

LA AUTODETERMINACIÓN DE LA PERSONA MAYOR EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL: LA PROTECCIÓN A SU TOMA DE DECISIÓN

SELF-DETERMINATION OF ELDERLY ADULTS IN SOCIAL INTERVENTION: PROTECTING THEIR RIGHT TO MAKE DECISIONS

Rosa Gómez Trenado (1)

(1) *Trabajador Social. Dirección de Coordinación de la Dependencia.*

Resumen: Trabajar promoviendo la autonomía, la independencia, protegiendo las garantías jurídicas y éticas de la persona mayor, favoreciendo su empoderamiento, es una reflexión necesaria de nuestro trabajo, en el que los logros sean el resultado de los participantes, centrando la mirada en el protagonista: la persona mayor.

El enfoque profesional centrado en la persona y en su capacidad para elegir su destino es el fundamento de esta propuesta metodológica fijada en la toma de decisión, inserta, en todo el proceso relacional, que conlleva cualquiera de los fines, por los que la persona mayor se aproxima al sistema.

Palabras Clave: Toma de decisión, Riesgos, Autodeterminación, Intervención, Personas Mayores.

Abstract: How to enhance the autonomy and independence of older adults, empowering them and at the same time ensuring the protection of their legal and ethical rights, is a subject on which social workers must reflect. In social work, achievements should be reached by the participants themselves and our professional attention should always be focused on the protagonists: the elderly.

A professional approach that focuses on the individual and on that individual's capacity to choose his or her destiny lays at the foundation of this methodological proposal based on decision-making, which is an inherent part of all relational processes and closely associated with the reasons for which the elderly person may approach the system.

Key Words: Decision-making, Risks, Self-determination, Intervention, Elderly People.

| Recibido: 25.01.2012 | Revisado: 20.03.2012 | Aceptado: 05.04.2012 | Publicado: 01. 05.2012 |

Correspondencia: Rosa Gómez Trenado. Dirección de Coordinación de la Dependencia. Calle Monasterio Batuecas, nº 18, A, 2º B. 28049 MADRID. Email: rosatrenado@yahoo.es.

1. LA PERSONA MAYOR: “MI VIDA LA DECIDO YO”

De lo que vaya a ser nuestra vida es, al menos en parte, el resultado de lo que quiera cada cual, o al menos debiera aproximarse a ello. Es el fin que perseguimos a lo largo de ella. Es más, es nuestro objetivo. Es la percepción de nuestra libertad, en cualquier estadio evolutivo, incluso en los que la toma de decisión está afectada a nivel cognitivo o jurídico. No va a ser abordada en este tema la toma de decisión sustituida o apoyada por figuras de protección bien por minoría de edad o en los casos que requieren de la presencia de figuras garantes en adultos, como “derecho a decidir”, por encontrarse fuera de la posibilidad de defensa cívica que ahondaremos en él.

Todas las personas, por el hecho de tener personalidad jurídica, tenemos capacidad para tomar nuestras decisiones. Vamos a analizar qué sucede con los mayores, con el acompañamiento familiar y con los profesionales, en situaciones donde la toma de decisión es estrictamente parte del individuo, en tanto las consecuencias de la misma recaen sobre este y requiere de una reflexión ética y un abordaje de empoderamiento de la autodeterminación de la persona mayor.

Podemos determinar que las situaciones de fragilidad en las que vivimos en cualquier etapa de nuestra vida no son un momento en los que la persona, por precisar de apoyo puntual o continuado, deba ser irrumpida o influenciada en la toma de decisión, tomando como justificación la vulnerabilidad existente. Con ello me refiero a la vulnerabilidad que puede generar una situación de afectación física, una situación de afectación emocional, o un estadio evolutivo como es el envejecimiento con roles asignados socialmente, que no distingue cualidades que condensar del mismo, simplificándolo someramente a estereotipos y prejuicios asumidos socialmente en esta etapa, que vulneran la toma de decisión, al contemplar una vulnerabilidad sin condiciones.

Hablar de vulnerabilidad en los mayores parece que es hablar de la causa generalizada que afecta de un modo u otro a la toma de decisión, como fenómeno que trasciende a determinados sectores y en concreto la idea general sobre el que nos trata. El significado de vulnerabilidad deriva del latín *vulnerabilis*, y se define como la posibilidad de recibir lesión física o moral, en una dimensión múltiple bio-psico-social. Más próxima a lo social se puede definir la vulnerabilidad como “una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar -en tanto subsistencia y calidad de vida- en contextos sociohistóricos y culturalmente determinados”.

Para que exista esa vulnerabilidad, debe existir un sujeto sobre el que incida la misma, un acto que la genere y una escasa capacidad de compensación ante tal situación de la persona mayor. Partiendo de esta premisa podemos considerar ¿qué mayores son los más vulnerables?, ¿todos están en situación de vulnerabilidad? Podemos determinar en orden a la misma, que la persona “físicamente” mayor está afectada por cambios que conllevan la disminución de recursos físicos y ello dificulta la adaptación, pero ¿tiene límites esta vulnerabilidad física?, ¿generalizamos esa vulnerabilidad física a todas las áreas de desarrollo de la persona?

Abordando la vulnerabilidad psicológica, a la que se puede llamar también afectivoemocional, se debe considerar una etapa de pérdidas y de temor a ser agredido, (abordando el término agredido como la invasión en los espacios de la persona), con las limitaciones que se imponen o vienen socialmente de

su mundo externo... Cabe preguntarnos de nuevo..., ¿la vulnerabilidad es propia del envejecimiento generalizado a este nivel o es consecuencia de procesos de morbilidad?, ¿puede darse por tanto igualmente la vulnerabilidad de la que hablamos en la vejez, en otras etapas con características similares que no requieran de injerencia en la toma de decisión, autonomía y autodefinición? Podemos afirmar que la vulnerabilidad es abordada, generada o eliminada desde la propia persona, por los vínculos familiares y por las propias concepciones sociales, que forman lo más cercano de nuestro entorno.

