



Memoria 2015

Grupo promotor comité de ética asistencial



EULEN
SOCIOSANITARIOS
Estamos por ti



AUTOR: Comité de Ética Asistencial de EULEN Sociosanitarios, S.A.

©2015 EULEN SOCIO SANITARIOS, S.A

Puede ponerse en contacto con el Comité de ética de EULEN Sociosanitarios
en el correo: eticasociosanitarios@eulen.com

Memoria 2015

Servicios Sociosanitarios

1 Introducción

2 Formación de grupos de reflexión ética

3 Constitución del Grupo Promotor

4 Estatutos de funcionamiento

5 Reuniones

6 Actividades formativas

7 Actividades divulgativas

8 Objetivos 2016

9 Anexos



EULEN Servicios Sociosanitarios S.A. es una empresa de servicios de atención a personas en situación de dependencia o vulnerabilidad, como personas mayores, personas con discapacidad intelectual, personas con enfermedad mental grave, menores y familias, enfermos, violencia de género, entre otros.

El interés por los temas de bioética ha sido constante tanto por parte de la dirección de la empresa, como por parte de los trabajadores. Por ello, hace más de cuatro años se comenzó con la formación básica en ética de todos los empleados, así como reuniones para ver las necesidades que se detectaban en estos temas y los dilemas éticos que surgían en los servicios. Todo este proceso ha cristalizado a finales de 2014 en la creación de un Grupo Promotor del Comité de Ética Asistencial, actuando con el apoyo y la aprobación del Comité de Ética Empresarial del Grupo EULEN.





Para dar espacio y tiempo a la necesidad de deliberación sobre temas éticos asistenciales que se detectaban en los servicios, y hacer cercana esta labor a los trabajadores, usuarios y familiares, se han formado, durante el 2014 y 2015, tres Espacios de Reflexión Ética en tres comunidades autónomas (Madrid, Cataluña y Valencia).

Se ha contado con la colaboración de personas de distintas profesiones, localizaciones y puestos de trabajo, lo que ha permitido una gran multidisciplinariedad y complementariedad en los Grupos.

Los tres Espacios de Reflexión existentes en la actualidad, que son una gran fuente de apoyo para el Grupo Promotor, ya que permiten detectar las necesidades en temas bioéticos de forma más eficiente.







Constitución del grupo promotor

El 25/11/2014 se constituye el Grupo Promotor, que se plantea los siguientes objetivos generales:

- Proteger a las personas usuarias, familiares y pacientes.
- Asesorar a los profesionales en la toma de decisiones y en la resolución de conflictos éticos que puedan surgir en la prestación del servicio.
- Proponer alternativas o soluciones a los conflictos éticos planteados, apoyando a profesionales, familiares, personas usuarias y pacientes.
- Elaborar documentos de consenso sobre temas que puedan suponer un dilema ético.
- Promover la formación de los trabajadores en temas éticos.

Composición

El Comité tendrá carácter multidisciplinar y estará constituido, como mínimo por 10 miembros, que reunirán los siguientes requisitos:

- a. Un licenciado en derecho con conocimientos y experiencia en bioética y en legislación sanitaria y social.
- b. Profesionales sanitarios pertenecientes a la Empresa, que desarrollen labor asistencial, debiendo uno, al menos, tener formación acreditada en bioética. Constituirán, como mínimo, un tercio de todos los miembros del Comité.
- c. Profesionales no sanitarios pertenecientes a la Empresa.

- d. Personas ajenas a la Empresa que representen a los pacientes o personas usuarias.
- e. Un representante de cada uno de los Grupos de Reflexión existentes en la Empresa.

Actualmente está formado por 14 personas:

- Salomé Martín: Licenciada en Medicina y Cirugía. Presidenta
- Jesús Llorente: Licenciado en Ciencias Económicas. Secretario
- Juan García: Licenciado en Derecho. Vocal
- Javier Sánchez Caro. Licenciado en derecho. Experto en Bioética. Asesor externo a la empresa
- Albino Navarro. Licenciado en Medicina y Cirugía. Vocal
- Montse Vehils. Diplomada en Enfermería. Experta en ética. Ha pertenecido previamente a un CEA.
- Laura Rafecas. Licenciada en Sociología y Diplomada en ciencias empresariales. Vocal
- M^a José Perruca. Licenciada en Psicología. Vocal
- Emma Real. Diplomada en Trabajo social. Licenciada en Sociología. Vocal
- Verónica Ortega. Diplomada en Trabajo Social. Licenciada en Humanidades. Vocal
- Iluminada Martínez. Diplomada en Enfermería. Técnico superior en radiodiagnóstico. Diplomada en podología. Vocal
- Isabel Crespo. Licenciada en Bioquímica y Biología Molecular. Experta en gestión de investigación clínica. Participa en un Comité de investigación hospitalario. Asesora externa a la empresa.
- Juan Antón. Diplomado en Terapia Ocupacional. Vocal
- Salvador Cardona. Diplomado en Trabajado social. Vocal





REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE EULEN SERVICIOS SOCIO SANITARIOS

1. Principios básicos

El Comité de Ética Asistencial (CEAS) es un comité consultivo e interdisciplinar, cuyo objetivo es asesorar sobre posibles conflictos éticos que se puedan producir en la práctica asistencial en el ámbito de los servicios que presta EULEN Servicios Sociosanitarios S.A., con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia y proteger los derechos de las personas implicadas en la relación sociosanitaria.

2. Ámbito de actuación

El Comité tendrá como ámbito de actuación los servicios dirigidos por EULEN Servicios Sociosanitarios pertenecientes a la Comunidad de Madrid y atenderá los asuntos de otras comunidades autónomas, mientras no se constituyan los comités correspondientes en las mismas.

3. Funciones

- a. Proponer a la empresa la adopción de las medidas adecuadas para la protección efectiva de los derechos de las personas implicadas en la relación sociosanitaria.
- b. Asesorar a los profesionales, en la toma de decisiones que planteen conflictos éticos.
- c. Analizar y proponer, si procede, posibles alternativas o soluciones a los conflictos éticos planteados.
- d. Proponer protocolos de actuación para aquellas situaciones

que, por su mayor frecuencia o gravedad, generen conflictos éticos en su ámbito de actuación.

- e. Colaborar y proponer la formación en bioética de los profesionales de EULEN Servicios Sociosanitarios, así como de los miembros del Comité.
- f. Elaborar una Memoria anual de las actividades realizadas, que especificará el trabajo realizado en cada una de las áreas de actividad. La Memoria incluirá el número y las características de los casos planteados al Comité, las actividades de formación e investigación y el desarrollo de protocolos.

En ningún caso serán funciones o competencias del Comité las siguientes:

- a. Promover o amparar actuaciones jurídicas.
- b. Emitir juicios sobre la ética profesional o las conductas de los pacientes o personas usuarias.
- c. Sustituir la responsabilidad de quien ha pedido su asesoría.
- d. Tomar decisiones de carácter vinculante.
- e. Realizar estudios cuyo objetivo fundamental sea el análisis de asuntos sociales o económicos, directa o indirectamente relacionados con la asistencia sanitaria
- f. Realizar las que están atribuidas a los comités de Ética de Investigación Clínica.

