



**Universitat de les
Illes Balears**

**Títol: El fet de ser una persona gran, és un factor
discriminador en relació al dret d'autonomia en
l'entorn hospitalari espanyol?**

NOM AUTOR: *Rosa Maria Barceló Domingo*

DNI AUTOR: *77110593-B*

NOM TUTOR: *Rosamaria Alberdi Castell*

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau d'Infermeria

Paraules clau: Autonomia personal, persona gran, presa de decisions,
discriminació per edat, ètica infermera.

de la
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic: *2013-2014*

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella

RESUM

Aquest treball d'investigació s'emmarca en el context de la societat actual amb una població cada vegada més envellida. L'augment de malalties cròniques entre les persones grans, demana una major atenció sanitària i això provoca dilemes ètics. L'exercici del dret d'autonomia per part de les persones grans i la discriminació per edat en l'entorn hospitalari, són els temes d'estudi d'aquest treball.

Es va establir una estratègia de cerca bibliogràfica amb paraules clau a diferents bases de dades de caràcter internacional i espanyol per recopilar bibliografia sobre el tema d'investigació.

En els resultats, cal destacar, que la paraula clau: ageism (discriminació per edat) és la que va generar més resultats de literatura en anglès; a Espanya, no es van trobar articles.

Es van establir tres objectius: percepcions de les persones grans respecte als seus drets com a pacients, l'avaluació de la capacitat decisòria i la discriminació per edat.

En la discussió s'exposa que, una gran part de persones grans, tenen desconeixement dels seus drets. Els metges, fan l'avaluació de la capacitat de la persona quan li sorgeixen dubtes i aquestes avaluacions, basades en el seu judici clínic, poden estar esbiaixades per actituds personals. Les actituds infermeres cap a les persones grans, en molts casos, vulneren el seu dret d'autonomia.

Les conclusions són que actualment, no es respecta el dret d'autonomia de les persones grans hospitalitzades i l'edat és un factor discriminatori. És necessària, una major formació ètica dirigida a estudiants i a infermeres en actiu, per fer front a aquestes actituds.

Paraules clau: autonomia personal, persona gran, presa de decisions, discriminació per edat, ètica infermera.

INTRODUCCIÓ

En els països desenvolupats s'està donat un augment poblacional de persones majors de 65 anys. Espanya està sofrint un procés d'envelliment demogràfic més ràpid que la resta de països de la Comunitat Europea. Aquest creixement demogràfic està vinculat amb l'augment de l'esperança de vida (a Espanya està entre les més altes de la comunitat europea) i al descens de la natalitat que es va produir a partir de la dècada dels 70. Un altre factor a tenir en compte és la immigració de persones jubilades del nord d'Europa que des de fa anys, venen cercant un clima més benigne i un ambient econòmic més favorable.(1)

Abades i Rayón(1) exposen dades publicades l'any 2010, basades en projeccions d'indicadors estadístics del INE, on es preveu que l'any 2049, a Espanya hi haurà 16 milions de persones grans, que correspon a un 36'8% de la població; d'aquestes dades s'extreu que es consideren persones grans, aquelles de més de 65 anys. Una dada significativa, és que s'està guanyant vida en les edats més avançades. L'esperança de

vida ha augmentat més entre les persones grans provocant un “sobreenvelliment” de la població; l'any 2049 es preveu que un 11'8% de la població, seran persones de més de 80 anys.

La bibliografia consultada refereix que l'augment de l'esperança de vida, unit a l'augment de malalties cròniques, provoca un increment de la demanda d'atenció sanitària d'aquest grup de pacients. S'han guanyat anys de vida però no anys lliures de discapacitat; més del 32'2% de persones majors de 65 anys presenten algun grau de discapacitat. A més edat, major és el percentatge de patologies cròniques que necessitaran assistència mèdica i hospitalària.(2)

Un estudi fet per internistes de sis hospitals d'Espanya, analitza dos anys d'activitat del Servei de Medicina Interna i recull dades del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) dels hospitals del Sistema Nacional de Salut, durant el bienni 2005-2006 en el que es van donar 7.130.825 altes, de les que 1.099.652 eren d'ingressats a càrrec de Medicina Interna (MI).(3)

Barba Martín et al(3) descriuen el perfil del pacient de MI: “el 53,6% dels pacients donats d'alta, tenen una mitja d'edat de 70'6 anys i es pot resumir dient que són persones grans que presenten majoritàriament patologia cardi-respiratòria amb comorbiditat greu i ingrès per via d'urgències”.

Segons Kessel(2) una gran part de les persones grans donades d'alta, un cop resolt el motiu d'ingrés, són candidates a successius reingressos perquè no s'ha fet una valoració multidisciplinària de les seves necessitats. Aquests reingressos podrien ser evitables si s'integra a la pràctica clínica les demandes de les persones i les necessitats reals de tot tipus partint dels recursos tècnics i humans disponibles.

Els resultats d'un estudi realitzat a persones grans hospitalitzades (Milton-Willey i O'Brien)(4) indiquen que una atenció de qualitat centrada en el pacient contribueix a millorar la seva salut i a evitar els reingressos, de manera que això repercuteix en reduir la despesa sanitària.

