

Cultura ética en residencias

DECIDIR JUNTOS

CONFLICTOS ÉTICOS Y BÚSQUEDA DE ACUERDOS EN EL CUIDADO

Cuadernillo Cinco





3	Píldora sobre bioética relacional
4	Fundamentos éticos
6	Marco legal
7	Casos, recomendaciones y buenas prácticas
7	1. Pacto de silencio
10	2. Cambio de unidad de convivencia
13	3. Autogobierno
15	4. Discordancias entre familiares
19	5. Confidencialidad y familia
22	6. Sobreprotección y paternalismo
29	7. Conflicto de intereses entre familia y usuario
33	8. Negligencia y abandono familiar
38	9. Planificación anticipada de cuidados
40	10. Diversidad cultural y valores
44	11. Dependencia emocional y límites

PÍLDORA SOBRE BIOÉTICA RELACIONAL.

La bioética relacional es una corriente de la bioética que entiende que las decisiones éticas no dependen solo de la autonomía individual, sino también de las relaciones humanas, el contexto social y la interdependencia entre las personas.

La relación que se establece entre los profesionales, las personas usuarias y sus familias es un elemento importante en los procesos de atención, cuidado e intervención. Esta interacción influye de manera directa en la calidad de la atención, el acompañamiento ofrecido y en los resultados obtenidos.

Desde una perspectiva ética, esta relación se construye a partir de valores como la confidencialidad, el respeto, la responsabilidad, la justicia, la empatía, la autonomía del individuo y la búsqueda de su bienestar, los cuales resultan indispensables para generar vínculos de confianza y promover intervenciones eficaces y humanizadas.

Este cuadernillo tiene como objetivo analizar la relación entre profesionales, personas usuarias y sus familias desde un enfoque ético, reflexionando sobre los principios que la orientan, los problemas éticos más frecuentes en la práctica cotidiana y la importancia de promover una atención centrada en la persona, respetuosa y de calidad.

FUNDAMENTOS ÉTICOS.

La relación profesional con la persona usuaria

La relación profesional con la persona usuaria debe sustentarse en una serie de principios éticos fundamentales:

- Autonomía de la persona usuaria: reconocer el derecho de la persona usuaria a tomar sus propias decisiones sobre su vida y tratamiento, incluso si la familia tiene una visión diferente.
- Beneficencia y no maleficencia: actuar siempre en el mejor interés de la persona usuaria, buscando su bienestar físico, psicológico, social y espiritual, mientras se evita cualquier daño en cualquiera de esas esferas.
- Confidencialidad y privacidad: garantizar la protección de la información personal de la persona usuaria, gestionando con cautela qué se comparte con la familia, especialmente si la persona usuaria es competente y lo rechaza.
- Justicia y equidad: tratar a todas las personas sin prejuicios, garantizando un acceso justo a los recursos y evitando su discriminación.
- Ética del cuidado: enfoque centrado en la interdependencia, la empatía y la responsabilidad relacional, priorizando las necesidades específicas de las personas.

La relación profesional con la familia

La familia desempeña un papel fundamental en los procesos de atención y cuidado, por lo que la relación profesional con ella debe contemplar los siguientes aspectos:

- Familia como cuidador: reconocer a la familia como la principal red de apoyo y, a menudo, como cuidadora esencial, mereciendo protección y reconocimiento de sus derechos.
- Manejo de conflictos: surgen dilemas éticos cuando los deseos de la familia chocan con los de la persona usuaria. El profesional debe mediar poniendo el foco en el bienestar y la voluntad del usuario.
- Información y consenso: la familia debe ser informada y participar en las intervenciones, siempre que la persona usuaria (especialmente si tiene capacidad de decisión) lo consienta o no sea contrario a su interés superior.

Desafíos éticos y límites

La práctica profesional también plantea desafíos éticos que requieren una actuación responsable y ajustada a principios deontológicos:

- Límites profesionales: es crucial mantener la distancia terapéutica para evitar la implicación emocional excesiva o relaciones personales que empañen el juicio profesional.
- Comunicación veraz: proporcionar información honesta, clara y oportuna, respetando la confidencialidad de la persona usuaria.
- Consentimiento informado: asegurar que la persona usuaria y su familia comprendan los riesgos y beneficios de la intervención.

- Competencia y responsabilidad: actuar dentro del límite de las propias competencias, siendo honestos y transparentes.
- Pacto de silencio: evitar que el profesional sea utilizado por miembros de la familia para secretos o manipulaciones, manteniendo una posición neutral y centrada en la persona usuaria. El paciente debe estar en el centro, apoyado en el equipo sanitario y la familia.

MARCO LEGAL.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que establece el marco general de los derechos de los pacientes (artículo 10), como el derecho al respeto a la personalidad, dignidad e intimidad, y a no ser discriminados.

Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, que regula los derechos a la información sanitaria, el consentimiento informado, la intimidad y la historia clínica. Establece que los pacientes tienen derecho a decidir libremente sobre sus intervenciones sanitarias y a rechazar tratamientos, poniendo el foco en el respeto a su dignidad y voluntad en el ámbito de la salud.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que garantiza la igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias y establece derechos de acompañamiento.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), que protege la confidencialidad de los datos de salud del paciente y regula el acceso de terceros, incluidos los familiares.

Códigos deontológicos de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, etc.

CASOS, RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

1. Pacto de silencio.

CASO 1

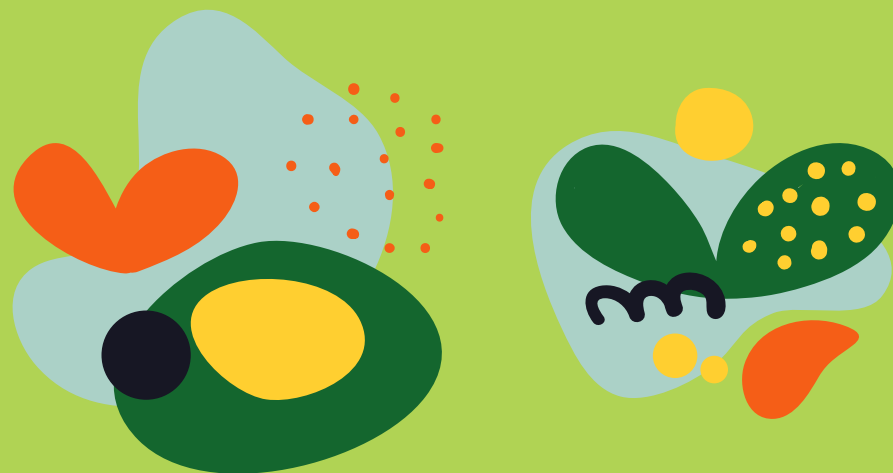
Doña María, 70 años, autónoma y sin deterioro cognitivo, con antecedentes oncológicos, reside en el centro desde hace tres años. Mantiene buena relación con el equipo y conserva plena capacidad para la toma de decisiones. En una revisión oncológica rutinaria realizada, se detecta una reaparición de la enfermedad. Los resultados son comunicados únicamente al hijo y a la nuera, quienes solicitan al equipo del centro que no informen a la usuaria sobre su diagnóstico ni sobre la evolución de su enfermedad. El hijo justifica esta decisión en sus creencias personales, considerando que conocer la noticia podría perjudicarla emocionalmente. Desde entonces, es el hijo quien gestiona las citas y recibe la información médica. La residente continúa acudiendo de manera autónoma a las consultas de la residencia y recibe tratamiento oncológico oral, aunque desconoce la situación real de su enfermedad.

El caso plantea un conflicto ético entre la voluntad protectora de la familia y el derecho de la residente a recibir información y participar en las decisiones relacionadas con su salud, el denominado “pacto de silencio” o “conspiración del silencio”, entendido como la petición de familiares o allegados para ocultar información relevante sobre el estado de salud, cuestiones familiares o sociales de una persona competente.