4. Composición

Naturaleza y constitución

El Comité tendrá carácter multidisciplinar y estará constituido, como mínimo por 10 miembros, que reunirán los siguientes requisitos:

- a. Un licenciado en derecho con conocimientos y experiencia en bioética y en legislación sanitaria y social.
- b. Profesionales sanitarios pertenecientes a la Empresa, que desarrollen labor asistencial, debiendo uno, al menos, tener forma-

ción acreditada en bioética. Constituirán, como mínimo, un tercio de todos los miembros del Comité.

- c. Profesionales no sanitarios pertenecientes a la Empresa.
- d. Personas ajenas a la Empresa que representen a los pacientes o personas usuarias.
- e. Un representante de cada uno de los Grupos de Reflexión existentes en la Empresa.

Requisitos de los miembros

La participación como miembro del Comité será totalmente voluntaria. La elección de los miembros procurará garantizar:

- a. Que sea una Comisión multidisciplinar
- b. Que sus integrantes tengan un profundo interés por los temas éticos, sean personas prudentes y abiertas al diálogo, competentes profesionalmente y con capacidad para trabajar en grupo.
- c. Que tengan interés en el desarrollo y promoción de la Ética asistencial y acepten y compartan las funciones del Comité y acaten las normas de funcionamiento.



Elección de los miembros

Cuando se produzcan vacantes serán cubiertas por personas interesadas que formulen la correspondiente petición. El Comité seleccionará entre las candidaturas presentadas a los solicitantes que se ajusten más a los criterios enunciados anteriormente.

Elección del Presidente y Secretario

El Comité elegirá de entre sus miembros al Presidente y Secretario. Los demás miembros tendrán la condición de vocales.

Renovación de los miembros del Comité

- a. Los miembros del CEAS deberán renovarse por mitades cada cuatro años.
- b. La renovación del Comité se deberá realizar mediante convocatoria pública y abierta. Las solicitudes recibidas serán debatidas en la siguiente reunión ordinaria o en una convocatoria extraordinaria convocada al efecto.
- c. Los acuerdos del Comité para que una persona se integre como miembro del mismo requerirán votación favorable de la mayoría cualificada de dos tercios de los miembros del Comité.
- d. Convocadas las vacantes, si no hubiera solicitantes o si las personas que lo han solicitado no reunieran los requisitos necesarios para el desempeño de la función, de acuerdo con lo previsto en el artículo 4 de este Reglamento, se procederá a la prórroga automática de los miembros cesantes.
- e. En todo caso, los miembros a quienes haya correspondido cesar, podrán presentarse a una nueva convocatoria.

Bajas de miembros del Comité

- a. Además de las circunstancias previstas en los apartados anteriores, los miembros del Comité podrán causar baja en el mismo: a petición propia, por causas naturales y por cese.
- b. El cese de cualquier miembro del Comité deberá ser propuesto

por el Presidente y acordado por mayoría de dos tercios de los miembros presentes, cuando concurra alguna de las siguientes causas:

- Ausencia justificada o no de más de la mitad de las reuniones del Comité en un año.
- Incumplimiento manifiesto de las obligaciones asumidas como miembros o de las normas de funcionamiento.

5. Normas de funcionamiento

Funciones del Comité

- a. El Comité podrá actuar en pleno o en permanente. Formarán parte del Pleno todos los miembros del Comité y se reunirá, en sesión ordinaria, cada tres meses. Podrá reunirse en sesión extraordinaria cuando haya circunstancias especiales que así lo exijan.
- b. La Comisión Permanente estará integrada al menos por el Presidente, el Secretario, así como un vocal experto en derecho, debiendo estar además representados los profesionales sanitarios y los no sanitarios.
- c. El Comité podrá ser requerido para ejercer su función asesora: Por los profesionales y personas usuarias pertenecientes a dichos servicios y, en general, por cualquier persona que deba tomar alguna decisión con consecuencias para las personas usuarias.
- d. Las personas usuarias podrán acceder al Comité a través de los profesionales del área social, Coordinador o Director del Servicio, el cual deberá colaborar en la tramitación de las solicitudes de asesoramiento que reciban.
- e. La solicitud de asesoramiento se hará llegar a través de los Grupos de Reflexión Ética existentes o directamente al Secretario a través del correo electrónico eticasociosanitarios@EULEN.com

- f.** El Comité podrá ser consultado en forma ordinaria o en situaciones de urgencia. Las consultas ordinarias serán debatidas en el primer Pleno ordinario que se celebre.

Las consultas urgentes serán estudiadas y resueltas por el Comisión Permanente, previa convocatoria por parte de la Presidencia.

Si fuere necesario, dada la gravedad o importancia de la cuestión planteada, la Presidencia podrá convocar al Pleno en sesión extraordinaria.

- g.** Sobre cada consulta o asunto estudiado el Comité emitirá un informe o dictamen no vinculante, en el que se definirá el ámbito de difusión de sus recomendaciones.
- h.** Los miembros del Comité deberán observar la más estricta confidencialidad respecto a la documentación a la que tengan acceso, así como el secreto de las deliberaciones.

Por la Presidencia del Comité se adoptarán las medidas pertinentes para garantizar la custodia y conservación de los documentos y la aplicación de los procedimientos necesarios para preservar la confidencialidad de toda la información y documentación conservada en soporte papel o informático.

- i.** Aprobar la memoria anual del Comité.

Funciones del Presidente

- a.** Representar al Comité.
- b.** Convocar y fijar el orden del día de todas las reuniones del Comité.
- c.** Presidir y moderar las reuniones del Comité.
- d.** Firmar, conjuntamente con el Secretario, las Actas de la reunión, una vez aprobadas por los miembros del Comité.
- e.** Archivar y custodiar toda la documentación del Comité.
- f.** Elaborar la Memoria Anual junto con el Secretario.

Funciones del Secretario

- g. Cursar las convocatorias y órdenes del día de las reuniones del Comité por indicación de la Presidencia.
- h. Redactar las Actas de las reuniones.
- i. Firmar, conjuntamente con el presidente, las Actas de las reuniones, una vez hayan sido aprobadas por el Comité.
- j. Remitir a todos los miembros del Comité las circulares, documentos y demás información relativa al mismo.
- k. Archivar, custodiar y elaborar junto con el Presidente la memoria anual.

Funciones de los vocales

- a. Asistir a las reuniones del Comité.
- b. Participar activamente en las reuniones y sesiones de trabajo del Comité.
- c. Proponer al Presidente la convocatoria de reuniones extraordinarias.
- d. Participar en las votaciones para la adopción de acuerdos y en las elecciones para los cargos del Comité.
- e. Respetar la confidencialidad de los asuntos tratados en las reuniones del Comité, así como guardar secreto de las deliberaciones de la misma.