La literatura consultada respecte a la pràctica clínica actual, explica que s'està adoptant un nou model de salut on es té en compte el principi d'autonomia del pacient. Aquest nou model anomenat “autonomista”, va sorgir als EE.UU. a partir de 1975 i s'ha anat implementant a la resta de països desenvolupats. Aquest model, difereix de l'anterior en què el pacient, ara té **dret** a ser informat, a participar en decisions clíniques sobre el seu tractament i a donar el seu consentiment informat. La relació professional-pacient ha canviat i el pacient es converteix en agent actiu de la seva salut. ”Ara regeix el sistema de valors que la persona ha assumit per a orientar la seva existència”.(5)

A Espanya i com a conseqüència d'aquests canvis en l'atenció de salut, el 16 de maig del 2003, va entrar en vigor la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (LAP)*. Aquesta llei regula els aspectes ètics i legals d'aquest nou model. Referent a l'autonomia del pacient diu: Una atenció sanitària de qualitat requereix, entre altres coses, el respecte a l'autonomia de la persona, que implica necessàriament: escoltar a la persona, informar-la adequadament, recavar el seu consentiment lliure i voluntari, i enregistrar convenientment tot el procés. A més, és

necessari verificar que la informació és l'adequada, adaptant-la a les circumstàncies personals del pacient.(6)

Respecte a la posada en pràctica d'aquests drets, Gómez-Batiste et al(7) exposen que: “La posada en marxa de programes d'identificació i millora de l'atenció de persones amb malalties cròniques avançades s'ha d'acompanyar de mesures de millora de la qualitat de tracte, de la comunicació clínica i de la comprensió dels nous objectius de la medicina i dels **drets** actuals dels ciutadans.”.

La pregunta d'investigació d'aquest treball, es formula en el context dels canvis socials i d'atenció en salut dels que ens parla la bibliografia i en el marc jurídic de l'actual legislació sobre els drets dels pacients.(4,5,6,7)

L'objectiu general és esbrinar si, a Espanya, en la pràctica clínica i en l'atenció a les persones grans hospitalitzades, es respecta l'exercici del seu dret d'autonomia, ja que aquest és un element imprescindible per aconseguir el canvi de model. Es pretén investigar si el respecte d'aquests drets, s'aplica a tots els pacients per igual o el fet de ser una persona major és un factor discriminatori.

OBJECTIUS

Per realitzar aquesta investigació es van proposar tres objectius:

- 1r. Quina percepció tenen les persones grans sobre les decisions que poden prendre respecte a la seva autonomia?**
- 2r. S'avalua en l'entorn hospitalari la capacitat per prendre decisions de les persones grans?**
- 3r. Les infermeres discriminen a les persones grans hospitalitzades per qüestió d'edat?**

El primer objectiu d'aquest treball, és saber com percebent les persones grans l'exercici del dret d'autonomia. El fet que faci poc s'haguessin regulat aquests drets, podria implicar un desconeixement sobre les decisions que poden prendre i una manca de pràctica en l'exercici que podria repercutir en una vulnerabilitat dels seus drets.

El segon objectiu pretén saber si s'avalua la capacitat de la persona per la presa de decisions i quins protocols o mètodes s'utilitzen per avaluar-la en el moment actual, a Espanya. La consideració *d'incapacitat* de la persona gran per prendre decisions sobre la seva salut, repercutiria en el respecte del seu dret d'autonomia.

El tercer objectiu, vol indagar quin és el tracte que donen les infermeres a les persones grans hospitalitzades. Es pretén saber, si en la relació pacient-infermera, aquestes discriminen a les persones grans hospitalitzades pel fet de ser-ho. L'evidència actituds estereotipades i prejudicis cap ells, repercutiria en el seu dret d'autonomia.

ESTRATÈGIA DE CERCA BIBLIOGRÀFICA

La cerca bibliogràfica es va fer entre els mesos de març i maig de 2014.

Es va fer una primera cerca amb intenció exploratòria, a diferents bases de dades, per trobar articles relacionats amb la pregunta d'investigació que va optimitzar la cerca posterior.

Es van escollir les paraules clau i es van traduir al llenguatge documental mitjançant Descriptors en Ciències de la Salut (DeCS).

Paraules clau: autonomia personal, persona gran, presa de decisions, discriminació per edat, ètica infermera.

DeCS: personal autonomy, aged/older people, decision-making, ageism, ethics nursing.

Es van jerarquitzar les paraules clau:

Arrel: autonomia personal i persona gran.

Secundaries: presa de decisions, discriminació per edat, ètica infermera.

La cerca d'articles per als objectius proposats es va fer combinant paraules clau amb booleans AND/OR amb secundaris.

Per sensibilitzar la cerca, es van utilitzar també sinònims: persona gran/**pacient** gran; autonomia personal/autonomia del **pacient**.

Criteris d'inclusió: articles d'interès per als objectius de la cerca, articles de més rellevància i els més citats.

Criteris d'exclusió: sense interès per mi, dificultat d'aconseguir els originals i coincidència en altres bases.

Límits: literatura dels darrers 10 anys; text complet; idiomes: anglès i espanyol.

Àrea de coneixements: geriatria, medicina, infermeria, bioètica, ciències socials.

A través de la biblioteca de la UIB, es va accedir als metacercadors i bases de dades.

Es van escollir, per fer la cerca bibliogràfica amb les paraules clau, dos metacercadors:

EBSCOhost i **BVS**. Una base de dades específica: **Wiley Online Library**.

EBSCOhost té caràcter multidisciplinari i dona accés a diferents bases de dades, entre aquestes es van escollir: Academic Search Premier, CINAHL, Abstracts en Social Gerontology.

En aquestes bases de dades es pretenia aconseguir articles de la literatura del món anglosaxó on el tema d'interès de la pregunta d'investigació està més documentat.

BVS: a la base de dades Scielo es va fer la cerca d'articles en espanyol.

Wiley Online Library es va escollir perquè recull la col·lecció multidisciplinària, més amplia del món en els recursos en línia i ofereix el text complet. En aquest recurs electrònic, es van cercar articles en anglès per completar la bibliografia dels objectius.

