

# GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL PADAR JAÉN



*Año de Edición: 2019*

A lo largo de esta Guía se ha procurado utilizar una terminología acorde con el lenguaje igualitario, pero con el objetivo de facilitar su lectura, en ocasiones, se han empleado términos como: profesional, cuidador no profesional, cuidador principal, trabajador, residente, tutor, etc., en los que, en su significado, se han englobado ambos géneros.

Esta Guía está elaborada por las personas que integramos la Comunidad de Prácticas (COP) "*Tú decides yo te apoyo*" de Jaén con el apoyo y seguimiento del Proyecto en Comunidad del Instituto Andaluz de Administración Pública. Somos un grupo de profesionales que desarrollamos nuestra actividad profesional en el ámbito de la atención a personas institucionalizadas en centros residenciales de personas mayores, dependientes de la Administración Autonómica, Local u otro tipo de Instituciones. La necesidad de nuestra comunidad es elaborar un Documento de Planificación Anticipada de Decisiones en el ámbito Residencial, en el que se recoja por escrito cuál es la voluntad de la persona cuando ingresa en una Residencia de Personas Mayores, teniendo conservadas sus capacidades intelectivas y volitivas.

Este documento se nutre del Modelo de Atención Centrado en la Persona y pretende orientar tanto a la residencia como a las familias en la toma de decisiones en el caso de que la persona residente tras su ingreso, vea su capacidad alterada o modificada.

El Documento de Planificación Anticipada de Decisiones en el ámbito Residencial, (PADAR JAÉN) es vinculante pero, en cualquier caso, estará sujeto a la disponibilidad de recursos, pudiéndose reforzar su eficacia legal a través de un acta de manifestaciones ante notario.



## **Autoría**

**Adoración Alba Rosales.** Enfermera Gestora. Distrito Sanitario Jaén Sur. Unidad de Gestión Clínica. Federico del Castillo. Servicio Andaluz de Salud.

**Luz García Novoa.** Psicóloga. Directora de la Residencia de Personas Mayores y del Centro de Día de Peal de Becerro (Jaén). MACROSAD S.C.A.

**Inmaculada Moreno Garrido.** Trabajadora Social. Directora Técnica de la Fundación Jiennense de Tutela.

**Isidro Oltra Navarro.** Trabajador Social. Servicio de Valoración de la Dependencia. Delegación Territorial de Igualdad y Políticas Sociales de Jaén.

**Miguel Nicasio Ramírez Jiménez.** Psicólogo. Director de la Residencia de Personas Mayores y del Centro de Día “Buenos Aires”, Fuerte del Rey (Jaén). Gestora Polivalente S.L.

**Silvia Rodríguez Villar.** Terapeuta Ocupacional. Coordinadora de Intervención en Centros Residenciales. MACROSAD S.C.A.

**María Sánchez Anguita.** Pedagoga. Inspectora de Servicios Sociales. Delegación Territorial de Igualdad y Políticas Sociales de Jaén.

**Ana Dolores Sánchez García.** Trabajadora Social y Licenciada en Ciencias del Trabajo. Directora de la Residencia de Personas Mayores y del Centro de Día DomusVi “Condes de Corbull”. Jaén.

**Rocío Sarrión Moreno.** Diplomada en Relaciones Laborales. Directora de la Residencia de Personas Mayores y del Centro de Día “Edades”, Los Villares (Jaén).

**Josefa Soriano Cintas.** Enfermera. Directora de la Residencia de Personas Mayores y del Centro de Día “FOAM”, Mengíbar (Jaén).

**Ramona Vidal Castro.** Psicóloga. Directora Asistencial de la Residencia de Personas Mayores “Santa Teresa” y de la Residencia de Personas con Discapacidad “José López Barneo” Diputación Provincial de Jaén.

## **Asesoría Externa**

**Cristóbal Francisco Fábrega Ruiz.** Fiscal Delegado de Civil, Consumo y Protección de Personas con Discapacidad y Apoyos. Juzgado Decano. Fiscalía Provincial de Jaén.

**Ángel Hernández Gil.** Jefe de Servicio de Clínica Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Jaén. Consejería de Justicia de la Junta de Andalucía. Máster en Ética Médica. Vocal de la Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médico Colegial.

**Carmen Ortega Armenteros.** Especialista en Oncología Médica. Máster en Cuidados Paliativos.

## **Colaboraciones**

**José Ignacio Artillo Pavón.** Asesor Técnico de Proyectos en Comunidad del Instituto Andaluz de Administración Pública (IAAP).

**Juan de Dios Alcázar Serrano.** Jefe de Servicio de Inspección de Servicios Sociales de la Delegación Territorial de Igualdad y Políticas Sociales de Jaén.

**Inmaculada Cuesta Sánchez.** Trabajadora Social y Enfermera.

**José Manuel Coronil Cantero.** Alumno del Ciclo Superior de Iluminación, captación y tratamiento de imagen del Instituto de Enseñanza Secundaria Auringis (Jaén)

**Bárbara Lara Luque.** Alumna del Ciclo Superior de Iluminación, captación y tratamiento de imagen del Instituto de Enseñanza Secundaria Auringis (Jaén)

**Iván Romero Ruiz.** Alumno del Ciclo Superior de Iluminación, captación y tratamiento de imagen del Instituto de Enseñanza Secundaria Auringis (Jaén)

**Antonio Jesús Gámez Higuera.** Profesor Superior de Música, Especialidad Guitarra. Autor y Músico.

## ÍNDICE

¿Para qué sirve esta Guía?	Pg. 8
¿Cómo surge esta Guía? Origen y Evolución	Pg. 11
¿Qué es la Planificación Anticipada de Decisiones en el ámbito Residencial?	Pg. 13
¿A qué personas va dirigida esta Guía?	Pg. 14
¿En qué momento se debe cumplimentar la Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial?	Pg. 14
¿Qué profesional se va a encargar de cumplimentar el PADAR JAÉN?	Pg. 15
¿Quién podría ayudar y firmar junto a la persona residente el Documento de Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial (PADAR JAÉN)? La figura del/la D Representante	Pg. 15
Eficacia legal de un documento privado frente a un documento público. La figura del notario.	Pg.17
<b>CATÁLOGO DE PRINCIPIOS COMUNES DE ESTA COMUNIDAD DE PRÁCTICAS</b>	Pg. 18
<b>METODOLOGÍA DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA</b>	Pg. 25
<b>DOCUMENTO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL PADAR JAÉN</b>	Pg.27
<b>Anexo I:</b> Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial.	Pg.29
Primero.- Alimentación.	Pg. 30

Segundo.- Indicaciones sobre sujeciones mecánicas y químicas.	Pg. 32
Tercero.- Mis relaciones familiares y sociales.	Pg. 34
Cuarto.- Mis relaciones afectivo- sexuales.	Pg. 37
Quinto.- Cuidados que deseo recibir en los momentos finales de mi vida.	Pg. 40
Sexto.- Otras consideraciones y preferencias que deben tenerse en cuenta	Pg. 42
Séptimo.- Información y recomendaciones sobre la cumplimentación del documento PADAR-JAÉN.	Pg. 44
<b>Anexo II:</b> Designación de representante	Pg. 46
<b>Anexo III:</b> Aceptación de la persona que actúa como representante y sustituta del representante.	Pg. 48
<b>CÓMO ACTUAR SI TENEMOS QUE RECURRIR A LA VÍA JUDICIAL</b>	Pg. 50
Cuando el Centro Residencial toma la decisión de solicitar auxilio judicial	Pg. 50
¿Dónde debe dirigirse la residencia el escrito de solicitud de auxilio judicial?	Pg. 50
¿Cómo debe ser dicho escrito?	Pg. 50
¿Qué respaldo legal tiene la petición de auxilio judicial si la persona residente es una persona CON CAPACIDAD DE OBRAR MODIFICADA?	Pg. 51
¿Qué respaldo legal tiene la petición de auxilio judicial si el/la residente es una persona con la CAPACIDAD ALTERADA PERO NO INCAPACITADA JUDICIALMENTE?	Pg. 51
Ingresos Involuntarios	Pg. 52

<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS</b>	Pg. 54
<b>ANEXOS A LA GUÍA</b>	Pg. 61
ANEXO I: Derechos o actos personalísimos de las personas de capacidad modificada (Modificación de la capacidad de Obrar)	Pg. 62
ANEXO II: La Guarda de Hecho	Pg. 70
ANEXO III: Casos Prácticos	Pg. 72

## ¿Para qué sirve esta Guía?

Esta guía es el producto de una Comunidad de Prácticas que nace de la reflexión compartida sobre experiencias prácticas de diferentes profesionales y que tienen intereses e inquietudes comunes.

La misma se elabora con la ilusión, y la aspiración, de ser un producto que pueda **servir de ayuda, ante algunos problemas que surgen en el día a día de la práctica profesional** y saber si se está actuando correctamente ante situaciones en las que se responde a las necesidades, intereses y voluntad de la persona residente o se amolda más a terceros (familia, profesionales, empresa...) cuando se trabaja con personas institucionalizadas en Centros Residenciales.

Con este producto no se pretende dar una solución a todos los problemas que pueden presentarse, no es más que la puesta en común de experiencias y conocimientos de personas que desarrollamos nuestra labor profesional en este ámbito, donde se incluyen algunos casos prácticos, en los que se plantean conflictos y a su vez, se proponen algunas ideas para la resolución de los mismos.

En la actualidad, una parte muy importante de la población padece enfermedades, con diferentes grados de deterioro cognitivo y en muchas ocasiones, sólo a través de su entorno más cercano podemos conocer la historia de vida de la persona usuaria, sus gustos, preferencias, etc.; sin embargo, también hay personas residentes que mantienen intactas sus capacidades o se encuentran en una fase de determinada patología, en la que aún pueden ser competentes para decidir, sobre aquellas cuestiones que le preocupan acerca de su vida en el centro residencial.

Pensamos que **el documento PADAR JAÉN puede resultar una herramienta útil para profesionales y para el entorno cercano de la persona residente, a la hora de dirigir la toma de decisiones, cuando el interesado no esté en condiciones de hacerlo por sí mismo, de la manera más fiel a su voluntad, que previamente ha sido reflejada en este documento.**

Esta Guía, incluye el documento PADAR JAÉN: es una declaración de preferencias que deben respetarse mientras no sean contrarias a la Ley, ni a la normativa interna de los



centros aceptada en el contrato de ingreso, a través de la entrega y explicación del Reglamento de Régimen Interno.

Al concebir el Documento de Planificación Anticipada de Decisiones en el ámbito Residencial como complementario al Documento de Voluntad Vital Anticipada, se mantiene ese mismo formato, reutilizando tres documentos una vez adaptados: Designación del representante, Aceptación de la persona que actúa como representante y Aceptación de la persona que actúa como sustituta en casos de ausencia de quien representa.

La Guía se concibe con vocación de servir de ayuda y complemento al documento que en el ámbito sanitario se denomina Voluntad Vital Anticipada<sup>1</sup>, en el que las personas expresamos nuestros deseos y preferencias respecto a los cuidados de salud que deseamos recibir cuando no podamos comunicarlo por otro medio.

En la actualidad existen documentos de apoyo para declarar anticipadamente la voluntad de las personas:

### **Guía para hacer la voluntad anticipada<sup>2</sup>**

Autoría: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

### **Planificación Anticipada de Decisiones. Guía de apoyo para profesionales.<sup>3</sup>**

Autoría: Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

### **Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental.<sup>4</sup>**

Autoría: Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

### **Guía para la elaboración y registro del documento de voluntades anticipadas<sup>5</sup>**

---

<sup>1</sup><https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/descargasCiudadano.action?0=0&idMenu=58>

<sup>2</sup><https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/descargasCiudadano.action?0=0&idMenu=58>[https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/pdf/guia\\_rva\\_nueva\\_v2.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/pdf/guia_rva_nueva_v2.pdf)

<sup>3</sup> [http://www.juntadeandalucia.es/salud/absys/documento/planificacion\\_anticipada\\_decisiones.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/absys/documento/planificacion_anticipada_decisiones.pdf)

<sup>4</sup><http://www.easp.es/project/planificacion-anticipada-de-decisiones-en-salud-mental-guia-de-apoyo-para-profesionales-y-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud-mental/>

Autoría: Fundación Edad&Vida.

En el ámbito sanitario, la Declaración de Voluntad Vital Anticipada, la podemos realizar con profesionales de la Sanidad y quedará registrada en el Registro único de Voluntades Anticipadas de Andalucía, al que tienen acceso profesionales sanitarios tanto del sector público como del privado de Andalucía y esta **Planificación Anticipada de Decisiones**, queda registrada en la **Historia de Salud o Historia Clínica** (medicación y tratamientos terapéuticos, indicadores de alerta, medidas de contención, la designación o no de representantes, así como todas aquellas cuestiones que el/la paciente considere puedan ayudar a profesionales a realizar su labor, más enfocada en función de sus gustos y prioridades), manifestando el paciente cómo quiere que sean sus cuidados en los momentos finales de su vida con profesionales implicados en su atención sanitaria, proceso en el que pueden participar todas aquellas personas que la interesada permita.

Consideramos pues que la **Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial (PADAR JAÉN en lo sucesivo)** es una herramienta que puede ser **complementaria a los documentos anteriormente descritos**, ya que si bien, guarda ciertas similitudes con las anteriores, no sólo sitúa el foco de interés en aspectos sanitarios, sino que **pretende abarcar cuestiones que pueden afectar a la vida cotidiana de las personas que viven en centros residenciales: relaciones con familiares, cuestiones sociales, afectivo sexuales, la designación de representante, cuidados asistenciales al final de la vida, y de otra índole.**

---

<sup>5</sup><https://www.edad-vida.org/publicaciones/guia-para-la-elaboracion-y-registro-del-documento-de-voluntades-anticipadas/https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2018/10/Gu%C3%ADa-para-la-Elaboraci%C3%B3n-y-Registro-de-la-Declaraci%C3%B3n-de-Voluntad-Vital-Anticipada-Andaluc%C3%ADa-2018.pdf>

## ¿Cómo surge esta Guía? Origen y Evolución

**1.-** La Génesis de esta Guía comienza cuando el **Instituto Andaluz de Administración Pública (IAAP en lo sucesivo) convoca el segundo Taller Semilla “como crear y dinamizar comunidades de prácticas en la Administración Andaluza”**. Este es un proyecto estratégico del IAAP y de la Junta de Andalucía que da valor a los procesos de conocimiento, potenciando el poder transformador de lo colaborativo en las organizaciones.

Desde la Inspección de Servicios Sociales de la Delegación Territorial de Igualdad y Políticas Sociales de Jaén, una inspectora decide solicitar su participación en este proyecto con el objetivo de difundir Buenas Prácticas entre Residencias de Personas Mayores, teniendo siempre como referencia el **derecho real de éstas, y no solo el derecho legal a tomar sus propias decisiones**.

**2.-** El siguiente paso fue **mapear a las personas a las que podría interesar participar en este proyecto**. Se contacta con profesionales que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de la atención a personas institucionalizadas en centros residenciales dependientes de la Administración Autonómica, Local u otro tipo de Instituciones de la provincia de Jaén con distintos perfiles profesionales. Simultáneamente se solicita esta colaboración a las personas responsables de sus respectivas Administraciones y Entidades.

**3.- Se convoca el momento Pre Zero, y el momento Zero** formando la Comunidad de Prácticas, compartiendo y generando **conocimientos nuevos a través del trabajo colaborativo, trabajando voluntariamente y con autonomía**, tenemos igual propiedad en nuestro objetivo, participamos voluntariamente y decidimos qué hacer, cómo hacerlo y cuándo hacerlo con total autonomía. **En el momento Zero trabajamos con una herramienta que es el CANVAS** (lienzo, papel continuo) en el que determinamos de forma colaborativa cual es nuestra carencia, nuestro objetivo, nuestra organización, distribuimos roles, tareas. **El día 9 de mayo de 2018 remitimos al IAAP la carta constitutiva de nuestra Comunidad de Prácticas (COP)** cuyo nombre consensuamos que será:

**“Tú decides, yo te apoyo”**

4.- La COP “Tú decides, yo te apoyo” nos reunimos una vez al mes. Desde nuestra constitución hemos realizado ajustes tanto en el número de integrantes como en nuestra idea de producto final. En un inicio nos planteamos la elaboración de una Guía de Apoyo en la Toma de Decisiones a través del Estudio de Casos Prácticos y Reales. Ha sido con la andadura y consolidación de nuestra comunidad cuando hemos confeccionado un **documento inexistente hasta ahora: PADAR JAÉN, que implica una declaración voluntaria y libre de la persona residente, en la que se planifican y manifiestan decisiones**, cuidados, tratamientos residenciales, deseos, preferencias; creencias, **garantizando la voluntad de la persona residente, si llegara el momento necesario de hacer uso de ellas, porque haya perdido su capacidad de manifestarse por sí misma.**

5.- Como resultado de nuestro compromiso, de las reuniones mensuales, del trabajo autoorganizativo y colaborativo, de los intercambios a través de distintas herramientas digitales (wassap, correos electrónicos, Google Drive, etc.), elaboramos finalmente **esta Guía que contiene el documento PADAR JAÉN.**

6.- En octubre de 2018 esta Comunidad de Prácticas, participa en el Taller de Narrativas Digitales para COPs convocado en Sevilla por el IAAP. Presentamos un Plan de Comunicación en el que se incluye la elaboración de un vídeo complementario a esta Guía. **Un vídeo divulgativo del Documento PADAR JAÉN y de nuestra COP “Tú decides, yo te apoyo”.**

[http://www.juntadeandalucia.es/institutodeadministracionpublica/institutodeadministracionpublica/publico/cops\\_productos.for](http://www.juntadeandalucia.es/institutodeadministracionpublica/institutodeadministracionpublica/publico/cops_productos.for)

A través de la gestión de esta Comunidad de Prácticas, se consigue la colaboración del alumnado del Módulo de Grado Superior de Iluminación e Imagen del Instituto de Enseñanza Secundaria Auringis de Jaén, para la elaboración de este vídeo y del Músico y Profesor Superior de Guitarra.