RECOMENDACIONES

- Explorar el origen del pacto de silencio. Es importante comprender qué motiva a la familia: miedo al sufrimiento, dificultades personales para afrontar la enfermedad, creencias culturales o espirituales, experiencias previas negativas, etc. Escuchar y validar el sufrimiento familiar no implica aceptar la ocultación de información. Aunque el pacto de silencio suele surgir desde el afecto y la intención de proteger, puede entrar en conflicto con derechos fundamentales de la persona atendida.
- Recordar los límites éticos y legales. Los profesionales no pueden mentir ni ocultar información si la usuaria pregunta directamente por su estado de salud o solicita acceso a informes y resultados. El principio de autonomía prevalece sobre la intención protectora de la familia, sin perjuicio de que la información deba proporcionarse de manera prudente, progresiva y adaptada a las necesidades emocionales de la usuaria.
- Valorar qué desea saber la usuaria. No todas las personas quieren recibir el mismo nivel de información. Es fundamental explorar cuánto desea saber, cómo quiere recibir la información y a quién desea implicar en las decisiones.

- Priorizar una comunicación gradual y cuidadosa. La situación clínica no debe transmitirse de forma brusca. El acompañamiento emocional, el vínculo terapéutico y el contexto son esenciales. Puede ser útil elegir un entorno íntimo y tranquilo, identificar al profesional de mayor confianza, avanzar de forma progresiva o respetar silencios y tiempos de adaptación. Hay preguntas útiles para iniciar conversaciones como “¿Qué cosas son importantes para usted en este momento?”, “¿Cómo se encuentra últimamente?”, “¿Qué le han explicado en las últimas consultas?”, “Si en algún momento su salud empeorara, ¿qué le gustaría que tuviéramos en cuenta?”, “¿Hay algo que le preocupe especialmente?” **La intervención ética de los profesionales no consiste únicamente en decidir si informar o no, sino en acompañar a usuarios y familiares en procesos complejos, favoreciendo una comunicación honesta, prudente y centrada en la persona.**
- Promover la planificación anticipada de cuidados (PAD). Este caso ofrece una oportunidad para trabajar valores, preferencias y deseos futuros de la usuaria: límites terapéuticos, hospitalización, cuidados paliativos, acompañamiento, lugar de atención al final de la vida, etc.



2. Cambio de unidad de convivencia.

CASO 1

Doña Luisa, 79 años, ingresa en habitación doble, procedente de domicilio donde vivía sola, precisa ayuda en las actividades básicas de la vida diaria. Camina sola sin bastón, presenta alto riesgo de caída. Se encuentra desorientada en tiempo y espacio. Presenta síndrome del ocaso, es decir, que por las tardes tiene alteraciones de conducta, confusión, ansiedad, agitación y entra en otras habitaciones. La familia refiere que es autónoma y que lleva dos años con depresión. Buen carácter, se muestra participativa en las actividades propuestas.

Tras continuar con alteraciones conductuales y sufrir un ictus, al regreso del hospital se decide ubicar a la residente en una unidad de convivencia más supervisada en habitación individual para adecuar medidas de seguridad pasiva y adecuar el nivel de cuidados.

Los familiares no están conformes, pero aceptan el cambio. Se consigue adaptar protectores de cadera y casco de protección craneal ya que sufre varias caídas con derivación hospitalaria.



La usuaria muestra alteración conductual física, aumento del grado de dependencia, aumento de deterioro cognitivo y, por parte del equipo, se decide que la unidad de convivencia en la que debe estar es de mayor dependencia y en habitación individual. El equipo valora el equilibrio entre proteger a una persona vulnerable y respetar su autonomía y dignidad, especialmente en un contexto de deterioro cognitivo, riesgo físico y desacuerdo familiar. También aparecen problemas éticos relacionados con la representación familiar, las medidas restrictivas y la convivencia.

RECOMENDACIONES

- Los profesionales deben buscar un equilibrio entre seguridad, dignidad y calidad de vida, trabajando de forma interdisciplinar. Valorar si los cambios de unidad benefician realmente a la usuaria o si responden a necesidades organizativas y de convivencia del centro, ya que dichos cambios pueden tener una repercusión negativa en la usuaria como aumento de la confusión, empeoramiento del deterioro cognitivo, desorientación y sufrimiento emocional.
- Mantener una comunicación transparente y continua con la familia a fin de generar seguridad y confianza: mantener reuniones frecuentes y claras, explicar riesgos y beneficios de cada decisión, utilizar lenguaje comprensible, recoger preocupaciones y expectativas familiares, documentar acuerdos y desacuerdos.
- Realizar una valoración integral continua, trabajar desde la atención centrada en la persona (valorando su historia de vida y preferencias), valorar la capacidad de decisión de la usuaria, equilibrar seguridad y calidad de vida, causas de la conducta y alternativas no farmacológicas y ambientales (adaptar el entorno a la persona), priorizar siempre medidas no restrictivas. Es fundamental mantener la dignidad, personalización de cuidados y evitar decisiones centradas solo en control conductual.

CASO 2

Doña Ana, tiene 92 años, presenta deterioro cognitivo grave. En los últimos meses, se ha observado un aumento de su deterioro a nivel funcional, siendo dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria. Realiza todos los desplazamientos en silla de ruedas y ha perdido la capacidad de bipedestación.

Debido a este empeoramiento de su estado, los profesionales del centro deciden que cambie de unidad de convivencia, llevándola a una más adaptada a sus necesidades actuales, ya que en la que se encuentra las personas usuarias presentan una mayor autonomía y, por tanto, hay menor apoyo de personal auxiliar.

Además, debido a las características de las personas usuarias de esta unidad, Doña Ana suele estar sola en el salón, sin recibir ningún estímulo social que no venga de parte de su familia o de los profesionales, observándose una disminución notable en su capacidad comunicativa.

Se espera que, en la nueva unidad de convivencia, puesto que habrá más personas con sus características en el salón, pueda recibir estimulación cognitiva, aunque sea de manera indirecta. La familia, en un principio, se niega a realizar el cambio, puesto que refieren que la usuaria se encuentra ubicada en esa unidad desde el primer día de ingreso y creen que cambiarla provocará que se desoriente y que baje notablemente su estado de ánimo.

Tras explicarles los motivos del cambio, la familia termina aceptando, aunque mostrando en todo momento su disconformidad con la decisión de los profesionales. Se realiza el cambio y, pasada solo una semana en la nueva unidad, se observa que Doña Ana presenta mejor estado de ánimo, un aumento significativo de las interacciones sociales y una mayor intencionalidad comunicativa.

En el bingo, en el que antes solo era espectadora, ahora canta canciones y repite los números que van saliendo. La familia, al ver el cambio de la usuaria, se muestra muy agradecida.

3. Autogobierno.

CASO 1

Doña Josefa, 95 años, usuaria desde hace más de diez años en un centro sociosanitario, con deterioro cognitivo leve, orientada y competente para la toma de decisiones. Presenta varias patologías crónicas, entre ellas EPOC e insuficiencia respiratoria, que han limitado progresivamente su movilidad y afectado a su estado emocional. La usuaria siempre ha sido autónoma e independiente.

Desde su ingreso conserva en su habitación una pequeña nevera donde guarda alimentos personales y es ella misma quien organiza, custodia y administra su propia medicación, sin incidencias previas. En los últimos meses, el equipo comienza a mostrar preocupación por su estado anímico, ya que en algunas ocasiones verbaliza estar cansada y “querer morirse”, coincidiendo con una mayor frustración ante el deterioro físico y la pérdida de autonomía.

Aunque no existen conductas autolíticas ni incidentes relacionados con la medicación, el equipo teme que pueda administrarse incorrectamente los fármacos o hacer un mal uso de ellos. El caso plantea un conflicto ético entre la protección frente al posible riesgo y el respeto al autogobierno y autonomía de una persona mayor competente.