El proceso de construcción, destrucción, reparación de esa vulnerabilidad cada vez se va haciendo más insuficiente y menos compensado en los mayores. Es esta descompensación la que marca el límite de la vulnerabilidad, por tanto hablamos de graduación de la vulnerabilidad en lo físico. El envejecimiento puede constituir una causa de vulnerabilidad cuando la persona mayor encuentra especiales dificultades de adaptación. Hablamos por tanto de posibilidades de vulnerabilidad, no de vulnerabilidad como opción del envejecimiento.

Cognitivamente, en la medida que la persona no presente un deterioro grave sea, coherente consigo misma, con sus principios y valores, no deberíamos hablar de vulnerabilidad de las personas mayores como generalidad, ya que esta idea activa perspectivas que limitan la autodeterminación y posibilidades de alternativas desde dentro hacia fuera, con el manejo del propio desarrollo adquirido a lo largo del tiempo.

Los prejuicios sobre el envejecimiento, tales como la infantilización, sujetan la comparativa al estadio evolutivo de la infancia, donde el margen de maniobra estará sometido mínimamente a una supervisión de aquel que se considera protector o representante de la persona a la que acompañar en los pasos de inicio y desarrollo de la autonomía.

Como parte del envejecimiento es necesario asumir que las personas de edad poseen facultades altamente desarrolladas que le permiten la adaptación satisfactoria a demandas y necesidades. Partiendo de este posicionamiento el trabajo con mayores ha de potenciar la autodeterminación¹ en la toma de decisión. La autonomía del mayor es una autonomía desarrollada en el trascurso de la vida, como exigencia de la propia existencia con objetivos de evolución y desarrollo, análisis que desarrollaremos más adelante.

Los tipos de envejecimiento, sean envejecimiento normal o patológico, han de ir acompañados de la preservación del derecho a decidir. Siguiendo a Kant y a los planteamientos que sobre la toma de decisión realiza en *Crítica de la Razón Pura*, vamos a adentrarnos en términos como 'Autonomía' y 'Heteronomía' de la decisión. Podemos observar que este establecía que la autonomía es la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas, hablando como término opuesto a la autonomía, la heteronomía y no el de 'Dependencia'. Así, si la dependencia hace referencia a la necesidad de atenciones por parte de otras personas para realizar las tareas de la vida cotidiana, el término opuesto a dependencia es: 'Independencia', y no, autonomía, ya que una persona mayor puede tener afectada su dependencia, pero no su autonomía en el contexto de la toma de decisión.

1 La autodeterminación se define como autosuficiencia y la autodirección del individuo.

Ahondemos en la heteronomía. Entendida como término opuesto a autonomía, se basa en la voluntad que no se encuentra determinada por la razón del individuo, sino más bien por cuestiones ajenas a este, entre ellas las voluntades de los demás y la influencia de las diferentes variables con las que interactuamos. Por lo que si lo traemos al tema que tratamos, cuando el mayor toma su propia decisión lo hace de manera autónoma, y cuando existe influencia externa, hablamos de decisión heterónoma. Heterónomo quiere decir “dependiente de otro” donde la conducta del individuo no está controlada por su propia conciencia, sino por el exterior, renunciando por tanto a cualquier acción moral autode-terminada.

Según Kant, la voluntad del individuo puede ser determinada por dos principios: la razón o la inclinación, en la primera hablamos de voluntad autónoma y en el segundo de voluntad heterónoma, esta no deja libertad para iniciar procesos autónomos de decisión. Hablamos de una toma de decisión intervenida. Aunque nos pueda parecer esta concepción kantiana extraña en nuestra cotidianeidad, y quizás en este tema, correlacionándola con algunas características generales del contexto de intervención con mayores (deseabilidad social, influencia familiar, presión institucional) Kant podría establecerla como una voluntad invadida, siendo esta teoría fundamento de la ética actual. Podemos encontrarnos en un sinfín de situaciones donde para Kant la toma de decisión de la persona mayor sería heterónoma. Parece que el escenario al que llegamos al envejecer se ve influenciado por este concepto, en la medida que la sobreprotección, el paternalismo, la vulnerabilidad como concepciones sobre el envejecimiento hacen que la autonomía en la toma de decisión no sea la característica más destacada. Debemos tener presente que en el proceso de envejecimiento cambiamos de escenario, no en la capacidad conseguida a lo largo de nuestra vida junto a la responsabilidad, en nuestro paso a la vida adulta. Esto requiere de la revisión de planteamientos éticos.

La incidencia de factores externos en la toma de decisión, dentro de esa revisión ética, da lugar a hablar de la dignidad de la persona mayor. Derivada del adjetivo latino “dignus” y que se traduce en valioso..., pero... ¿si no damos valor a la toma de decisión de la persona mayor, podemos determinar que damos valor al concepto de envejecimiento con el que trabajamos?, ¿trabajamos la dignidad del mayor? Cada individuo establece su propio concepto de dignidad, marca los límites, cada persona mayor pone su frontera, por lo que al referirnos a la toma de decisión, el trato digno debe abordar la autonomía, y el conocimiento de los límites que la persona mayor establece como dignos. Abordar el concepto de dignidad desde la individualidad del otro, sitúa el foco en las capacidades y habilidades de la persona, en una visión macro de su vida (plan o historia vital) y en el concepto de calidad de vida que tiene el protagonista. Hablamos de itinerarios de dignidad, desde los valores, los principios y los derechos, hablamos de procesos.