6. Periodicidad de las reuniones.

- a. Las reuniones ordinarias del Pleno se celebrarán con periodicidad trimestral. Por indicación de la Presidencia, que fijará el orden del día, el Secretario procederá a la convocatoria formal del Comité con una antelación mínima de quince días, en la que deberá constar el lugar, fecha y hora de celebración, el orden del día y la documentación necesaria para estudiar y debatir los casos y asuntos que se vayan a tratar en la sesión correspondiente.

- b. Para la válida constitución de la sesión del pleno será necesario, en primera convocatoria, la presencia de la mayoría absoluta de los miembros del Comité, es decir, un quórum de la mitad más uno de los miembros del Comité.

En segunda convocatoria, al menos el mismo número de miembros que forman la Comisión Permanente.

- c. La adopción de acuerdos deberá realizarse por consenso; si no se lograra, la decisión deberá ser aprobada por mayoría cualificada de dos tercios de los asistentes.
- d. En caso de votación, la abstención de los miembros se contempla como posible y se reflejará en el acta correspondiente.
- e. En el acta de cada reunión se dejará constancia de las personas asistentes, de los asuntos tratados y de los acuerdos adoptados. Cuando uno de los miembros quiera que su voto particular sea incluido, lo redactará y remitirá al secretario, para que sea incluido en el acta como anexo.

7. Anticipación de las convocatorias

Cuando se produzcan consultas urgentes se reunirá en Comisión Permanente, de acuerdo con los artículos 5 y 6 de este Reglamento. Si la naturaleza o la complejidad de la consulta efectuada lo requiere, la Comisión podrá solicitar la opinión de personas cualificadas en dicha materia pertenezcan o no al Comité. De los acuerdos adoptados se informará al Pleno en la primera sesión ordinaria.

Los vocales podrán proponer al Presidente una convocatoria extraordinaria, siempre que sea propuesta por al menos el mismo número de personas que forman la Comisión Permanente.

8. Criterios para la toma de decisiones

- a. **Ponente.** Se nombrará un Ponente para cada caso o asunto que se deba debatir.

- b. **Deliberación.** Una vez expuesta la opinión del ponente, se abrirá la fase de deliberación, pudiendo intervenir en la misma todos los miembros del Comité que lo deseen.
- c. **Consenso.** Se procurará que, a través de las diferentes intervenciones, los acuerdos del Comité se adopten por consenso, eludiendo, siempre que sea posible, que la cuestión debatida sea sometida a votación.
- d. **Votación.** Solamente en los casos en que no se logre el consenso, y no sea posible aplazar la decisión hasta la siguiente reunión, para su reconsideración, se procederá a someter a votación la propuesta que cuente con un mayor apoyo en el proceso de deliberación. Para la adopción del acuerdo, en estos casos, se exigirá el voto favorable de dos tercios de los miembros presentes.
- e. **Comunicación.** El informe o dictamen del Comité se realizará siempre por escrito, deberá estar razonado, y se enviará inmediatamente una copia a quien lo hubiera solicitado: centro, servicio, profesional, persona usuaria o paciente.
- f. **Naturaleza del dictamen.** Las decisiones adoptadas por el Comité, en relación con los casos planteados, tendrán el carácter de recomendación y, en ningún caso, serán vinculantes para quienes lo soliciten, así como tampoco para los miembros del Comité.

9. Asistencia a las reuniones de personas que no pertenecen al Comité

- a. El Comité podrá crear subcomisiones o grupos de trabajo para el estudio de determinados asuntos, pudiendo incorporar a expertos que colaboren con la subcomisión.
- b. Una vez elevado al Pleno, podrán estar presentes, en la reunión del Comité convocada al efecto, los expertos que hayan colaborado con la subcomisión. Dichos expertos estarán presentes únicamente en el debate del estudio realizado y podrán participar con voz, pero sin voto.

- c. En casos concretos, en los que la naturaleza del asunto objeto de estudio por parte del Comité lo requiera, podrán ser invitados a participar en el debate plenario aquellos expertos en la materia que, a juicio del Comité, puedan facilitar la comprensión y toma de decisión sobre el caso propuesto.

10. Difusión de los documentos aprobados por el Comité

Respetando la confidencialidad de los datos identificativos de las personas o entidades afectadas por el caso, se procederá a hacer públicos los dictámenes aprobados por el Comité.

11. Reforma del Reglamento de Régimen Interior.

- a. La reforma o modificación del Reglamento podrá ser propuesta por el Presidente o el Secretario, así como por un tercio de los miembros del mismo.
- b. El Pleno del Comité debatirá la propuesta de modificación que deberá ser aprobada por la mayoría de los asistentes a la reunión.
- c. En caso de ser aprobada, se nombrará una comisión de tres miembros que procederá a redactar el proyecto de modificación del Reglamento.
- d. Una vez elaborado dicho proyecto será discutido en una reunión que tendrá como único punto del orden del día el debate y votación del Proyecto elaborado por la comisión nombrada al efecto.
- e. La aprobación definitiva de la reforma del Reglamento requerirá el voto favorable de los dos tercios de los miembros que integren el Comité.





Se han realizado seis reuniones planificadas y una urgente

La primera reunión fue de constitución del Grupo Promotor, nombramiento de la Presidenta y del Secretario del Grupo.

En la segunda reunión se procedió a la aprobación de los estatutos de funcionamiento, con el objetivo de realizar cuatro reuniones anuales ordinarias y las extraordinarias que se precisen.

Se adjuntan en anexo las actas de cada reunión

La actividad se ha desarrollado en varios aspectos:

1. **Resolución de casos enviados:** Una parte importante de la actividad ha sido la asesoría en casos que precisaban de un apoyo en la toma de decisiones, para lo cual se han asesorado once casos procedentes en su mayoría de los Grupos de Reflexión y solo en un caso de un servicio situado en una zona sin Grupo.
2. **Elaboración de un documento de consenso** sobre el uso de contenciones terapéuticas en personas mayores. sexualidad en personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental.
3. **Formación en ética a los trabajadores.**
4. **Difusión de la existencia del Grupo Promotor.**
5. **Elaboración de de Folleto informativo, artículos de prensa, etc.**







Se han realizado dos cursos formativos especializados para los componentes tanto de los Grupos de Reflexión, como del Grupo Promotor, junto con cursos básicos de bioética a numerosos trabajadores a través de formación *on line* y *lo* presencial.

Se adjuntan docentes y temarios de las mismas:

Docentes: Javier Sánchez Caro:

Se adjunta un breve CV: Director científico de formación en bioética y derecho sanitario.

Abogado. Académico honorario correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina.

Prof. Honorario de la Escuela Nacional de Sanidad. Autor de Múltiples libros sobre Bioética.

Temario del curso de octubre 2014.