7.- Es así como aquella primera idea generadora de esta Comunidad de Prácticas evoluciona y se materializa en **2 subproductos:**

- **Guía para la elaboración del documento PADAR JAÉN.**

- **Video de sensibilización y difusión.**

**8.-** En abril del 2019 se reúne la Comunidad de Prácticas con la Asesoría Externa para su publicación y difusión; enviando el entregable al IAAP para su publicación en la Página web.

**9.-** Esta Comunidad de Prácticas finaliza con la Publicación de la Guía para la Elaboración del documento PADAR JAÉN y las Jornadas de Presentación de la misma.

**10.-** El siguiente paso será crear una Comunidad de Prácticas nueva con la finalidad de validar el documento PADAR JAÉN, poniendo en funcionamiento una **Experiencia Piloto** cuyo ámbito de aplicación se limitará a los Centros Residenciales y Unidades de Estancia Diurna de Jaén y provincia participantes en este Proyecto.

Con el objetivo de identificar posibles desviaciones y/o deficiencias en el mismo. Recurriremos a una Metodología Observacional, mediante la elección de residentes que cumplan los requisitos establecidos, teniendo en cuenta el periodo de adaptación, el personal responsable de cumplimentar documento y otras variables. Se registrarán sistemáticamente los datos obtenidos, se analizarán los resultados y consecuentemente se realizarán las modificaciones correspondientes en el procedimiento.

La experiencia piloto contemplará:

- El diseño de una Actividad Formativa a Profesionales PADAR JAÉN
- Elaboración de un Protocolo de Información.

Consiguiendo validar el documento PADAR JAÉN y mejorar los aspectos que se requieran.

### **¿Qué es la Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito residencial?**

Durante la estancia de una persona en un Centro Residencial, se le ofrecerá la posibilidad de realizar el documento PADAR JAÉN. **Es una declaración voluntaria y libre de la persona residente**, en la que se planifican y manifiestan:

**DECISIONES, CUIDADOS, VALORES, DESEOS, PREFERENCIAS  
CREENCIAS.**

Garantizando con este instrumento su voluntad, si llegara el momento necesario de hacer uso de ellas, porque haya perdido su capacidad de manifestarse por sí misma.

**El documento PADAR JAÉN es una herramienta que permite a la persona residente poder vivir de acuerdo con sus decisiones.**

Esta declaración solo se realizará cuando exista capacidad y ésta será valorada por el personal facultativo competente.

En la planificación, contaremos con familiares y personas de referencia designadas libremente por el residente. También hay que tener presente que el documento PADAR JAÉN es un mecanismo de apoyo a la toma de decisiones para las familias y profesionales de la residencia.

### **¿A qué personas va dirigida esta Guía?**

Esta guía va dirigida a cualquier persona mayor usuaria de un Centro Residencial que tenga preservadas sus capacidades cognitivas y/o volitivas, entendiendo las primeras como la capacidad de comprensión, es decir, la habilidad que tiene una persona de entender lo que hace, y las segundas, como la habilidad de una persona de actuar en función de lo que comprende o, dicho de otro modo, la capacidad de controlar sus actos<sup>6</sup>.

**Aunque la persona estuviera judicialmente incapacitada, podría realizar el documento PADAR-JAÉN, con el apoyo de su tutor/a (representante Legal) e incluso sin su apoyo, si tiene capacidad natural suficiente. La incapacitación judicial no implica necesariamente que carezca de la capacidad suficiente para este acto, como para otros.**

### **¿En qué momento se debe cumplimentar el documento PADAR JAÉN?**

Siempre se tendrá en cuenta el periodo de adaptación del centro, para que la persona residente pueda conocer bien las normas y funcionamiento de ese nuevo entorno. El

---

<sup>6</sup>. [www.universidadviu.es/capacidad-volitiva-cognitiva/](http://www.universidadviu.es/capacidad-volitiva-cognitiva/)

documento PADAR JAÉN podría cumplimentarse a partir del tercer mes de ingreso en el centro, aunque a veces, este periodo de tiempo dependerá de las circunstancias individuales de cada persona y del momento concreto.

Transcurrido el periodo propuesto, **se informará a la persona residente de la existencia de esta declaración**, para que decida si quiere llevarla a cabo y reflexione sobre las decisiones a tomar y sobre las personas y/o familiares que desea que se vean implicados en la ejecución de este documento. **En cualquier caso entre la información y el consentimiento se debe contemplar un periodo de reflexión**, anotando tanto la fecha en la cual el profesional informa y aquella en la que la persona residente firma el consentimiento.

**No debe realizarse cuando la persona no tenga capacidad y cuando la persona se niegue a realizarlo, ya que es un proceso totalmente voluntario.**

### **¿Qué profesional se va a encargar de cumplimentar el documento PADAR JAÉN?**

Para poder llevar a cabo el registro del documento PADAR JAÉN facilitando al residente dicha labor y en un entorno que genere confianza, desde **el centro residencial se establecerá previamente el personal técnico más adecuado y con formación en esta materia para su desarrollo**. Esta selección se llevará a cabo en un comité del centro en el que participe la directiva, así como todos los miembros del equipo técnico.

### **¿Quién podría ayudar y firmar junto a la persona residente el documento PADAR JAÉN?**

#### **La figura del /la Representante**

PADAR JAÉN es un documento personal e intransferible, es por lo que se ha de tener una especial sensibilidad, mucha seguridad y cuidado y gran respeto a la hora de cumplimentarlo, hasta el punto que, lo aconsejable, es no hacerlo en solitario sino escuchando aquellas personas que puedan aconsejar y/o solventar las dudas que pudiesen surgir. Ésta o éstas, puede ser una o varias y serán elegidas libremente por la

persona residente han de generarle mucha seguridad y confianza, siendo, normalmente, personas muy próximas a él/ella.

La persona de apoyo puede ser un familiar muy cercano a él o ella, normalmente su cónyuge o sus hijos/as, con quién se ha compartido muchas vivencias y en quién se confía plenamente pudiendo llegar a ser, en muchas ocasiones, la persona de enlace entre el Centro Residencial y la familia (**persona de referencia**). En otras, puede que esa persona sea alguien de su familia, no tan cercana como las anteriores, pero con la que tiene y le inspira mucha confianza y seguridad, la suficiente como para querer contar con él/ella para que le ayude con este documento, por ejemplo, un/a hermano/a o un/a cuñado/a (**familiar de confianza**). Por último, puede que la persona residente tenga afinidad especial con alguien que no sea de su familia, pero con quien comparte o ha compartido muchos momentos y vivencias y que le proporciona esa seguridad, tranquilidad y bienestar necesarios para esta tarea de ayuda, pudiendo esta persona encontrarse fuera del Centro Residencial, por ejemplo, un/a vecino/aa (**persona de confianza**) o dentro del mismo, por ejemplo, un/a trabajador/a (**personal de confianza**), que puede coincidir o no, con el profesional de referencia.

### **El papel de la familia en este contexto de intervención.**<sup>7</sup>

La familia puede sentir ambivalencia entre la protección a la persona mayor y el respeto a la autonomía en sus decisiones. Cuesta encontrar un equilibrio entre ayudar e incapacitar, entre colaborar y suplantar.

Bajo el argumento “porque es lo mejor para él/ella”, a pesar de entrar en contradicción en esa decisión con la persona mayor, se mantiene en muchas ocasiones, una relación vertical, inspirada en el paternalismo que vulnera derechos. Aun así, la familia es un soporte importante para las personas mayores, por lo que debemos equilibrar la presencia de la misma en la toma de decisión. **Habrà que distinguir la competencia de**

---

<sup>7</sup> Gómez Trenado, R: La autodeterminación de la persona mayor en la intervención social: la protección a su toma de decisión Trabajo Social hoy. Pág. 29, 30, 31



**la familia para apoyar a una persona con capacidades limitadas y la autoatribuida sin fundamento.**

Como profesionales debemos **acompañar a las familias**, para lograr un afrontamiento adaptativo, a los cambios del ciclo familiar: respetando la toma de decisión de la persona mayor, de acuerdo con su vida, lo compartan o no, con una actitud participativa y abierta.

## **Eficacia legal de un documento privado frente a un documento público**

### **La figura del notario**

El documento PADAR JAÉN es un escrito de carácter privado que, por el momento, no consta en ningún registro público como sí sucede, por ejemplo, con el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Como documento privado cabe decir que, aunque la ley le concede valor, es a la vez, un documento de difícil calificación. En cualquier caso se le debe exigir la firma porque contiene una declaración de voluntad y la firma es la expresión del consentimiento. Lo cierto es que por razones de seguridad jurídica y para dotarlo de la autenticidad suficiente y reconocerle valor probatorio teniendo, además, efectos frente a terceros, es recomendable que el documento privado sea reconocido y recepcionado por la dirección del centro.

El notario como fedatario público será el que garantice la verdadera procedencia subjetiva del documento e incluso la capacidad del otorgante mediante un acta de manifestaciones. Dicha acta tendrá siempre más valor que la firma legitimada, pues con ella no se valora la capacidad del sujeto sino sólo la verdadera identidad del que firma. **El documento PADAR JAÉN como cualquier acuerdo entre partes, vincula, sin perjuicio o no de revisión notarial, a no ser que sea requerido específicamente.**

## **CATÁLOGO DE PRINCIPIOS COMUNES DE LA COMUNIDAD DE PRÁCTICAS “TÚ DECIDES, YO TE APOYO”**

Se decide en las reuniones de la Comunidad de Prácticas elaborar un catálogo de Principios Comunes que oriente y dirija nuestra praxis profesional, evaluando la carga ética de sus resultados. Intervenir partiendo de la necesidad de la persona usuaria, no de necesidades externas a ella, garantizando una Atención Integral basada en la persona “... la atención dirigida a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de calidad de vida y bienestar de la persona partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias, contando con su participación activa...” (Rodríguez, 2010).

Cualquier entidad que preste un servicio de intervención con personas mayores debe autoevaluarse, desde el inicio y durante la prestación del servicio, con la finalidad de mejorar en aquellos aspectos que presenten carencias.

Pensamos que esta guía, debe sostenerse en unos principios básicos sobre los que descansen las decisiones profesionales, que apoyen la voluntad de la persona y basados en Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, conlleva la obligación de respetar los valores, ideas, creencias y otras preferencias de la persona. Reconocer el proyecto de vida de la persona residente.

Dichos principios pasamos a exponerlos seguidamente:

### **DIGNIDAD**

Es un principio formal universal y absoluto, aplicable a todos los seres humanos. El respeto a la dignidad es una obligación moral absoluta y un principio que ha de respetarse siempre. La dignidad deriva de una serie de rasgos que hacen a la persona única e irrepetible y de un proyecto vital<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Gómez Trenado, R: La autodeterminación de la persona mayor en la intervención social: la protección a su toma de decisión. Trabajo Social hoy. Pág. 22.

## **PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA <sup>9</sup>**

Son principios materiales universales y no absolutos, aplicables a cualquier ser humano, pero puede haber situaciones excepcionales en las que no es obligatorio cumplirlos. Dichos principios son 4:

### **1.- AUTONOMÍA**

La capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como desarrollar las actividades de la vida diaria.

Consiste en la posibilidad de actuar o pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado<sup>10</sup>.

Es el principio del respeto a la libertad y responsabilidad de la persona usuaria, quien debe valorar aquello que considera lo que es bueno para ella”

Todo el personal tiene el deber o la obligación de respetar los valores, ideas, creencias, y en definitiva el proyecto de vida del usuario.

#### **Indicadores:**

- Información, veracidad y consentimiento.
- Intimidad, privacidad y confidencialidad.
- Voluntades anticipadas, testamento vital.
- Valoración integral de la persona antes de la toma de decisiones.
- Tomar su decisión sin coerción o control externo.

---

<sup>9</sup> Goikoetxea Iturregui, M.: Aspectos éticos en la atención a personas mayores.

<sup>10</sup> Navarro Ibáñez, M.C: Taller de Sensibilización de Derechos y Obligaciones de la persona Mayor residente. Pág. 26.

## **2.- BENEFICENCIA**

Implica la obligación de hacer el bien a la persona según su proyecto de vida y preferencias. La actuación de la persona profesional siempre irá destinada a buscar el mayor beneficio de la persona usuaria, lo cual obliga a realizar una ponderación de riesgos y beneficios donde su opinión no es ajena, sino trascendental.

### **Indicadores:**

- Limitar las decisiones sustitutorias.
- Adecuar la tutela y la curatela.

## **3.- JUSTICIA**

Deber de no discriminar a una persona en cuanto a los recursos que le corresponden. Obrar conforme al Derecho de la persona (Derecho Legislativo y Derecho Ético).

Se trata del principio que exige tratar a todas las personas con la misma consideración, sin discriminaciones. Se logra con equidad, protegiendo más a quien más lo necesita, no sólo en la macro-distribución de recursos económicos sino también en la dedicación de tiempo de atención por parte del profesional.

### **Indicadores:**

- Distribución de los recursos sociosanitarios existentes.
- Respeto al derecho a determinados tratamientos.

## **4.- NO MALEFICENCIA**

Obligación de no dañar con la atención biopsicosocial, la integridad física o psíquica de la persona usuaria. Es denominado el principio *primum non nocere*. Ante todo no hacer daño. Se debe procurar que la vida y la salud de cualquier ser humano sea tratada con el mínimo decente de atención y cuidado.

### **Indicadores:**

- Buen trato a la persona.
- Medidas proporcionadas para cuidar la salud (diagnósticos y tratamientos necesarios).
- Acceso a cuidados paliativos.

## PRINCIPIOS ÉTICOS LIGADOS A LA ÉTICA DE LA VIRTUD

- Lealtad y empatía con la persona usuaria.
- La benevolencia
- La compasión
- La prudencia
- El conocimiento
- La formación continuada

### AUTODETERMINACIÓN<sup>11</sup>

**La autodeterminación como capacidad** se refiere según Wehmeyer (1996) a “las capacidades, habilidades y actitudes requeridas para que uno actúe como el principal agente causal en su propia vida, así como para realizar elecciones con respecto a las propias acciones, libre de interferencias o influencias externas indebidas, es decir, que la persona dirija su propia vida, en lugar de ser dirigida por otros”.

**La autodeterminación como derecho:** consiste en la garantía real para las personas, al margen de sus capacidades, de tener un proyecto vital, basado en su individualidad e identidad y ejercer control sobre el mismo. En personas con capacidad alterada, el ejercicio de la autodeterminación puede ser indirecto (mediado por otras personas) y se logra mediante los apoyos adecuados.

---

<sup>11</sup> Cobo Molina, C. VVAA: Protocolo de Atención Personalizada para personas con discapacidad usuarias de Servicios Residenciales y de Atención diurna. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Pág. 24, 25.

## APOYO<sup>12</sup>

Apoyar significa garantizar que la persona tenga el poder efectivo en la toma de decisiones sobre su vida. El apoyo supone una asistencia que en la toma de decisiones, presupone el derecho de la persona a ejercer los propios derechos con autonomía e independencia personal.

Si la persona comprende y tiene un criterio propio, decide y consiente ella. El apoyo puede servir, para ayudarle a conocer las consecuencias de su decisión, pero no para sustituir su voluntad. Y aún en el caso de personas que carezcan de criterio propio suficiente y otro deba tomar la decisión por ella, en la medida de lo posible debe contar con su voluntad, bien si la expresó antes de que sobreviniera la capacidad alterada o bien la **hipotética voluntad identificable** por el tutor o el guardador, teniendo en cuenta todos los factores posibles (el comportamiento seguido en otras ocasiones, por la persona interesada, sus valores, principios, personalidad, etc.).

## CALIDAD DE VIDA<sup>13</sup>

Definir el concepto de calidad de vida no es fácil, el mismo tiene que ver con la excelencia, con lo bueno o deseable. También tiene que ver con la vida, con lo humano, aspectos esenciales en la persona.

La definición más actual, contempla la calidad de vida como una combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderada por una escala de importancia que refleja los valores personales, las aspiraciones y las expectativas de la persona. Por lo tanto, se combinan evaluaciones objetivas y subjetivas (En PCP, una metodología coherente con el respeto al derecho de Autodeterminación, revista Siglo Cero).

---

<sup>12</sup> Cobo Molina, C. VVAA: Protocolo de Atención Personalizada para personas con discapacidad usuarias de Servicios Residenciales y de Atención diurna. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Pág. 27, 28.

<sup>13</sup> Cobo Molina, C. VVAA: Protocolo de Atención Personalizada para personas con discapacidad usuarias de Servicios Residenciales y de Atención diurna. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Pág. 22, 23,24.

## LEGALIDAD

Con este principio hacemos referencia al efectivo amparo de los derechos Constitucionales de las personas mayores, para alcanzar un efectivo amparo de estos derechos, el eslabón básico va a ser el de “**dignidad de la persona**”.

En el **art. 10 de la Constitución Española**, establece que la dignidad de la persona es fundamento del orden político y de la paz social. Junto a ello, dentro de los principios rectores de la política social y económica está el deber de los poderes públicos a realizar una política específica al amparo de las personas más vulnerables.

Según la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**, en el art. 4 se reconocen los derechos de las personas en situación de Dependencia, subrayamos de todos ellos, los siguientes:

- a. A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.
- b. A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.
- e. A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.
- f. A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.
- g. A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.
- h. Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamiento involuntario, garantizándose un proceso contradictorio.