RECOMENDACIONES

- **Evitar limitaciones preventivas injustificadas.** Las restricciones deben basarse en riesgos reales, valorados y proporcionados, no únicamente en posibilidades futuras. En entornos residenciales es frecuente que la preocupación por la seguridad derive en dinámicas excesivamente protectoras; sin embargo, proteger no siempre significa limitar. En ausencia de riesgos reales o incidentes concretos, limitar la autonomía de la residente podría generar un perjuicio mayor que el riesgo que se pretende evitar.
- **Favorecer decisiones compartidas.** Antes de retirar autonomía, es preferible buscar acuerdos intermedios: supervisión consensuada, apoyo parcial, revisión periódica o el uso de pastilleros preparados por el centro.
- Valorar el estado emocional de la usuaria. La apatía, el aislamiento o expresiones relacionadas con el cansancio vital requieren escucha, valoración emocional y acompañamiento, evitando interpretaciones precipitadas.
- **Mantener un modelo centrado en la persona.** Respetar rutinas, preferencias y espacios de decisión contribuye a preservar identidad, autoestima y sensación de control. Cuidar también implica sostener la autonomía posible, respetar la historia de vida y acompañar desde la confianza, incluso en situaciones de fragilidad. La pérdida progresiva de capacidad funcional no implica necesariamente incapacidad para decidir. Mantener espacios de control sobre la propia vida cotidiana —como gestionar la medicación, elegir qué comer o conservar objetos personales— puede tener un importante valor emocional, identitario y terapéutico.

- Promover una comunicación horizontal. Hablar desde el respeto y no desde la imposición favorece la confianza y la adherencia a los cuidados. Preguntas útiles para la práctica asistencial: “¿Cómo se siente últimamente?”, “¿Hay algo con lo que le gustaría seguir siendo independiente?”, “¿En qué cree que podríamos ayudarle sin quitarle autonomía?”, “¿Cómo lleva el hecho de necesitar más ayuda ahora?”, “¿Qué cosas son importantes para usted en su día a día?”

4. Discordancias entre familiares.

CASO 1

Doña Carmen, 87 años, con deterioro cognitivo leve. Vive en residencia desde hace más de 4 años. Tiene un hijo y una hija que tienen graves enfrentamientos entre ellos cuando acuden a realizar visitas a su madre. Tal es así, que en alguna ocasión ha habido peleas dentro del centro. Por ello, intentaban no coincidir en sus horarios de visita.

El núcleo de la disputa gira en torno a cuestiones económicas, reparto de herencia en vida. Durante las visitas, ambos hermanos le hablaban mal a su madre el uno del otro. Si uno de ellos le traía fotos a la habitación, el otro a la visita siguiente se las quitaba, o si le hacían algún regalo al día siguiente desaparecía porque se lo llevaban.



RECOMENDACIONES

- **Priorizar siempre a la persona usuaria.** Las decisiones deben tomarse bajo el criterio del mayor beneficio para ella. Las acciones de los hijos causan un daño emocional directo a Carmen. El hecho de tener deterioro cognitivo leve la coloca en una posición de mayor vulnerabilidad tanto para recibir daño como para ser manipulada emocionalmente. Aunque sigue conservando capacidad de decisión sobre muchos aspectos de su vida diaria, puede confundirse o angustiarse con mayor facilidad. Los hijos se aprovechan de esta vulnerabilidad para intentar “ponerla de su parte”.
- Mantener el régimen de visitas que tienen establecido para no coincidir ambos hijos a la vez en el centro.
- La habitación de Carmen es su hogar. Quitarle sus objetos personales (fotos, ropa) destruye su espacio vital, anula su capacidad de decisión y vulnera su dignidad como persona. Quitarle sus cosas confunde su orientación y atenta directamente contra su autonomía restante. Se debe realizar un inventario fotográfico de la ropa y objetos que se le regalan. Informar a los hijos de que los objetos del cuarto no se pueden retirar sin autorización expresa de la propia Carmen o de la dirección.
- Ofrecer a Carmen apoyo psicológico para que pueda expresarse y ayudarla a gestionar la presión familiar.
- Documentar y notificar los incidentes (desaparición de objetos o discusión) que tengan lugar.

- Conflicto entre protección y autonomía: dado que su deterioro cognitivo es leve, el personal debe preguntarle directamente a Carmen (en un momento de tranquilidad y sin los hijos presentes) qué quiere hacer con las fotos y la ropa. Sus decisiones deben ser respetadas, registradas por escrito en su expediente y defendidas ante los hijos.

CASO 2

Doña María, 86 años, acude al centro por decisión de su hijo y su nuera, quienes gestionan su rutina de cuidados tras haber sufrido un ictus en el hemisferio cerebral izquierdo hace dos meses, sin recuperación. En la actualidad, tiene una hemiparesia derecha con afasia completa y disfagia a líquidos.

Previamente al ictus vivía sola, era independiente y, según refiere su nuera, tenía mucho carácter. En la entrevista con dirección y trabajo social en el ingreso, el hijo manifiesta que no quiere que nadie venga a verla, ellos vendrán todos los días. Son cuatro hermanos, manifestando que él es el responsable y que tenemos que prohibir la entrada al resto de la familia si se enteran de que está allí, porque no les han informado del alta hospitalaria.

Se le pide documentación legal que justifique esa decisión, pero no la tiene. Al explicarle que nosotros no podemos prohibir que vengan a verla sus hijas si lo solicitan, amenaza con denunciarnos. Va a iniciar la solicitud de la curatela y mientras tanto no quiere que entren en el centro.

Doña María no es nada expresiva a no ser que se enfade, y desde el día siguiente somos conscientes que cuando llegan el hijo o la nuera, que están todo el día en el centro, su cara se entristece aún más.

El equipo se plantea si debe respetar la decisión del hijo, aunque le den la curatela, y si tienen derecho el resto de las hijas a venir a visitar a su madre.

RECOMENDACIONES

- Mientras no exista una resolución judicial de curatela, el hijo no tiene capacidad legal para tomar decisiones exclusivas ni restringir derechos de terceros. Aunque obtenga la curatela, su función no es “decidir arbitrariamente”, sino velar por el interés y la voluntad de su madre. No puede aislarla sin justificación clínica o de protección motivada por un riesgo real, grave y documentado. Valorar por parte de trabajo social la comunicación a Fiscalía si hay sospecha de vulneración de derechos.
- La legislación actual sobre la capacidad jurídica de las personas de 2021 pone el foco en respetar la voluntad, deseos y preferencias de la persona y evitar sustituciones totales salvo casos muy justificados.
- Las hijas tienen derecho a visitar a la usuaria mientras que no haya una resolución judicial en contra.
- El centro tiene el deber de facilitar las relaciones familiares, no bloquearlas, evitando vulnerar derechos y protegiendo a la usuaria frente a posibles situaciones de aislamiento o control indebido que podemos llegar a considerar maltrato relacional.
- El equipo debe intentar explorar la voluntad de Doña María, aunque tenga afasia, a través de la observación conductual, comunicación no verbal y apoyo de logopedia si es posible.

5. Confidencialidad y familia.

CASO 1

Don Antonio, 84 años, es usuario de Centro de Día, sin deterioro cognitivo e independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria. Aunque el prefiere no asistir al Centro de Día, su hijo considera necesario que continúe yendo por su bienestar. Con el paso del tiempo, se ha adaptado a la rutina y muestra deseos de asistir aunque persisten algunas quejas.

Le gusta ir al centro, pero no participa en las actividades que se le ofrecen, manteniendo sus propias rutinas, normalmente haciendo crucigramas, leyendo o resolviendo acertijos. Su hijo, en varias ocasiones, insiste al centro para que participe en los talleres, pidiendo a los profesionales que obliguen a su padre a realizar todas las actividades.

Se le ha explicado en varias ocasiones que no se le puede obligar, solo ofrecer, pero tal ha sido su insistencia que Don Antonio ha solicitado al equipo que no se le dé información a su hijo sobre lo que realiza o no en sus horas en el centro, así como que no se le den los informes sobre su estado de salud.



Puesto que se trata de una persona sin deterioro cognitivo, se cumple con lo solicitado, y, en la siguiente queja de su hijo, se le informa de que Don Antonio es una persona completamente autónoma y competente que decide por sí mismo las actividades en las que se involucra. A raíz de este último conflicto, se ha conseguido que el usuario quiera participar en talleres de estimulación cognitiva de manera más habitual.

CASO 2

Don Juan, 62 años, reside en el centro desde hace año y medio. Ingresa en el centro por decisión propia porque necesita ayuda en algunos cuidados. Está separado y tiene dos hijos con los que está perdiendo el contacto por la dificultad de entender el avance de la enfermedad.

Diagnosticado de esclerosis múltiple hace diez años, mantiene la autonomía en los desplazamientos aunque se observan limitaciones motrices. Desde el ingreso nos comenta que los desplazamientos fuera de su habitación los hace con silla eléctrica. Necesita supervisión para la ducha, pero para las demás actividades básicas de la vida diaria es independiente. No tiene deterioro cognitivo.