Altres: cerca manual, lliure, per autor, títol, paraula clau o sinònim a revistes: Gerokomos i Revista Española de Geriatria y Gerontología.

Google Academic: en aquest recurs, moltes vegades, es cita només el títol de l'article. El text complet el vaig localitzar a través del catàleg la biblioteca de la UIB. El motiu d'aquesta cerca manual, va ser completar la documentació sobre aspectes d'interès de la investigació que no s'havien localitzat a través de la cerca a les bases de dades anteriorment citades. Aquesta cerca es va centrar a trobar articles que tractessin del tema d'investigació a Espanya.

RESULTATS

Es van localitzar 427 articles que es van revisar per títol i resum i seguint els criteris d'inclusió establerts, es van incloure a la bibliografia **22 articles** dels quals: 9 articles són en anglès i 13 en castellà.

EBSCOhost: paraules clau/arrel amb booleà AND entre elles:
(Older people) AND (Personal Autonomy) va generar 65 resultats.
Es va seleccionar **1 article**.

De la combinació de la paraula clau/arrel i booleà AND amb cada un dels secundaris es van obtenir 142 articles.
Es van seleccionar **4 articles**.

De la cerca a **Wiley Online Library:**
(Older people) AND (ageism(tit) OR ethics nursing(tit)) va generar 79 resultats. Es van seleccionar **4 articles**
Cal destacar que el descriptor que va generar més resultats en aquestes bases de dades va ser: **Ageism** (discriminació per edat)

La cerca a **BVS** a la base de dades Scielo, va generar per:
Patients autonomy, 141 resultats. Es van seleccionar **5 articles**.

Altres fonts: Es van obtenir **8 articles**.

DISCUSSIÓ

- **Quina percepció tenen les persones grans sobre les decisions que poden prendre respecte al dret d'autonomia?**

La literatura ens parla de què durant la seva hospitalització pot succeir, que a la persona gran no se la consideri capacitada per raons derivades del seu estat de salut i això seria un impediment pel correcte exercici del seu dret d'autonomia.(7)

El principi d'autonomia, històricament, prové del dret grec i s'aplicava a les ciutats, es va introduir al món occidental no fa molts anys, amb el naixement de la bioètica. El principi d'autonomia, juntament amb els principis de no maleficència, beneficència i justícia, constitueix un dels quatre principis de la bioètica.(8)

La bibliografia per donar resposta a aquest objectiu, pretén esbrinar com perceben l'exercici del dret d'autonomia, les persones grans. Una manca d'informació sobre aquest

dret, repercutiria en una major vulnerabilitat de la seva autonomia.

Un problema a l'hora de contestar aquesta pregunta és la poca literatura que hi ha sobre el tema a Espanya. Es van consultar tres articles que van ser seleccionats tenint en compte l'any de creació de la Llei 41/2002 (*LAP*) i la seva entrada en vigor, el 16 de maig del 2003.

El primer dels articles consultats, va ser finançat per la *Comissió Europea: Autonomia, Privacitat i Consentiment informat i Intervencions d'Infermeria* i es va publicar l'any 2002. Gasull et al(8) parlen del principi d'autonomia i no del dret i manifesten que: “es pretén analitzar el principi d'autonomia des de la dimensió jurídica i ètica”.

En el segon article publicat l'any 2006, Guix Oliver et al(9) consideren que la Llei 41/2002 va oferir un marc legal pel nou model d'atenció que ja estava en vigor altres països i començava a implementar-se a Espanya. Els autors fan un estudi comparatiu entre tres punts de vista: pacients, metges i infermeres sobre l'exercici de dret d'autonomia. La intenció és analitzar com s'exerceix a la pràctica clínica el dret a la informació, la presa de decisions del pacient i el consentiment informat.

En el tercer article publicat el 2012, Mira et al(10) investiguen que en saben dels seus drets els pacients deu anys després de la creació de la llei i consideren que a Espanya els metges mantenen una actitud favorable per l'exercici del dret d'autonomia del pacient, fet que contribuiria a facilitar l'exercici d'aquest dret per part dels pacients.

En els tres estudis es van emprar diferents qüestionaris i enquestes on es demanava als pacients, contestar diversos ítems sobre quina era la seva percepció i coneixement del dret d'autonomia.

En el primer estudi, Gasull et al(8) analitzen les respostes d'un grup de cent persones grans, sobre com percebien la informació que se'ls hi donava respecte a la seva salut, el tractament, les intervencions i el consentiment informat. Aquest grup tenia una mitja d'edat de 81 anys, (entre 60 i 100 anys) dels quals 28% eren homes i 72% dones. Un 73% dels enquestats tenia educació bàsica i només un 5% estudis universitaris.

Tan sols un 13% manifestaren que sempre van ser informats del tractament.

Un poc més del 50% manifestaren que no els hi van demana el seu consentiment per diferents intervencions com extracció de sang 30% i radiografies 22% .

La percepció d'aquestes persones era que si tenien algun familiar o amic que els acompanyava durant la seva hospitalització havien sigut millor informats a diferència dels que no tenien ningú. Els metges també informaven als acompanyants.

Els pacients que havien sigut informats, també creien que se'ls hi havia ofert l'oportunitat de decidir o que se'ls hi havia sol·licitat el seu consentiment. També els pacients que se'ls hi havia ofert la possibilitat de prendre decisions, creien que se'ls hi havia demanat el seu consentiment.

No va haver-hi cap associació entre les percepcions i el seu estat mental.