Dentro del principio de Legalidad, tenemos que hacer una mención importante a **la Ley 9/2016 de 27 de diciembre de Servicios Sociales de Andalucía**. En la **Exposición de Motivos** de la misma, **apartado V**, haciendo referencia a los contenidos del **Título I** dedicado a la Ciudadanía y a los Servicios Sociales, en el **primer capítulo**, se detallan los derechos que asisten a la ciudadanía en general y a las personas usuarias de los

servicios sociales y a las personas residentes en los centros en centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma. Este enfoque es más específico a la hora de garantizar la libertad, la autonomía y la dignidad de las personas que viven en un centro. En el elenco de derechos se introducen elementos novedosos en el ámbito de los servicios sociales, como es el **derecho a poder expresar la propia voluntad de forma anticipada y a que sea respetada una vez la persona tenga limitado su raciocinio y su capacidad de obrar.**

La Ley define la **Autonomía Personal** como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

**En el Título I, La Ciudadanía y el Sistema Público de Servicios Sociales, Capítulo I sobre Derechos y Obligaciones, artículo 9,** sobre derechos de la ciudadanía en relación a los servicios sociales, **apartado g)** se recoge el derecho a dar instrucciones previas para situaciones futuras de limitación de la capacidad de obrar respecto a la asistencia o cuidados que se le puedan procurar. **En el artículo 10** sobre derechos de las personas usuarias de los servicios sociales, en el **apartado f),** se recoge como derecho la participación en el proceso de toma de decisiones sobre su situación personal y familiar, así como a dar o denegar su consentimiento en relación con una determinada intervención. Este consentimiento deberá ser otorgado siempre por escrito cuando la intervención implique ingreso en un servicio de alojamiento o en un centro residencial. En caso de las personas con capacidad modificada o personas menores de edad, se estará a lo que resulte de la correspondiente resolución judicial o administrativa. **En el artículo 11** sobre los Derechos de las Personas Usuarias de Centros Residenciales y Centros de Día, **en la letra l)** se recoge el derecho a obtener facilidades para hacer la declaración de voluntades anticipadas, de acuerdo con la legislación vigente.



El **Modelo de Envejecimiento Digno y Positivo (Modelo EDP<sup>14</sup>)** contempla cinco **principios básicos**: la Bioética (ya descrito), la Participación Activa, la Inteligencia Colaborativa, el Bienestar y la Corresponsabilidad, que pasamos a describir en el glosario de términos.

## **METODOLOGÍA PROPUESTA PARA HACER EFECTIVOS LOS PRINCIPIOS, VALORES, DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN LOS CENTROS RESIDENCIALES: LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA**

Los principios que hemos descrito anteriormente, suponen un **nivel de ideología**, que compartimos el personal para mejorar prácticas profesionales, pero también necesitamos un **nivel de estrategia**; para ello contamos con un modelo de intervención **denominado Planificación Centrada en la Persona<sup>15</sup>** que es una mezcla de ideología y de estrategia (**Hulburn, 2003**).

El Modelo de Atención Centrada en la Persona, implica un **nuevo método de planificar la intervención con las personas mayores**:

- Pretende que la persona, con el apoyo de un grupo de personas significativas para ella, formule sus propios planes y metas de futuro, así como las estrategias, medios y acciones para ir consiguiendo avances y logros en el cumplimiento de su plan de vida personal.
- Es una metodología coherente con los principios de autodeterminación y derechos.
- Permite la participación de diferentes personas relevantes, pero se priorizan y mantienen las metas de cada persona.

---

<sup>14</sup>Aguilar Fernández Toñi, Carrillo Oya Alicia, Grande Gascón María Luisa, Bonachela Payarés Rosa, Romero Alcázar Eduardo y González López Lucia: “Modelo EDP. Envejecimiento Digno y Positivo”. Cuaderno 0.Cuidados. Edita Fundación Ageing Lab. Enero 2016

<sup>15</sup> Protocolo de Atención Personalizada para personas con discapacidad usuarias de Servicios Residenciales y de Atención diurna. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Pág. 27

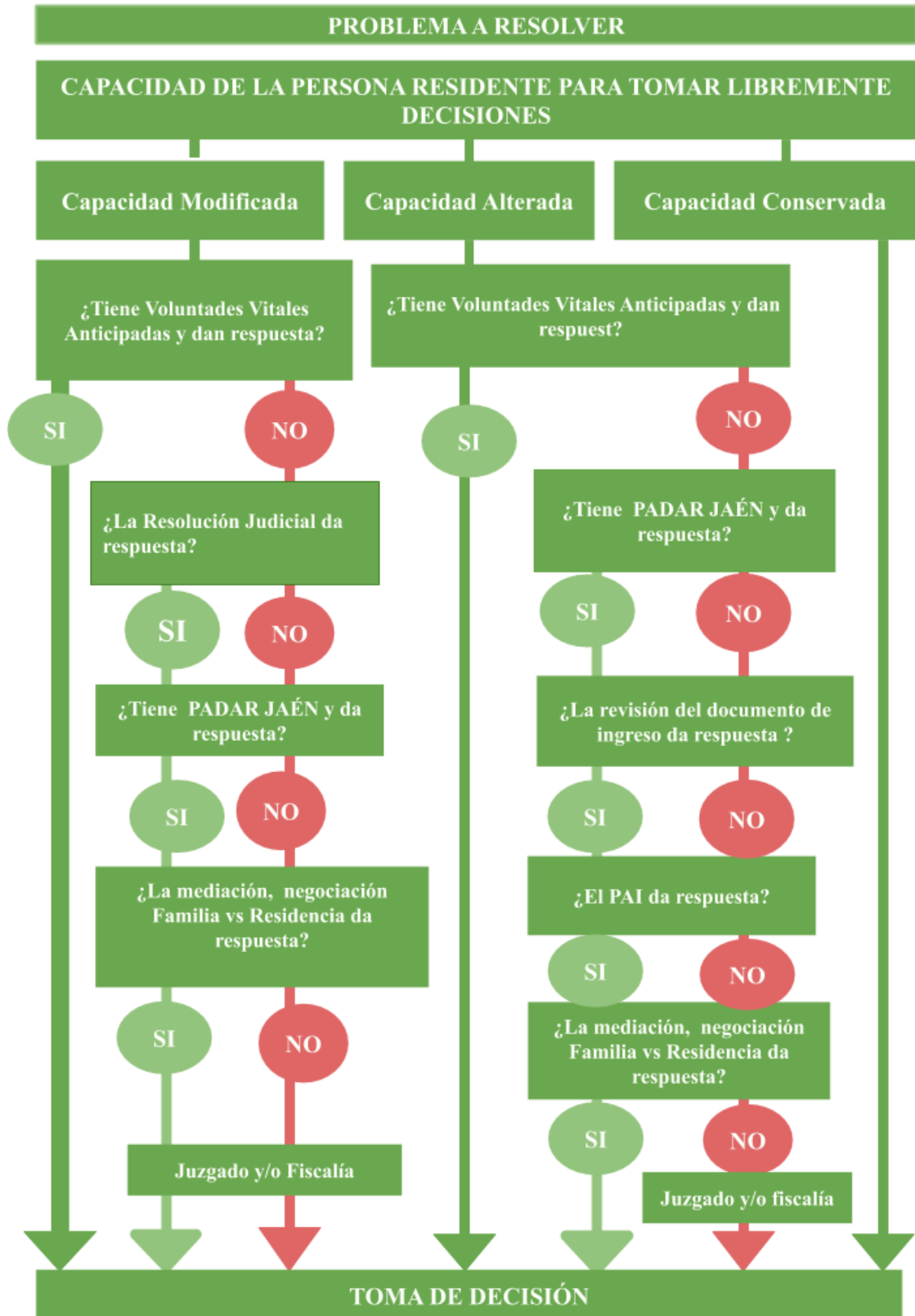
- El Plan de Atención Individualizado (PAI en lo sucesivo) surge de un proceso de negociación en el que se valoran todas las posibilidades respetando los intereses de la persona protagonista.
- Con el diseño del PAI pretendemos dar respuesta a las necesidades y expectativas que cada residente pueda plantear en los distintos ámbitos de su vida, por lo tanto están orientados a mejorar la calidad de vida.
- El objetivo de los Centros Residenciales es atender con eficacia los cuidados básicos y promover programas que satisfagan las necesidades integrales de las personas.
- Los y las profesionales se relacionan desde el conocimiento de las historias de vida y desde la escucha de la persona, para comprender y respetar su propia biografía, sus valores y su propia manera de ser (en todo aquello que no suponga un obstáculo para la convivencia).
- Con el modelo de Atención Centrado en la Persona (ACP en lo sucesivo) se supera la mera prestación asistencial o un servicio de larga estancia, estimulando todas las áreas de funcionamiento personal.
- Se enfatiza el desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), tanto básicas, instrumentales y avanzadas o volitivas.

Como profesionales debemos conocer que la importancia del “quehacer” no es solo saber cómo hacer algo, sino indagar su razón, por qué y para qué se está dando esta toma de decisión, hacia dónde va, qué mejora introduce en función del protagonista, dentro de la autodeterminación de la persona y de la ética e integridad del profesional. La interferencia en los planes de vida de las personas, requiere de una justificación bien fundamentada, no basada en el paternalismo y sobreprotección.

**Los/las profesionales debemos tener presente que quien decide es la persona mayor y que esa decisión no está exenta de riesgos.**

**DOCUMENTO DE PLANIFICACIÓN  
ANTICIPADA DE DECISIONES EN EL  
ÁMBITO RESIDENCIAL  
PADAR JAÉN**

## MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL



## ANEXO I (Página 1 de 17)

### PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL<sup>16</sup>

Yo, D/D<sup>a</sup>

con D.N.I./NIE PASAPORTE N°

NUHSA

#### MANIFIESTO

Que mediante este Documento **de Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial, que cumplimento voluntariamente y en plenas facultades expreso mis deseos, valores y preferencias** que se respetarán tanto por mi familia como por la Residencia en la toma de decisiones que afecten a mi persona **en el caso que mi capacidad se viera alterada y/o modificada.**

**Asimismo manifiesto que:**

Tengo/ No tengo cumplimentada la Declaración de Voluntad Vital Anticipada con n°

#### DECLARO

#### VALORES QUE SE HAN DE TENER EN CUENTA Y QUE SUSTENTAN MIS DECISIONES Y PREFERENCIAS

Deseo que las personas que tengan que tomar decisiones en mi lugar cuando me encuentre en una Residencia y yo no pueda expresar personalmente mi voluntad, tengan en cuenta los valores recogidos en este documento **que podré revisar y/o revocar en cualquier momento.**

**Este Documento es éticamente vinculante, su eficacia legal se puede reforzar ante Acta Notarial, es revocable en cualquier momento por la persona residente y en cualquier caso se adaptará a la disponibilidad de recursos.**

---

<sup>16</sup> Tamayo Velázquez, MI; Simón Lorda, P; Méndez Martínez, C; García León, FJ.: Guía para hacer la voluntad vital anticipada. Edita Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2012, Pg.13

## ANEXO I (Página 2 de 17)

### PRIMERO.- ALIMENTACIÓN

En este apartado se hace referencia a las voluntades y preferencias en cuanto a la alimentación e hidratación si en algún momento, por el curso natural de una enfermedad crónica avanzada o en situación de cuidados paliativos, la persona mayor no puede alimentarse por sus propios medios y es necesario la aplicación de soporte nutricional artificial.

Si la persona puede tomar alimentos por vía oral, pero con dificultad para deglutir otras formas de alimentación e hidratación serían:

- Modificación de la textura de los alimentos: espesantes y triturados.
- Alimentación y modificación del volumen con distintos tamaños de cuchara.
- Suplementos nutricionales.

El Soporte Nutricional Artificial es la forma de alimentar a una persona cuando ésta es incapaz de ingerir los alimentos por vía oral. Hay tres formas de alimentar a las personas por este medio que son:

- Nutrición enteral mediante sonda Nasogástrica o mediante sonda Gástrica (tubo que se introduce por la nariz y llega hasta el estómago o tubo que llega directamente al estómago).
- Nutrición Parenteral (sueros nutritivos por vía venosa).
- Hidratación con sueros por vía venosa.

### Orientación Profesional

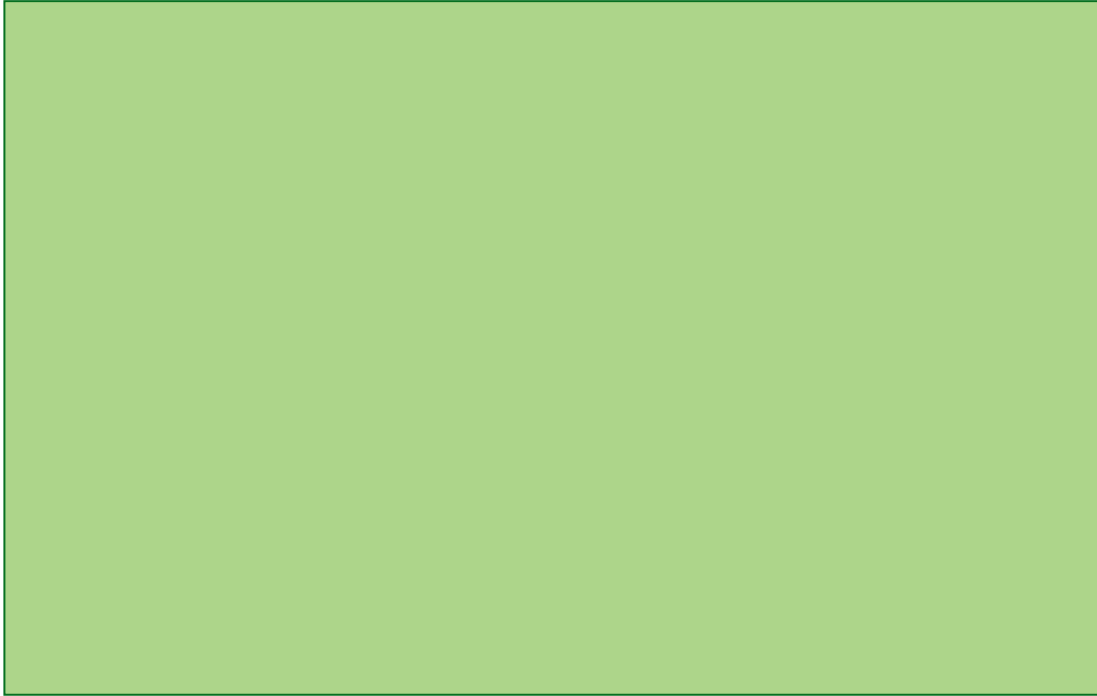
#### **Ejemplo:**

He observado que no puedo masticar y tragarme los alimentos como antes, cuando mi situación empeore me gustaría tomar la comida triturada pero no quiero comer con jeringa ni tampoco que me pongan una sonda.

Quiero comer lo que pueda y hasta donde pueda.

**ANEXO I (Página 3 de 17)**

**Mis preferencias en este caso serían**



**Se remite al Caso n° 1 del anexo III de la Guía**

## **ANEXO I (Página 4 de 17)**

### **SEGUNDO.- INDICACIONES SOBRE LA APLICACIÓN DE SUJECIONES MECÁNICAS Y QUÍMICAS<sup>17</sup>**

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la contención mecánica, debe entenderse como “métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjugarse por otros medios terapéuticos”.

Según el Decreto Foral 221/2011 del 28 de septiembre que regula el uso de sujeciones mecánicas y químicas define:

#### **SUJECIONES FÍSICAS**

Intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamientos de una persona, o de la libertad de sus movimientos, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a su cuerpo, del que no puede liberarse con facilidad.

#### **SUJECIONES QUÍMICAS**

Intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona o de la libertad de sus movimientos o actividad física mediante cualquier fármaco.

---

<sup>17</sup> Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas y enfermos de Alzheimer. Programa “Desatar al anciano y al enfermo d mayores e Alzheimer”. Madrid. CEOMA 2005



## **ANEXO I (Página 5 de 17)**

### **Orientación profesional**

#### **Ejemplo:**

Mi hijo quiere que me pongan las barandillas y me aten en la cama para evitar más caídas. Yo sé que él lo hace porque se preocupa por mí y que no quiere que me ocurra nada, pero por favor no me atéis, deseo sentirme con libertad de movimiento. Si me tengo que caer pues me caeré pero no quiero que me aten.

#### **Mis preferencias en este caso serían**



**Se remite al Caso nº 2 del anexo III de la Guía**

## **ANEXO I (Página 6 de 17)**

### **TERCERO.- MIS RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES**

Siguiendo una metodología coherente al derecho de autodeterminación, es la persona como sujeto activo y como centro de la organización, la que decide sobre su red de apoyo así como su participación e implicación en el entorno residencial.

La vida social y relaciones sociales y familiares futuras, serán planificadas por la persona residente desde su punto de vista y preferencias, siendo la organización un servicio profesional de apoyo a la persona residente. El centro debe, desde el inicio, informar de todos los derechos y deberes de una forma clara y comprensible, para poder así garantizar la libre elección y unos niveles de vida comunes al resto de la ciudadanía<sup>18</sup>.

Desde la premisa de que ninguna persona es igual a otra en gustos, experiencias, historia de vida y preferencias, se llega al enfoque de la atención personalizada con la Planificación Centrada en la Persona, es decir, la planificación guiada por la persona residente y la red que ésta define como su red de apoyo, siendo el centro residencial y los/las profesionales, quienes deben apoyar en este proceso de planificación, como facilitadores del proceso, orientando las prácticas profesionales hacia el concepto de calidad de vida y ser persona<sup>19</sup>.