Ha habido algún problema con él respecto al uso de la silla eléctrica en el interior del centro que ha ido aceptando, pero últimamente ha tenido dos caídas en la calle porque no es capaz de llevarla adecuadamente. Hace un mes ha solicitado información sobre la prestación de ayuda a morir (eutanasia) y la ha solicitado, pero no quiere que le digamos nada a su familia.

El equipo se pregunta: ¿qué derecho prevalece? ¿El suyo a mantener el secreto o el de los hijos a conocer lo que quiere el padre? ¿Nos obliga el secreto profesional?

RECOMENDACIONES

- Respetar la autonomía, pero asegurar que sea una decisión bien fundamentada. El hecho de que haya solicitado información sobre la eutanasia (en el marco de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia) exige comprobar la capacidad de decisión en ese momento (cognitiva y emocional), que la petición es informada, voluntaria y sostenida en el tiempo, explorar las circunstancias que motivan la solicitud (¿dolor físico?, ¿sufrimiento psicológico?, ¿soledad?, ¿pérdida de rol familiar?).
- Ética y legalmente, la confidencialidad es un pilar clave. Él expresa claramente que no quiere que su familia lo sepa. En principio, debe respetarse, pero se puede explorar con él la posibilidad de compartirlo, no imponer, sino acompañar (“¿qué te preocupa de que lo sepan?”, “¿cómo te gustaría que fuera esa conversación?”). Especialmente relevante porque ya existe un distanciamiento con sus hijos.
- Las caídas recientes indican un deterioro funcional; por ello existe una obligación ética clara de prevenir daño, reevaluar su capacidad para manejar la silla eléctrica, ajustar apoyos o limitar ciertos usos si hay riesgo grave (esto puede entrar en conflicto con su autonomía, pero es justificable si el riesgo es alto), buscar alternativas que mantengan la mayor independencia posible.
- Aunque solicite la eutanasia, es ético valorar con el usuario otras alternativas, exponer que tiene acceso a cuidados paliativos adecuados (aunque no esté en fase terminal) que proporcionan el alivio del sufrimiento tanto físico como emocional, aumentar el apoyo psicosocial para intentar mejorar la mediación familiar si él lo acepta, plantearse si conocíamos su proyecto vital.

6. Sobreprotección y paternalismo.

CASO 1

Doña Antonia, 76 años, independiente en las actividades básicas de la vida diaria, marcha autónoma. Presenta deterioro cognitivo, probable enfermedad de Alzheimer. No presenta riesgo de caídas. Se muestra participativa en todas las terapias y actividades del centro.

No puede realizar paseos al exterior sin acompañamiento al presentar desorientación espacial que no mejora con el avance del proceso de adaptación. Tras valoraciones semestrales se mantiene estable a nivel funcional, pero impresiona el aumento del deterioro cognitivo.

Residente con clara afectación cognitiva, en aumento tras últimos ingresos hospitalarios (de su insuficiencia cardiaca y operación de cataratas por otros procesos). Tanto su marido como su compañera de habitación tienden a esperar cosas que, previamente podía realizar, pero ahora ya no. Le dan órdenes de levantarse o hacer cosas que contradice el reposo actual. Es complejo de trabajar por el deterioro de ambos.

Desde psicología se propone en reunión de equipo que realice vida en otra unidad de convivencia con mayor supervisión, de manera diurna, y que de forma externa se dilate el contacto para prevenir esta sobre exigencia que tienen hacia ella. Por el momento el equipo decide esperar unos días para ver evolución y conocer realmente el basal.

La familia acude al centro y solicita quedarse a darle la comida y la cena. Desde psicología solo se solicita marcar bien el tiempo de la cena para intentar que no aumente la alteración conductual de su compañera de habitación, quien suele pensar que “se han metido en su casa” o presenta ideaciones de robo.

Tras varias reuniones con la familia y el equipo para explicarles evolución y medidas, los familiares no se encuentran conformes. En las reuniones con la familia se tratan los siguientes puntos: cambio de tratamiento farmacológico, proceso de adaptación y efectos adversos, aumento de deterioro cognitivo y efectos adversos añadidos (síndrome confusional, intervención, etc.), trabajo en actividades de la vida diaria.

La familia plantea miedos de que “por las prisas, se lo den de comer” ante la pérdida de autonomía. Se acuerda con terapia ocupacional alternar visitas y asistencia, para trabajar con colaboración. Se tratan también los horarios de convivencia para respetar a la compañera de habitación. No están conformes con las medidas actuales de seguridad pasiva establecidas.

El conflicto ético surge entre la necesidad del equipo profesional de proteger y adaptar los cuidados a la evolución del deterioro cognitivo de la usuaria, y el deseo de la familia de mantener dinámicas previas de autonomía, participación y supervisión directa, mostrando desacuerdo con algunas medidas asistenciales propuestas. Existe una clara discordancia entre el criterio clínico-profesional y la percepción familiar del deterioro y necesidades reales de la usuaria.

RECOMENDACIONES

- El equipo debe actuar desde un modelo de cuidado centrado en la persona, buscando preservar funcionalidad, evitar daño, reducir sobre exigencia y adaptar el entorno al deterioro cognitivo progresivo.
- Trabajar con la familia el posible duelo anticipado, la dificultad para aceptar el deterioro, el miedo a la pérdida de autonomía y la necesidad de mantener el rol previo de la usuaria. Esto genera una toma de decisiones compleja, donde aparecen expectativas irreales, resistencia a cambios terapéuticos, dificultades de aceptación de la enfermedad y tensión entre cuidado emocional y criterio clínico.
- Las visitas familiares y su implicación en los cuidados, aunque bien intencionadas, pueden favorecer situaciones de sobre exigencia, desorganización conductual y fatiga, comprometiendo el bienestar de la paciente y de su entorno convivencial. Resulta fundamental mantener una comunicación interdisciplinar clara, establecer límites terapéuticos consensuados y acompañar emocionalmente a la familia en el proceso de adaptación al deterioro progresivo. El objetivo no debe ser “convencer” a la familia, sino construir una alianza terapéutica. Acompañar a la familia en la aceptación del deterioro es tan importante como intervenir con la usuaria.



CASO 2

Doña Carmen, 81 años, viuda y antigua maestra de educación primaria. Ingresó en la residencia hace dos años tras una fractura de cadera que redujo parcialmente su movilidad. A pesar de necesitar ayuda para algunas actividades físicas, mantiene intactas sus capacidades cognitivas: comprende perfectamente la información, mantiene conversaciones complejas y toma decisiones sobre su vida cotidiana.

Su hija visita la residencia con frecuencia y mantiene una relación muy cercana con ella. El equipo profesional suele comunicarse directamente con ella porque consideran que “es más rápido” y piensan que las familias “entienden mejor los temas sanitarios”.

Durante una revisión médica rutinaria, el médico de la residencia detecta que Doña Carmen presenta episodios frecuentes de ansiedad y dificultades para dormir. Tras valorar la situación, decide modificar parte del tratamiento farmacológico e incorporar un ansiolítico suave. Al día siguiente, Doña Carmen y su hija acuden al despacho médico para informarles sobre la decisión. Desde el inicio de la consulta, el médico se dirige exclusivamente a la hija. La usuaria permanece sentada escuchando en silencio. Intenta intervenir, sin éxito. El médico continúa hablando únicamente con su hija, a quien le explica los posibles efectos secundarios, horario de la toma de medicación, riesgos que puedan aparecer y la evolución esperada. En varios momentos Doña Carmen intenta participar, sin embargo, el médico vuelve a responder mirando a su hija, a quien finalmente entrega la pauta médica.

Durante toda la entrevista nadie pregunta a la persona usuaria si está de acuerdo con la pauta, qué opina del tratamiento, si desea valorar otras alternativas, posible explicación por los actuales cambios, etc.

Tras salir de la consulta, Doña Carmen se muestra seria y distante. Más tarde, comenta a otra usuaria que se ha sentido bastante mal durante la consulta, se ha sentido ignorada, como si no existiera y no estuviera delante. En los días siguientes no participa mucho en las actividades, evita acudir a la consulta médica, muestra desconfianza con el equipo del centro y comienza a rechazar la medicación. Cuando una gerocultora le pregunta qué le ocurre, la usuaria explica que está molesta ya que deciden por ella sin escucharla.