La dignidad deriva de una serie de rasgos de la persona mayor que la hacen única e irrepetible, y de un proyecto vital, esta, por tanto, debe darse como estructura de la persona y en práctica coherente. No pueden ser rechazados en la persona mayor por no ser coincidentes con lo esperado y deseable por los demás de la persona y su estadio... Parece que la dignidad de la persona mayor en la toma de decisión está formulada pero no implementada...

La dignidad no puede sustituirse por situaciones equivalentes o asimiladas a los que ellos definen como digno. La norma jurídica define la dignidad como “un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la

propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás, junto al valor de la vida humana y sustancialmente relacionado con la dimensión moral de esta, [...]”.

Cuando se le pregunta a los mayores sobre la dignidad (Woolhead, Canan, Dieppe & Tadd , 2004) las personas mayores relacionan la dignidad con: El derecho a ser tratados como iguales al margen de la edad, el derecho a elegir cómo quieren vivir, ser cuidados y morir, el derecho a tener el control en las decisiones sobre su salud... Pero además, consideran la misma, quebrantada: Si se les trata de forma impersonal, si se les infantiliza, si se les trata con términos generalistas que hacen que pierdan la identidad (el término abuelo como sustitutivo del nombre tan usado...).

Por ello la persona mayor es libre para decidir qué camino va a seguir en su proceso de envejecimiento. Debemos pensar en el proceso de envejecimiento, como un *continuum* en la vida desde que nacemos, esta visión del proceso hace que la toma de decisión y la dignidad en esta etapa sea vista con la naturalidad de las etapas anteriores, y las vulnerabilidades propias de las mismas, sin un aumento especial de esta.

Este proceso viene marcado con continuos cambios que conllevan principalmente si hablamos de envejecimiento patológico distintas graduaciones en la toma de decisión y las elecciones sobre: qué quiere vivir, cómo lo quiere vivir, cuánto lo quiere vivir, con quién lo quiere vivir, cuándo lo decidirá, con qué opiniones y cuánto de esas opiniones considerará en la toma de decisión que realicen, e incluso, si no quiere que se inmiscuyan en la misma ni el entorno familiar próximo ni el institucional.

Podemos afirmar a estas alturas del texto, que el envejecimiento no hace dependiente la toma de decisión, ni tan siquiera la hace vulnerable o cuestionable. Será la trayectoria vital, las situaciones, los imprevistos, las crisis, las adaptaciones, los bloqueos, los inicios, la temporalidad, las que generen momentos de vulnerabilidad, episodios, no vulnerabilidad unívoca al envejecimiento, ya que no todos los mayores son vulnerables.

No cabe duda que las personas estamos determinadas por nuestro contexto cultural, por nuestro pensamiento, y somos educadas en ciertas tradiciones, hábitos, formas de comportamiento, que indefectiblemente nos llevan a seguir unos caminos con mayor tendencia y otros, a mantener con mayor inercia. Estos elementos son los que con mayor medida están presentes en el proceso de envejecimiento, simplemente por algo matemático, llevamos más años de influencia de los mismos y más años insertos en una relación bidireccional con el entorno, por lo que el tiempo en interacción con el bagaje cultural hace que este sea un motivo de influencia y de arraigo, validado en cualquier etapa evolutiva asociado a la generación a la que pertenecemos. De este modo las personas mayores son libres para responder a lo que les pasa de tal modo que la influencia del entorno hay que considerarla como elemento presente en la misma. La inercia, los cambios, los rechazos, forman parte de la libertad en la decisión, es fundamental pensar que la persona mayor es libre para decidir su propia vida con independencia de la similitud que sus opciones que pueda tener con las de las personas que le rodean en el momento de tomar la decisión, de los ritmos, de los análisis de las variables, del tiempo de ejecución de la misma, del cómo se adapten a los tiempos y reposen en sus patrones... el derecho a decidir forma parte de la persona mayor. Confundimos con frecuencia que ser libres para intentar hacer las cosas tiene que ver con lograrlo inexcusablemente y es aquí donde se ve limitado el margen de maniobra que a los mayores ponemos, pongamos un simple ejemplo: si vamos a dar un paseo, y

me caigo, posiblemente tras un periodo de calma volveremos a reanudar con normalidad la tarea. Si esto le sucede a una persona mayor desde este momento tendremos la tendencia de buscarle un tutor-guía indefectiblemente, sin darle la opción de estrés-recuperación-normalidad que en otro estadio hubiere tenido. En este caso estamos confundiendo la libertad (entendida como elección) con la omnipotencia (que sería conseguir siempre lo que uno quiere), y es en este planteamiento erróneo donde el nivel de exigencia varía en esta etapa, que no existe en las anteriores. En la niñez entendemos que el aprendizaje se produce entre el margen aprendizaje-error, en la etapa adulta, la prudencia parece atenuar las posibilidades de error, y en el envejecimiento, parece que el margen siempre es error-error, sin dejar posibilidades al acierto-error, o convirtiendo la prudencia en una inercia.

Por ello debemos tener presente que la persona mayor debe tener un aumento en la capacidad de acción para obtener de su libertad y de su elección, los resultados que persiga. Y es que por muy difíciles que sean sus circunstancias nunca tienen un solo camino que seguir, sino varios. Las personas mayores, al igual que el resto de tramos de edad, nos encontramos en el ejercicio de nuestra voluntad, con las voluntades de los otros y lo que podemos denominar necesidades. Más aún en un proceso donde a priori necesitemos apoyos (entendiéndose la palabra apoyo en todas sus acepciones), y la reducción de los mismos por la concurrencia vital de itinerarios de vida paralelos de esos apoyos, si no tenemos capacidad de maniobra, estaremos en un *continuum* de necesidades.