Así en este apartado se reflejarán las preferencias de relación y comunicación tanto dentro del centro residencial como con el entorno.

---

<sup>18</sup> Manual de Estándares de calidad. Agencia de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Pág. 17, 29 y 30.

<sup>19</sup> Planificación centrada en la Persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la Práctica. Publicado en Revista Siglo Cero, Vol. 35 (1) nº210,2004. Autores: M<sup>a</sup> Ángeles López Fraguas, Ana Isabel Marín González, José María de la Parte Herrero. Pág. 2-15.

## **ANEXO I (Página 7 de 17)**

Se podrá reflejar las preferencias en las visitas y/o llamadas a recibir dentro del centro, las salidas al exterior, preferencia en tipo de habitación, en caso de que exista opción de elección y con quien compartirla, así como preferencia de familiares de apoyo, y personal de referencia.

El centro estará especialmente atento a la necesidad de la persona residente en la fase de Acogida y Adaptación para evitar el aislamiento y la soledad favoreciendo la compañía y el acompañamiento, la comunicación, el respeto de los momentos de intimidad, mediar en los conflictos con otros residentes, etc.

Es importante que para facilitar la adaptación a un centro residencial, se pueda dejar constancia de la preferencia de la persona residente en participar en actividades grupales y lúdicas, así como incentivar su participación en foros y cuantas actividades le puedan interesar a nivel socio afectivo.

El objetivo final siempre es planificar la vida social y familiar, tal y como la persona residente quiere y desea tenerla, con el límite vital de respeto a los derechos de las demás personas.

### **Orientación profesional**

#### **Ejemplos:**

Quiero recibir todas las llamadas telefónicas y visitas de todos mis familiares y/o amistades.

Quiero que mi imagen se pueda utilizar en redes sociales.

Me gustaría compartir habitación con una persona afín a mí.

Me gustaría estar habitualmente en las zonas del Centro Residencial habilitadas para compartir con otras personas (salas de estar, salas de T.V., salas de lectura,...).

Me gustaría pasar la mayor parte del tiempo que se pueda en mi habitación.

Me gustaría participar en las actividades sociales y/o colectivas organizadas por el Centro Residencial tanto fuera como dentro del Centro Residencial.

**ANEXO I (Página 8 de 17)**

**Mis preferencias en este caso serían**



**Se remite al Caso n° 3 del anexo III de la Guía**

**CUARTO.- MIS RELACIONES AFECTIVO SEXUALES**

Todas las personas que viven en una residencia siguen siendo ciudadanos y ciudadanas con plenos derechos, y por tanto tienen libertad, para mantener relaciones afectivo sexuales, con la única limitación de ser aceptada o consentida por ambas partes, siempre en un marco de respeto e intimidad<sup>20</sup>.

Uno de los objetivos de un centro residencial, es posibilitar una adecuada práctica profesional en la esfera afectivo sexual, ayudándole a construir su biografía sexual acorde a sus deseos y necesidades; considerando la expresión afectiva y sexual como **una necesidad y un derecho**.

La institución tiene que reconocer explícitamente el derecho de la persona a realizar actividades afectivo sexuales y/o a mantener relaciones sexuales **privadas** (tanto con otras personas residentes, su pareja u otras personas externas al centro).

La demencia u otras enfermedades que limiten su capacidad cognitiva no será una circunstancia que impida la posibilidad de decidir mantener relaciones interpersonales y sexuales. Lo más importante es valorar la capacidad de expresar su rechazo y poner límite a las situaciones que no desee, es decir, **su competencia para no consentir la relación**.

Si comprobamos que las manifestaciones afectivo sexuales de una persona son importantes para ella (aunque no pueda dar su consentimiento) se respetará su derecho y se permitirán dichas manifestaciones, sin violar los derechos de las demás personas residentes

---

<sup>20</sup> Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores. Guía de actuación para profesionales. Autores: Feliciano Villar, Montserrat Celdrán, Josep Fabá, Rodrigo Serrat y Teresa Martínez. 3 Colección Guías de la Fundación Pílares para la Autonomía Personal, 2017

## ANEXO I (Página 10 de 17)

En el caso de no poder expresar su voluntad, se pondrá en marcha mecanismos de asesoramiento para ayudar a la familia a entender sus derechos sexuales, si entraran en conflicto con lo que la persona mayor opine y exprese en este documento. Procuraremos que satisfaga sus necesidades afectivas y sexuales de forma digna y dentro de un contexto de privacidad.

Puede dejar reflejado en el documento PADAR JAÉN, si lo desea, los datos relativos a su **historia vital**, respecto a sus relaciones afectivas y sexuales a lo largo de su vida y los cambios que se han producido en los últimos años en dichas necesidades. Esto ayudará al centro y a sus profesionales a proporcionar la atención que usted necesite cuando no pueda comunicarnos su voluntad expresa.

### Orientación profesional

#### Ejemplos:

Deseo que se me respete un espacio físico que facilite mi privacidad, sin ser interrumpida por profesionales o residentes.

Quisiera seguir durmiendo con mi pareja en la misma habitación.

Promover mi vida sexual hacia la privacidad, tenga la edad que tenga.

Deseo que se me proteja de posibles conductas no deseadas por mí.

Quiero seguir recibiendo muestras de afecto y cariño por parte de las demás personas.

Quiero que me asee una persona de mi mismo sexo.

**ANEXO I (Página 11 de 17)**

**Mis preferencias en este caso serían**



**Se remite al Caso nº 4 del anexo III de la Guía**

## ANEXO I (Página 12 de 17)

### QUINTO.- CUIDADOS QUE DESEO RECIBIR EN LOS MOMENTOS FINALES DE MI VIDA<sup>21</sup>

En este apartado se hace referencia a las voluntades y preferencias en cuanto a los cuidados y tratamientos que se desea recibir en los momentos finales de la vida, si por el curso natural o por la progresión de una enfermedad crónica avanzada, progresiva e incurable, en el momento que no tenga capacidad para expresarlas personalmente. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las/los profesionales sólo iniciarán determinados tratamientos, aunque usted los solicite en esta Declaración, cuando consideren que están clínicamente indicados.

**Lugar de atención.** Hay enfermedades o situaciones que permiten varias opciones o tratamientos y estos pueden ser administrados tanto en la residencia como en el hospital. Entonces es bueno que sepamos lo que prefiere y/o lo que no.

**Cuidados paliativos<sup>22</sup>:** Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de las/los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y/o psíquicos.

---

<sup>21</sup> Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide: The effects of advance care planning on end-of-life care a systematic review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24651708>/J Am Med Dir Assoc. 2016 Apr 1;17(4):284-93. doi: 10.1016/j.jamda.2015.12.017. Epub 2016 Feb. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21412898>

Normativa sobre centros Residenciales de personas Mayores Junta de Andalucía Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

[https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Normativa\\_centros\\_mayores.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Normativa_centros_mayores.pdf)

Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la muerte.

<https://www.juntadeandalucia.es/boja/2010/88/1>

<sup>22</sup>[https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af06533d7b82\\_guia-informacion-ciudadania-cuidados-paliativos.pdf](https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af06533d7b82_guia-informacion-ciudadania-cuidados-paliativos.pdf)



## **ANEXO I (Página 13 de 17)**


**Sedación paliativa:** La administración de fármacos a una/un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia, todo lo que sea preciso, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios que le causan sufrimiento.

### **Orientación profesional**

#### **Ejemplo:**

Cuando me ponga muy enferma, y ya no haya probabilidad de mejorar, no quiero ir al hospital, me gustaría quedarme en la residencia, tranquila y sin tener dolor, sufrimiento o malestar.

### **Mis preferencias en este caso serían**



**Se remite a los casos nº 5 y nº 6 del anexo III de la Guía**

## ANEXO I (Página 14 de 17)

### SEXTO.- OTRAS CONSIDERACIONES Y PREFERENCIAS QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA

Estos asuntos son clave respecto a la atención personal. Es importante considerar y respetar las preferencias y gustos de la persona residente respecto a:

- Dieta alimenticia.
- Hábitos y preferencias religiosas y/o espirituales.
- Hábitos de higiene y vestido.
- Preferencia en la participación de las actividades del centro tanto de carácter interno como las realizadas al exterior.
- Hábitos del sueño.
- Horarios.
- Preferencia en la elección de servicios externos ofrecidos por el centro (podología, peluquería, estética, ...)

#### Orientación profesional

##### **Ejemplos:**

Deseo seguir comiendo lo que me gusta y la cantidad que deseo.

Soy creyente por lo que quiero participar en todas las actividades de carácter religioso realizadas en el centro.

Soy una persona que me gusta estar siempre arreglada y quiero seguir usando mi ropa habitual, faldas, medias y/o pantalones.

Después de haber recibido toda la información de actividades que se realizan en el centro residencial, mi voluntad es participar en.....

Siempre he dormido la siesta en mi casa por lo que me gustaría descansar en la cama después del almuerzo.

**ANEXO I (Página 15 de 17)**

**Mis preferencias en este caso serían**



## **ANEXO I (Página 16 de 17)**

### **SÉPTIMO.- INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES SOBRE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL DOCUMENTO PADAR JAÉN**

#### **Potencialidades:**

- Facilita la atención centrada en la persona residente, es ella quien expresa libremente en el documento PADAR JAÉN cuáles son sus gustos, intereses, preferencias y necesidades. Ella es quien Decide.
- Es clarificador en cuanto al ejercicio de los derechos que conservan nuestros mayores aun teniendo la capacidad alterada o modificada.
- Potencia el diálogo Familia- Residente- Residencia.
- Reduce intervenciones inadecuadas y conflictos futuros.

#### **Limitaciones:**

Este Documento es éticamente vinculante, su eficacia legal se puede reforzar ante Acta Notarial, es revocable en cualquier momento por la persona residente y en cualquier caso se adaptará a la disponibilidad de recursos.

#### **Algunas Orientaciones:**

- Se aplicará en Centros Residenciales y Unidades de Estancia Diurna.
- Va dirigido a cualquier persona que sea usuaria de un Centro Residencial con sus capacidades preservadas.
- La Residencia seleccionará al grupo de profesionales que apoyará a la persona residente a cumplimentar el documento PADAR JAÉN, recibirán formación acreditada y adecuada y trabajarán en equipo para asegurar la objetividad en su aplicación.
- El/La Profesional informará a la persona residente de la existencia del documento PADAR JAÉN, explicando su contenido y finalidad de forma accesible, valorando el momento correcto para su realización.
- La persona residente decidirá libremente si desea cumplimentar el documento PADAR JAÉN, También decidirá libremente si quiere representante y a quién designará, siendo recomendable que lo recepcione la dirección del centro.

## ANEXO I (Página 17 de 17)

- El documento PADAR JAÉN se puede registrar en la Historia de Salud del Sistema Público de Salud a través de la Enfermera/o de gestión de casos y/o médico de familia.
- Los perfiles que comúnmente, por su contacto con las personas residentes y desempeño laboral en un centro residencial, serían más aconsejables, son el personal de las áreas de **Trabajo Social, Medicina y/o Enfermería y Psicología**. No obstante, será competencia de cada centro residencial la selección de profesionales que se determinen con carácter permanente, en el cumplimiento de este registro y para dar garantías en el desarrollo.
- Se generará un clima tranquilo y sin presión que favorezca un ambiente relajado y proclive para poder ayudar de la forma más objetiva posible. El lenguaje será claro y accesible, huyendo de cualquier tipo de trato que infantiliza a la persona mayor.

### **Indicaciones para la persona residente:**

- Usted podrá elegir al profesional del equipo disponible a tal fin que le genere más confianza para cumplimentar PADAR-JAÉN.
- Podrá elegir una persona de referencia y/o representante que le acompañe en el proceso de registro, que le conozca y le pueda ayudar sin ejercer ningún tipo de influencia sobre su toma de decisiones. Esta persona o personas elegidas por usted, deberán firmar un documento de compromiso de confidencialidad.
- Recuerde que el personal técnico de referencia elegido por usted tiene un rol informador, de apoyo y acompañamiento, para su ayuda en todo el proceso, respetando en todo momento su voluntad de decisiones.
- Si en el transcurso de su estancia en el centro residencial solicitase la revisión y/o cambio del registro del documento PADAR JAÉN, podrá elegir al mismo profesional u a otro del equipo formado para tal fin, garantizando la continuidad y objetividad en el proceso.

## ANEXO II (Página 1 de 2)

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con DNI/NIE

Nacido/a

Con domicilio en

Localidad Provincia

### DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S<sup>23</sup>:

Deseo nombrar a

como persona que actúe como mi **representante** y que vele para que se cumplan mis deseos, cuando mi capacidad se encuentre alterada o modificada, en los supuestos incluidos en el Documento de **Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial**.

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con DNI/NIE

Nacido/a

Con domicilio en

Localidad Provincia

Deseo, asimismo, para el caso en que mi representante no pueda comparecer por imposibilidad manifiesta, designar como **persona sustituta de mi representante**, con las mismas atribuciones y limitaciones a:

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con DNI/NIE

Nacido/a

Con domicilio en

Localidad Provincia

---

<sup>23</sup> Tamayo Velázquez, MI; Simón Lorda, P; Méndez Martínez, C; García León, FJ. Guía para hacer la voluntad vital anticipada. Edita Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2012, Pg.21

## **ANEXO II (Página 2 de 2)**

### **LUGAR Y FECHA DE OTORGAMIENTO**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma y rúbrica:

Fdo.:

### **PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento de la Unión Europea 2016/679 conocido como Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados, para su tratamiento en un fichero automatizado. Igualmente, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad apoyar su derecho a decidir, en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

**Este Documento es vinculante aunque su eficacia legal se puede reforzar mediante un Acta Notarial. Es revocable en cualquier momento por la persona residente y se adaptará a la disponibilidad de recursos.**

## ANEXO III (Página 1 de 2)

### ACEPTACIÓN DE LA PERSONA QUE ACTÚA COMO REPRESENTANTE<sup>24</sup>

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_

Con Domicilio en \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto \_\_\_\_\_

**Acepto representar a:**

**Asumo que mis funciones son:**

- Buscar siempre el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represento.
- Velar para que, en las situaciones contempladas en el Documento de Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represento haya dejado establecidas.
- Tener en cuenta los valores recogidos en el Documento de Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial de la persona a la que represento, para así presumir su voluntad en las situaciones no contempladas explícitamente.
- Respetar las indicaciones que la persona a la que represento haya establecido respecto al ejercicio de mi función de representante.

---

<sup>24</sup> Tamayo Velázquez, MI; Simón Lorda, P; Méndez Martínez, C; García León, FJ. Guía para hacer la voluntad vital anticipada. Edita Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2012, Pg.25



## ANEXO III (Página 2 de 2)

### ACEPTACIÓN DE LA PERSONA SUSTITUTA DEL / DE LA REPRESENTANTE<sup>25</sup>

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_

Con Domicilio en \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto \_\_\_\_\_

### LUGAR Y FECHA DE ACEPTACIÓN

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma y rúbrica: \_\_\_\_\_ Firma y rúbrica: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

### PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento de la Unión Europea 2016/679 conocido como Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados, para su tratamiento en un fichero automatizado. Igualmente, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad apoyar el derecho a decidir de la persona a la que usted representa, en el supuesto que llegado el momento aquélla no goce de capacidad para consentir. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

**Este Documento es vinculante aunque su eficacia legal se puede reforzar mediante un Acta Notarial. Es revocable en cualquier momento por la persona residente y se adaptará a la disponibilidad de recursos.**

---

<sup>25</sup> Tamayo Velázquez, MI; Simón Lorda, P; Méndez Martínez, C; García León, FJ. Guía para hacer la voluntad vital anticipada. Edita Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2012,Pg.27

## **CÓMO ACTUAR SI TENEMOS QUE RECURRIR A LA VÍA JUDICIAL**

### **Cuándo el Centro Residencial toma la decisión de solicitar auxilio judicial**

Hay ocasiones en que se producen conflictos entre el centro residencial y las personas residentes afectadas por una demencia que altera su capacidad para la toma de decisiones, o conflictos con familiares de éstas; e incluso, hay desacuerdos de familiares entre sí que perjudica a la propia persona residente.

Cuando suceden estos casos, el centro residencial pone en marcha los mecanismos necesarios para su resolución. Es entonces cuando se recurre al Reglamento de Régimen Interior, a los diversos protocolos de actuación, se consulta el PAI y se estudia la normativa que regula la atención residencial en Andalucía. Si a pesar de ello, sigue persistiendo el conflicto y tampoco podemos resolverlo con el documento de decisiones anticipadas de carácter residencial o una legislación específica y ya se han agotado las vías del diálogo y de la mediación, no queda otra alternativa que **SOLICITAR AUXILIO JUDICIAL**.

### **¿Dónde debe dirigirse la residencia el escrito de solicitud de auxilio judicial?**

Tomada la decisión de judicializar un caso, se comenzará por comprobar si la persona residente con capacidad alterada cuenta con una medida de protección como es la modificación de su capacidad de obrar con nombramiento de tutor o tutora pues, de ser así, hay que dirigirse al Juzgado que incapacitó o al Ministerio Fiscal encargado de la protección de personas mayores y con discapacidad dando la referencia del procedimiento de capacidad.

Si la persona residente únicamente tiene su capacidad alterada pero no modificada, la residencia tendrá que dirigirse al Juzgado Decano que corresponda a su circunscripción territorial o a la Fiscalía Provincial.

### **¿Cómo debe ser dicho escrito?**

El documento debe contener datos suficientes como para identificar bien las partes y facilitar su localización, así como la descripción del problema y, a ser posible, adjuntar informes que prueben la situación que se expone.