Aquest estudi contesta la pregunta de l'objectiu en quant: “*els resultats posaren en evidència el desconeixement general dels seus drets*”. En els resultats queda patén que les persones grans no entenen en què consisteix el dret d'autonomia, encara que sí tenen la percepció, què moltes vegades, no se'ls hi demana el seu consentiment.

En el segon article, Guix Oliver et al(9) analitzen els resultats, d'una mostra mostra de 403 pacients, de les quals, 151 persones eren majors de 65 anys.

Del total de participants, un 66'1%, manifesta “desconeixement dels seus drets”.

Amb la variable sexe, contesten a “coneixement dels seus drets”: 33'21% de dones en relació al 23'66% d'homes.

Diferències estadístiques significatives respecte a “insuficient informació”: ho van manifestar un 12'73% de dones en comparació a només el 5'34% dels homes.

Els pacients, en general, van valorar millor el dret a la informació i el dret d'autonomia, en aquest ordre. La majoria exigien informació, però no per participar de forma activa en les decisions; un 37'7% va manifestar obertament “no voler participar en les decisions”.

Respecte a la seva actitud per la presa de decisions, consideren la figura del metge com la persona més adequada per prendre-les i té gran importància la confiança que els inspira.

Aquests resultats donen resposta a la pregunta de l'objectiu quan conclouen dient:

Les actituds més favorables sobre l'exercici del dret d'autonomia va ser dels pacients més joves, de dones i de pacients amb major nivell d'estudis.

D'aquests resultats s'extreu que “*l'edat és un factor de desconeixement*”. També resulta significatiu que les dones, en general, tenen un major coneixement dels seus drets.

En el tercer estudi, Mira et al(10) analitzen els resultats de les enquestes a 764 pacients. Una de les preguntes del qüestionari era si coneixien la Llei 41/2002.

Es posa en evidència que només un 20% tenien coneixement de les normes que regulen els drets dels pacients.

Amb la variable sexe, els homes majors eren els que menys sabien dels seus drets. En el cas de les dones no va haver-hi diferències.

Només un 37'4% dels pacients amb educació bàsica sabia que es pot rebutjar un tractament.

Els percentatges més alts de coneixements, són pel dret a la informació.

El dret a prendre decisions no està ben valorat i es prefereix compartir-ho amb el metge a qui es considera la persona més capacitada, pel fet de tenir més coneixements.

Els pacients que mantenen un paper més actiu a les consultes coneixen millor els seus drets.

La satisfacció dels pacients va unida a un major coneixement dels drets. Les dones mostren una major satisfacció. L'explicació dels autors d'aquest article, sobre la major satisfacció i coneixement de les dones, és el rol que se'ls hi atribueix com a cuidadores de la família.

Els pacients creuen que els membres de la família immediata tenen el mateix dret a la informació que els mateixos pacients.

La conclusió que s'extreu d'aquest article, i que dona resposta a la pregunta d'investigació, és que “*l'edat estava relacionada amb un major desconeixement*”. Aquest desconeixement és major entre els homes.

D'aquests tres estudis es poden extreure coincidències significatives:

- * Hi ha un desconeixement general dels pacients respecte als seus drets.
- * L'edat és un factor de desconeixement dels drets.
- * El dret a la informació és el més conegut i el més valorat.
- * La presa de decisions és el més desconegut i el menys acceptat a Espanya.

No queda clar si el nivell d'estudis, té a veure amb un major coneixement, encara que dos articles ho consideren un factor a tenir en compte.(8,10) Un percentatge alt de persones majors, tenen un nivell d'estudis bàsic, com mostra el primer estudi.(8)

La variable per sexe, està relacionada amb un major coneixement de la dona en l'exercici dels seus drets en dos dels articles, independentment de l'edat.(9,10)

Mira et al(10) apunten que els pacients creuen que el dret d'autonomia inclou a la família immediata i que el rol de cuidadores que se'ls hi atribueix a les dones, es tradueix en un major coneixement dels seus drets.

En dos dels estudis(9,10) els pacients, en general, prefereixen deixar les decisions a criteri dels metges.

Si es relacionen aquestes dades, es podria interpretar com que el pacient gran, home, (que és el que menys coneixements manifesta) no exerceix el seu dret d'autonomia en primera persona i són altres, metge o dona (amb més coneixements), els que prenen les decisions per ell.

Sobre aquest aspecte, Gómez-Batiste et al(7) defensen que: “El titular del dret a la informació és el pacient. S’ha d’informar les persones vinculades a ell en la mesura que aquest ho permet explícitament o tàcitament.”

S'avalua en l'entorn hospitalari la capacitat per prendre decisions de les persones grans?

La pregunta del segon objectiu, es va proposar per investigar si s'avalua la capacitat dels pacients per prendre decisions, ja que l'exercici del dret d'autonomia està supeditat a que a la persona se li reconegui aquesta capacitat.

En el model actual en salut i en el marc de la llei que ho regula, el pacient té dret a participar en les decisions respecte al tractament i les intervencions i a donar el seu consentiment. A les conclusions de l'apartat anterior, es contempla que el desconeixement dels drets influeix en que les persones grans, no exerceixen el seu dret d'autonomia. En el cas que la persona gran, volgués prendre decisions sobre la seva salut, el fet que es posés en dubta o no se li reconegué la capacitat de fer-ho, repercutiria en el seu dret d'autonomia. Mitjançant l'anàlisi d'articles al respecte, es pretén establir en que consisteix la capacitat de la persona per la presa de decisions en salut, saber si s'avalua, de quina manera es fa i quan és necessari.