Las necesidades son situaciones que requieren de una toma de decisión por nuestra parte ante situaciones sobrevenidas, y que nos obligan a tomar decisiones que, en cualquier caso, no hubiésemos tenido que tomar, o incluso no hubiésemos querido estar insertos en ese mismo proceso de toma de decisión. Las necesidades y las voluntades de los otros van a ser variables que no controlamos y, en función de la vivencia que el otro tenga de nuestro envejecimiento, la balanza sobre el apoyo o protección puede desequilibrar la búsqueda de soluciones en un lado tendente a la limitación sobre nuestra autonomía para seleccionarlo el “mundo contemplativo de nuestra vida” o la autonomía, donde tomamos un protagonismo importante.

Si la persona mayor no dirige su toma de decisión, ni gestiona el mundo en el que vive, esta va a quedar relegada a un continuo encuentro con lo necesario que va a incidir sobre su bienestar integral y su participación en su mundo, con la confirmación de la profecía de la vulnerabilidad de la persona mayor y la dependencia continua.

Las personas podemos optar por lo que nos parezca bueno, conveniente, frente a lo que nos parece malo o inconveniente, y como podemos inventar y elegir, podemos también equivocarnos. Claro que afirmar esto si soy mayor implica que los demás pueden optar por lo que les parezca bueno o conveniente para mí, frente a lo que les parece malo o inconveniente o incómodo, y como pueden inventar y elegir, pueden equivocarse, conmigo, que soy mayor. Y esto puede verse acentuado por los mecanismos adaptativos tales como, la acomodación de las metas, que hace que ante una decisión externa adoptada, la persona la asuma.

Debemos tener presente que los años vividos han proporcionado a la persona mayor un cierto saber vivir, y un cierto manejo de situaciones con más calma que la que pueda suceder en el entorno. Las personas mayores desarrollan mecanismos adaptativos y subjetivos para ajustarse a situaciones cambiantes, principalmente porque la persona mayor en gran medida devalúa las metas para adaptarse a

ellas y el envejecimiento subjetivo no es vivenciado en la misma medida que el envejecimiento físico. Las personas mayores han desarrollado factores resilientes a lo largo de su vida.

Vamos a entrar a ver, con detenimiento, las posibilidades de opciones que nos podemos encontrar al pensar en las decisiones. La mayoría de nuestros actos los hacemos de forma automática, los actos cotidianos siguen un patrón de conducta automática. No exigen de una conciencia continuada. En ocasiones, estos actos cotidianos pueden en esta etapa requerir de nueva reformulación, de la inyección de nuevas alternativas ante situaciones que podamos considerar que esa costumbre ya es en sí un riesgo para el mayor, en ocasiones les supone un esfuerzo mayor el nuevo aprendizaje que mantener la conducta de riesgo derivada de esa costumbre. Aquí nos encontramos una inercia en la toma de decisión con la responsabilidad asumida de los riesgos que deriva. Podemos encontrarnos con personas mayores que eligen en atención a la cobertura de sus tareas cotidianas, la elección del riesgo, formando parte de la libre decisión de su vida. (No hablaremos de la angustia que esto genera a profesionales y familiares que no conciben el riesgo como parte de la elección de vida). Si por el contrario la persona mayor responde a lo que le “mandamos”, la persona mayor está recibiendo órdenes, (directividad en nuestra intervención), esta variable afecta a la libertad para tomar decisiones. Distinto lugar ocupa en la toma de decisión el capricho, cuando tenemos una ausencia de motivos posiblemente nos encontremos en orden a la costumbre, aquello que hacemos sin pensar y que forma parte del entorno todo el mundo se comporta por costumbre, y hay que tener presente que la costumbre en ocasiones tiene tanta edad como el mayor. Otra inercia más.

Tenemos que tener presente el nivel de la toma de decisión en relación a la clasificación realizada. Que el mayor tenga afectada la capacidad de hacer no afecta a la capacidad de decidir. Aunque suponga una frustración familiar y profesional, cualesquiera que sean las razones que justifiquen su decisión. Llegados a este punto podemos plantearnos: ¿pero de qué se trata esto de envejecer con dignidad y conservar la toma de decisión?, ¿envejecer con dignidad para quién?, supongo que para quien se encuentra vivenciando el proceso de envejecimiento.

Hemos hablado de la dificultad de aproximarnos a esta etapa por razones estrictamente biológicas, es una etapa que no hemos pasado al ser esta la última. Todos hemos sido jóvenes, maduros... pero no sabremos qué supone envejecer hasta vernos en ella. En esta etapa el acompañamiento es fundamental pero las órdenes, el peso de la costumbre, los motivos, las inercias, el derecho, los premios y castigos se desordenan desorbitadamente. Los roles se reasignan o desaparecen por el hecho de envejecer sin haberlos abandonado o relegado. En el proceso de envejecimiento la persona ha de tener presente cada uno de sus actos, dentro de la responsabilidad que los va definiendo, se trata de elegir, aquellas alternativas que le permitan luego un mayor número de opciones, que no dejen al mayor cara a la última variable, que no permitan modificar la decisión, porque hemos llegado a la última en la escala. Es normalmente en el término intermedio donde la decisión permite más margen de maniobra.