Sería conveniente indicar cuáles, a criterio del centro, podrían ser las medidas a adoptar para la solución del problema ya que, es muy probable que, por motivos de urgencia, la residencia de manera provisional ya las haya implementado para dar protección a la persona residente. Debe incluirse copia de su DNI e informe médico.

**¿Qué respaldo legal tiene la petición de auxilio judicial si la persona residente es una persona con CAPACIDAD DE OBRAR MODIFICADA?**

Esta petición de auxilio cuando la persona ya tiene modificada judicialmente su capacidad encuentra respaldo legal tanto en el art. 158.6 Código Civil como en la Sección 3ª del Capítulo II de la Ley 15/2015, de 2 de julio de Jurisdicción Voluntaria.

El art. 158.6 C. Civil viene a decir que el/la Juez, de oficio o a instancia de parientes o del Ministerio Fiscal, dictará las disposiciones que considere oportunas a fin de apartar a una persona incapaz de un peligro o de evitarle perjuicios. Se entiende que los centros residenciales pueden también dirigirse al/la Juez en su calidad de **Guardadores de Hecho**. En cualquier caso, esta capacidad del centro para dirigirse al Juzgado y obtener alguna medida de protección para su residente, por un inadecuado ejercicio de la tutela de su tutor/a, es indiscutible desde la Ley de Jurisdicción Voluntaria de 2015 donde el art. 87.3 expresamente dice que las medidas podrán adoptarse, asimismo a instancia de cualquier persona interesada.

**¿Qué respaldo legal tiene la petición de auxilio judicial si el/la residente es una persona con CAPACIDAD ALTERADA PERO NO INCAPACITADA JUDICIALMENTE?**

El centro residencial, como Guardador de Hecho, puede solicitar del Juzgado, vía art. 158.6 Código Civil la disposición judicial oportuna a fin de apartar a una persona residente de un peligro o de evitarle perjuicios.

Por otra parte, cuando se duda sobre la capacidad del/la residente o hay un diagnóstico médico que haga sospechar la pérdida de autogobierno podemos acudir a solicitar auxilio judicial vía artículo 762 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Este artículo establece que el Tribunal que conozca de una posible causa de incapacitación adoptará de oficio las medidas que estime necesarias para la adecuada protección de la persona o del patrimonio y debe poner este hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal por si

estima procedente iniciar un procedimiento de modificación de la capacidad de esa persona. La Fiscalía también puede solicitar al Juzgado la adopción de medidas de protección cuando llegue a su conocimiento la necesidad de protección de una persona.

## **INGRESOS INVOLUNTARIOS**

El asunto de los ingresos involuntarios en centros residenciales tiene entidad aparte puesto que para este asunto se cuenta con una normativa específica cuando se entiende que hay que controlar tanto los ingresos hospitalarios psiquiátricos como los asistenciales.

### **De inicio hay que aclarar dos cuestiones:**

**Primera:** con una autorización de ingreso involuntario no nos encontramos ante un internamiento judicial sino ante el control judicial de un internamiento (sea éste de carácter psiquiátrico o asistencial).

**Segunda:** ningún centro asistencial es un centro cerrado por lo cual se debe contar siempre con el consentimiento de la persona para ser ingresada así como para permanecer en él. **Y si la persona, por sus padecimientos, no puede manifestar libremente su consentimiento, entonces, la familia o el centro deben contar con una resolución judicial que supla esa voluntad.**

### **¿La incapacitación judicial supone el ingreso de la persona declarada incapaz?**

La declaración de incapacidad de una persona, no supone el ingreso- internamiento en un centro. De hecho, una vez declarada la incapacidad, la persona o entidad que ejerza la guarda del incapaz, -sea la patria potestad, la tutela o la curatela-, **debe solicitar al Juzgado la necesaria autorización para internarla aunque sea en un centro de carácter asistencial.** Esto supone que la persona solicitante tiene que aportar pruebas de la necesidad del ingreso involuntario, y entre ellas, los informes médicos que establezcan éste como mejor opción terapéutica o asistencial.

### **¿El internamiento puede solicitarse también como medida cautelar, e incluso, sin haberse iniciado la incapacitación.?**

En relación al artículo 763 Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) no podemos obviar la Sentencia del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 de Diciembre, en la que advierte

la inconstitucionalidad de los incisos del primer apartado del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por infringir el artículo 81.2 de la Constitución Española que exige una norma con rango de ley orgánica cuando se trate de normas que supongan la restricción de derechos fundamentales, como sucede con el ingreso involuntario pues afecta al derecho fundamental a la libertad (art. 17.1 y art. 18.1 CE) (a los que se podrían haber añadido los arts. 14, 18 y 19 de la Convención Derechos Personas con Discapacidad referentes también a la libertad y al derecho a elegir lugar de residencia). No obstante, el propio Tribunal Constitucional en la sentencia advierte que, mientras no se produzca una nueva regulación, la declaración de inconstitucionalidad no lleva anudada la declaración de nulidad del precepto.

**¿Un/a tutor/a necesita autorización judicial para ingresar a una persona de capacidad modificada en una residencia?**

El tutor debe encontrarse en posesión de la Autorización judicial de ingreso involuntario en centro (artículo 271.1 Código Civil) así como de las sucesivas prórrogas o, en su caso, ratificación del ingreso (y sus sucesivas prórrogas) (cfr. art. 763 Ley Enjuiciamiento Civil).

Los informes periódicos para prórrogas del mantenimiento de la medida han de ser remitidos al Juzgado por los centros residenciales cada **seis meses**, a no ser que la resolución judicial señale un plazo menor.

**¿Una residencia puede solicitar la ratificación del ingreso de una persona residente cuya capacidad se encuentra alterada y ni tutores ni familiares aportan dicha autorización al ingreso?**

**Sí**, pues de otra manera podría incurrir en un delito de detención ilegal y, además, le sería necesaria dicha resolución para reintegrar a la persona usuaria que abandonara el centro teniendo alterada su voluntad.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Acta notarial de Autotutela:** es, junto a los poderes preventivos, otra de las respuestas a esta realidad social donde el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades degenerativas son motivo de preocupación para muchas personas, que en previsión de poder llegar a padecerlas, desean elegir por sí mismas a la persona o institución que cuide de ellas y administre sus bienes. Regulada por el Código Civil donde en su artículo 223.2 se dispone que cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor.

**Asistente Personal:** persona que ayuda de forma rutinaria a otra persona en todo tipo de funciones, dando soporte a tareas del ámbito personal doméstico, tareas de acompañamiento y conducción, de planificación de actividades y apoyo en la toma de decisiones. Esta ayuda debe estar regulada mediante un contrato profesional de prestación de servicios, que permita elegir cómo y cuándo.

**Bienestar** <sup>26</sup>: podemos explicar bienestar como el conjunto de cosas necesarias para vivir bien. Esta va a variar individualmente en función del valor que le atribuya la propia persona, en su propia cultura y tiempo.

- Prevención: artículo 21 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y Prevención de las Situaciones de Dependencia. Incidir en la preservación de habilidades que la persona posee, así como en capacitar y rehabilitar aquellas potencialmente recuperables.

---

<sup>26</sup> Aguilar Fernández Toñi, Carrillo Oya Alicia, Grande Gascón María Luisa, Bonachela Payarés Rosa, Romero Alcázar Eduardo y González López Lucia: “Modelo EDP. Envejecimiento Digno y Positivo”. Cuaderno 0.Cuidados. Edita Fundación Ageing Lab. Enero 2016

- **Adecuación del Ambiente y servicio a la persona:** Adaptar los productos y servicios a las personas y no las personas a los productos y servicios a través de un entorno flexible para ajustarlo a las necesidades singulares de cada persona.
- **Coordinación y convergencia de sistemas:** Implica el aprovechamiento de los recursos existentes para dar respuesta a la necesidad de la persona mayor. Incide en la prevención de la situación de la dependencia, el fomento de la autonomía, la mejora de calidad de vida y el logro de una vida independiente.
- **Proximidad:** La proximidad favorece la permanencia de las personas en su entorno evitando el desarraigo social y fomentando la participación activa en su comunidad. La proximidad hace referencia a la cercanía de los servicios y recursos y a las relaciones y trato afable y próximo de las personas profesionales con y para con cada uno de ellas.

**Capacidad jurídica/capacidad de obrar:** tradicionalmente se han diferenciado, definiéndose la primera como aquella capacidad que tiene toda persona de ser objeto de derechos y obligaciones; y la segunda, como la capacidad real de ejercitarlos, siendo únicamente ésta segunda la susceptible de alteración por un procedimiento judicial. Si bien, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad consagra un sistema de apoyos donde no hace distinción entre estas capacidades. La Convención entiende que la capacidad no se modifica; que la capacidad es la que es en cada caso y lo que debe hacer una sentencia no es, ni suprimirla ni modificarla, sino establecer los mecanismos adecuados para su ejercicio en función de las circunstancias personales de cada individuo.

**Competencia:** capacidad para comprender la situación a la que se enfrenta, evaluando las posibles formas de actuar, así como sus previsibles consecuencias, para finalmente tomar una decisión que vaya en consonancia con sus propios valores.

**Corresponsabilidad<sup>27</sup>:** el principio de corresponsabilidad hace referencia al compromiso y responsabilidad de nuestras actuaciones en la sociedad. Es una tarea de

---

<sup>27</sup>Aguilar Fernández Toñi, Carrillo Oya Alicia, Grande Gascón María Luisa, Bonachela Payarés Rosa, Romero Alcázar Eduardo y González López Lucía: “Modelo EDP. Envejecimiento Digno y Positivo”. Cuaderno 0.Cuidados. Edita Fundación Ageing Lab. Enero 2016.

todos, es la necesidad de buscar soluciones a entornos cada vez más complejos, interdependientes y cambiantes.

- **Creatividad e Innovación:** Necesidad de dar una respuesta diferente al envejecimiento que vaya más allá de las intervenciones consolidadas tradicionalmente, complementando nuevas formas de hacer.
- **Resultados y mejora continua:** Necesidad de basar la intervención en resultados que pueden provenir de investigaciones externas o internas de producción propia (Indicadores para la recogida de datos y elaboración de un informe anual de resultados de intervención en cada área identificando aspectos a mejorar)
- **Diversidad desde la Igualdad:** Intervención encaminada a la consideración de las necesidades, demandas, preferencias e intereses individuales y grupales, reconociendo la igualdad, dignidad y derechos de las personas.

**Cuidados paliativos:** los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de pacientes (edad adulta e infancia) y personas allegadas cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento corrector del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Organización Mundial de la Salud (OMS)

**Curador:** persona designada en resolución judicial para que, asistiendo a la persona adulta protegida, en todas aquellas funciones enumeradas en la sentencia, complete la capacidad de obrar de aquélla. Este término podría tomar mucha fuerza en el ámbito de las personas adultas protegidas de prosperar la reforma del Anteproyecto de Ley de 2018 que intenta adaptar la normativa española a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. No sólo se tratará de un cambio de terminología sino de un nuevo enfoque más respetuoso a la voluntad y a las preferencias de la persona. Se pretende que las curatelas representativas sólo se apliquen a los casos más complejos, cuando no exista otra medida de apoyo suficiente.



**Declaración de Voluntad Vital Anticipada:** documento administrativo por el cual las personas expresan sus deseos y preferencias respecto a los cuidados de salud que desean recibir cuando no puedan comunicarlo por otro medio.

**Guardador de Hecho:** aquella persona que, sin tener un título expreso, asume para otra que no puede valerse por sí misma, las responsabilidades propias de un tutor. De prosperar la reforma legislativa de adaptación a la Convención Internacional sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad esta figura saldrá reforzada y potenciada transformándose en una propia institución jurídica de apoyo.

**Inteligencia Colaborativa**<sup>28</sup>: podemos explicar la inteligencia colaborativa como tipo de inteligencia aplicada a la acción y que surge de la colaboración de muchas personas que, interactúan compartiendo conocimiento para la toma de decisiones.

- Especialización: Desarrollo del Servicio y adaptación a las necesidades de la población centrandó los recursos en las demandas y necesidades detectadas (evaluación del desempeño).
- Desarrollo humano: ampliar y potenciar las capacidades y oportunidades de las personas (coordinación áreas, consejo de la persona mayor, etc.)
- Compromiso de profesionales: para contribuir a la creación de un espacio que va más allá del simple intercambio de conocimientos y creatividad (validación de buenas prácticas entre profesionales de distintos ámbitos).
- Enfoque Integral e interdisciplinar: equipos de intervención interdisciplinar en casos con especial necesidad y comité de principios y dilemas potenciando las buenas prácticas.

**Participación Activa:** principio por el cual la persona residente tendrá una intervención activa y directa en la toma de decisiones.

- Accesibilidad universal: según el art. 2 de la Ley 5/2003 de 2 de Diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las

---

<sup>28</sup>Aguiar Fernández Toñi, Carrillo Oya Alicia, Grande Gascón Maria Luisa, Bonachela Payarés Rosa, Romero Alcázar Eduardo y González López Lucia: “Modelo EDP. Envejecimiento Digno y Positivo”. Cuaderno 0.Cuidados. Edita Fundación Ageing Lab. Enero 2016.

Personas con Discapacidad, que presupone la estrategia de diseño para todos. Accesibilidad Física y Cognitiva (pictogramas, imágenes, colores, etc.), de aplicación a otras personas con dependencia.

- Apertura a la vida y a vínculos afectivos: contemplar la necesidad de seguir siendo agentes activos en la comunidad y fomentar la creación de relaciones de carácter emocional (actividades de alfabetización tecnológica para mantener el contacto directo con familiares y allegados, etc.)
- Intergeneracionalidad: Relaciones que se establecen entre cohortes generacionales diferentes aportando un enriquecimiento mutuo por los beneficios individuales, familiares y sociales que generan

**Persona con capacidad alterada:** persona que por algún tipo de dolencia física o psíquica tiene afectadas sus capacidades cognitivas y volitivas.

**Persona con capacidad conservada:** persona que mantiene intactas sus capacidades cognitivas y volitivas, de tal forma que mantiene la habilidad de entender aquello que hace y a su vez tiene la habilidad de tomar la libre determinación de actuar en función de lo que comprende, es decir, capaz de controlar sus actos.

**Persona de capacidad de obrar modificada:** persona que tiene afectadas sus capacidades cognitivas y volitivas y ha sido necesario, tras un procedimiento judicial de capacidad, procurarle mediante sentencia el apoyo legal necesario para que pueda seguir participando de la vida social y económica, en igualdad de condiciones que quien no padece discapacidad.

**Persona de referencia:** persona de contacto que, junto a la persona residente, firma el contrato de ingreso en centro a los efectos de interlocución con la familia o allegados; así como responsable del efectivo abono de las cuotas residenciales y recogida de las pertenencias del residente a su baja del centro.

Si la persona que ingresa en el centro hubiera registrado ya su Declaración de Voluntad Vital Anticipada sería conveniente que esta persona coincidiera con la designada como representante.

**Planificación Anticipada de Decisiones:** es un proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y profesionales sanitarios implicados en su

atención, acerca de valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente, fundamentalmente en los momentos finales de su vida.

**Poderes preventivos:** el poder notarial es un documento por el que una persona dispone que los actos y contratos que otra haga en su nombre sean válidos y produzcan efectos en su persona o bienes. Desde 2003 existe la posibilidad de que, si la persona lo dispone expresamente, dicho poder mantenga su validez aunque después pierda la capacidad de autogobierno. Fue un cambio de mucho calado en cuanto que es la propia persona la que pone de manifiesto su criterio en prevención de un futuro incierto.

**Profesional de referencia:** desde el Modelo de Atención Centrada en la Persona, profesional de referencia es quien procura hacer efectivo el apoyo personalizado a la persona residente. Para el desarrollo de su función es fundamental un buen conocimiento de la persona y su puesta en valor (reconocimiento), la generación de un vínculo de confianza, la aceptación y el respeto a sus derechos, así como el acompañamiento en el Plan de Atención Individual, dotándole de los apoyos necesarios y velando por su calidad de vida; todo ello mediante la coordinación interdisciplinar.

**Representante:** persona designada y autorizada por otra para la realización de determinadas funciones.

**Representante legal o tutor:** persona designada en resolución judicial para que, representando a la persona adulta protegida, realice en su nombre todo tipo de actos en beneficio de aquella sustituyendo su capacidad de obrar. Esta idea de sustitución representativa e incluso el término tutor podría quedar obsoleto de prosperar la reforma del Anteproyecto de Ley que propone un cambio de un sistema de sustitución a un sistema de apoyos basado en los principios de necesidad y proporcionalidad de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en Nueva York el 13/12/2006 y ratificada por España en 2008.

**Sujeción Física:** se denomina sujeción física a cualquier método aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la propia persona no puede liberarse con facilidad.<sup>29</sup>

**Sujeción Química:** uso de medicamentos psicoactivos, ya sean sedantes o tranquilizantes para manejar y controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo.

---

<sup>29</sup> Burgueño Torijano, A.A. Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. CEOMA.

## ANEXOS A LA GUÍA

Desde el inicio de esta Comunidad de Prácticas "Tú decides, yo te apoyo" se ha mantenido el protagonismo de la persona en la construcción de su proyecto de vida. Vida que, en caso de demencia y necesidad de una figura de apoyo, no acaba con un procedimiento judicial de capacidad y vida que no acaba tampoco el día de ingreso en un centro residencial.

El procedimiento judicial debe ser un instrumento de apoyo que garantice a las personas el ejercicio de sus derechos y obligaciones y, por tanto, ajustado y proporcionado a sus necesidades donde la intervención de la persona tutora/curadora se limite a los ámbitos afectados por la sentencia. Aun así, el/la tutor/a en su toma de decisiones tiene éticamente la obligación de identificar cuál sería la voluntad de la persona adulta protegida si ésta ya no pudiera manifestarla, adoptando dichas decisiones con pleno respeto a su identidad y personalidad. Es más, hay espacios en los cuales, ni a un/a tutor/a le corresponde tomar la decisión pues la persona a la que autoriza, hay derechos que nunca pierde, de ahí el Anexo de "**Derechos o actos personalísimos**".