Els articles consultats per donar resposta a aquest objectiu, exposen dificultats a l'hora d'avaluar la capacitat. i preveuen que la demanda d'avaluacions de la capacitat decisòria dels adults d'edat avançada augmentarà de manera significativa en els pròxims anys, degut a l'augment de persones grans en els hospitals i al canvi de model.(12,13,14,15)

La definició del *Diccionari de la Real Acadèmia de la Llengua Espanyola* (2001) defineix *capacitat* com: “aptitud, talent, qualitat que disposa a algú pel bon exercici d'alguna cosa.”(11)

Bórquez et al(11) manifesten que en salut, una decisió és autònoma quan compleix tres condicions: voluntarietat, informació i capacitat i que d'aquests tres elements, el més difícil de valorar és la *capacitat*.

La literatura anglosaxona utilitza dos termes: capacitat i competència indistintament. La importància de diferenciar entre capacitat legal (*competency* en anglès) i capacitat de fet (*capacity* en anglès) que és la pròpia dels professionals sanitaris, és comentada en la bibliografia(11,12,13) on s'especifica que la determinació de la capacitat legal correspon als jutges i té un significat molt més ampli que una decisió sanitària concreta.

La literatura sobre bioètica, a Espanya, utilitza el terme “*competència*” i la *Llei d'ordenació sanitària de Catalunya; Llei 21/2000*, també l'utilitza. A pesar d'això, i tenint en compte que a l'ordenament jurídic espanyol, “*competència*”, té connotacions que s'ajusten malament a la presa de decisions dels pacients, convindria generalitzar l'ús del terme “*capacitat*”. (13)

Simon-Lorda(13) explica la relació entre aquests dos conceptes: “En realitat, aquests dos conceptes, estan íntimament relacionades i són com dues cares de la mateixa moneda. Si qüestionem la capacitat natural o de fet d'una persona gran, això automàticament tindrà conseqüències a l'esfera de la seva capacitat de dret: li retirem la potestat jurídica per a què exerciti activament i per si mateix els seus drets i obligacions i cerquem a una altra persona, el seu representant, per què ho faci en el seu lloc”.

La cita de Simon-Lorda(13) posa de manifest la importància que té sobre la seva autonomia personal, la consideració de la capacitat de la persona gran.

A l'article de la Generalitat de Catalunya sobre reflexions ètiques en el tracte a malalts crònics, els autors Gómez-Batiste et al(7) especifiquen: “Si el pacient, a criteri del metge responsable, no és *competent* per a entendre la informació, perquè es troba en un estat físic o psíquic en què no pot fer-se càrrec de la seva situació, se n'ha d'informar el representant o tutor legal, als familiars o les persones que hi estan vinculades”.

Una de les percepcions del pacient sobre el dret d'autonomia és que els familiars poden prendre decisions en lloc d'ells.(10)

Els articles consultats(12,13) ens informen que aquest dret, el poden exercir, família o amics, si el metge responsable té dubtes de la seva capacitat i si el pacient ho autoritza. Val a dir que la *Llei 41/2002*, recull que el consentiment informat, pot ser “*consentiment per representació*”, en tres suposats: pacient **incapaç**, pacient **incapacitat** i pacient menor. Això és important senyalar-ho perquè els metges tendeixen a pensar que quan un pacient és incapaç, són ells que han de prendre el control de la situació.(13)

Simon-Lorda(13) diferencia aquests dos termes: **incapaç** és aquella persona que no té, aquí i ara, la “*capacitat de fet o natural*” i **incapacitada** és aquella persona que no té, de forma permanent, la *capacitat de dret o legal* perquè un jutge ha emès una sentència. També manifesta, que és el metge responsable del pacient, **l'únic** que pot avaluar la possible **incapacitat** de la persona.

La revisió de la bibliografia respecte a la capacitat de les persones grans especifica que aquesta s'ha de presumir sempre (excepte quan existeix una sentència) i que el que s'ha de demostrar és la determinació d'incapacitat i que en cas de dubte, ha de prevaldre la capacitat.(12,13)

Sobre les percepcions de l'autonomia de les persones grans, Gasull M, et al(8) senyalen que: “La persona gran malalta, és una persona autònoma, mentre no es demostrï el contrari”. En aquest article, també es fa menció a la dificultat de trobar sistemes que puguin mesurar el grau de *competència* de la gent gran: “Actualment, no hi ha escales de mesura per valorar el grau d'autonomia dels pacients des de la dimensió ètica com existeixen en les esferes físiques o cognitives”.(8)

Aquesta preocupació per avaluar la capacitat és una qüestió relativament recent i vinculada al nou model de salut en el qual el pacient pot exercir el seu dret d'autonomia. Fins ara a Espanya, tal com manifesta Simon-Lorda(13): “els clínics espanyols, duen dècades fent avaluacions *de facto* als pacients sense eines específicament desenvolupades per tal funció. Ho fan emprant una mescla de sentit comú i experiència professional i que fins fa poc no tenien ni un substrat jurídic on sostenir-se”.

De la mateixa manera que les decisions dels pacients poden ser influenciades per processos no racionals, també ho poden ser les decisions dels metges sobre la capacitat dels pacients i estar influïdes per emocions i actituds del mateix clínic. Encara que aquest fenomen no s'ha estudiat en el domini de la capacitat de decisió, s'ha demostrat que el judici clínic pot estar esbiaixat per nombrosos factors, entre ells la raça, el gènere, l'edat i les respostes afectives.(14)

Hernando Robles et al(12) expliquen el perquè de la necessitat d'emprar eines d'avaluació de la capacitat: “La relació clínica no permet una certesa total sobre la capacitat de la persona i sempre tindrà un caràcter probabilístic i prudencial. Si el que es pretén és que el judici clínic sigui el més fonamentat possible, s'haurien d'emprar eines per l'avaluació de la capacitat de la persona”.

