista (enfermería, medicina, trabajo social, animación social, psicología, terapia ocupacional, etc.).

Todas las contribuciones enviadas a Cuadernos Gerontológicos han de ser originales y serán evaluadas antes de ser publicadas por revisión externa y anónima por pares (peer

review). El conjunto de autores ha de declarar que los datos y resultados expuestos en el trabajo son originales, no han sido presentados al mismo tiempo a otra revista para su publicación y no existe plagio, distorsión o manipulación.

2. Secciones

Originales. Trabajos de investigación que aportan nuevos resultados en los ámbitos de interés de la Revista. Los manuscritos deberán estructurarse en los apartados: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. La extensión recomendada es de 3.000-4.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía). Deben acompañarse de un resumen de un máximo de 250 palabras estructurado en los mismos apartados que el texto y de 3 a 5 palabras clave. Se recomienda un máximo de 6 autores, no superar las 6 tablas y figuras (esquemas, gráficos o imágenes) y un número máximo de 40 referencias bibliográficas.

Originales breves y Notas Clínicas y Sociales. Trabajos de investigación con número reducido de casos, estudios epidemiológicos descriptivos y trabajos con objetivos y resultados muy concretos (casos clínicos y casos de intervención social). Deberán estructurarse en los apartados: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. Su extensión no superará las 1.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía), 2 figuras y/o tablas y 15 referencias bibliográficas. Se aportará un resumen estructurado (máximo de 150 palabras), además de entre 3 y 5 palabras clave. Se recomienda un máximo de 6 autores.

Revisiones. Puesta al día de un problema, cuestión de impacto social/sanitario o conceptualización, mediante la aportación de la necesaria bibliografía. Su extensión en ningún caso superará las 3.500 palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras y bibliografía) y 2 figuras y/o tablas.

Cartas al Director. Se recogerá la opinión argumentada, conforme o disconforme, de una publicación en la Revista, así como sobre un tema de actualidad. Se pretende fomentar la reflexión dialogada y la discusión entre lectores de la Revista. Deben ser claras, concisas y argumentadas, con una extensión máxima de 750 palabras y entre 10 y 15 citas bibliográficas. Excepcionalmente las Cartas al Director pueden ser aceptadas directamente por el Comité de Redacción.

Breves. Espacio para informaciones diversas: congresos, jornadas, cursos, reuniones, etc., que se puedan desarrollar en la Comunidad Foral de Navarra o fuera de ella. Asimismo, puede recogerse normativa de interés que pueda tener algún impacto sobre la atención socio-sanitaria de las personas mayores.

3. Presentación de manuscritos

Los manuscritos deberán presentarse:

- Escrito en castellano en formato Word y compatibles (Rtf, Txt, etc.), a doble espacio y justificado, en letra Times New Roman, 12 pt, y con 2,5 en todos los márgenes. Todos los artículos deberán estar paginados.
- Las tablas y figuras (imágenes, esquemas y gráficos) se incluirán al final del manuscrito, indicando su ubicación en el texto. Se numerarán consecutivamente con números arábigos y por separado tablas y figuras.
- Las imágenes deberán enviarse con una resolución de 300 pp en formato JPG o TIFF.
- Las notas han de aparecer numeradas a pie de página (Times New Roman, 10 pt) con numeración arábica y serán las imprescindibles.
- Las referencias bibliográficas serán únicamente las citadas en el texto y aparecerán completas al final del artículo, siguiendo los criterios de las normas de publicación de la APA-2010 (American Psychological Association).

Primera página:

Título del texto en castellano e inglés.

- Nombre y dos apellidos de cada autor. Se recomienda no superar el número de 3 en aquellos de temática social y de 6 en el resto.

- Centro o entidad en la que se trabaja.
- Dirección completa del primer autor/a, responsable del manuscrito.

Segunda página:

- Título del texto en castellano e inglés.
- Resumen del trabajo (entre 150 y 250 palabras) y el listado de palabras clave (máximo 5) en castellano e inglés.

Páginas sucesivas: Su estructura y extensión seguirá lo indicado para cada sección.