Por otro lado, el ingreso de una persona en un centro residencial debe ser uno de los momentos más cuidados de su vida. Es incuestionable el cambio al que se enfrenta y la vulnerabilidad que puede experimentar, por eso es muy importante que los centros tomen conciencia de la responsabilidad que asumen cuando alguien o su familia confía en ellos sus cuidados. **Es fundamental que los centros sean conscientes de que ejercen su guarda de hecho.**

## ANEXO I

### **Derechos o actos personalísimos de las personas de capacidad modificada (Modificación de la capacidad de Obrar)<sup>30</sup>**

**¿La modificación de la capacidad de una persona (incapacitación) significa que ya no puede hacer nada por sí misma?**

La incapacitación legal no conlleva la pérdida de derechos de una persona con discapacidad, sino que le brinda la oportunidad de ejercerlos y hacer valer sus intereses así como cumplir con sus obligaciones a través, o con el apoyo, de otra persona.

Los principios que inspiran la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por Naciones Unidas el 13 de Diciembre de 2006 en vigor en España desde el 3 de mayo de 2008 han supuesto un cambio de paradigma en cuanto al tratamiento de la incapacitación judicial porque el principio general que sienta esta norma es el de que **las personas con discapacidad tienen la misma capacidad jurídica que las demás, en todos los aspectos de la vida sólo que, en determinados casos a algunas personas con discapacidad habrá que dotarles de los apoyos necesarios en aquellos actos en que necesiten ayuda.**

**¿Qué son los llamados "actos o derechos personalísimos"?**

Tanto si se declara la incapacidad total como la parcial, **existen algunos derechos personales que la persona conserva siempre que la sentencia no le prive de ellos expresamente;** por ello, cuando existe sentencia de modificación de la capacidad habrá de estarse, en cualquier caso, a lo dispuesto en la misma al determinar el alcance de la modificación de capacidad.

Los tutores, en el ejercicio de sus funciones, deberán tener en cuenta que hay una serie de actos que en Derecho se conocen como **derechos o actos personalísimos** que siendo inherentes a la propia persona **sólo podrán ser realizados por ella misma.** En el caso de personas con capacidad modificada pueden existir algunas limitaciones que habrán

---

<sup>30</sup> "Guía Práctica sobre la Incapacidad Judicial y otras actuaciones en beneficio de las personas con discapacidad. La modificación de la capacidad de obrar". Fundación Jiennense de Tutela. 4ª Edición.2015

de concretarse en cada supuesto, pero fundamentalmente para el ejercicio de dichos derechos habrá de estarse a su **capacidad natural**; es decir, que la persona sea capaz de entender la información que, adaptada a sus características, recibe permitiéndole hacer libremente un juicio sopesado de su decisión. En definitiva, hay actos en que la intervención del tutor podrá no ser necesaria.

**En el ámbito de esta Guía referida a personas mayores ingresadas en centros residenciales podemos decir que son:**

- **El ejercicio del derecho de sufragio.** Este derecho ha sido uno de los actos personalísimos que quedaba limitado en la sentencia de modificación de capacidad por una norma impuesta a jueces por la Ley Orgánica de Régimen Electoral General (LOREG) que obligaba automáticamente a su supresión. Dada la importancia del tema y su enorme actualidad mantenemos esta referencia del derecho al voto porque la **Ley Orgánica 2/2018, de 5 de diciembre**, para la modificación de la LOREG 5/1985, de 19 de junio, garantiza el derecho de sufragio de todas las personas independientemente de que éstas puedan ser o no judicialmente incapacitadas.
- **La facultad de hacer testamento notarial.** Si la sentencia de incapacitación no se pronuncia sobre esta cuestión, y la persona pretende otorgar testamento, el Notario puede autorizar su otorgamiento, cuando dos personas facultativas por ella designadas la examinen y respondan de su capacidad natural para testar en el momento en que desea hacerlo.
- **Derecho a contraer matrimonio.** La declaración de incapacitación no impide la celebración del matrimonio civil. Corresponde al Juzgado encargado del Registro Civil, previo informe médico de una persona especialista, apreciar si el/la contrayente posee capacidad para prestar su consentimiento, porque la Ley no diferencia entre personas incapacitadas o no incapacitadas, sino que en personas que estén afectadas de una discapacidad psíquica, será preceptivo el sometimiento a un dictamen médico para determinar que su consentimiento es válido (art. 56 C. Civil). En los supuestos de incapacitaciones judiciales lo habitual es que el/la tutor/a solicite un reconocimiento médico forense.

- **Separación matrimonial. Divorcio.** Tema muy complejo, en donde el/la tutor/a, en determinados casos, puede entablar en nombre de su tutelado/a la demanda de separación para evitar que la persona con discapacidad caiga en indefensión. La complejidad arranca de que no podemos concluir que como tuvo capacidad natural para contraer matrimonio, ahora la tiene para separarse; ya que habrá casos en que la pérdida de capacidad natural sea posterior a la celebración del matrimonio; será en ese momento cuando el/la tutor/a tenga que pedir autorización para entablar demanda de separación contando con la previa autorización judicial.
- **Reconocimiento de un/a hijo/a.** Podrá hacerlo en soledad, si bien precisa de posterior aprobación judicial y además se dará audiencia al Ministerio Fiscal; ello con la intención de comprobar en este momento la capacidad natural para realizar dicho reconocimiento.
- **Derecho a la imagen.** el artículo 3 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, viene a decir que, el consentimiento de las personas incapaces deberá prestarse por sí mismas si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil, pero que en los restantes casos, el consentimiento habrá de otorgarse mediante escrito por su representante legal, quien tendrá la obligación de poner en conocimiento previo del Ministerio Fiscal el consentimiento proyectado y que si en el plazo de ocho días el Ministerio Fiscal se opusiere, resolverá el Juzgado. Así las cosas, podemos concluir que, si la persona de capacidad modificada carece de capacidad natural, es decir, es incapaz de entender la información que le permita hacer un juicio sopesado de la decisión para consentir libremente a la renuncia de la protección prevista por ley a su derechos de imagen, entonces, será el/la tutor/a, siempre que el beneficio de la persona tutelada así lo aconseje, quien decida al respecto de ella, intentando identificar lo que sería la voluntad de ésta desde sus principios, valores, creencias y personalidad. Entendiendo, además, que no es posible una renuncia general sino para casos y condiciones concretas.
- **Aceptación de donaciones.** La Ley permite que pueda aceptarse una donación con la mera capacidad natural para entender el alcance de la misma. Están excluidas de este principio las donaciones condicionales u onerosas, que



precisan del consentimiento de representante legal, en el caso de que la persona donataria tenga capacidad modificada judicialmente.

- **Donación de órganos.** Los actos que suponen disposición de la integridad física de la persona no pueden ser decididos por representante legal, sino que lo serán, en cuanto sea posible y la persona con discapacidad posea capacidad natural, por la propia persona. En otro caso, el/la tutor/a tampoco podrá decidir por sí solo, sino que necesitará autorización judicial siempre que el acto sea lícito y permitido por la ley. La persona de capacidad modificada sólo podrá ser donante si su incapacitación fue parcial y la sentencia de incapacitación se lo permite. A ello hay que añadir que en el momento de la efectiva donación esté en condiciones de consentirla a juicio de profesional facultativo que la reconozca a tal efecto.
- En el caso de que la persona con discapacidad sea la **receptora de órganos** se permite que el consentimiento lo preste su representante legal.
- Algún autor, entiende que, dado los riesgos que conllevan este tipo de operaciones, debería exigirse aprobación judicial, con audiencia del Ministerio Fiscal y los asesoramientos necesarios.

**Tratamientos o ensayos médicos.** La legislación española exige que deberá prestarse consentimiento por escrito por parte del representante legal, y cuando las condiciones de la persona lo permitan también deberá prestar ésta su consentimiento, una vez que se le haya informado del mismo de manera adaptada a su nivel de entendimiento. Este consentimiento sólo es prescindible si no fuera posible disponer del mismo, en los casos de urgencia y cuando el ensayo posea un interés terapéutico específico para el/la paciente en concreto. En ambos casos, deberá ponerse este consentimiento en conocimiento del Ministerio Fiscal previamente al ensayo, quién puede oponerse cuando entienda que no realizará en condiciones de respeto a los derechos fundamentales de la persona incapaz y a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica con seres humanos. Cuando se trate de ensayos sin fines terapéuticos deberá autorizarse el mismo, por el Comité ético de Investigación Clínica. En este tema son de aplicación el Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos y el

Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, aprobado por el Consejo de Ministros Europeo el 19 de noviembre de 1996.

### **Cuestiones de Interés en el ámbito Sanitario**

#### **¿Una persona de capacidad modificada puede recibir información médica?**

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 (BOE núm. 274, de 15/11/2002) expresa que todos los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la misma. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

El titular a ese derecho de información asistencial (art. 5) es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

#### **¿Puede una persona de capacidad modificada firmar un consentimiento informado?**

A través del consentimiento informado el/la paciente manifiesta su conformidad de manera libre, voluntaria y consciente para la realización en su persona, de un procedimiento diagnóstico o un tratamiento terapéutico, que comportan riesgos inevitables de importancia. El/la paciente debe recibir previamente información precisa sobre el procedimiento, los riesgos que comporta, las posibles alternativas terapéuticas y asistenciales y las consecuencias que se derivan del mismo. Por este motivo 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 plantea el tema del consentimiento por representación (art. 9.3.b).

El **consentimiento por representación** es el que presta la persona diferente de aquella, sobre cuyo ámbito de salud se va a actuar y se recabará en los siguientes supuestos:

Cuando el/la paciente no sea capaz de tomar decisiones a criterio del personal médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.

Cuando el/la paciente tenga la incapacitación legalmente.

Cuando el/la paciente no tenga la incapacitación legalmente, no tenga capacidad natural para tomar la decisión y no tenga familiares, será el guardador de hecho quien pueda tomar la decisión.

Cuando el/la paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

#### **¿Puede una persona de capacidad modificada firmar una alta médica voluntaria?**

En el mismo sentido expuesto que respecto al consentimiento informado otorgado por representación, la persona incapacitada total no puede firmar por sí su alta voluntaria como paciente, requiriéndose la firma de su representante legal. Es necesario en cualquier caso que la solicitud de alta médica voluntaria sea interesada por el/la paciente en pleno uso de sus facultades, con plena capacidad, siendo necesario para ello que la persona no esté incapacitada legalmente por sentencia judicial, o en su caso que tenga capacidad de hecho o competencia para decidir.

En el caso de no aceptarse el tratamiento prescrito, la Ley 41/2002 de autonomía del paciente permite que se pueda proponer a la persona paciente o usuaria la firma del **alta voluntaria**. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del personal médico responsable, podrá disponer el **alta forzosa** en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el/la paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

En el caso de que el/la paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá a la persona paciente y, si

persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del Juzgado para que confirme o revoque la decisión.

Si una persona residente con plena capacidad renuncia a los tratamientos médicos dejará constancia por escrito.

### **¿Puede una persona de capacidad modificada negarse a recibir un tratamiento médico incluso en contra de la opinión de su tutor/a?**

La respuesta va a depender de lo que determine la sentencia de modificación de capacidad y, en el caso de que no se especifique nada a este respecto, pasa a depender del criterio médico respecto a la capacidad natural de la persona con discapacidad, entendida como capacidad de juicio y discernimiento suficientes para entender lo que supone el tratamiento médico, ya que estamos ante actos que afectan a derechos de la personalidad y, por ello, no pueden sustraerse de su voluntad.

Si la sentencia no dice nada y el personal médico aprecia en la persona incapaz **capacidad natural** suficiente para entender lo que supone el tratamiento médico, habrá de respetarse la voluntad de la persona con discapacidad.

Si la sentencia no dice nada pero el personal médico duda de la capacidad natural del incapaz para entender el tratamiento médico entonces, parece razonable que decida el Juzgado a iniciativa directa de la persona de capacidad modificada, del personal médico o del Ministerio Fiscal.

Si la sentencia no dice nada y el profesional médico aprecia sin género de dudas la carencia de capacidad natural en la persona adulta protegida para poder entender lo que supone el tratamiento médico entonces, entra en juego lo establecido en el artículo 5.3 de la Ley de autonomía del paciente que dispone “cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”. Aquí es de aplicación el artículo 9.3.b) de la Ley de autonomía del paciente que permite el consentimiento otorgado por representación del incapacitado legalmente.

**¿Y si son los/las tutores/as quienes se niegan a que la persona adulta protegida reciba un determinado tratamiento médico?**

La Deontología médica exige que en caso de oposición de padres o tutores que actúan, no en representación de la persona incapaz, sino en cumplimiento de la obligación de velar por él establecida en el artículo 269 del Código Civil – a tratamientos necesarios o imposibles de retrasar por parte de los representantes legales será, entonces, el médico el que informe a la autoridad judicial para que decida la misma, con excepción de los casos de urgencia vital o de afectación grave a la salud, en los que el médico deberá actuar conforme a su leal saber y entender.

**¿Y si la persona de capacidad modificada carece de alguien que pueda prestar el consentimiento al tratamiento médico con la necesaria celeridad?**

En este caso el personal médico debería actuar conforme lo dispuesto en el Código de Ética y Deontología Médica de Julio de 2.011 (art.13.3)

El artículo 13 establece que:

1. Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.
- 2.- El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita.
- 3.- El médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento.
- 4.- El médico debe fomentar y promover la atención integral a los problemas de salud mental evitando estigmatizar al paciente psiquiátrico y la institucionalización permanente como medida terapéutica”.

## ANEXO II

### La Guarda de Hecho<sup>31</sup>

En nuestro actual modelo de sociedad y ordenamiento jurídico **la guarda de hecho** es una institución de protección tan trascendente como escasamente regulada. El Código Civil sólo le dedica dos artículos (303 y 304) y ni siquiera la define, únicamente da por hecho su existencia. Ante la inseguridad jurídica que provoca esta parca regulación y la desconfianza que produce al no existir para ella las mismas medidas de control que para otras figuras tutelares, muchos han vivido esta institución como algo transitorio, camino a la modificación de la capacidad de obrar vía procedimiento judicial. De hecho, el propio Código Civil en su art. 229 casi que la presenta como una situación de provisionalidad.

La guarda de hecho se ejerce porque una persona adulta se encuentra en un estado físico o psíquico tal que le impide cuidar de sí misma y de su patrimonio, poniéndole en una situación riesgo que la hace vulnerable y que alguien cercano puede resolver; por ello es oportuno dejar los casos más graves y/o complejos a otras medidas como la tutela o la curatela.

Por el momento, y hasta lo que pueda regular una esperada reforma legislativa en esta materia, adecuando nuestro ordenamiento jurídico a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en Nueva York el 13/12/2006 y ratificada por España en 2008 donde es previsible que se transforme en una propia institución jurídica de apoyo, podemos definir como guardador de hecho a aquella persona que, sin tener un título expreso, asume para otra que no puede valerse por sí misma, las responsabilidades propias de un/a tutor/a. Es cierto que la guarda de hecho puede reconocerse bien por la autoridad judicial, bien por un notario y que, a partir de ese momento, adquiere unas características semejantes al de otras instituciones de

---

<sup>31</sup> Fábrega Ruiz, C: La guarda de hecho y la protección de las personas con discapacidad. Ed. Ramón Areces. Colección La Llave. 2006. Santos Urbaneja, F: La guarda de hecho: institución clave en el nuevo sistema de protección jurídica de las personas con discapacidad. 2017.

protección; sin embargo, siempre quedará la duda de si le son aplicables las mismas normas que las surgidas de un procedimiento judicial de capacidad y, por otra parte, hay que reconocer las limitaciones del guardador para intervenir en el tráfico jurídico, sobre todo, en gestiones patrimoniales y financieras.

### **La Guarda de Hecho Institucional.**

En lo que se refiere a este documento centrado en personas institucionalizadas, hay que saber que **la persona titular de un centro residencial es la guardadora de hecho de una persona residente en su centro, por ser éste su lugar habitual de residencia.** Por lo cual, si el/la residente es, a su vez, una persona de capacidad modificada debe clarificar con el/la tutor/a las facultades, puesto que el centro el que se está ocupando de la cotidianidad de la persona adulta.

**La obligación de la Dirección del centro residencial se centra en que por vivir bajo su techo está asumiendo la guarda, convirtiéndose así en el garante de que se respeten los derechos de la persona residente y se le presten los cuidados y atenciones que le son debidos.**

En caso de discrepancias entre guardadores personales (familiares) e institucionales (dirección de centros) habrá que acudir a Fiscalía y/o, en su caso, al Juzgado para que intervengan y diriman el conflicto.

## ANEXO III

### Casos Prácticos

El siguiente Anexo recoge Casos que responden a necesidades surgidas en Residencias representadas en esta Comunidad de Prácticas. Se comprobará que en la resolución de los mismos el curso de acción es diferente si se dispone del documento PADAR JAÉN que si se carece del mismo, en definitiva contar con la decisión de la persona favorece no solamente a ella, sino también a las personas (familiares y profesionales) que tenemos la responsabilidad de responder a sus derechos.