- Los juicios morales como realidad insoslayable: aproximaciones al concepto de ética.
- Terminología: ética y moral, moral y religión, ética y deontología, deontología y teleología, moral y derecho, ética de mínimos y ética de máximos.
- Diferentes usos de la palabra moral: Como sustantivo y como adjetivo.
- La ética o filosofía moral.
- Modos de entender la moralidad.
- El origen de la moralidad.
- Principales teorías: utilitarismo, deontologismo, teoría de la virtud, éticas procedimentales y comunitarismo.

- El lenguaje moral.
- Cómo argumentamos lo que es moral.
- Necesidad de fundamentar la moral para no caer en el fundamentalismo.
- Un ejemplo de fundamentación moral.
- Las éticas aplicadas: la bioética.
- Bioética: origen y evolución.
- El principialismo en bioética: examen de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.
- La ley de autonomía del paciente como ley aplicable a todas las comunidades autónomas.
- Análisis de la intimidad, la confidencialidad, la vida privada y el secreto: aspectos teóricos y normativa en vigor.
- Las decisiones al final de la vida: especial referencia a las instrucciones previas (testamento vital o voluntades anticipadas, según diferente terminología) y a la legislación vigente.
- Los espacios de reflexión y los comités de ética: origen, evolución y funciones.
- Aplicaciones concretas al campo sociosanitario: el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales y el protocolo para el uso de dichas sujeciones.

Temario del curso de Marzo 2015

- La imprudencia con resultado de lesiones o de muerte y sus clases (grave o leve), su diferencia con el dolo.
- La omisión del deber de socorro y la denegación de auxilio.
- El auxilio al suicidio.
- El consentimiento informado.
- Resolución de dos casos de petición de asesoría ética.

Cursos on-line

A través de la plataforma de formación existen dos cursos disponibles todo el año, para que lo pueda realizar el trabajador que así lo estime.

EULEN
UNIVERSIDAD DE LA LUCHA SOCIAL
Estados Unidos de América

Fundamentos y reflexiones de ética asistencial II

Fundamentos y reflexiones de ética Asistencial II / Los principios generales de la bioética

No maleficencia
Justicia
Autonomía
Beneficencia

Los principios éticos orientan a las personas sobre cómo actuar.

Inicio Ayuda Créditos Bibliografía Enlaces

2 de 28

EULEN
UNIVERSIDAD DE LA LUCHA SOCIAL
Estados Unidos de América

Fundamentos y reflexiones de ética asistencial II

Fundamentos y reflexiones de ética Asistencial II / Paso del procedimiento deliberativo

1. **Presentación del caso** → Quiébre el caso de la persona responsable que tiene que tomar la decisión.
2. **Análisis de los hechos** → Clarificación de la información disponible sobre el caso.
3. **Identificación de los problemas éticos**
4. **Elección de un problema ético** → Que quiere que se resuelva la persona que presenta el caso.
5. **Identificación de los valores en conflicto**
6. **Cursos extremos de acción** → Si considerar prioritario un valor sobre el otro sea posible llevar a tomar una decisión extrema que favorezca gravemente al otro valor considerado en el conflicto.
7. **Cursos de acción intermedios** → Se trata de identificar decisiones cuya acción favorezca lo menos posible los valores en conflicto.
8. **Elección del curso de acción** → Asociándolo con los principios que hay en juego y con las consecuencias previsibles.
9. **Pruebas de consistencia** → Si legal esa decisión; Publicidad; ¿Podría defender públicamente esa decisión? y temporalidad: ¿Se tomaría la misma decisión pasado un tiempo más dilatado?

Inicio Ayuda Créditos Bibliografía Enlaces

5 de 28



Con la idea de difundir las actividades y la existencia del Grupo Promotor y los Grupos de Reflexión, y llegar a todos los trabajadores, familiares y personas usuarias, se han tomado varias medidas:

- Se han realizado sesiones informativas en los servicios, en reuniones y en cursos de formación sobre otros temas.
- Se ha publicado un folleto informativo básico para hacerlo llegar a familiares, pacientes, trabajadores, clientes, etc. en el que se explican objetivos, funcionamiento general y como hacer llegar los casos



- Difusión en medios de prensa: Se han realizado artículos en la Revista "Senda" y en reseñas en medios de comunicación.

- Se adjuntó un párrafo informativo junto con las nóminas mensuales a todos los trabajadores, informándoles de la constitución del Grupo Promotor y de cómo hacer llagar los casos, mediante correo electrónico.
- Se informó a los trabajadores mediante las Revistas corporativas que se distribuyen en formato digital y en papel. Son dos revistas: “Nosotros” y “Entre Nosotros” que informan a toda la empresa o solo a los trabajadores de sociosanitarios.

NUEVO GRUPO DE REFLEXIÓN ÉTICA DE MADRID

Hace unos meses se puso en marcha el Grupo de Reflexión Ética de Madrid, con mucha ilusión y con el objetivo de dar respuesta a los dilemas éticos que nos encontramos en la día a día de los servicios que gestionamos. Nos unimos así, a nuestros compañeros de los Grupos de Reflexión Ética de Valencia y Barcelona que llevan trabajando más tiempo y que durante este año nos han ayudado y enriquecido con su experiencia.

El Grupo está compuesto por un equipo de 12 personas que representan los diferentes servicios que gestionamos en Madrid, entre los que se encuentran Centros de Día, Residencia, Servicio de Ayuda a la Dependencia y Rehabilitación. Somos un equipo multidisciplinar formado por diferentes perfiles profesionales: enfermería, psicología, trabajadores sociales, antropología, sociología, trabajo social, etc.

Después de un año de trabajo y la satisfacción de haber constituido un equipo unido y con muchas ganas de seguir trabajando nos gustaría presentarnos y que sepáis:

- Qué somos: un órgano consultivo que recibe, da respuesta, informa y asesora en aquellas cuestiones que nos pueden plantear dilemas éticos a todos los profesionales que trabajamos en este sector.
- Qué es un dilema ético: es aquella situación que afecta posiciones o argumentos en conflicto con varias alternativas de solución, no se está seguro de lo que corresponde hacer y no resulta claro explicar el contenido de lo incorrecto.
- Que nuestro compromiso es promover, velar y fomentar el cumplimiento de los principios éticos (principio del respeto a la autonomía, de no-maleficencia, de beneficencia y de justicia).
- Que nuestra finalidad es la de proteger a las personas en su dignidad e identidad, respetando su integridad y sus derechos, así como sus libertades fundamentales.
- Que trabajamos con el respaldo del Comité de Ética de EULEN Sociosanitarios, al que pertenecemos dos de las personas que formamos este grupo.
- Que todos los profesionales, personas usuarias o clientes tienen el dilema ético que les surge, en el



EULEN Sociosanitarios constituye el grupo promotor del futuro Comité de Ética

El pasado 23 de noviembre, EULEN Servicios Sociosanitarios, dio un paso más en su compromiso con las personas usuarias y pacientes de nuestros servicios y centros sociales y sanitarios.