Citación bibliográfica

Citas en el texto:

- Si la oración incluye el apellido del autor sólo se escribe la fecha entre paréntesis: Roldán (2006).
- Si no se incluye el apellido del autor en la oración: (Roldán, 2006).
- Si es un fragmento literal: (Christff, 1996, p. 21).
- Libro: Autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto; si son varios autores, se separan con una coma, poniendo una “y” antes del último); año (entre paréntesis) y punto; título completo del libro (en cursiva) y punto; lugar de edición y dos puntos; y editorial. Ejemplos: Bermejo, F. (2004). Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. Madrid: Díaz de Santos. Otras opciones: Apellidos e inicial del nombre. (Año). Título. Recuperado de <http://www.xxxx.xxx>; Apellidos e inicial del nombre. (Año). Título. doi: xx.xxxxxxxxxx
- Capítulo de libro: Autor o autores del capítulo (igual que si son libros); año (entre paréntesis) y punto; título del capítulo y punto; nombre de los directores/ compiladores del libro (iniciales del nombre y punto, apellido y anteponiendo a esto “En”); abreviatura “Ed.” o “Eds.” (entre paréntesis); título del libro (cursiva); página inicial y final del capítulo (entre paréntesis y separadas por un guión, anteponiendo la abreviatura “pp.”); ciudad de edición y dos puntos; y editorial. Por ejemplo: Webb, S. (2003). Technologies of Care.

En E. Harlow and S. Webb (Eds.) *Information and Communication Technologies in the Welfare Services* (pp.101-116). London: Jessica Kingsley Publishers.

- Artículo en revista: Autor o autores (igual que si son libros); año (entre paréntesis) y punto; título del artículo y punto; nombre completo de la revista (en cursiva) y coma; volumen y/o número de la revista y coma; y página inicial y final del artículo (separadas por un guión). Por ejemplo: Canga, A. y Esandi, N. (2016). Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. *Atención Primaria*, 48, 4, 265-269.

Proceso editorial

El envío de los textos ha de realizarse a la secretaria técnica de la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología: sngeriatria@yahoo.es

La redacción de la Revista acusará recibo de los trabajos. Se realizará una primera revisión editorial de los artículos admitidos para evaluar su adecuación temática a la Revista y el cumplimiento de los requisitos recogidos en estas Normas. A continuación los manuscritos serán revisados de forma anónima por dos expertos externos (peer review) que dispondrán de un plazo de 1 mes para emitir su dictamen. Los revisores se seleccionan entre expertos en el tema, teniendo en cuenta su disponibilidad para la rápida corrección que se les requiere.

En el caso de juicios dispares entre evaluadores, el artículo será remitido a un tercero que también dispondrá de 1 mes para enviar su respuesta. Los revisores deben valorar la calidad científica, pertinencia y novedad de la información presentada e informar si el diseño, la metodología y la discusión justifican las conclusiones presentadas, y si éstas responden a los objetivos del estudio.

Examinados los informes externos, el Consejo Editorial podrá: rechazar el artículo, aprobarlo condicionalmente a la espera de que el autor/es haya realizado las modificaciones solicitadas, o aprobarlo definitivamente para su publicación. En cualquier caso, la decisión editorial será comunicada.

Siempre que se sugieran modificaciones en los textos, los autores deberán adjuntar, junto a la nueva versión del artículo, una nota en la que se expongan las modificaciones realizadas. Los autores, a su vez, se comprometen a corregir sus trabajos en un plazo breve (1 mes), a partir del momento en que se les comunique la publicación de la versión on line, con objeto de respetar y no retrasar el proceso editorial

En cuanto a los derechos de autor, la aceptación de un trabajo para su publicación supone que los derechos de propiedad (copyright) quedan transferidos al editor de la revista. No obstante, la revista no es responsable de la información remitida por los autores.

Los autores han de recoger cualquier relación que tengan y que pudiera dar lugar a conflicto de intereses en relación con el artículo publicado. Cuando se presenten trabajos con seres humanos debe indicarse que se han cumplido las normas éticas del Comité de Investigación y de la Declaración de Helsinki de 1975 con la revisión de octubre del 2000, disponible en <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>

Una vez aceptado el trabajo, se notificará por medios electrónicos la disponibilidad de las galeras para su corrección en un plazo de una semana desde su notificación, así como el número y fecha de publicación definitiva. Se podrá emitir un certificado de autoría y edición, previa solicitud a: sngeriatria@yahoo.es