**El documento PADAR JAÉN favorece la toma de decisiones, haciendo nuestra labor asistencial más ética y más justa.**

En un inicio, además de los siguientes casos recogidos en este Anexo, se contemplaba el desarrollo de otro caso práctico de Alimentación por Jeringuilla a propuesta de una de nuestras Residencias. Si bien es verdad que la jeringuilla para casos puntuales de alimentación ha estado presente hasta el momento en algunas residencias, también es verdad que el uso de la misma ha estado siempre rodeado de controversia, polémica y denuncias. Finalmente se decidió no recoger este **caso de alimentación por jeringa pues según las fuentes médicas consultadas su uso está contraindicado y en ningún caso debe ofrecerse como alternativa.**



## CASO PRÁCTICO N°1

**¿Si estando residiendo en el centro, por enfermedad sobrevenida, tuviera dificultades para comer, podrían los/las profesionales recurrir al uso de alimentación mediante sonda nasogástrica (SNG)?**

Hombre de 87 años de edad, demencia Tipo Alzheimer en grado grave, entra paulatinamente en fase de retraimiento, estado emocional depresivo, muestra nulo interés en las actividades lúdicas y terapéuticas del centro, está dejando de caminar incluso con ayuda técnica, hace vida cama sillón, dependencia total en las actividades básicas de la vida diaria.

Hace tres meses que presenta graves problemas de deglución, no acepta el alimento y le resulta imposible tragar incluso los líquidos. Se le prescriben productos energéticos que tampoco acepta, la pérdida de peso es relevante. Casi no reconoce a sus hijos, ni es capaz de expresar sus deseos.

Los familiares consultan con la médica de la residencia la cual inicialmente valora la posibilidad de prescribir una sonda nasogástrica con objeto de instaurar alimentación enteral.

Los hijos no desean ocasionar molestias innecesarias para su padre, todos comparten la misma opinión: no toleran la medida de sonda y los subsiguientes medios de sujeción que limiten su libertad. Temen complicaciones o riesgos derivados del tratamiento, como aspiración pulmonar, erosiones nasales o esofágicas, epistaxis, agitación, sufrimiento, arcadas, otitis, etc.

El padre no está incapacitado judicialmente, pero en el momento de ingreso en residencia se refleja en el documento “Plan de Atención Individual” (PAI), sus preferencias al respecto, indicando claramente su rechazo a tratamientos que alarguen innecesariamente su vida y ocasionando estancias hospitalarias prolongadas encontrándose el mismo desconectado del mundo que le rodea.

Los hijos desean que no sea sometido a su padre a tratamientos fútiles, que no tengan expectativas de mejorar su cuadro demencial. Reclaman calidad de vida para afrontar esta fase final.

La doctora del centro residencial discrepa respecto a la postura de la familia y ambas partes entran en conflicto.

### **Respuesta**

En cualquier acto médico siempre **prima la decisión del paciente** tras ser informado de todas las alternativas posibles, siempre considerando la posibilidad del derecho de rechazo al tratamiento por parte del paciente.

En el caso que nos ocupa, dado el estado de imposibilidad de decidir del paciente, como existe el documento “**Plan de Atención Individual**” (PAI), documento que recoge sus preferencias y deseos de forma anticipada, entre otros aspectos el sanitario, **el equipo interprofesional del centro debe respetar el cumplimiento de la voluntad expresa del mismo.**

Si no existiera constancia en ningún documento que refleje de algún modo las voluntades anticipadas del paciente (Documento de Voluntades Vitales Anticipadas, PAI, PADAR JAÉN, etc.), al no tener la persona residente capacidad natural para la toma de decisión, serán en primera instancia, **la familia quien decidirá, como figura de referencia y mediante juicio por representación;** para garantizar en base a la historia vital, el cumplimiento de los deseos y preferencias de la persona residente, en relación a los valores que le han acompañado a lo largo de su vida.

No obstante, siempre debe primar entre el equipo interprofesional del centro y la familia del paciente una información rigurosa, exquisita, intentando que no sea una información unidireccional (de profesionales a paciente y familiares) sino una sesión informativa, pero facilitando la deliberación con las partes implicadas (miembros del equipo y familiares; en este caso no se podría con el enfermo dado su deterioro cognitivo referido).

En relación al caso concreto, debe trasladarse a la familia que las personas mayores y, especialmente las personas que padecen enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencias, con bastante frecuencia, se encuentran más deprimidas, tienen apatía por determinadas conductas e incluso pueden llegar a dejar de comer. Estos síntomas, en otras ocasiones orientan a que el enfermo está padeciendo algún tipo de infección, siendo la infección urinaria la más frecuente. Infección urinaria que en las personas

adultas tendría como síntoma la disuria intensa (cistitis) y/o la fiebre en forma de tiritona (pielonefritis). Hay que tener en cuenta que en las personas mayores el umbral del dolor es distinto, por lo que no nos podemos fiar de este “síntoma alarma”. Es por ello, por lo que **inicialmente la conducta médica debe ir destinada a descartar que el paciente no padece infección alguna o una posible candidiasis buco-faríngea (que produce mucho dolor al tragar), o una estomatitis aftosa (que produce mucho dolor con el simple contacto del alimento con las mucosas orales).**

La instauración de la SNG estaría indicada para administrar líquidos, medicación y nutrición, informando a la familia el objetivo de la SNG, teniendo en cuenta que una vez resuelto el proceso causante de la negación a la toma de líquidos y toma de alimentos, se le podría retirar la sonda. Podría ser consensuado la instauración preventiva de la SNG hasta descartar causas infecciosas u orgánicas diferentes de la evolución de la demencia.

Si procesos infecciosos de este tipo estuvieran descartados y la sintomatología referida fuera debido a su deterioro cognitivo progresivo, **el rechazo del paciente de la comida debería ser interpretado como un síntoma propio del empeoramiento de la demencia, y en este caso la instauración de la SNG no estaría indicada al considerarla un TRATAMIENTO INDEBIDO.** Más aún, cuando así ha sido considerado y reflejado por el paciente en el PAI, que coincide además con la opinión de sus familiares o allegados.

Si el conflicto persiste entre las partes reflejadas anteriormente, se trasladará a un Comité de Ética y en última instancia, se derivará a la autoridad judicial (Fiscalía o Juzgado).

### **En resumen**

1º) Siempre respetar el deseo del paciente considerando incluso el rechazo al tratamiento. Por ello, debe investigarse la existencia o no de documentos que expresen los deseos del paciente.

2º) Si no existe ningún documento, consultar con los familiares o allegados al paciente respecto a los valores o preferencias del mismo.

3º) Descartar en el paciente causas (infecciosas, orgánicas, etc.) del rechazo al alimento. Si las hubiere, tratarlas e instaurar SNG (sin restricciones mecánicas ni farmacológicas). Podría instaurarse de modo preventivo hasta descartar las causas orgánicas o infecciosas. Si no las hubiera, retirarla o NO instaurar la SNG.

4ª) Aportar a la familiar una información verificada científicamente (riesgos y complicaciones), intentando que no sea una información unidireccional (de profesionales a la familia) sino una sesión informativa pero facilitando la deliberación con las partes implicadas (miembros del equipo y familiares; en este caso no se podría con el enfermo dado su deterioro cognitivo referido).

### **Impulsar**

1.- Respeto al derecho de autonomía del paciente.

2.- Fomentar el registro en documentos que expresen los valores del paciente en forma de voluntades vitales anticipadas para garantizar su cumplimiento.

3.- Información rigurosa destinada a deliberación bidireccional entre equipo interprofesional y pacientes y familiares o allegados.

4.- Medidas en pro de la mejora de la calidad de vida y dignidad de la persona evitando la obstinación terapéutica con tratamientos desproporcionados.

### **Evitar**

1.- Sufrimientos en el paciente y en sus familiares y/o allegados.

2.- La prescripción de tratamientos fútiles que alargan de modo innecesario la vida de los pacientes.

3.- Judicializar el caso mediante el uso de otros instrumentos profesionales y éticos.

4.- Costes económicos innecesarios derivados de tratamientos inútiles y estancias hospitalarias innecesarias e indeseadas.

## CASO PRÁCTICO N°2

### ¿Qué ocurre si mi familia no autoriza la adopción de medidas de sujeción prescritas facultativamente?<sup>32</sup>

Hombre de 85 años con deterioro cognitivo grave, ingresa en el centro acompañado de sus dos hijos. En el momento del ingreso, los familiares informan, que durante la noche, esta persona muestra conductas de agitación y nerviosismo, tales como: levantarse de la cama y quitarse el pañal con manipulación de heces, con el consiguiente riesgo para su seguridad. Demandan atender a esta circunstancia y que se supervise continuamente. La familia muestra su rechazo a la aplicación de medidas de contención, como medida para garantizar su seguridad.

A pesar de extremar la vigilancia nocturna por parte del personal, el residente sufre una caída que cursa con consecuencias graves, y esta situación provoca la queja de los familiares, al entender que desde el centro no se han implantado los medios que garantizan la seguridad de esta persona y que en ningún caso valoran y aceptan que un medio de sujeción mecánica sea una medida de tratamiento para el control conductual que presenta su familiar.

### Respuesta

Se trasladará a los familiares que inicialmente se intentarán aplicar todas las medidas alternativas a la sujeción: “control del residente” según los tiempos entre respuesta en caso de levantarse para ir al servicio, sensores de movimiento, alfombrillas que detectan si el residente se levanta de la cama, cámaras de videovigilancia, camas tipo Alzheimer, terapias, talleres, regulación de la medicación, rehabilitación, mobiliario, cambio de infraestructura, ayudas técnicas y otros recursos, en el caso de que las haya.

Se trasladará a la familia que cuando todas estas medidas se muestran ineficaces y persiste el riesgo para la persona, se propondrá a la familia la aplicación del **Protocolo de Sujeción Mecánica**, que lleva implícito la implantación de las medidas de sujeción de **forma revisable y no definitiva**, con el objetivo final de su retirada a ser posible;

---

<sup>32</sup> Garantías en el uso de medidas de Medios de Contención en un Centro Residencial de Personas Mayores. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Urrutia Beaskoa, Ana: “Restricciones físicas ¿Deben usarse?, ¿Quiénes, cuándo y cómo? Norma Libera-Ger. Fundación Cuidados Dignos.

valorando la evolución y trasladándoles que además, su familiar está en una fase crítica de adaptación tras el ingreso.

La información a las familias será exhaustiva, siempre se hace en beneficio del paciente (y no de la organización) y que su aplicación se ajustará a una práctica médica correcta, y serán sometidas a juicio clínico, médico-legal y ético-deontológico:

A.- **Juicio Clínico:** en el que se identifican los síntomas como confusión, agitación, la falta de control sobre la conducta, que ponen riesgo la seguridad del paciente o de otras personas.

B.- **Juicio médico-legal:** este obliga a recordar el derecho del paciente a su autonomía y a decidir sobre sí mismo y su situación las medidas que le sean más favorables. Si no está en condiciones de tomar una decisión válida, por estar afectada su capacidad para decidir, se comprobará si existe o no la manifestación de voluntades anticipadas relativas al uso de sujeciones por la persona mayor. Si no existen, personal facultativo, decidirá lo que sea más favorable para él, haciéndolo constar en la historia clínica, y si sus representantes legales decidieran en contra del beneficio del paciente, se dará cuenta al Juzgado o a Fiscalía para su conocimiento y supervisión.

Según el **art. 126-c)-2º de la Ley 9/2016 de 27 de diciembre de Servicios Sociales de Andalucía, se califica como infracción grave** el uso de medidas de sujeción no homologadas o no prescritas por el personal facultativo. Por otro lado en el art. 126 a), 3º de la mencionada ley también se considera como infracción grave vulnerar la dignidad o la intimidad de las personas usuarias del Sistema de Servicios Sociales de Andalucía.

C.- **Juicio ético-deontológico:** es un nivel superior de exigencia en la forma en que se estudia la situación del paciente que necesita medidas de contención. Será preciso la individualización o especificación para que, aunque las decisiones se tomen conforme a un protocolo general, ese protocolo se aplique al paciente concreto y a sus necesidades personales concretas.

## **Impulsar**

1.- El respeto al derecho del paciente a su libertad y a su dignidad, que será siempre considerado y se llevará su cumplimiento hasta donde sea posible.

2.- La formación y concienciación del personal asistencial en la adopción de medidas alternativas a la sujeción mecánica o farmacológica.

4. El equipo técnico ejercerá una importante labor de formación e información a la familia.

5. La **Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial** respecto a esta cuestión.

6.- En aquellos casos que la sujeción física sea la única alternativa para garantizar la seguridad, la aplicación de la misma implica el cumplimiento de las “**Garantías en el uso de las medidas de Medios de Contención en un Centro Residencial de Personas Mayores**”.

7.-Siempre que esté justificada la aplicación de una medida de contención física/mecánica se deberán respetar los siguientes principios éticos: Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía y Justicia.

8.- Informar de las medidas de sujeción prescritas en el centro a Juzgados y/o Fiscalía cuando estén indicadas médicamente y los representantes de los afectados se opongan a las mismas.

### **Evitar**

1.- Judicializar el conflicto entre las partes.

2.- La vulneración de derechos humanos –libertad y dignidad- y principios éticos – autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia-.

3.- Usar una contención como medida coercitiva o de castigo ante conductas disruptivas o conductas molestas.

4.- Usar como conveniencia o comodidad del personal, o de otros residentes, como sustituto de vigilancia.

5.- Usar estas medidas para evitar contratar más personal asistencial.

6.- Contraindicaciones y/o efectos secundarios de las medidas de sujeción.

## CASO PRÁCTICO N°3

**¿El Centro Residencial puede limitar o impedir que algunos miembros de mi familia me visiten?**

Mujer de 84 años de edad, con diversas patologías físicas y recientemente diagnosticada de una enfermedad neurodegenerativa que conlleva deterioro cognitivo.

El día del ingreso, la señora es acompañada por dos de sus hijos (seis en total). Durante la **Fase de Acogida**, la residente **expresa su deseo** de ingresar en el Centro y los motivos que le han llevado a tomar esta decisión. La adaptación al centro se realiza favorablemente, expresa su **satisfacción personal** y preferencias, conocidas por familiares, personal y residentes.

Superada la **Fase de Adaptación**, acude al centro residencial una de sus hijas, la cual no había mantenido anteriormente contacto directo, ni telefónico con la madre, ni con profesionales del Centro. Solicita entrevistarse con la Dirección y en la misma expresa que su madre no desea estar en el centro, afirmando que su ingreso **no ha sido voluntario**, sino influido e inducido por hermanos y hermanas con motivación económica.

Desde el centro, se informa a la **persona de referencia**, de esta situación, siendo su respuesta la de **manifestar que se impida la visita y el acercamiento** de esta hermana hacia su madre, alegando conductas negligentes anteriores hacia ella.

A partir de ahí, el enfrentamiento entre hermanos/as se hace patente y exigen a la Dirección que tome parte en dicho conflicto, impidiendo las visitas de la otra parte y provocando situaciones de tensión.

Indagada la **voluntad** de la persona residente respecto a las visitas de sus hijos/as, no muestra **capacidad volitiva** clara, en ocasiones las aceptaba y en otras las rechaza. **La situación llega a los tribunales por una de las partes en conflicto.**

### **Respuesta**

Las visitas por parte de familiares, amistades y otros miembros de la **red de apoyo natural** de las personas residentes que se encuentran en Centros Residenciales, son



necesarias y se han de preservar, fomentar e incrementar, siempre y cuando éstas sean proveedoras de bienestar, seguridad, tranquilidad y alegría para quienes las reciben.

Pero hay otros contactos que aportan malestar, enfado, inquietud, tristeza y otras emociones negativas, podríamos denominarlas **redes sociales portadoras de tensiones**, no estando recomendadas.

Desde los Centros Residenciales se han de fomentar las primeras y mediar con las personas visitantes para transformar las segundas, llegando a evitarlas, en determinados casos, si no es posible esa modificación. Pero **¿quién decide si se recibe o no una visita?** Lógicamente la persona residente, basándonos en su **derecho a la autodeterminación** teniendo en cuenta varias consideraciones:

Valorar la capacidad y el grado de independencia de la persona residente para tomar decisiones libremente:

1. Si **mantiene** dicha **capacidad** para tomar libremente sus decisiones, la persona decidirá por sí misma.
2. Si su **capacidad** para tomar decisiones estuviese **alterada**: la persona residente decidirá, teniéndose en cuenta la valoración y apoyo del equipo técnico interdisciplinar del Centro Residencial.
3. Si su **capacidad** para tomar decisiones **estuviese modificada**. Se consultará la extensión y límites de dicha capacidad.

Estudiar si dispone de algún documento de **Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial (PADAR JAÉN)**. En caso de no disponer de este documento, revisar si en el momento del ingreso manifestó o se registró algo en el **contrato de ingreso**. Si tampoco hubiese manifestado o registrado nada en el momento de la incorporación, tratar de identificar su voluntad a través de su **historia de vida** (pensamientos, creencias, preferencias, manifestaciones,...)

Marcar pautas de **Mediación** desde el Centro Residencial y en caso de no resultar efectivas, informar a la Fiscalía.

## **Impulsar**

La Elaboración del Documento Planificación Anticipada Decisiones en el Ámbito Residencial (PADAR JAÉN)

## **Evitar**

Judicializar el caso.

## CASO PRÁCTICO N° 4

**Cuando ingrese en una Residencia ¿podré tener relaciones afectivo sexuales con otra persona? ¿Podría contraer matrimonio con otra persona residente?**<sup>33</sup>

Residente con enfermedad de Alzheimer en grado moderado, viudo y sin hijos. Recibe visitas de sus sobrinos y hermano, siendo éste último la persona de referencia que figura en el contrato de ingreso.

El residente mantiene una relación afectiva con otra residente también diagnosticada con demencia tipo Alzheimer en grado leve, que ha conocido en la residencia. La pareja busca continuamente encuentros entre ellos y han manifestado a miembros del equipo técnico, “que son más felices que nunca y que quieren casarse”.