De esta manera, constituyó en Madrid el Grupo Promotor del futuro Comité de Ética Asistencial que se creará de cara al próximo año y que servirá como órgano asesor para resolver situaciones de complejidad ética que afecten a profesionales, familias, personas usuarias e instituciones.

El Grupo Promotor está formado por diferentes personas y profesionales de nuestros servicios y junto con los Grupos de Reflexión que se han creado en algunas comunidades para garantizar, proteger y reforzar la calidad de vida de las personas a las que atendemos.

Durante su constitución, se nombró a Salomé Martín como Presidenta del grupo y a Jesús Llanente Secretario del mismo y se estableció el plan de trabajo y los objetivos para 2023, así como su sistema de funcionamiento.

Próximamente se creará un espacio en la web corporativa del Grupo EULEN donde podéis encontrar las actas y la resolución de casos que se tratan. Asimismo, existe un correo electrónico de contacto: eticasociosanitarios@eulen.com, donde podéis solicitar información de cómo solicitar asesoría en ética asistencial al Grupo.

Grupos de reflexión

Con la finalidad de poder abordar cada dilema ético desde las diferentes perspectivas que lo comportan, se han creado Grupos de Reflexión de Ética de EULEN Sociosanitarios en las zonas, que están formados por expertos de la compañía especializados en diferentes áreas: educación, psicología, medicina, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, etc.

Por otra parte, las conclusiones a las que desde estos grupos se lleguen no son de carácter vinculante sino simplemente una herramienta de ayuda, asesoría y

orientación para la toma de decisiones.

Los principios y valores que rigen la práctica profesional de EULEN Servicios Sociosanitarios son: el máximo respeto a la dignidad e intimidad de las personas, el trato y atención personalizada a usuarios y familias, la confianza e implicación del equipo profesional, la promoción de un papel activo de la persona usuaria y de su familia así como la promoción de la cooperación entre otras entidades y servicios de la comunidad.

Estos principios encuentran sus raíces en las cuatro éticas que componen el desarrollo profesional en el sector sociosanitario: ética civil, ética de la organización, ética profesional y ética personal.

El próximo año, EULEN Sociosanitarios espera contar ya con su Comité de Ética al igual que ya lo tienen las principales empresas del sector.





EULEN Servicios Sociosanitarios ha dado un paso más en su compromiso con las personas usuarias y pacientes de sus servicios y centros sociales y sanitarios con la creación de un Comité de Ética.

Con la finalidad de poder abordar cada dilema ético desde las diferentes perspectivas que lo comportan, se han creado Grupos de Reflexión de Ética de EULEN Sociosanitarios en las zonas, que están formados por expertos de la compañía especializados en diferentes áreas: educación, psicología, medicina, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, etc.

Asimismo y para hacer llegar las consultas de los empleados a estos Grupos, se ha creado un correo electrónico de contacto eticasociosanitarios@eulen.com, donde pueden solicitar información sobre asesoría en ética asistencial.

Por otra parte, las conclusiones a las que desde estos grupos se lleguen no son de carácter vinculante sino simplemente una herramienta de ayuda, asesoría y orientación para la toma de decisiones.

Próximamente se creará un espacio en la web corporativa del Grupo EULEN donde se podrán encontrar las actas y la resolución de casos que se traten.

Nuevo Comité de Ética

Envía tus dudas al Comité de Ética de Sociosanitarios

Como tal vez, EULEN Servicios Sociosanitarios ha dado un paso más en su compromiso con las personas usuarias y pacientes de nuestros servicios y centros sociales y sanitarios con la creación de un Comité de Ética.

Con la finalidad de poder abordar cada dilema ético desde las diferentes perspectivas que lo comportan, se han creado Grupos de Reflexión de Ética de EULEN Sociosanitarios en las zonas, que están formados por expertos de la compañía especializados en diferentes áreas: educación, psicología, medicina, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, etc.

Para hacer llegar vuestras consultas, se ha creado un correo electrónico de contacto eticasociosanitarios@eulen.com, donde podréis solicitar información sobre asesoría en ética asistencial.

Por otra parte, las conclusiones a las que desde estos grupos se lleguen no son de carácter vinculante sino simplemente una herramienta de ayuda, asesoría y orientación para la toma de decisiones.

Próximamente se creará un espacio en la web corporativa del Grupo EULEN donde podréis encontrar las actas y la resolución de casos que se traten.

- Se ha creado un correo electrónico, eticasociosanitarios@eulen.com, en el que trabajadores, usuarios, o cualquier persona que así lo desee, puede dejar una consulta, caso o tema en el que tiene interés. La presidenta o secretario del Comité le contactarán en un plazo máximo de una semana para pedir información adicional si es necesaria, elaborar un informe, etc.

En la página web de EULEN Sociosanitarios estará disponible el próximo año 2016, toda la documentación generada por el Grupo Promotor, tanto los estatutos de funcionamiento, como los documentos elaborados y los casos con sus correspondientes propuestas, con el fin de que pueda ser utilizada por quien lo precise.



La experiencia ha sido enriquecedora, motivadora y ha generado fuertes vínculos entre trabajadores de distintos servicios y de diferentes provincias, permitiéndoles tener un nuevo objetivo en común. Por otra parte, además de ayudar a resolver conflictos éticos, su funcionamiento ha supuesto una verdadera reafirmación profesional en el desarrollo del trabajo diario en situaciones delicadas.

Se proponen:

- **Dar los pasos para la constitución del Comité de Ética:** Se delibera que es mejor esperar a tener mayor experiencia, y que se afiance el Grupo Promotor. Por experiencias similares, suelen pasar entre 2 y 3 años para su constitución.
- **Hacer una conferencia, para presentar los datos del Grupo:** Según vayamos teniendo esta mayor experiencia y mayor número de casos, podremos plantearlo, si es posible, este mismo año.
- **Formación:** Con la intención de lograr una mayor participación de aquellas personas y centros en las cuales se plantean los posibles conflictos. Para ello se propone como objetivo muy importante, el hacer llegar no solo la información sino también los casos que se plantean y sus resoluciones para fomentar su participación, ya que seguro que estas situaciones también se les plantean.

La propuesta es que allí donde haya grupo de reflexión, sea este el que se ocupe de la misma, y donde no, se contará con la ayuda de central.

Se toma el compromiso por parte de la presidencia de la elaboración de una propuesta de calendario y servicios para estas actuaciones.

- También se plantea, el coordinar la formación externa que sobre ética asistencial se dé tanto en comunidades autónomas como a nivel estatal, para que sea conocida. Y que aquellos que acudan a las mismas hagan partícipes de las mismas al resto del Grupo Promotor, para su asistencia; se pide que se difundan los contenidos a todo el grupo.

El camino que hemos comenzado con mucha ilusión se presenta lleno de satisfacciones presentes y futuras.