RECOMENDACIONES

- El médico debería haberse dirigido primero a la usuaria, ya que es la principal afectada, explicarle el tratamiento de una manera clara, cómo le puede afectar incorporar una nueva medicación en su rutina, comprobar que comprende la administración del nuevo tratamiento y preocuparse por los motivos por lo que pueda estar sucediendo el cambio.
- Valorar las preferencias de la persona usuaria.
- Incorporar a su hija en la conversación como apoyo, no como sustituto y principal afectada y siempre que Carmen haya consentido que se le proporcione información a su hija. Este es uno de los errores más frecuentes, no solo por los profesionales sino también por los familiares, tratan a las personas mayores como si fuesen niños.

CASO 3

Doña Feliciano, 84 años, con movilidad reducida y un deterioro cognitivo leve. Es autónoma para muchas actividades básicas de la vida diaria y suele expresar claramente sus preferencias. En su ficha de deseos y preferencias y su historia de vida expresa que para ella es muy importante la naturaleza, los paseos al aire libre y tomar aire fresco, siempre le ha gustado pasear en un parque cercano a su domicilio.

Durante varias semanas, el equipo profesional observa que Doña Feliciano insiste en salir sola al jardín exterior del centro después de cenar. El personal considera que existe riesgo de caída porque el suelo puede estar húmedo y porque utiliza bastón. Sin consultar con ella ni ofrecerle alternativas, el equipo decide tomar medidas como prohibirle salir sola al jardín, colocan un código de seguridad en la puerta de acceso al jardín e indican al personal gerocultor que la acompañe siempre, aunque ella no lo solicite.

Cuando Feliciano pregunta por qué ya no puede salir, una trabajadora le responde que: “es por su bien, nosotros sabemos lo que le conviene”, sin darle oportunidad para expresarse. A partir de entonces, Doña Feliciano se muestra más apática para las actividades que realiza durante el día.



Meses después la usuaria sufrió un empeoramiento físico importante, aumentando su dependencia física, clínica y afectación emocional, así que Laura empezó a experimentar ansiedad antes de ir al trabajo, agotamiento físico y mental, dificultad para dormir, sensación continua de preocupación e irritabilidad. Además, sentía que estaba descuidando a otras personas usuarias. En casa tampoco conseguía desconectar y, cuando intentaba tomar distancia se sentía culpable.

RECOMENDACIONES

- Evitar confundir los conceptos de cuidado y cercanía con falta de responsabilidad emocional.
- Conocer la importancia de los límites profesionales. Poner límites no significa ser frío, distante y poco humano. Los límites saludables permiten cuidar sin sobreimplicarse emocionalmente, acompañar sin asumir completamente el dolor ajeno y mantener relaciones equilibradas.
- Formación y aprendizaje de técnicas de gestión emocional y estrategias de autocuidado.
- Cumplir con los tiempos de descanso y desconexión del trabajo fuera de este.
- Promover la participación en actividades de su interés para fomentar su autonomía, seguridad y ocupar su tiempo libre.
- Incluirla en un grupo social de personas afines a ella para incrementar las relaciones sociales, encontrar personas con quien compartir el tiempo, disminuyendo así la sensación de soledad y abandono que siente la residente.

7. Conflicto de intereses entre familia y usuario.

CASO 1

Don Carlos, de 79 años, ingresa en el centro tras alta hospitalaria para recuperación tras caída. El usuario presenta deterioro cognitivo leve y conserva capacidad en la toma de decisiones. Antes de su ingreso, vivía en su domicilio junto a su hijo. Tras tres semanas de estancia en el centro el usuario manifiesta al equipo su interés de abandonar las instalaciones y seguir su recuperación con un fisioterapeuta en el domicilio. Solicita que el equipo se reúna con su hijo para exponerle la situación.

Durante dicha reunión, el usuario manifiesta su interés de volver al domicilio e informa de la fecha de alta, pero el hijo manifiesta no estar de acuerdo, comenta que no considera que el usuario deba de regresar al domicilio por los cuidados que considera que precisa.

El equipo expone el estado clínico del usuario y las recomendaciones a seguir en caso de regresar al domicilio. El usuario reprende a su hijo, alega que quiere seguir viviendo solo en el domicilio familiar a su costa ya que el hijo actualmente se encuentra en situación de desempleo y el usuario cubre todos los gastos. Su hijo le refiere que no irá a buscarle ni se hará cargo de sus cuidados ya que no puede proporcionárselos, que debe de permanecer en el centro a ser posible de forma indefinida ya que no va a volver a su estado previo a la caída y abandona la reunión.

Tras esta situación, el usuario persiste en su idea de abandonar el centro, pero solicita colaboración al equipo.

RECOMENDACIONES

- Confirmar la capacidad decisional de Don Carlos: valoración y comprensión de riesgos y beneficios, expresión consistente de su elección y razonamiento. Si mantiene la capacidad, su derecho a decidir el lugar de cuidados prevalece, aunque su hijo no esté de acuerdo. El desacuerdo familiar no invalida la decisión del usuario capaz.
- Realizar una evaluación clínica y funcional centrada en el alta al domicilio a fin de facilitar esta nueva etapa al usuario: informes sobre su estado clínico, control del dolor, pauta farmacológica, signos de alarma y recomendaciones en cuanto a la marcha, transferencias, actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, uso de ayudas técnicas, nutrición, etc.
- Mantener una nueva reunión a fin de clarificar a su hijo que, al mantener capacidad, la decisión es de Don Carlos. Explorar, así lo desea el usuario, el motivo del desacuerdo del hijo: miedo a caídas, carga de cuidados, vivienda no adaptada, situación económica.
- Informar de recursos disponibles en domicilio como ayuda a domicilio, teleasistencia, adaptación del hogar, fisioterapia y terapia ocupacional domiciliaria, etc.

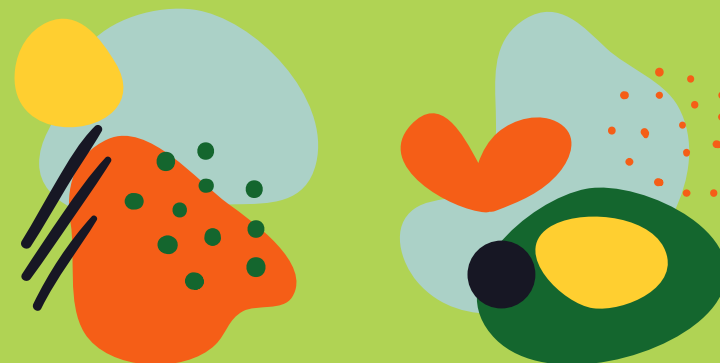


CASO 2

Don Marcelino, 96 años, acude al centro con dos de sus hijas. Se reúnen con trabajo social a fin de valorar el ingreso residencial de Don Marcelino, aunque este insiste en que es una primera visita, que no cree que necesite el recurso en este momento.

En esta primera toma de contacto, la trabajadora social valora que el usuario no parece presentar deterioro cognitivo (la familia no aporta informes médicos que así lo confirmen), pero deambula con ayuda de un bastón. Don Marcelino comenta que vive solo, que sus hijas le llevan la comida ya que no cocina y tiene apoyo de servicio de ayuda a domicilio para su aseo personal tres días a la semana. La trabajadora social expone los servicios que ofrece el centro y les muestra las instalaciones.

Tras la visita, una de sus hijas pregunta por la disponibilidad de plazas, la trabajadora social informa de que existe una plaza disponible. La hija comienza a insistir a Don Marcelino de aprovechar la oportunidad y realizar el ingreso cuanto antes. Don Marcelino se muestra indignado con su hija, le insiste en que accedió a la visita para valorar el recurso a largo plazo, que no cree necesitarlo. Se marcha dejando a sus hijas finalizar la entrevista.