En la intervención profesional podemos optar por posicionamientos, la deontología nos exige prácticas éticas en base a todo lo planteado en este primer punto. Debemos tener presente, que tanto para el mayor, como para su entorno, como para el profesional, el sentido de la responsabilidad de una decisión no se puede transferir. Pero entonces ¿quiénes son los que principalmente inquietan en la toma de decisión del mayor?

2. LA AUTODETERMINACIÓN DE LA PERSONA MAYOR EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL. LA PROTECCIÓN A SU TOMA DE DECISIÓN

Que los profesionales de la acción social seamos agentes de cambio, es una realidad que tenemos `asumida`, por la propia concepción revolucionaria de nuestra profesión, que no implica `aprehendida`. El fin general de nuestra intervención “el deber ser” en términos kantianos es el cambio, impulsando este a la acción, relacionando lo bueno con el deber ser. Lo bueno “es lo debido” apelados desde la razón del Trabajo Social. Pero los sesgos personales y sociales pueden llevarnos a cometer errores.

En la intervención profesional podemos establecer la diferencia entre la intervención según Kant “virtuosa” de lo que realmente aparenta estar bien. En *Ética a Nicómaco* Aristóteles para quien el conocimiento del bien, no garantiza la bondad o la virtud de una persona en su vida cotidiana nos llevaría a pensar que por el hecho de ser trabajadores sociales y tener un fin, en la práctica profesional, no está garantizada la intervención “virtuosa”. El conocimiento del deber ser en la intervención no garantiza la intervención ética con la persona mayor en atención a su dignidad y su individualismo. Platón consideraba al hombre compuesto de cuerpo y alma, una atención integral de los dos niveles, que según Tomás de Aquino el máximo bien se alcanza con la Felicidad. En palabras de estos autores, la atención integral ha de alcanzar el máximo de bien, esa felicidad de la que hablaba Santo Tomás se traslada a la calidad de vida, en términos profesionales, y a la autonomía, la dignidad y la gestión propia de la misma en términos de la persona mayor.

La acción social más participativa, centrada en la persona persigue clarificar en-con-para el usuario cuánto está en juego en su situación o problema, a concretar con él cuánto desea mejorar y que adquiera las habilidades y el compromiso concreto por hacer lo que se vaya determinando en el proceso para superar las dificultades, afrontarlas sanamente o vivir con las dificultades que no sean superables, pero que decida vivir. Cuando la tendencia de la acción se centra en el problema, el profesional va a medir la situación presentada como necesidad objetiva sin tener presente otros elementos subjetivos de esa misma situación con la que intervenimos. Centrarnos en el problema va a situar al profesional en un rol donde ejerza un poder que está fuera de la persona, entendiéndose como poder fuera de la persona, aquellas circunstancias que ya denominaba Kant como variables externas (heteronomía) que pudieran proceder del entorno familiar, del marco de acción social, de los modelos institucionales, de las prisas burocráticas y de la prioridad de las áreas de intervención que consideremos los profesionales y el entorno emergente, que lo haga urgente.

Posiblemente, si está centrada en el problema, la prioridad se centrará en la gestión de recursos, y en la eficiencia y eficacia del profesional para resolver el problema con diligencia, sin considerar la toma de decisión y la participación de la persona mayor ante su realidad sociofamiliar. No irá más allá de la mera gestión y agilización de ese recurso. Por tanto como hemos visto se podrá centrar en cumplir las órdenes para resolver el problema. Esto supondrá marcar una línea de abordaje que estará más en la sintonía de imponer, de dar respuestas inmediatas, más que de considerar la toma de decisión y el ritmo que la persona receptora de nuestra acción a priori pueda requerir.

El desarrollo de las propuestas de intervención que persigan ese cambio es lo que deja de manifiesto el proceder profesional, las formas de hacer Trabajo Social, el posicionamiento ante el otro, el enfoque de partida, la concepción de nuestra profesión: como profesional o como técnico, el derecho a decidir y el mantenimiento de la dignidad del agente de su propio cambio: la persona mayor.

La competencia de la persona mayor para tomar decisiones es una designación ética y legal mediante la cual se reconoce que una persona tiene capacidad cognitiva para negociar ciertas acciones o actitudes legales. Centrándonos en esta premisa, la toma de decisión de la persona que no la tiene mermada por una enfermedad incapacitante puede verse violentada en la intervención por dos coprotagonistas: el profesional y sus “formas de hacer” el familiar en crisis.

El principio de autonomía permite a grosso modo a la persona mayor en el área que nos compete por nuestro trabajo decidir sobre la gestión de su vida, de los recursos y algo fundamental sobre lo que quiero incidir, sobre la institucionalización. Una persona mayor, en la toma de decisión, tiene derecho a decidir asumir los riesgos de su elección, en relación a su bienestar, con independencia de que esta genere malestar en el resto de intervinientes: profesionales con sus objetivos, familias con sus roles y sus etapas familiares.

Por lo anterior, es necesario desarrollar la/las habilidad/es profesional/es para hacer la reflexión ética que nos permita la más adecuada toma de decisiones fundamentada en valores, principios o argumentos éticos del otro, porque somos responsables del planteamiento de la intervención y del logro de los resultados de las acciones que se adopten en función de la persona con la que trabajamos, tanto si la decisión es tomada por el usuario en relación a sus valores, motivos, costumbres, con la conformidad o no de las redes de apoyo y aceptadas o no por el profesional. (No estamos hablando en ningún caso de *laissez faire*, como abandono del proceso, sino del derecho a decidir destacado en el primer punto, de la libertad de elección).