ANEXO I. CASOS PRESENTADOS

Cataluña. Octubre 2014

Descripción situación

La persona usuaria Sr. X, reside en la residencia desde hace unos años. Antes de hacer el ingreso siempre ha tenido una filosofía de vida propia muy marcada, y muy al límite de las reglas sociales establecidas. En la actualidad es fumador dependiente de oxígeno, y padece diabetes siendo insulino dependiente, tiene consciencia completa de enfermedad, no hay indicios de síndromes psiquiátricos, y no hay deterioro cognitivo. Se niega a seguir una dieta saludable e indicada por el médico para mantener controlada la patología de la diabetes, realizando demandas al personal y a otros residentes para poder llevar a cabo las conductas contradictorias a las recomendadas. Debido al estado descontrolado de la patología está en riesgo la vida de la persona usuaria. Algunos profesionales y residentes responden a estas demandas y otros no.

Identificación de los problemas morales que presentan

Proporcionar al usuario una dieta saludable y recomendada médicamente o dejar que sea el usuario el que decida qué tipo de dieta seguir a pesar de su patología.

Principios éticos involucrados

Beneficencia / Autonomía.

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN QUE SE PLANTEAN DESDE EL ERESS

Es posible que la persona usuaria en concreto, a lo largo de la vida haya realizado conductas autodestructivas, que no sólo se basan en la actualidad en la negación de comer la dieta, sino que es una conducta recurrente en su trayectoria vital. En este caso se trata de una persona autónoma para decidir que quiere y cómo realizarlo, que actualmente precisa la ayuda física de otros para poder llevar a cabo dichas conductas sobre la alimentación. Pero se trata de un contexto institucional en el que hay una serie de pautas y reglamentos que deben cumplirse. Teniendo en cuenta los hechos se llega a las siguientes conclusiones:

- Se debería observar si existe jurisdicción o legislación que puedan incluirse en este tipo de casos.
- El equipo debería pactar y llegar a un acuerdo de cómo actuar ante las demandas del usuario, respetando la gente que se abstenga a participar por objeción de conciencia, y acordando cómo responder a las demandas coordinadamente aquellos profesionales que estén de acuerdo en acompañar a la persona usuaria en la autonomía sobre sus conductas.
- El usuario debería estar informado de las consecuencias y repercusiones que obtiene manteniendo estas conductas, y si siendo así quiere seguir realizándolas, firmar un consentimiento o carta de voluntades anticipadas para que el centro pueda legalmente dejarlas hacer.
- El equipo debería encontrar otras soluciones para mantener controlada la patología, ofreciendo alternativas al control de esta como ejercicio, compensar con insulina y otras que puedan ser beneficiosas.

Acta de resolución caso 1. Enero 2015

FECHA: 20/01/2015

Asistentes a la reunión:

Salvador Cardona

M^a José Perruca

Iluminada Martínez

Emma Real

Verónica Ortega

Montserrat Vehils

Laura Rafecas

Jesús Llorente

Juan García

Albino Navarro

Javier Sánchez Caro

Salomé Martín

Juan Antón

Isabel Crespo

Una vez expuesto el caso, y tras las intervenciones de los miembros del Grupo, se consensuaron las siguientes conclusiones.

En una primera aproximación sin presencia del departamento sanitario se pensó en dar prioridad al principio de Autonomía; valorando posteriormente la necesidad de dar prioridad al principio de No maleficencia ya a tener en cuenta las implicaciones legales que pudiera tener.

- Es importante que en la exposición del caso se dé más información para facilitar la valoración del mismo. Más datos de la persona afectada, edad, condiciones de vida, historia personal y familiar, entre otros. También y como indica el propio ponente incluir la opinión de todos los profesionales que intervienen, se indica la falta concretamente de la opinión del equipo sanitario (médico y enfermero).
- Es prioritario dar información adecuada a la persona afectada, enfermo crónico con diabetes, sobre las consecuencia que su forma de actuar tiene sobre sí mismo y sobre su salud si se repi-

ten los ingresos hospitalarios por subidas de glucosa, así como la gravedad de los ingresos repetidos y lo que pueden suponer incluso para conservar la vida.

- Necesidad de llegar a pactos con la persona, con la intervención de todas las partes (equipo social y sanitario del centro), para buscar compromisos que permitan que la persona pueda comer en algún momento alimentos no incluidos en la dieta estricta, pero controlado y conocido previamente por el departamento sanitario, que ajustará el tratamiento para evitar consecuencias en los niveles de glucosa, a la vez que se respeta la voluntad de la persona.
- La actuación hasta este momento de los profesionales que facilitan la ingesta al usuario de alimentos con azúcar, es inadecuada y podría ser subsidiaria de considerarse maleficencia; ya que actúan provocando una mala sabiduría de que esto se produce y en contra del criterio sanitario y de las pautas de cuidados establecidas por este departamento. Esto queda claro ya que como consecuencia de su actuación se pueden producir y se han producido episodios de hiperglucemia con el correspondiente traslado a urgencias y posterior ingreso hospitalario.
- Se indica que todo esto está recogido en la Ley de Autonomía del paciente, donde se expresa que siempre se actuará en el beneficio de los pacientes.
- También se hacen observaciones sobre los productos que en una máquina de vending, en un centro de estas características, debe haber. Quizás sería bueno que no se incluyeran productos no saludables, como bollería o productos con azúcar.
- Se aconseja reforzar con documentación sobre las consecuencias de estas actuaciones, los protocolos profesionales de los servicios y si es posible incluir en los existentes indicaciones sobre su actuación en casos similares.
- Se insiste en la necesidad de actuar en equipo, escuchando a todos los departamentos del centro.

Descripción de la situación y antecedentes

Varón de 38 años, residente en un centro para enfermos mentales graves desde 2007, diagnosticado de Trastorno mental orgánico y retraso mental. Incapacitado. Presenta conductas bizarras, abundante sintomatología negativa, tendencia al aislamiento y al abandono de hábitos. Varias veces a la semana se niega a levantarse de la cama y se queda allí, despierto, sin contestar a nadie escuchando la radio.

Normalmente lo hace durante medio día, y se levanta por la tarde, o si ha estado levantado por la mañana, al echarse a la siesta ya no se levanta hasta el día siguiente, aunque ha llegado a pasar algún día entero.

Sabemos que en varias ocasiones ha mantenido relaciones sexuales con otros residentes en esas horas que ha pasado a solas en la habitación, y también por las noches. Aunque al principio hubo dudas sobre su voluntad hacia esas relaciones, nos consta que él accede de manera voluntaria y que en alguna ocasión las ha sugerido. Cuando alguna vez han sido descubiertos por algún profesional del centro, él se siente avergonzado, y en pocos días dice que no quiere que otros residentes entren a su habitación, aunque sabemos que sigue manteniendo relaciones y son consentidas.

Son, que sepamos, tres residentes los que han mantenido relaciones con él. Esto lleva ocurriendo desde hace varios años, pero ha sido sólo en ocasiones puntuales en las que hemos sabido de esas relaciones. En el mismo pasillo está la habitación de otra residente con la misma conducta de quedarse en la cama todo el día, y nunca nadie ha intentado abusar de ella.