Braun i Moye(15) opinen que la capacitat per la presa de decisions en els adults d'edat avançada és un tema complex que provoca preocupacions sobre els resultats de l'avaluació i manifesten que la importància d'emprar aquestes eines, radica en què aquestes permeten optimitzar la seguretat i l'autonomia quan hi ha dubtes sobre la capacitat de l'adult major relacionada amb la seva salut. Preveuen que en les pròximes dues dècades, hi haurà un augment significatiu de la demanda d'avaluacions de la capacitat decisòria dels adults d'edat avançada.

Als països anglosaxons i sobretot a EEUU, que són pioners en aquest tema, fa anys que treballen en l'avaluació de la capacitat i en desenvolupar eines que puguin ajudar a determinar-la.(12,13,14, 15)

Actualment, a Espanya, l'única possibilitat de ser rigorosos en la validació, és mirar el que fan els altres països on fa més anys que els tests de validació van ser incorporats a la pràctica clínica. Simon-Lorda(13) considera: “Es pot dir que l'avaluació de la capacitat és una de les qüestions clau encara no resolta per la teoria general del consentiment informat”.

Una de les eines més citades a la bibliografia i la que es considera més sòlida per avaluar la capacitat del pacient en la presa de decisions, és el *MacArthur Competence Assessment Tool* (MacCAT-T) recentment traduït al castellà (2012). Amb aquest mètode, es valoren quatre criteris relacionats amb la situació de la malaltia i el tractament que han quedat com essencials per qualsevol avaluació de la capacitat del pacient: comprensió, apreciació, raonament i elecció.(12,13)

S'ha trobat només un estudi fet a Espanya per Hernando Robles et al(12) on s'avaluava, mitjançant aquesta eina la capacitat en la presa de decisions de pacients que presentaven canvis sobtats en el seu estat mental i/o els que rebutjaven el tractament.

No s'han trobat més estudis a Espanya amb aquesta intenció avaluadora de les capacitats dels pacients en la presa de decisions a excepció de l'únic intent espanyol d'elaborar un procediment avaluador de la capacitat, que és el "Document Sitges". Amb aquest procediment, es va fer un estudi a pacients grans amb demència i es va avaluar la seva capacitat a l'hora de prendre decisions. Cal destacar que els mateixos autors conclouent dient: els resultats són arbitraris i s'espera que l'estudi sigui útil per continuar amb la investigació i contribueixi a la defensa del dret a decidir dels pacients.(13)

Simon-Lorda(13) preveu que, a Espanya, mida que es vagi consolidant el nou model de relació professional- pacient anirà sorgint, a poc a poc, la preocupació entre els clínics per la forma d'avaluar la capacitat i afirma que en aquests moments, no existeixen, a Espanya, protocols vàlids per avaluar-la.

Després de la lectura crítica dels articles consultats per trobar resposta a la pregunta sobre si s'avalua la capacitat de les persones grans a Espanya, es pot deduir: que sí que es fa, que sempre s'ha fet, però queda a criteri del metge avaluar-la i no es fa de forma rigorosa. El fet que quedi a criteri del metge responsable, podria induir a biaixos en l'avaluació de la persona gran i considerar a una persona gran, capacitada per decidir sobre la seva salut, com no capaç, la qual cosa vulneraria el seu dret d'autonomia.

El nou model autonomista, comporta que els pacients, cada dia, intervinguin més en la presa de decisions sobre la seva salut, això implicarà una major demanda d'avaluacions de la capacitat. Als professionals responsables de les avaluacions, els hi sorgeixen dubtes que fins ara no s'havien plantejat relacionats amb el dret d'autonomia dels pacients i la presa de decisions, la preocupació per cercar eines fiables per avaluar la capacitat, de forma més rigorosa, es podria considerar un factor protector del dret d'autonomia de les persones grans.

Les infermeres discriminen a les persones grans hospitalitzades per qüestió d'edat?

En la cerca de bibliografia per aquest treball, la paraula que més resultats va generar relacionada amb "actitud infermera" va ser: *ageism*. En català no hi ha una paraula que expressi aquest concepte, la traducció seria: "*discriminació per edat*". La cerca de literatura a Espanya, relacionada amb discriminació per edat, no va donar resultats i els que tractaven el tema, es referien al maltractament cap a persones majors però el concepte *ageism* té matisos diferents, es podria dir que té més a veure amb l'abús i vulneració dels seus drets.

Ageism, discriminació per edat, és un fenomen relativament nou. És un concepte construït socialment, que va ser identificat per primera vegada als Estats Units el 1969 per Robert Butler, com: la visió estereotipada i la discriminació contra persones grans per causa d'edat.(16)

La Comissió Australiana dels Drets Humans i d'Igualtat d'Oportunitats-2010 defineix la discriminació per edat: “és el prejudici contra la gent gran i és un procés d'estereotips sistemàtic i discriminador contra les persones, simplement perquè són grans”. (17)

La bibliografia descriu, com les persones majors ingressades en serveis d'aguts poden ser relegades a una condició inferior i el senyal d'alerta és que una de les raons esgrimides pels professionals, és la manca de temps per atendre-les. Es veu a les persones grans com a persones amb discapacitat mental i en aquest suposat es deixa de tenir en compte els seus desitjos o se'ls tracta d'una manera paternalista, fets que vulnereu el seu dret d'autonomia.(17,18)

S'està parlant d'actituds i valors, així com d'accions per part d'infermeres i d'estudiants d'infermeria que escullen treballar en altres camps com pediatria o urgències per evitar l'atenció a les persones grans.(17,18)

Stone i McMinn(17) també consideren que és un problema d'actitud més que de legislació: “La legislació contra la discriminació està dissenyada per fer front als actes. És particularment més difícil recórrer a la llei per fer front als valors i a les actituds que apunten aquesta acció.