RECOMENDACIONES

- Respetar la autonomía y capacidad de decisión de Don Marcelino. Don Marcelino manifiesta de forma clara y coherente que no desea ingresar en la residencia en este momento por lo que se debe validar y respetar la opinión de la persona. Además, en la entrevista no se observan indicios evidentes de deterioro cognitivo ni existe documentación médica que limite su capacidad para decidir, por lo que no sería adecuado promover un ingreso involuntario por parte de la familia ni del centro.
- Aunque actualmente mantiene cierta autonomía, existen indicadores de fragilidad: vive solo, dependencia parcial para alimentación y aseo, uso de bastón para deambulación. Por lo que sería recomendable derivar a Servicios Sociales de zona a fin de valorar medidas de apoyo en domicilio alternativas al ingreso residencial (incremento de horas del servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, asistencia a centro de mayores o centro de día, comida a domicilio, etc.) y derivar a Atención Primaria con el fin de solicitar, si procede, valoración por parte de geriatría.
- Trabajar con la familia la gestión emocional del estado de la persona y sus necesidades. **Evitar alianzas con la familia que invaliden la voz del usuario.**



8. Negligencia y abandono familiar.

CASO 1

Doña Carmen, 98 años, reside en un centro desde el año 2019. Es madre soltera de un hijo y abuela de dos nietos. A lo largo de su estancia en el centro, las visitas que recibe por parte de sus familiares se limitan a un par al mes o incluso cada dos meses, sin que exista una implicación continuada en su bienestar. La familia de Carmen proporciona de manera limitada los recursos materiales básicos que ella necesita, especialmente en lo relativo a ropa y enseres personales. Debido a esta carencia, en diversas ocasiones el propio centro ha tenido que suplir estas necesidades empleando sus propios recursos, con el objetivo de garantizar a Carmen unas condiciones dignas de cuidado. A pesar de esta circunstancia Carmen mantiene una actitud positiva, tiende a justificar la ausencia y falta de apoyo de sus familiares, atribuyéndola a las “ocupaciones de su hijo” y evitando cualquier tipo de reproche o conflicto.

Tras una recaída en sus patologías, Carmen sufre un progresivo deterioro de su estado de salud y entra en fase de cuidados paliativos de fin de vida. Ante el empeoramiento clínico y la previsión de un desenlace inminente, el equipo del centro se pone en contacto con su hijo para informarle de la situación. La respuesta del hijo es que, en caso de fallecimiento de Carmen durante la noche, no se le comunique hasta las 8:00 de la mañana, argumentando que necesita descansar y que no puede hacer nada al respecto.

RECOMENDACIONES

- No mirar hacia otro lado, que una persona no se queje no significa que todo esté bien. Muchas veces lo hacen por no molestar, justificar a su familia o por miedo a quedarse aún más solas. Hay que estar atentos, aunque digan que todo está bien.
- Cuidar no es solo físico, dar de comer, asear o dar la medicación es fundamental, pero no es suficiente. Cuidar, también es sobre todo escuchar, acompañar, dar afecto y estar presente. Cuando la familia no está presente, ese papel recae en los profesionales que están al cargo del cuidado.
- La familia también tiene responsabilidad, aunque la persona se encuentre institucionalizada. No se trata solo de visitar con frecuencia, sino también de estar pendiente, aportar lo necesario y acompañar en momentos importantes, especialmente en el final de la vida.
- El final de vida es muy importante: cuando una persona está en sus últimos días, no todo es “no se puede hacer nada”. Sí se puede acompañar, estar presente y despedirse. El “ya me avisáis por la mañana” puede ser cómodo, pero deja a la persona sola en un momento muy importante y denota la ausencia de vínculo.
- El papel del equipo profesional no es sustituir a la familia, pero sí se puede detectar situaciones de abandono, intentar implicar a la familia y acompañar a la persona con respeto y cercanía, dándole dignidad hasta el final. A veces un gesto, una conversación o simplemente estar al lado marca la diferencia.

CASO 2

Doña María, 65 años, ingresa procedente de otra residencia. Presenta diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, disfagia, y no se le dan cítricos por tendencia a que se le depapile la lengua. Tuvo un accidente de moto en 2021. Demencia vascular, deterioro cognitivo grave. Uso de silla de ruedas para traslados, no camina, no mantiene bipedestación, uso de grúa. Tiende a mover miembros inferiores en silla de ruedas con gran facilidad, sus familiares refieren que no se cae. Buen descanso nocturno. Tiende a tener hematomas en miembros inferiores porque ella sola se golpea. Dependiente en todas las actividades básicas de la vida diaria, hay que darle de comer. Según familiares el cambio de residencia se produce por cercanía y así le pueden visitar más veces y por las visitas de un supuesto novio, las cuales prohíben y no informan a esta persona del cambio. Ella está separada, el ingreso lo hacen sus hijos y su exmarido.

A día de hoy, se encuentra curatelada por su hija. La trabajadora social realiza en varias ocasiones intentos de comunicación con la hija para tratar el asunto de las visitas, ya que, según los registros, apenas están viniendo a verla. No obtiene respuesta ni contesta a las diferentes llamadas. Han intentado amistades venir a verla, pero como no podemos autorizar dichas visitas sin consentimiento de su hija, no se han realizado.

Esta situación plantea al equipo un conflicto ético entre la protección legal ejercida por la familia y el derecho de la residente a mantener vínculos afectivos y sociales significativos. La escasa implicación familiar, junto con la limitación de visitas externas y la ausencia de respuesta a los profesionales, genera indicadores de posible negligencia emocional y riesgo de aislamiento social.

RECOMENDACIONES

- El equipo debe priorizar el bienestar integral de la residente, promoviendo cuidados humanizados, protección de su dignidad relacional y espacios de deliberación ética que permitan equilibrar protección, derechos y calidad de vida. Las decisiones deben orientarse al bienestar global, la calidad de vida, el mantenimiento de estímulos afectivos y la prevención del aislamiento, no únicamente a criterios administrativos o familiares.
- Aunque exista deterioro cognitivo severo, la persona continúa teniendo dignidad relacional y necesidades emocionales y el equipo debe ponerlo en valor y potenciarlo.
- Valorar el posible abandono emocional o negligencia afectiva por parte de la familia. La familia justificó el traslado por cercanía, posibilidad de visitas más frecuentes. Sin embargo, apenas acuden, no responden a llamadas del centro, dificultan toma de decisiones y limitan visitas de terceros. La representación legal no debe utilizarse únicamente desde el control, sino desde el beneficio integral de la persona, por lo que el equipo deberá valorar poner en conocimiento de la situación a la Fiscalía. Pero, por otro lado, es importante no etiquetar rápidamente como “abandono”, explorar causas posibles: desgaste, duelo, conflicto familiar, incapacidad emocional, sobrecarga previa. **El objetivo profesional es proteger, no culpabilizar.**

- Continuar intentando comunicación formal con la curadora. Es importante registrar todos los intentos de contacto, realizar comunicaciones formales, documentar ausencia de respuesta, dejar constancia de necesidades asistenciales pendientes.
- Explorar la historia vital y afectiva, intentar conocer las relaciones significativas de la usuaria, preferencias previas, red social, deseos expresados anteriormente. Esto ayuda a humanizar cuidados y orientar decisiones éticas.
- Valorar el beneficio de las visitas externas, si las amistades o vínculos previos no generan riesgo, favorecen bienestar emocional, disminuyen aislamiento. El equipo podría valorar realizar consulta ética, revisión jurídica o mediación social respecto a las limitaciones impuestas.
- El equipo debe potenciar vínculos significativos, aumentar interacción social, favorecer actividades significativas, reforzar acompañamiento emocional, promover trato individualizado.



9. Planificación anticipada de cuidados.

CASO 1

Doña Dolores, 90 años, que tras un proceso de broncoaspiración regresa del hospital con dieta túrmix con líquidos con espesante. Tiene una patología osteoarticular que le limita la movilización independiente con seguridad, pero ella lo sigue intentando. Presenta deterioro cognitivo leve.

Tres meses después del alta hospitalaria consulta con el médico del centro, no quiere seguir con la dieta túrmix ni los espesantes. El médico le explica el porqué de esa decisión y cuáles serían las posibles complicaciones, pero ella se mantiene en su idea de volver a comer normal. Es la propia usuaria la que se lo comenta a sus hijos, que se niegan porque ven las posibles consecuencias.