Tenemos el dilema de si consentir esas relaciones o seguir poniéndoles freno al poder tratarse de un abuso, el equipo técnico está dividido. Los profesionales que lo han visto en alguna ocasión con alguien en su cama no han expresado nunca que estuviera siendo forzado.

Esto ha ocurrido cada dos meses aproximadamente.

Exposición del conflicto ético

Consentir o intentar evitar esas relaciones.

Intentos de resolución previos

Se lleva hablando con él de este tema desde hace años, y algunas veces dice que son consentidas, otras que no quiere que entre nadie, aunque da la impresión de que cree que es lo que queremos oír. Se ha hablado también con los residentes con los que ha mantenido relaciones, y dos de ellos no han vuelto a ser vistos con él, pero pensamos que habrá otros. Se ha extremado la vigilancia cada vez que pasa el día en la cama, y se intenta evitar que se quede en la habitación, haciendo varios profesionales durante el día intentos de levantarlo y de que participe en las actividades, pero no siempre funciona.

Acta de resolución del Comité caso 2

Fecha 8/IV/2015

Asistentes:

Laura Rafecas

Montse Vehils

Javier Sánchez Caro

Isabel Crespo

Salomé Martín

Iluminada Martínez

Juan Antón

Salvador Cardona

Emma Real

Verónica Ortega

M^a José Perruca

Jesús Llorente

Se establece de forma general la necesidad de crear una comisión de trabajo para realizar un documento que garantice la sexualidad de las personas con discapacidad y articular sus derechos, creando una clasificación según la capacidad cognitiva con pautas de actuación en el ámbito sexual, así como sobre su formación e información. Se puede tomar como base para esta clasificación el documento de la Orden de San Juan de Dios del año 2007.

Este documento se debe difundir y consensuar con familiares, administración, etc. formando e informando.

Pautas de actuación recomendadas

Se solicita información sobre el caso para aclarar algunos puntos que no están claros en la presentación del caso

1. ¿Está incapacitado? ¿En qué grado? Tutor legal. Se informa de que existe una incapacidad legal, con una orden de Internamiento y el tutor es la Generalitat Valenciana con la que debemos coordinarnos desde el centro.
2. Hay dudas sobre si hay abuso o no, aunque son consentidas, pero no se tiene claro si existe la capacidad de tomar esa decisión.
3. Si hay consentimiento Mutuo, se creará ambiente seguro y se permitirá tener relaciones libremente.
4. Si se sospecha que puede existir abuso, tolerancia cero.
5. En caso de duda, debemos estar a favor de la persona que puede sufrirlo, en este caso si es necesario debemos ser restrictivos y proteger a la persona.

Tener en cuenta

- Sexualidad normalizada.
- Por supuesto, se permite esta igual que en el conjunto de la sociedad, independientemente del signo de esta.
- Intimidad.
- Tanto para el marco individual como en pareja.
- Contar con espacios privados.
- Es necesaria la formación e información, adecuada a su nivel cognitivo.
- Seguridad de los pacientes y usuarios.
- Seguridad en la sexualidad.

Valores a tener en cuenta:

1. AUTONOMIA. No hay que intervenir.
2. INTIMIDAD DIGNIDAD. Todo en el marco de su libertad.
3. CONFIDENCIALIDAD. Espacios privados.
4. INFORMACIÓN FORMACIÓN. A la persona con discapacidad adecuada a su discapacidad, de su representante legal, de su familia.
5. INTEGRACION SOCIAL. Es un aspecto importante de su personalidad.
6. BENEFICIENCIA. ¿Qué se puede hacer a favor de esta persona?
7. EVITAR DAÑOS. Posible maleficencia, evitar abusos.

Como conclusión se considera que las medidas adoptadas por el equipo del centro son adecuadas:

- Cambio a una habitación que permite una supervisión más estricta para los momentos en los que la persona está en un periodo de apatía, en los que existe la sospecha de que no decida con plena conciencia. Se puede cerrar la puerta, manteniéndole aislado de los compañeros, pero supervisado durante esa fase.

- Programa de intervención para dotarle progresivamente de habilidades para decidir en este tema.
- Información a la tutela.
- Crear el espacio adecuado para la existencia de relaciones sexuales consentidas.

Seguimiento del caso tras las medidas aconsejadas

Se establecieron medidas para tratar de evitar su presencia en la habitación durante las horas de actividades, así como medidas de supervisión para evitar o controlar las visitas que recibía. Se produjo una disminución del número de días en los que permanecía en su habitación fuera del horario establecido, y del número de visitas recibidas en esos tiempos.

Se ha intervenido con él para hacer valer su opinión y sus derechos, así como para que dichos contactos se mantengan en un ambiente de respeto, intimidad e higiene.

Ha mantenido relaciones en ocasiones con otros residentes, pero no ha vuelto a presentar quejas sobre la voluntariedad o no de esos contactos.

Levante Marzo 2015

Descripción de la situación y antecedentes

Varón de 42 años, diagnosticado de Retraso Mental Moderado que asocia Abuso de Alcohol. Evidencia escasa introspección de su enfermedad y situación vital, negando la necesidad de dejarse tratar con el fin de lograr un adecuado proyecto vital.

El retraso mental moderado unido a su descontrol de impulsos, con poca tolerancia a la frustración, tendencia a la satisfacción inmediata de necesidades, nula capacidad empática, etc. Ha elicitado la aparición de los trastornos de conducta referidos.

Su evolución en el CEEM se caracteriza por una muy baja motivación hacia los programas y actividades de carácter rehabilitador, salvo en lo referente a las salidas terapéuticas con monitores. Única actividad que se ha observado incide de forma positiva en la percepción que de su calidad de vida tiene. Pero con relativa frecuencia aprovecha estas salidas para fugarse y realizar hurtos y robos en comercios, también en alguna vivienda, de las poblaciones cercanas al CEEM.

Es de destacar que ha llegado a robar varias veces en un mismo comercio. Sin embargo todas las causas judiciales, hasta ahora, han sido archivadas por considerársele inimputable. Por otra parte es de señalar que no todas las fugas se han producido durante las salidas, ya que también se ha fugado desde el CEEM en diversas ocasiones.

Figuras implicadas

Persona usuaria, vecinos de poblaciones cercanas, equipo técnico.

Exposición del conflicto ético

Eliminar las salidas a fin de reducir los riesgos de fuga y daño a terceros VS eliminar la única fuente de satisfacción y actividad.

Intentos de resolución previos

Intervención psicológica y psiquiátrica y mediación con personas afectadas y reparación de daños siempre que ha sido posible.

Acta de resolución del Comité caso 3.