La majoria dels articles consultats que tracten de les actituds infermeres cap a les persones grans, diuen que aquests són vistos com una “càrrega”. L'envelliment de la població i el procés d'envelliment de les societats són mal interpretats per les infermeres, les quals tendeixen a veure a les persones grans a càrrec seu, com un augment del nombre de discapacitats que requereixen més cures i ho tradueixen com una major càrrega de treball.(16,17,18,19)

Kagan i Melendez-Torres(18) afirmen que la discriminació per edat està present en el camp de la infermeria, exacerbada per l'escassetat de mà d'obra i per la manca de coneixements ètics de les infermeres. Una solució seria, valorar el diferencial de treball del personal d'infermeria en l'atenció a les persones grans i, al mateix temps, ressaltar la integritat i la dignitat de la persona en la pràctica infermera.

Alguns articles de la bibliografia consideren que la discriminació per motius d'edat, afecta negativament els resultats en atenció en salut.(17,18,19)

Pope(19) explica com els prejudicis contra els majors tenen un efecte negatiu sobre la qualitat de l'atenció i el temps de recuperació. El comportament negatiu redueix la capacitat dels pacients per mantenir l'autonomia i pot conduir a la prestació de tracte indigne. S'observa que la visió estereotipada cap a les persones grans no permet avaluar amb precisió i imparcialitat la capacitat dels pacients i la cura de la salut necessària i condueix a convertir en dependents a pacients que d'altra manera haguessin estat considerats autònoms. Les causes, i això és important assenyalar-ho, són factors com la manca de personal i recursos, limitacions de temps i rutines que condicionen a les infermeres a fer coses en lloc pacient que vulnereu la seva autonomia.

Per una altra banda, diversos articles(20,21,22) defensen que les infermeres per la seva formació ètica, són les persones més indicades per respectar i fer respectar els drets dels pacients i ressalten els valors necessaris per oferir cures de salut.

Luna Vazquez et al(20) descriuen l'ètica de les cures i els models d'infermera de la següent manera: “La raó de ser de la infermeria són les persones. Les infermeres assumeixen la responsabilitat de cuidar, ajudar a mantenir la salut, de promoure la qualitat de viure, de prevenir les malalties i a ajudar a les persones a viure amb limitacions salvaguardant la seva dignitat i donant suport espiritual en el moment de la mort. La confiança i el respecte cap al pacient és el resultat dels coneixements que tenen i de les cures que brinden, unes cures individualitzades i humanitzades que fan que s'estableixi una relació pacient-infermera privilegiada. Les infermeres han de tenir una formació ètica que les capaciti per resoldre els conflictes morals que es presentin en la pràctica habitual. És el moment d'abandonar postures matern-paternals i reconèixer en el pacient un subjecte autònom”.

Els autors Ivanov i Oden(21) també comparteixen l'opinió de què les infermeres són les encarregades de fer complir els drets i citen en el seu article la **Declaració dels Drets Humans** per poder fer a continuació una reflexió de com influeix l'ètica en la infermeria: “*La Declaració Universal dels Drets Humans estableixen que tots els éssers humans tenen dret a la Igualtat i a la no discriminació sense distinció de raça, color, sexe, origen ètnic, edat, idioma, religió, opinions polítiques o d'un altre tipus o mena, origen nacional o social, discapacitat, propietat, naixement o qualsevol altra condició social*”. Les infermeres han de ser conscients dels principis dels drets humans, com ara la igualtat i no discriminació i assegurar-se que els drets humans dels qui participen en els programes de salut no siguin violats.

La relació entre els drets humans i la professió infermera també és tractat per Phelan: “La discriminació per edat de les persones grans, considerada a través de la lent dels drets humans i de la ciutadania, ofereix una manera única per l'examen de les responsabilitats professionals de les infermeres relacionades amb la cura de persones grans”.(16)

Suhonen et al(22) contextualitzen aquestes cures en la realitat social actual: “En l'ètica infermera, la cura de les persones grans té especial importància. Les raons perquè les qüestions ètiques en l'atenció de les infermeres cap a les persones grans són cada vegada més important, tenen a veure amb els canvis demogràfics de la població. La càrrega de treball èticament competent per atendre a les persones de més edat s'acumula juntament amb l'augment de la població de més edat. La pràctica de l'ètica quotidiana en l'atenció en cures de salut influeix en la qualitat d'aquesta”. En els resultats, els autors exposen que es necessita més investigació per ajudar al desenvolupament d'un alt nivell d'atenció ètica en infermeria per ajudar als pacients d'edat avançada en el manteniment dels seus drets.

Per acabar, una reflexió important és la que fa Pope(19) en l'article on explica com elevar la consciència de les infermeres i on les anima a reflexionar sobre els seus valors personals: “Imagini que vostè és una infermera acabada de titular i entra en un ambient de cures on es tenen actituds negatives cap als adults grans, per exemple, una cultura que demostra discriminació per edat, prejudicis cap als pacients o l'ús de termes condescendents. Com es sentiria sobre confrontar aquestes actituds i tractar de canviar la filosofia local? Quines podrien ser les conseqüències de resistir la norma dels comportaments, les definicions acceptades del que està passant i del que és raonable?”

La conclusió que s'extreu de la literatura consultada per a aquest objectiu és que les infermeres mantenen actituds estereotipades i prejudicis cap a les persones grans i és necessària una major formació ètica per combatre-les.