Como profesionales debemos conocer que la importancia del “quehacer” no es solo saber cómo hacer algo, sino indagar su razón, por qué, y para qué se está dando la toma de decisión, hacia dónde va, qué mejora introduce en función del protagonista, dentro de la autodeterminación de la persona y de la ética e integridad del profesional.

La interferencia en las metas y planes de la vida de una persona desde nuestra profesión requiere de una justificación bien fundamentada, que no se centre en el paternalismo y sobreprotección, y en el desconocimiento o en las “malas prácticas”. Exige el reconocimiento de la vulnerabilidad y el abordaje en la toma de decisión de las situaciones valoradas desde la integridad.

Estas actitudes tienen que ser una exigencia en el profesional y exigidas, cuando el individuo por su edad, condición de salud o situación afectivo-emocional presenta alguna salvedad para el ejercicio de su autonomía, y la persona más cercana a él asume la responsabilidad para la toma de decisiones. Hablamos de guardadores de hecho, en situaciones que ni tan siquiera se exige la convivencia con el mayor.

El hecho de pertenecer a etapas evolutivas posteriores parece que genera una posición de asimetría donde la persona mayor no figura precisamente como dominante. Recordemos que la toma de decisiones éticas implica responsabilidad de quien decide, y es en esto donde debemos poner la alerta: los profesionales debemos tener presente que quien normalmente decide por la persona mayor y asume esa responsabilidad sin riesgos, no es sobre el que pesa las consecuencias de esa decisión. Estos se constituyen en los mínimos éticos de los que habla Adela Cortina, que nos ayudan a dialogar y a trabajar hacia el logro de la convivencia. La autora afirma que la forma de comunicarse con el otro se

fundamenta en el reconocimiento mutuo como interlocutor válido en un plano de igualdad. Yo reconozco al otro con su propia cosmovisión y con sus derechos, de los cuales es consciente, así como también yo tengo mi propia cosmovisión y soy consciente de mis derechos. Diferenciar los distintos planos y cosmovisiones, nos ayudará a discernir el origen en la toma de decisión del mayor, y “cuidar” de que sea autónoma.

Cuando el profesional se encuentra en una situación donde las consecuencias de la toma de decisión tienen como único protagonista al mayor debe tener presente la escucha orientada en la opinión, en el argumento, en su costumbre, en su motivo, en el disentir y contradecir, e incluso en su capricho como justificaciones para mantener o cambiar sin presiones su punto de vista. Centrarnos en la persona es posicionarnos en que la persona es el fin y no el medio para resolver el problema.

Debemos plantearnos en el proceso: quién toma la decisión y quién debería tomarla, qué elementos alteran la toma de decisión y qué variación introduce la presencia en la decisión inicial o primaria, dónde nace la autoridad, quién, qué libertad tiene la persona mayor, qué miedos, qué itinerario vital se ve afectado, qué vivencia de futuro consigue, si compensa la calidad de vida, si disminuye la dignidad de vida, etc.

El dilema ético del profesional debe surgir cuando entran en conflictos aspectos relacionados con los valores de la persona y el deber ser del profesional. En cuanto a los primeros, los valores de la persona, lo concreto son cuestiones de gran importancia como las relacionadas con la vida, la dignidad y sus derechos, sobre los que ya hemos ido hablando. En atención al segundo, al deber ser profesional, en ocasiones hablar de mayores implica una exclusiva gestión de recursos, “tramitaciones estanco no creativas” sin ser capaces de ir más allá de ello, (a propósito quiero manifestar mi desacuerdo en llamar a esto intervención social, o relación de ayuda, siendo una gestión de recurso y seguimiento de su cumplimiento).

Otro aspecto relacionado con la toma de decisión es el tiempo que tenemos los profesionales para reflexionar y tomar la decisión más adecuada a cada situación en la que intervenimos, recordemos que la persona es única con su propio contexto y particularidades que deben ser analizadas con independencia del tiempo. No se debe aplicar indiscriminadamente la experiencia a cada situación ya que esta es única. Ese razonamiento implica a su vez el reconocimiento del valor de la persona directamente afectada por la toma de decisión. El proceso debe ser pluralista para dar cabida a diferentes puntos de vista, debe permitir que se reconozcan y respeten las diferencias en los valores y creencias personales, sobre el cual se está tomando la decisión, y la de quienes están involucrados en la toma de decisión. Las personas interesadas deben participar, estén de acuerdo o en desacuerdo, con una participación activa y libre, con el reconocimiento mutuo de los interlocutores como válidos y en un plano de igualdad, debiendo permitir opinar, argumentar, disentir, contradecir, percibir, rechazar, mantener o cambiar sin presiones su punto de vista, esto es diferente a tratar de convencer al otro, que se conoce como fin y no como medio para la consecución de lo perseguido. El derecho a la autodeterminación que clama por la libertad para tomar las determinaciones de aquello que tiene que ver consigo mismo, es lo que marcamos en la toma de decisión del mayor.

En ocasiones podemos detectar que los participantes no dan cabida a la autonomía (familias, profesionales...), cuando la persona por su salud, condición afectiva, presenta alguna limitación para el ejercicio de su autonomía. Siempre que sea posible se debe permitir la participación del individuo, en

caso contrario nos encontramos con la beneficencia, el paternalismo, con los que se contraría el ejercicio de autonomía. Corremos el riesgo de no tener vigentes cada uno de los elementos ya descritos. Es importante tener presente la responsabilidad que asumimos en las decisiones que tomemos frente a dilemas éticos. La toma de decisión en el mayor precisa por parte del profesional, de indagación, análisis cuidadoso, razonamiento y acompañamiento. En ocasiones, por no tener tiempo, otras por apatía y falta de interés o falta de conciencia ética de los profesionales o de las personas para reconocer sus decisiones, se ve invadida o suplantada. Lo importante es dar primacía a la decisión teniendo en cuenta tanto la jerarquía de valores o derechos como la autonomía de la persona.