En cierta circunstancia, familiares de ambos residentes, los encuentran juntos en la misma habitación y ante este hecho, solicitan a la Dirección que se adopten medidas tendentes a limitar la relación entre ellos, porque la consideran inadecuada.

### **Respuesta**

Tanto las relaciones afectivo-sexuales como el matrimonio han de basarse en la capacidad para consentir, por ello; en cualquier caso, es preciso valorar el grado de capacidad de autodeterminación de ambas personas residentes y la independencia para tomar sus decisiones libremente.

En este supuesto, ambos residentes padecen la enfermedad de Alzheimer y ambos manifiestan “que son más felices que nunca” por lo cual, entendemos que hay consentimiento para la relación.

Puede quedar la duda de si hubieran actuado igualmente, antes de padecer la demencia, por lo cual, con ayuda de algún **documento previo**, si lo hubiese, donde manifiestan su posición ante este asunto y con la **opinión de familiares** cercanos, habrá de identificarse cuál hubiese sido la voluntad de ambos.

---

<sup>33</sup> Protocolo sobre relaciones Interpersonales y sexualidad en personas con Discapacidad Intelectual, Trastornos del Espectro Autista y otras Discapacidades con deterioro cognitivo, usuarias de Centros Residenciales. Dirección General de Personas con Discapacidad.

La toma de decisiones se apoyará en informes de especialistas (entre ellas el/la psicólogo/a de la residencia, el neurólogo,...), su historia de salud y de vida. Si tienen capacidad de decidir, decidirán las personas residentes libremente.

En cuanto al asunto de **contraer matrimonio** la ley exige como requisito que el contrayente tenga capacidad natural suficiente para poder celebrar ese acto, es decir, que comprenda lo que significa ese acto. La ley no diferencia entre personas de capacidad modificada o no, sino que para aquellas personas que estén afectadas de una discapacidad psíquica, como es el caso, será preceptivo el sometimiento a un dictamen médico para determinar que su consentimiento es válido.

En el supuesto de que existieran **representantes legales**, éstos deberán respetar este derecho personalísimo al matrimonio que siendo inherente a la persona sólo podrá ser realizados por ella misma; sin embargo, ante la duda lo habitual es que el/ la tutor/a pida un reconocimiento médico forense.

1.- Si una de ellas tiene capacidad y la otra no, no hay consentimiento.

2.- Establecer cuáles son las competencias de la persona que aparece como referencia en el contrato de ingreso.

3.- Personas que no pueden decidir legalmente por sí mismas pero sí quieren disfrutar de su sexualidad, habrá que comprobar si tiene el documento PADAR JAÉN cumplimentado en relación al caso y de no ser así, basarse en su historia de vida recabada de los familiares y con consentimiento de la figura legal que tenga potestad en la toma de decisiones. Además, si dicha relación produce un beneficio en ellos, trasladarlo a la figura legal para permitir su disfrute.

5.- Trabajo de mediación y negociación residencia-familia, para que acceda a un **enfoque ético y respetuoso con los derechos afectivos y sexuales** de las personas. El centro debe ser el mediador entre las partes, tratando de conciliar posturas e intereses, recordando que las personas mayores con deterioro cognitivo, no son solo receptoras de cuidados y de servicios sociales; son personas con derechos y dignidad.

El centro como **Guardador de Hecho**, que pueda observar un beneficio o no maleficencia de dicha relación, debe de respetar la libre elección de esta relación.

## **Impulsar**

- 1.- Educación afectivo-sexual en profesionales y familiares: Los/as profesionales debemos respetar el derecho a la sexualidad de las personas residentes, apoyándolas para poder ejercerla de forma satisfactoria.
- 2.- Expresar por parte del centro una política clara sobre relaciones interpersonales y sexualidad.
- 3.- Trabajo previo con las personas sobre **Planificación Anticipada**. Favorecer que las personas residentes, que a su ingreso se encuentren en plenas facultades, manifiesten por escrito cuál sería su deseo llegado un supuesto semejante y hacer revisiones periódicas de dicho documento
- 4.- Propiciar espacios para la intimidad.

## **Evitar**

- 1.- Judicializar el caso.
- 2.- Juzgar, criticar o confrontar con la familia. Intentar comprender y ofrecer orientación, formación, guía.
- 3.-Abusos, acoso, manifestaciones sexuales íntimas, en lugares inapropiados según las normas sociales.

## CASO PRÁCTICO N° 5

**Si una vez ingresado en un Centro Residencial, tras la valoración y atención integral realizada por el equipo multidisciplinar del mismo, decidieran trasladarme a otra residencia o derivarme a especialistas médicos y mi familia se opusiera, ¿quién tomará la decisión final?**

### **Descripción**

Hombre de 81 años diagnosticado de una enfermedad neurodegenerativa que conlleva deterioro cognitivo y con diversas patologías físicas. Desde el ingreso ha participado en distintos incidentes a nivel de convivencia en el centro, tanto con residentes como con el personal del mismo. Muestra episodios recurrentes de agresividad, siendo el de mayor gravedad la agresión contra otra residente asistida, mientras ésta dormía. Desde el momento del ingreso se ha mantenido informada a la familia de dichos incidentes, los cuales no reconocen ni aceptan.

Desde el centro se han realizado distintas derivaciones tanto a su médico de atención primaria, como a especialistas y a servicios sanitarios de urgencias de la localidad; siendo ocasionalmente modificado el tratamiento para disminuir los episodios de agitación y agresividad. La familia muestra su disconformidad con dichas derivaciones, considerándolas innecesarias y excesivas. La actitud de la familia ante el personal del centro es de extrema desconfianza.

Desde el Centro Residencial se solicita al organismo correspondiente, un traslado de centro a otro más adaptado a las necesidades del residente, conforme al art. 10, apartados c y d, del **Decreto 388/2010 de 19 de octubre , por el que se regula el régimen de acceso y traslado de personas en situación de dependencia en centros residenciales**. La familia no acepta el ingreso en un Centro con plazas para Graves y Continuados Trastornos de Conducta.

### **Respuesta**

Desde los centros residenciales se fomenta el mantenimiento y la preservación de los vínculos familiares y afectivos, por los beneficios múltiples que se constatan, como es la reducción de la vulnerabilidad de la persona frente a diferentes factores estresantes físicos y mentales (**Principio de Calidad de Vida**). Como consecuencia, se tiene en

consideración las opiniones de familiares de referencia de la persona residente en todos aquellos aspectos que intervienen en su **Plan de Atención Individualizada (Metodología básica del Modelo de Atención Centrada en la Persona)**. Concretamente, en lo referente a la atención sanitaria, de acuerdo con el art. 17, apartado 5 de la **Orden de 21 de diciembre de 2007, por la que se aprueba el modelo de Reglamento de Régimen Interno en los Centros de Atención Residencial de Andalucía**, el centro tomará aquellas medidas que desde el equipo de profesionales estimen oportunas para garantizar la atención sanitaria, cuidados y bienestar de esa persona en el centro (**Principio de Beneficencia**). Es decir, se adoptarán siempre aquellas medidas que resulten más beneficiosas para el paciente.

**El Centro antes de proponer ningún traslado de Residencia tiene que promover la intervención desde todos los ámbitos con el residente y agotar todas las alternativas posibles.** Desde el Centro Residencial se trabajará con la familia en la **mediación y concienciación** de la enfermedad que padece el residente, para que conozcan cómo cursa dicha enfermedad, seguimiento, sistema de coordinación sociosanitario que desde los centros se lleva a cabo con los servicios médicos de atención primaria correspondiente, así como, las posibles consecuencias derivadas del tratamiento administrado.

En caso, de no llegar a acuerdos y persistir la actitud de desconfianza e interferencia en la **atención integral** que se le aporta y garantiza desde el **equipo interdisciplinar del centro**, se hará una derivación a los servicios de atención primaria para que, tras ser valorados adecuadamente, barajen la posibilidad de derivar al especialista, así como una intervención de urgencia si el caso lo requiriese.

De forma paralela, se informará a la Agencia de la Dependencia de la Delegación Territorial competente para ponerles en antecedentes y solicitar a través de la **Comisión Técnica del Centro**, el traslado de centro de este residente a otro más adaptado a sus necesidades.

## **Impulsar**

- 1.- **Principio de beneficencia:** siempre lo mejor para el paciente.
2. **Impulsar el documento PADAR JAÉN**, que la persona tenga un trastorno de conducta no implica que carezca de capacidad natural para decidir si desea ser trasladado a otro centro u opinar sobre su tratamiento médico.
3. **Psicoeducación familiar.** Apoyo y comprensión de sus miedos y preocupaciones.
- 4.- Trabajo en red profesional: **Principio de Inteligencia Colaborativa.**
- 5.- Estudiar e implantar alternativas previas a la derivación de centro, procurando la adaptación de la persona y familia al recurso.
- 6.- Valoración integral de la persona, antes de la toma de decisiones, asignando el recurso adecuado: **Principio de Justicia.**
- 7.- Información exquisita a la familia. **Comunicación bidireccional.**

## **Evitar**

- 1.- Culpabilización y estigmatización familiar.
- 2.- Medidas desproporcionadas para la contención de la conducta: proceder a los diagnósticos y tratamientos necesarios (**Principio de No Maleficencia**).



## CASO PRÁCTICO N°6

**Si padezco una enfermedad terminal muy avanzada y sin ningún pronóstico de curación, y me encuentro en la última fase de mi vida, ¿me trasladarán desde la Residencia de Personas Mayores a un Centro Hospitalario?**

Mujer de 88 años con antecedentes de: Accidente Cerebro Vascular (hemorragia cerebral) y Cardiopatía, Demencia tipo Vascular y sintomatología depresiva con limitaciones para la realización autónoma de las Actividades Básicas de la Vida diaria y evolución negativa en el último año, pasando a vida cama-sillón, empeoramiento influido por los problemas cardíaco-pulmonares de base, que han requerido varios ingresos hospitalarios.

Tras el alta de un ingreso hospitalario, los médicos aconsejan a la familia mantener medidas de confort y/o cuidados paliativos residenciales, y evitar causar molestias por traslados innecesarios al hospital.

La familia se muestra reticente a dicha medida y exige la derivación hospitalaria. En los dos últimos desplazamientos al hospital, la paciente no es ingresada, y confirman el tratamiento prescrito por el/la profesional médico de atención primaria o del servicio de urgencias que se desplaza a la Residencia (domiciliario).

Tanto el Médico de familia de Centro de Salud de Zona, como los/las profesionales del Servicio de Urgencias de referencia, coinciden en apuntar lo innecesario de tantos traslados, que solo han supuesto un sufrimiento innecesario.

Una vez más, la Residencia solicita el auxilio del Servicio de Urgencias que en la hoja de asistencia hace constar “estado agónico en paciente terminal”. La familia vuelve a exigir el desplazamiento al hospital y los médicos indican que no tiene sentido. ¿Quiénes decidirán finalmente?

### **Respuesta**

La decisión para atender a una persona enferma durante la fase terminal o en sus últimos días, en su domicilio, en una residencia o en el hospital, es un dilema difícil que depende de diversos factores como la voluntad de la persona enferma, la disponibilidad

de la familia, la evolución de la enfermedad, los servicios sociales y si se cuenta con un equipo de soporte para afrontar las diversas complicaciones que se puedan presentar.

Tan equivocado como asumir que las personas desean fallecer en casa, es asumir que desean ir al hospital. Lo que nos tiene que importar es que cualquiera que sea el lugar donde la muerte acontezca, el deber como personal sanitario es estar en condiciones para ayudar a que sea apacible, sin sufrimiento y que la persona se encuentre en compañía de sus seres queridos.

En lo referente a la atención sanitaria, el artículo 17.2. de la Orden de 21 de diciembre de 2007 por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interno que regula los centros de Atención Residencial de Andalucía: "... cuando así se precise, la persona usuaria será trasladada al Centro Hospitalario que corresponda. Para ello, será acompañada por algún familiar, persona de referencia o representante legal. Excepcionalmente, podrá ser acompañada por personal del Centro o persona ajena, que será remunerada por la persona usuaria..."

No obstante, en el caso concreto que se nos plantea, en primer lugar tenemos que tener el diagnóstico médico correcto de que nos encontramos en una situación terminal, irreversible y que aboca indefectiblemente a la muerte. Cuando tengamos completo conocimiento de esta situación debemos informar al paciente de la situación clínica en la que se encuentra y preguntarle el lugar en el que desea afrontar el último tramo de su vida, considerando las circunstancias asistenciales de los mismos. Si tiene conciencia suficiente para trasladar su decisión, la misma deberá ser respetada. Si no tiene capacidad de decisión, valoraremos si existe o no planificación anticipada de decisiones o voluntades vitales anticipadas.

La Planificación anticipada de las decisiones y/o las voluntades vitales anticipadas son el cauce del ejercicio de la persona, de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por ella misma.

Los efectos de las intervenciones de planificación anticipada en residencias de personas mayores, nos muestran que previene y disminuye las tasas de hospitalización, aumenta el número de pacientes que mueren en la residencia, el número de tratamientos médicos consecuentes con los deseos del paciente y el uso de los cuidados paliativos.

La ausencia de una planificación anticipada clara, oral o escrita, por parte del paciente produce, muchas dudas, una enorme responsabilidad y conflicto moral que recaen sobre las personas allegadas. La actitud que toma la familia ante la enfermedad condiciona en gran medida la situación de la persona enferma.

La Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, en el Artículo 10.1. establece: “Cuando la persona que se halla bajo atención médica esté en situación de incapacidad de hecho, a criterio de su médico o médica responsable, tanto la recepción de la información, como la prestación del consentimiento y, en su caso, la elección del domicilio para recibir cuidados paliativos integrales, a que se refiere el artículo 12.2, se realizarán, por este orden: por la persona designada específicamente a tal fin en la declaración de voluntad vital anticipada, por la persona que actúe como representante legal, por el cónyuge o la cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad, por los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad, sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente conforme a la legislación procesal.”

En Artículo 18.2 sobre los Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas recoge: “Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar los valores, creencias y preferencias de los mismos en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas”

Por todo lo anterior la planificación anticipada proporciona el camino a seguir con el paciente/familia, si su deseo es morir en el hospital sería necesario establecer una buena coordinación: Residencia/Enfermera Gestora/ Hospital-Unidad de Cuidados Paliativos para poder programar un ingreso respetando la voluntad paciente/familia aceptando sin juzgar sus valores, creencias y preferencias.

Si no existe Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) o Voluntades Vitales Anticipadas (VVA), el personal médico debe trasladar a las personas usuarias que el principio rector de cualquier acto médico es el **beneficio del paciente**. Que si entienden que resulta innecesario el traslado al hospital es porque entienden que no solo no le

reportará ningún beneficio a su familiar sino que le ocasionará perjuicio, daños y molestias innecesarias. No obstante, hemos de considerar que en caso de ausencia de capacidad de decisión del paciente quienes deciden son los familiares o allegados por consentimiento por representación, que tras la debida información de la situación clínica, adoptarán la decisión que entiendan acorde a los valores del paciente que será debidamente respetada.

Es deber del personal médico y en este caso, trasladar a familiares que posiblemente dicha paciente únicamente requiere el confort y el acompañamiento de sus familiares, en un lugar agradable y adaptado para cubrir sus necesidades en estos últimos momentos de su vida.

**En resumen**, los pasos a seguir serían:

- 1.- Valorar la consciencia y la capacidad de la paciente para tomar decisiones libremente.
- 2.- Consultar si existe documento de Voluntades Vitales Anticipadas o Planificación Anticipada de Decisiones.
- 3.- Información exquisita a la familia del cuadro clínico.
- 4.- Ayuda del personal técnico en la toma de decisiones. Paciente /Familia.
- 5.- Coordinación con los servicios: Centro residencial, atención primaria, unidades de soporte de cuidados paliativos. Programación de ingreso.

### **Impulsar**

- 1.- Planificación Anticipada de decisiones y/o Voluntades Vitales Anticipadas y/o **Planificación Anticipada de Decisiones en el Ámbito Residencial (PADAR JAÉN)** como un método de preservación del principio de autonomía del paciente y en caso de deterioro cognitivo, constituye una garantía a la hora de tomar las decisiones acordes a los valores del afectado.
- 2.- Implicación familiar en la planificación anticipada de decisiones: medidas extraordinarias de preservación de la vida, en cuanto a reanimación, hospitalización,

alimentación parenteral y por sonda, transfusiones sanguíneas, depuración extrarrenal, administración de antibióticos, etc.

3.- Mejorar la Coordinación entre los distintos servicios: Residencial, Atención Primaria, Unidades de Soporte de Cuidados Paliativos. Ingresos programados.

4.- Formación a profesionales en atención a paliativos.

5.- Facilitar una vida digna hasta la muerte, controlando adecuadamente los síntomas en la fase agónica.

6.- Respeto de los derechos de la persona con enfermedad en fase terminal y agonía. Informar y comunicar.

7.- Mantener la calidad de vida y el bienestar, dar apoyo a familiares en esta fase y en la de duelo. La calidad de vida en el outcome de la fase terminal es un concepto de difícil situación y medida (Catalán, 1990).

8.- Evaluación en cuidados paliativos: persona enferma y familiares

9. Cumplir con los principios básicos de bioética: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

### **Evitar**

1.- Conflictos. Prejuicios. Juzgar.

2.- Toma de decisiones priorizando la autonomía de profesionales y decidir sobre las personas residentes.

3.-Mentir, sobreproteger, no escuchar (temores, preocupaciones, deseos,...).



GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL (PADAR JAÉN) by [COMUNIDAD DE PRÁCTICA "TÚ DECIDES YO TE APOYO"](#) is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License](#).