CONCLUSIONS

Les conclusions no poden ser definitives perquè la bibliogràfica consultada, és només una mostra de tota la literatura al respecte. Faria falta més investigació a Espanya, respecte al dret d'autonomia de les persones grans hospitalitzades i la discriminació per edat, per poder documentar millor el tema.

Les conclusions que s'extreuen de la revisió bibliogràfica i que donen resposta a la pregunta d'investigació són, que no es respecta el dret d'autonomia de les persones grans en l'entorn hospitalari i l'edat és un factor discriminador.

Un altre factor que hi contribueix, és el desconeixement de les persones grans dels seus drets com a pacients. Això implica una auto-discriminació que fa que, moltes vegades les persones grans, no exerceixen en primera persona, el seu dret d'autonomia i és la família o el metge qui decideix per ells.

El fet que actualment, a la pràctica clínica, no s'avalui la capacitat de les persones grans de forma rigorosa, posa en entredit el respecte del seu dret d'autonomia. En el suposat que un pacient gran rebutgi el tractament, que està en el seu dret de fer-ho, de seguida salten alarmes sobre la seva capacitat. En molts casos, la persona gran no és escoltada o no es tenen en compte les seves opinions de la mateixa manera que ho serien les d'un adult, perquè un dels prejudicis sobre la gent gran és que són discapacitats mentals.

La percepció de les infermeres sobre les persones grans és preocupant perquè la demanda d'atenció sanitària requerida, anirà en augment, a l'igual que el nombre de persones grans. Les actituds infermeres cap a les persones grans, tant siguin de sobreprotecció com d'abandó de les seves necessitats, vulneren la seva autonomia personal i constitueixen un factor de discriminació per edat, ja que no se'ls hi dóna el mateix tracte i consideració que a altres pacients adults.

La proposta d'una major formació ètica dirigida a estudiants i a infermeres en actiu, així com dignificar la feina amb les persones grans podria ser la solució a un problema que pertany a tota la societat i no només a les persones grans.

BIBLIOGRAFIA

(1) Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? Gerokomos 2012;23(4):151-155.

(2) Kessel H. Ancianos multiingresadores: no hay peor ciego que quien no quiere ver... ni oír. Revista Española de Geriátria y Gerontología 2003;38(5):294-299.

(3) Barba Martín R, Marco Martínez J, Emilio Losa J, Canora Lebrato J, Plaza Canteli S, Zapatero Gaviria A. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Rev Clin Esp 2009;209(10):459-466.

(4) Milton-Willey K, O'Brien L. Care of acutely ill older patients in hospital: clinical decision-making. J Clin Nurs 2010 05;19(9):1252-1260.

(5) Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2006;29:7-17.

- (6) García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Revista Española de Salud Pública* 2004;78(4):469-479.
- (7) Gómez-Batiste X, Lasmariás C, Gonzalez Barboteo J, Calsina A, Amblas J, Contel J, et al. Reflexions ètiques sobre la identificació, registre i millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada (PCC i MACA).
- (8) Gasull M, Cabrera E, Leino-Kilpi H, Välimäki M, Leomonidou C, Scott AP, et al. Autonomía y consentimiento informado en centros sociosanitarios en Cataluña. Percepciones de ancianos y enfermeras en España (III). *Enfermería Clínica* 2002;12(1):6-12.
- (9) Guix Oliver J, Fernández Ballart J, Sala Barbany J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gaceta Sanitaria* 2006;20(6):465-472.
- (10) Mira JJ, Lorenzo S, Guilabert M, Perez-Jover V. Do Spaniards know their rights as patients? *Int J Qual Health Care* 2012 Aug;24(4):365-370.
- (11) Bórquez G, Raineri G, Bravo M. La evaluación de la "capacidad de la persona": en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 1243-8.
- (12) Hernando Robles P, Lechuga Pérez X, Solé Llop P, Diestre G, Mariné Torrent A, Rodríguez Jornet Á, et al. Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. *Revista de Calidad Asistencial* 2012 0;27(2):85-91.
- (13) Simón Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2008;28(102):325-348.
- (14) Braun MM, Gurrera RJ, Karel MJ, Armesto JC, Moye J. Are Clinicians Ever Biased in Their Judgments of the Capacity of Older Adults to Make Medical Decisions? *Generations* 2009 Spring2009;33(1):78-81.
- (15) Braun M, Moye J. Decisional Capacity Assessment: Optimizing Safety and Autonomy for Older Adults. *Generations* 2010 Summer2010;34(2):102-105.
- (16) Phelan A. Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: implications for nursing discourse. *NURS INQUIRY* 2008 12;15(4):320-329.
- (17) Stone T, McMinn B. What's in a word? Ageism: the bias against older people by the temporarily young? *Nurs Health Sci* 2012;14(4):433-434.
- (18) Kagan SH, Melendez-Torres GJ. Ageism in nursing. *J Nurs Manag* 2013.
- (19) Pope T. How person-centred care can improve nurses' attitudes to hospitalised older patients. *Nursing Older People* 2012 02;24(1):32-37.

(20) Luna Vazquez L, Valiente Duany M, Espinosa Martínez E, Goderich Lalán JM. Cumplimiento de los principios fundamentales de la Bioética por el personal de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* 2004;20(2):1-1.

(21) Ivanov LL, Oden TL. Public Health Nursing, Ethics and Human Rights. *Public Health Nursing* 2013;30(3):231-238.

(22) Suhonen R, Stolt M, Launis V, Leino-Kilpi H. Research on ethics in nursing care for older people: A literature review. *Nurs Ethics* 2010 05;17(3):337-352.