3. LA PRESENCIA FAMILIAR EN LA TOMA DE DECISIÓN: LA FIGURA GARANTE

Es conocido el papel de la familia en la intervención con los mayores y hemos ido dando algunas pautas para la misma en los puntos anteriores, recordemos que la familia a priori es el contexto natural para crecer y para recibir apoyo. Es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, que constituyen la estructura de la familia de origen y rige el funcionamiento de los miembros de la familia: el sistema mayores-hijos en interacción donde se define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca, teniendo presente que el segundo sistema ha generado habitualmente un sistema familiar nuevo donde las normas de origen se reorganizan en el sistema constituido, teniendo prioridad la asunción de normas nuevas en la familia presente.

Una de las características sustanciales en el “quehacer” del Trabajo Social es considerar que la familia siempre ha sido objeto de análisis e intervención, constituyendo un punto de partida, de apoyo y de llegada para cualquier tipo de abordaje, orientando así todas las acciones hacia el desarrollo de los recursos internos individuales y de la familia. Ya Mary Richmond habla de la necesidad de abordar al individuo en interacción con su entorno, la familia.

El abordaje familiar atañe a un proceso metodológico que incluye la valoración social, la planeación de las acciones, la intervención para el cambio y la evaluación de la misma. Planeando sobre el mayor, entendemos que es un proceso dirigido a la persona en su dimensión individual, familiar y social, tendente a activar cambios frente a las situaciones que los afecten y a lograr un mejor funcionamiento relacional y social, primando en la toma de decisión, la dimensión individual, no haciendo excluyentes al resto de dimensiones que intervienen en la toma de decisión.

En el análisis relacional de la familia con la persona mayor, la aproximación paternalista es uno de los comportamientos más difíciles de reconocer. La familia se mueve por territorios ambiguos, entre el afecto, la protección y el abuso de poder. Este dato es importante para fijar límites entre los que legitiman los sentimientos y los que significan una intromisión en la libertad y responsabilidad del otro, de una u otra parte y como esta incide en la toma de decisión. Cuesta encontrar el equilibrio entre ayudar e incapacitar, entre colaborar y suplantar.

En la interacción familiar exageradamente podemos versionar “*el bueno*” que lo hace por la persona mayor “*porque desea lo mejor para él*”, a pesar de entrar en contradicción en esa decisión con el mayor. Teniendo presente que toda verticalidad en la relación es tendente al paternalismo, es preciso marcar un punto de crítica, al exceso de paternalismo familiar en la toma de decisión, con la vulne-

ración de los derechos, desde lo familiar y desde lo institucional, en la medida que los profesionales podamos no actuar en su detección.

Contra el paternalismo los escritos de John Stuart Mill suministraron una importante base teórica. En 1859 este filósofo llegó a afirmar: *“La única libertad que merece este nombre es la de buscar nuestro propio bien, por nuestro camino propio, en tanto no privemos a los demás del suyo,... Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu el individuo es soberano”*.

Es importante darse cuenta de que hablar sobre la competencia de una persona mayor, limitar su toma de decisión, acelerar los procesos, en la toma de decisión, depende a su vez del grado de paternalismo de la familia, sobre este y del asistencialismo del profesional. La mayoría de las familias se encuentran ante situaciones puntuales o crónicas de vulnerabilidad que pueda presentar una persona mayor que vivencian como un elemento estresante. El impacto del acontecimiento en la familia varía en dependencia de la atribución del significado que tenga en cada uno la situación, la valoración puede arrojar hechos deseables y beneficiosos o indeseables y perjudiciales. La significación de la toma de decisión influirá en el estilo de afrontamiento que realice la familia y la influencia en la toma de decisión individual de la persona mayor. Debemos tener presente que la familia es un soporte importante para la persona mayor, por lo que debemos equilibrar la presencia de la misma en la toma de decisión. La valoración del mayor va a influir en el modo de afrontamiento que asumirá la familia, se inicia con la percepción personal de cada miembro del acontecimiento, que puede inducir a pensar en la falta de competencia en grupo.

El afrontamiento movilizará recursos internos y externos, buscando soluciones que contribuyan a neutralizar o minimizar el impacto del acontecimiento, o a la eliminación de la situación. La familia, por la evolución natural, sabe que van a sucederse crisis del desarrollo, (esperada en los ciclos vitales) que dispararán patrones comportamentales aprehendidos, activados por valores internos o externos con desvalimiento o agotamiento y desesperación. Para la familia, la crisis irrumpe de manera brusca, ruidosa, intensa, severa, con desorganización y desequilibrio en los patrones habituales, donde la perspectiva de interpretación de la familia, debiera dar salida y no reaccionar como si la situación conflictiva permaneciera en el tiempo, y dar la oportunidad a la persona para reconstruir. Ante estas situaciones la resolución de la crisis no puede ser volver a la situación anterior sino una adaptación a la nueva situación desde los recursos de que disponemos que genere el mínimo de cambios no deseados para el mayor y, como segundo objetivo, los familiares. Ante situaciones de estrés, la probabilidad de que los estereotipos negativos liciten actitudes negativas es mayor que la que los positivos liciten positivas, especialmente ligados a personas mayores. La percepción social de las personas mayores consiste en una imagen básicamente negativa (Fernández-Ballesteros y col., 1992). Las actitudes de los cuidadores hacia las personas mayores en base a estereotipos, imágenes negativas resultan ser el mejor predictor de las conductas paternalistas y de sobreprotección en el cuidado de sus mayores.