Los hijos acuden a dirección para pedir que se siga dando a su madre la dieta prescrita en el hospital o amenazan con denunciar. Junto con el médico, la dirección se reúne con ellos y se les informa que su madre mantiene capacidad para decidir sobre las cuestiones relativas a su vida y ellos no pueden oponerse. Pueden intentar convencerla, pero no va a ser fácil.

Se les explica que vamos a intentar negociar con ella para hacerlo de forma progresiva y con supervisión. Se les comunica también que ella ha firmado su Planificación Anticipada de Decisiones, y no ha querido que ninguno de ellos fuera testigo. No entienden cómo le hemos dado la opción de firmar ese documento e insisten en denunciar. El equipo se pregunta si han hecho bien en entregar la PAD a Dolores o si se debía haber esperado a que los familiares intentaran convencer a la usuaria.

RECOMENDACIONES

- Retrasar la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) para dar tiempo a que la familia “convenza” a Doña Dolores habría sido problemático desde el punto de vista ético y legal.
- Doña Dolores, a pesar de su deterioro cognitivo leve, mantiene capacidad de decisión si comprende la información, valora las consecuencias y expresa una elección consistente. El hecho de que tenga 90 años o que exista riesgo clínico no anula su autonomía. Si se ha verificado su capacidad, su decisión de rechazar la dieta túrmix y los espesantes debe respetarse, aunque implique riesgos.
- De acuerdo a la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, la usuaria tiene derecho a rechazar tratamiento, aceptar y rechazar intervenciones, incluso si ello puede empeorar su salud. La dieta modificada y los espesantes forman parte de una indicación terapéutica, por lo que pueden ser rechazados.
- La Planificación Anticipada de Decisiones es precisamente una herramienta para garantizar que la voluntad del paciente prevalezca, especialmente ante conflictos futuros o pérdida de capacidad. No es necesario (ni éticamente exigible) que los hijos sean testigos si la paciente no lo desea. Obligar o condicionar ese proceso a la aprobación familiar vulneraría su confidencialidad y autonomía.
- Mientras la usuaria tiene capacidad de decisión, los hijos no pueden suplantarla. Su papel es acompañar, apoyar y dialogar, pero no sustituir la voluntad de la madre. Su reacción es comprensible (temor a complicaciones), pero no legitima imponer decisiones.

- El equipo sí tiene la obligación de minimizar riesgos, y han actuado bien al proponer negociación progresiva, supervisión, información clara de riesgos (broncoaspiración, neumonía, etc.).
- Para reforzar la actuación sería conveniente documentar claramente la valoración de capacidad, registrar que ha recibido información comprensible sobre riesgos, reflejar el proceso de toma de decisiones compartida, considerar una adaptación intermedia (texturas más seguras dentro de lo que ella acepte).
- Actuaciones incorrectas por parte del equipo habrían sido retrasar la PAD para favorecer presión familiar, imponer la dieta en contra de su voluntad, dudar de su capacidad sin una evaluación clínica objetiva.

10. Diversidad cultural y valores.

CASO 1

Don Juan, 68 años, ingresa en el centro de manera involuntaria, acompañado de su hija y su cuidadora. Procede de domicilio propio donde vivía solo bajo la supervisión de su cuidadora de lunes a viernes por las mañanas y el resto del tiempo y días acompañado de sus hijos.

El aumento de dependencia y necesidad de cuidados más específicos promueve su ingreso en residencia. Diagnóstico de demencia frontotemporal. Episodios de peligro en domicilio (escapes de gas, incendio al intentar cocinar), pérdida de noción del tiempo, higiene, no comprende órdenes sencillas.

Lenguaje muy limitado, dejó de comprender el castellano, sólo habla chino según informa familia. Deambula de forma errática con alto riesgo de desatención por lo que finalmente se ubicó en la unidad específica con control de acoso. No tiene alteraciones de conducta, ni episodios de agresividad con hijos o cuidadores. Hace uso de móvil por seguridad, pero no tiene capacidad para recibir llamadas o coger las mismas, lo usa para ver en YouTube videos sobre el billar.

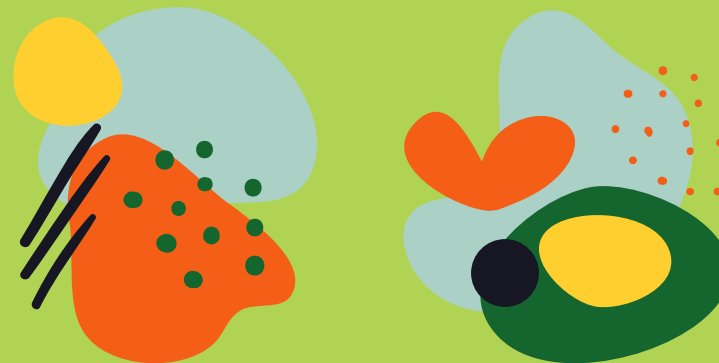
Durante el periodo de adaptación fue necesario intervenir y reconducir la situación de su aseo personal debido a la negativa por parte del usuario. Actualmente, mantiene una pauta de higiene prácticamente diaria, realizándola habitualmente por la mañana. Mantiene buenas ingestas. El equipo se enfrenta a un conflicto de diversidad cultural y lingüística: usuario que abandona el castellano, se comunica únicamente en chino, y mantiene intereses culturales concretos (YouTube, billar) y observan que existe riesgo de aislamiento, incomprensión, pérdida de identidad y cuidados culturalmente inadecuados.

RECOMENDACIONES

- El componente cultural no es accesorio, es central para la calidad ética del cuidado. La demencia ha reducido su capacidad cognitiva, pero no elimina su identidad cultural. De hecho, en muchas demencias los elementos más profundos y antiguos de la identidad (lengua materna, hábitos, música, gestos, formas de relación) suelen preservarse más tiempo que otras capacidades. La persona sigue estando ahí, aunque haya perdido capacidades. Uno de los riesgos en demencias avanzadas es que el profesional termine relacionándose únicamente con una dependencia, una conducta, o una tarea asistencial, no con una persona.

- El usuario es una persona con una historia migratoria, lengua propia, costumbres, referencias culturales y formas distintas de expresar malestar o bienestar. El hecho de que haya dejado de hablar castellano y utilice únicamente el chino no debe interpretarse como “desconexión”, sino como un regreso a estructuras identitarias profundas conservadas por la memoria emocional.
- A veces el paciente no “pierde la capacidad de comunicarse”; somos nosotros quienes dejamos de comprender su manera actual de hacerlo. El idioma no es solo comunicación, es identidad y seguridad emocional. En demencias es frecuente que desaparezca el segundo idioma y permanezca la lengua materna. Cuando el residente escucha constantemente un idioma que ya no comprende, puede aumentar ansiedad, desorientación, rechazo a cuidados, aislamiento o sensación de amenaza. Muchas conductas etiquetadas como “negativas” pueden ser respuestas al miedo o incomprensión. El equipo debería intentar adaptar la comunicación con el usuario, incorporar referencias culturales, facilitar comprensión emocional, observar las preferencias, respetar hábitos y costumbres significativas. Elementos como el idioma, rutinas u ocio significativo pueden preservar identidad y bienestar (aprender palabras básicas, usar pictogramas o imágenes, mantener tono calmado, anticipar las intervenciones, acompañar con lenguaje corporal amable, utilizar traductor en momentos relevantes e implicar a familia en claves culturales).
- La equidad no significa tratar a todos los usuarios exactamente igual. La institucionalización puede provocar pérdida de identidad cultural para una persona culturalmente distinta, esto puede vivirse como una ruptura profunda.

- Desde una mirada cultural, que un usuario rechace el aseo puede suponer que no comprende qué se le pide, puede sentirse invadido, puede existir diferente vivencia del contacto corporal, pudor distinto o miedo derivado de no entender el entorno. Conviene preguntarse: “¿Qué puede estar sintiendo esta persona?” Ese cambio de mirada transforma el cuidado. A veces pensamos que “ya no entienden” y somos nosotros los que no entendemos.
- La competencia cultural no significa conocer todas las culturas. Significa reconocer que nuestra manera de cuidar no es “neutral”, evitar prejuicios, tener curiosidad genuina, adaptar la atención y preguntarse continuamente: “¿Cómo vive esta situación esta persona desde su historia y cultura?”.
- Pese a que la familia actúa como representante natural de intereses, siempre debe priorizarse el “mejor interés” del usuario y no únicamente la comodidad familiar o institucional.
- La competencia cultural no significa conocer todas las culturas, significa compromiso profesional y personal de brindar un trato justo, equitativo y respetuoso a las personas de distintos orígenes.