Retomemos esta idea. Es paternalista la acción de inmiscuirse en la libertad de otra persona, con la intención de defender su bien, hasta aquí ya lo hemos visto. Si atendemos a la clasificación que Nietzsche realiza del mundo, nos encontramos que habla de dos tipos de personas: los fuertes y los débiles. Los fuertes si lo son en el sentido pleno y moral, tendrán que subordinar la libertad al deber, en cuanto a los débiles, no se les niega la libertad ni, por tanto, la dignidad, que es premisa de libertad. Considera que las instituciones deberán proteger al débil, al incompetente, al incapaz de decidir su libertad con dignidad. En este caso, el paternalismo se justifica entendido como la proporcionalidad de un bien,

a alguien con vistas a su bien, con lo que se entiende que hay personas que están capacitadas para intervenir en la felicidad del otro, entra en juego la dignidad del débil, se contraponen dos derechos que han de considerar las familias: la toma de decisión libre y la dignidad y..., garantizarlas.

El competente parece que es el fuerte, es superior, competente-incompetente, hablamos, de nuevo, de asimetrías en la toma de decisión del mayor. Cabe plantearnos en orden a esta reflexión, ¿las personas mayores son incompetentes en determinadas áreas? El competente se atribuye un saber, un poder, y unas capacidades que no tiene el otro por la situación de competencia. Hay que distinguir la competencia del familiar fundada, y la auto-atribuida sin fundamento. La primera preserva una mayor libertad para el individuo; la segunda posiciona al mayor en una situación de pasivo-receptor, donde prescriben los demás. Nos encontramos en ocasiones con respuestas considerando que cada caso puede sugerir un tipo de modelo:

- a. Afrontamiento familiar no adaptativo, déficits y dificultades vividas por la familia con respecto al mayor o en la misma familia: presenta déficits para discriminar la opción de decidir de este, llegamos así al “decidir por”. Nos encontramos ante la toma de decisión del mayor por parte de la familia con rigidez, pensamiento inflexible, sobreprotección, negación del otro.
- b. No ajustarnos a los ritmos que la toma de decisión del mayor conlleva, en ocasiones llevar otro ritmo no implica incompetencia, implica simplemente distintos tiempos en los procesos. Nos encontramos en estas ocasiones, con prisas, comentarios inadecuados ante la reflexión del mayor para acelerar el proceso, abordaje de la incidencia negativa de este ante la nueva familia generada por el/la hijo/a. Llegamos a la victimización familiar en relación a la toma de decisión.
- c. Decisiones aleatorias, al azar y... “ya veremos qué pasa”, así no anticipamos la decisión y se disipan los intereses generales e individuales, en ocasiones contrarios entre mayor y familia, aletargando la toma de decisión, con la reducción de tiempos, selección de alternativas y prisas burocráticas que hacen que nos encontremos en situaciones no deseadas. Enmascaramiento o negación de la realidad, distorsionada por una única perspectiva de la familia.
- d. Decisiones paramétricas son aquellas en la que la toma de decisión es previsible, porque los elementos que la orientan son constantes, el contexto tiene esas variables de manera continua, donde todos los participantes se rigen por esas normas, o bien la presión de la mayoría está presente. Minimizan en exceso la toma de decisión del mayor.
- e. Decisiones estratégicas, donde la persona que decide hará lo que hagan los demás, incluso lo que le diga el profesional, sabiendo que los otros están en la misma posición, en ocasiones se convierten más en una decisión pública que privada, lo que afecta al mayor. Se espera a que el otro dé el paso. Distanciamiento con relaciones de no cooperación, eludiendo responsabilidades.
- f. Afrontamiento familiar adaptativo, familiares que respetan la toma de decisión del mayor, de acuerdo a su vida, lo compartan o no, con una actitud participativa, abierta, que permite vivir desde el acompañamiento al derecho a decidir cómo vivir. Incremento de la racionalidad, dirigen el comportamiento a la alternativa elegida por el mayor, siendo un comportamiento tanto ético como fáctico. Minimizan costos, maximizan impactos positivos, parten de múltiples objetivos y no se posicionan con criterios únicos, implica cambios, ajustes, reacomodación, redefiniciones, toma de decisión conservada, apertura, concilia ideas.

Cabe la posibilidad de una valoración optimista sobre la toma de decisión del mayor que permita la oportunidad de cambio y desarrollo de la familia. Este paradigma orienta la intervención profesional a desarrollar la resistencia, hoy abordada como resiliencia y la optimización de las fortalezas para afrontar de manera eficiente los acontecimientos significativos en la vida familiar de la persona mayor en orden a su elección de vida: la autodeterminación; o lo que se podría decir... “mi vida la decido yo”.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Aristóteles (2007). *Ética para Nicómaco*. Barcelona: RBA.
- Cortina, A. (2010). *Ética Mínima*. Madrid: Tecnos.
- Fernández-Ballesteros, R., Hernández, J.M., Montorio, I., Llorente, M.G., Izal, M., Pozo, C., y De la Calle, A. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: S G Editores.
- Kant, I. (2002). *Crítica de la razón pura*. Madrid: Tecnos.
- Mill, S. (2009). *Ética de la libertad y solidaridad*. Anthropos: Barcelona.
- Richmond, M. (2005). *Diagnóstico Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Savater, F. (1991). *Ética para Amador*. Barcelona: Ariel.
- Woolhead, G., Calnan, M., Dieppe, P., y Tado, W. (2004). Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think? *Age and Aging*, 33, 165-170.