11. Dependencia emocional y límites.

CASO 1

Doña Luisa, 83 años, con antecedentes psiquiátricos y con un deterioro cognitivo moderado. Tiene dos hijas. Vive con una de ellas, la cual también tiene problemas psiquiátricos. Sufre en domicilio una caída con resultado de fractura de hombro. La hija que no vive con ella refiere que no puede hacerse cargo de los cuidados alegando circunstancias personales que se lo impiden por lo que decide que ingrese en una residencia hasta su recuperación de la fractura dado que su hermana antes de la caída ya le brindaba a su madre unos cuidados insuficientes. Para que acceda a quedarse en el centro su hija le dice que está ahí solamente para que los médicos la vean y le hagan pruebas y después se irá a casa.

Doña Luisa, que tiene gran afinidad con la hija con la que convive, no quiere ingresar. Esta hija la presiona para que vuelva a casa porque no está de acuerdo con su ingreso en la residencia. En ocasiones, cuando va a visitarla a la residencia se la lleva a casa sin avisar a nadie del centro ni a su hermana. Esta última le interpone una denuncia alegando además maltrato a su madre. Solicita al centro que le prohibamos las visitas.

RECOMENDACIONES

- Solicitar el internamiento involuntario de la usuaria al presentar deterioro cognitivo.
- Ser imparcial con respecto a los familiares. No tomar parte de un lado u otro dentro del conflicto por afinidad personal con uno u otro familiar.

- Realizar una evaluación de la capacidad y la voluntad de la usuaria. Es necesario que el equipo evalúe si el deterioro cognitivo de Doña Luisa le permite tomar decisiones sobre su lugar de residencia. Aunque tenga deterioro, sus deseos (querer estar con su hija) deben ser escuchados. Además, se deberían de evitar las “mentiras piadosas”, recomendar a la hija que le dijo que “solo iba a hacerse pruebas” ha generado una falsa expectativa que rompe la confianza de la madre. Se debe trabajar con Doña Luisa explicándole la realidad de forma adaptada a su comprensión, está allí para la rehabilitación de su hombro y para que pueda volver a ser independiente.
- Se puede intentar mediar con las hijas, pero ese no debe ser el foco principal de nuestra intervención sino el bienestar y cuidados de la usuaria. Como recomendación se puede plantear una reunión conjunta. La hija conviviente debe entender que el ingreso es por la seguridad física de la madre (recuperación de la fractura), no se trata de un abandono.
- El centro no puede prohibir visitas por orden de un familiar, solo por orden judicial se puede restringir el derecho de una hija a ver a su madre. Mientras no haya una sentencia judicial o una orden de alejamiento, no se puede impedir el contacto familiar, pero sí se pueden extremar los protocolos de salida y solicitar la intervención urgente de la Fiscalía para que determine el régimen de guardia y custodia más seguro. Se puede registrar de forma objetiva cada salida y el estado de la paciente al regresar en aquellos casos en los que los profesionales valoren que hay sospecha de maltrato (agresión física, presión psicológica, etc.).

CASO 2

Fidelina, 87 años, con un deterioro cognitivo severo y dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria y episodios frecuentes de agitación y confusión en algunos momentos del día y llegando en ocasiones a la agresividad física. Su hija Tere acude todos los días al centro y pasa muchas horas con ella, supervisa constantemente los cuidados que realiza el personal gerocultor y cuestiona constantemente el funcionamiento del centro, suele indicar horarios para los cambios, el aseo y las comidas. El equipo observa que presenta dificultades para confiar y delegar los cuidados de su madre.

Durante las tareas de aseo y cambio de absorbentes, el familiar interfiere en el trabajo de los profesionales. Esta actitud se complementa con dinámicas de fiscalización evidenciadas en el cambio de posición de los productos higiénicos y pertenencias. Además, solicita frecuentemente que se avise al departamento médico por síntomas leves o situaciones que no parecen urgentes. Con el tiempo, la relación con la hija empieza a generar malestar emocional entre los trabajadores que sienten presión, ansiedad y sensación de estar continuamente vigiladas mientras realizan su trabajo.



RECOMENDACIONES

- Escuchar y acompañar emocionalmente a la hija, entendiendo que estas conductas están asociadas al miedo, la culpa y la dificultad para aceptar el deterioro de la usuaria.
- Mantener una comunicación clara y tranquila entre la familia y el equipo profesional, explicando los cuidados que se realizan y resolviendo dudas de forma adecuada.
- Establecer límites profesionales para evitar situaciones de tensión o vigilancia constante que afecten el trabajo y el bienestar emocional del personal. Promover un ambiente de respeto mutuo entre familiares y trabajadores, buscando siempre el bienestar de los residentes.
- Repartir las responsabilidades dentro del equipo y apoyarse entre trabajadores para prevenir el desgaste emocional.
- Valorar apoyo psicológico o acompañamiento emocional para familiares que presentan una carga emocional elevada o dificultades para gestionar la situación.
- Cuidar la salud emocional de los profesionales ya que un trabajador emocionalmente agotado puede ver afectada la calidad de los cuidados que presta.



CASO 3

Laura, 47 años, trabaja como auxiliar de enfermería en el centro desde hace casi nueve años. Es una profesional muy valorada por su cercanía, su buen trato al residente, sensibilidad, su paciencia y capacidad para generar confianza con los residentes. Desde hace aproximadamente un año mantiene una relación especialmente estrecha con Doña Ángeles, persona usuaria de 92 años, viuda y sin hijos.

Doña Ángeles apenas recibe visitas y suele expresar miedo a sentirse sola o abandonada. Cuando ingresó en el centro se mostró triste, desconfiada, poco participativa y muy dependiente emocionalmente. Laura lo detectó pronto y comenzó a dedicarle más tiempo: hablaba con ella durante las comidas, le llevaba revistas que sabía que le gustaban, estaba unos minutos extra en su habitación, etc. Doña Ángeles empezó a desarrollar un fuerte apego emocional hacia ella, a quien dedicaba frases como: “Tú eres la única que me entiende” o “Cuando tú no estás, esto se me hace muy duro”.

Al principio Laura interpretó esa relación como algo positivo, pero con el paso de los meses la relación comenzó a intensificarse, llegando a tener que modificar tareas para atender primero a Doña Ángeles, alargaba conversaciones fuera de horario, se preocupaba de manera constante en su situación clínica y emocional, incluso en casa. Los días en los que le tocaba librar la usuaria rechazaba a la gerocultora asignada. Poco a poco empezó a asumir emocionalmente el bienestar de Doña Ángeles como una responsabilidad exclusivamente personal.

RECOMENDACIONES

- Hablar con Feliciano y conocer su necesidad por salir al jardín cada día y a esa hora.
- Informarle sobre los riesgos que como profesionales observamos en este caso de manera comprensible y clara.
- Buscar alternativas de manera conjunta como mejorar la iluminación al acceder al jardín, pedir ayuda cuando la necesite, proponerle un adecuado calzado para minimizar riesgo de caídas, proponerle otro horario donde haya mayor afluencia de residentes y trabajadores.
- Evitar colocar la seguridad por encima de la autonomía de la persona sin participación de esta. Aunque la intención sea proteger, cuidar, esta puede ser una manera de excluir a la persona de las decisiones, lo que puede vulnerar su dignidad y sus derechos.
- Tomar decisiones conjuntas aceptadas.



901 30 20 10
www.amavir.es



CUIDA LA VIDA, CUIDA LOS VALORES.



***“A veces lo que la gente necesita no es una mente brillante,
sino un corazón especial que escuche”***

Anónimo

Este documento ha sido elaborado por el comité de bioética asistencial de Amavir en colaboración con todos los profesionales de referencia en bioética de las residencias de mayores Amavir. Cualquier reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta publicación deberá contar con la autorización previa de Amavir.

Fecha de edición: julio de 2026.