Fecha: Abril 2015

Asistentes:

Laura Rafecas

Montse Vehils

Javier Sánchez Caro

Isabel Crespo

Salomé Martín

Iluminada Martínez

Javier Antón

Salvador Cardona

Emma Real

Verónica Ortega

M^a José Perruca

Jesús Llorente

Albino Navarro

Se tienen muchas dudas sobre la historia vital de esta persona, y no todas se han podido aclarar: No Incapacitado, con una orden de internamiento judicial. No está claro si tienen conciencia o no de los robos, fugas, etc. que realiza.

Diagnostico poco concreto, existe un diagnóstico reciente realizado por el psiquiatra que acude al centro, se ha intentado pedir una segunda opinión, con revisión neurológica, por sospecha de la USM (Generalitat) de tener una base orgánica), pero ha sido desestimado por el psiquiatra.

No tenemos claro que haya algo por lo que pueda hacerse un refuerzo positivo. Se ha intentado negociar con las salidas pero hasta ahora no asocia la limitación en las salidas con el hecho de robar o de escaparse, por lo que es muy difícil generar refuerzo positivo.

Propuesta de medidas a tomar

- Insistir en la necesidad de una revisión neurológica, para tener un diagnóstico más concreto que nos pudiera orientar.
- Mantener y reforzar las medidas propuestas por el equipo técnico del centro y por el Grupo de Reflexión Ética:
 - Propiciar las salidas pero con un mayor control. Menos usuarios de los habituales y más personal, mejorando la supervisión con

un celador, además de los trabajadores que las realizan habitualmente.

- Realizar salidas menos frecuentes

Seguimiento del caso tras las medidas aconsejadas

Se solicitó a la administración su derivación a recurso más adecuado a su perfil. La respuesta de la administración fue favorable, quedando a la espera de disponibilidad de plaza en dicho recurso. Previamente se había hablado con la persona usuaria y se le había propuesto esta posibilidad. Acogió con interés la propuesta, manifestando que quería un cambio de centro pues llevaba muchos años en éste. Desde entonces las fugas se han reducido, y los robos también, especialmente los realizadas durante las fugas.



Levante Marzo 2015

Descripción de la situación y antecedentes

Varón de 38 años cuyo diagnóstico es sintomatología basada en alucinaciones acústicas (a confirmar) delirios (a confirmar) trastornos de conducta y consumo de Cocaína y THC.

Vivía en la calle y Servicios Sociales Municipales propició su declaración de desamparo e internamiento tras la alarma social que se generó a raíz de que se masturbó ante una mujer acompañada de dos menores en un parque.

Está tutelado por la administración.

Desde su ingreso en el CEEM se muestra adaptado a las normas, estable y colaborador. Su única demanda es regresar a su país para retomar su vida en su pueblo. Su calidad de vida se ve claramente afectada por la insatisfacción de esta demanda.

Predominan en su ánimo la tristeza y la preocupación por su situación.

Se ha solicitado colaboración al Consulado de Rumanía a efectos de localizar a su familia y resolver cuestiones burocráticas. La respuesta del consulado ha sido certificar que no tiene derecho a atención médica en su país y ofrecer el facilitar su regreso a su pueblo de origen, pero no ha habido respuesta a la solicitud de búsqueda de familiares.

Se está intentando localizar a familiares por mediación de la asociación AROVA y de la Iglesia Ortodoxa Rumana. Pero estas gestiones en curso todavía no han dado resultado. Permanece ingresado en un centro de enfermos mentales desde Junio de 2014.

Figuras implicadas

Persona usuaria, equipo técnico y administración tutora.

Exposición del conflicto ético

Facilitar el retorno a su población de origen, a ser posible habiendo contactado previamente con familiares, pero no siendo esto condición

determinante o mantenerlo ingresado por un periodo de tiempo indefinido que podría abarcar años.

Intentos de resolución previos

Búsqueda de familiares tanto en Rumanía como en España a través de distintas entidades.

Seguimiento tras las medidas aconsejadas

En periodo posterior a la consulta, se logró contactar por mediación de la Iglesia Ortodoxa Rumana con familiares de la persona usuaria, que vivía en una población cercana al centro. Desde entonces ésta acude los fines de semana a casa de sus familiares y puede hablar por teléfono con su padre, quien vive en Rumanía. Se ha podido confirmar que su padre vive en condiciones no idóneas para acoger a su hijo, pero al mismo tiempo la demanda de retorno a su país ha desaparecido pues la persona usuaria ha entendido la situación y se siente satisfecho con la situación actual.

Acta del Comité. Resolución caso 4

Fecha 20/IV/2015

Asistentes:

Montse Vehils

Javier Sánchez Caro

Isabel Crespo

Salomé Martín

Iluminada Martínez

Juan Antón

Salvador Cardona

Emma Real

Verónica Ortega

M^a José Perruca

Jesús Llorente

Existen dudas de si existe un trastorno psiquiátrico real que justifique el ingreso, o es una protección ante una persona que vivía en la calle y que tenía problemas de agresiones, etc.

Medidas aconsejadas

Se considera que el riesgo más importante es cronificar a una persona sobre la que existen dudas de la necesidad de un recurso de este tipo, como es un centro para enfermos mentales graves.

Seguir con los trámites realizados con la iglesia ortodoxa rumana y con el consulado rumano

Contactar con el alcalde o autoridad del pueblo de origen de la persona residente

Como resumen principal, buscar un recurso en Rumanía lo más cercano a su pueblo de origen, que se haga cargo del usuario y le acoja.

Cataluña Marzo 2015

Descripción situación:

X, mujer dede edad, tiene cinco hijos. Tres mujeres nacidas de su matrimonio. Un hijo que, al parecer tiene un trastorno psiquiátrico y es toxicómano, y su hija menor con un retardo mental severo ingresada en Sant Cottolengo y tutelada por una fundación. Los hijos menores son fruto de dos relaciones extramatrimoniales.

El hijo de la persona usuaria ha tenido conductas de hurto y robo por lo que ha tenido ingresos en prisión.

En Tarragona fue víctima de agresiones físicas, verbales y psicológicas por parte de su hijo, por lo que se siguió un proceso penal en su contra resultando condenado. No tiene la sentencia y no sabemos si él

fue condenado a pena de prisión por estos hechos, pero sí tenemos conocimiento, que como medidas de protección, el hijo tiene orden de alejamiento y prohibición de comunicarse con su madre.

Esta información la conocemos por las llamadas que realizó la oficina de atención a la víctima para constatar el domicilio de la persona usuaria y para hacer seguimiento de su situación con respecto a lo que sucedió con su hijo.

A partir de esto se estableció un protocolo para ser aplicado en el caso que el hijo se acercara al centro a buscar a su madre. Dichas medidas de protección presumiblemente se cumplieran en el mes de marzo de este año 2015.

Desde el centro hemos tenido contacto con la oficina de atención a la víctima para saber a cerca de la situación del hijo de nuestra persona usuaria y nos han dicho que se encuentra en prisión (no nos informan si por estos hechos o por otros).

La usuaria manifestaba con frecuencia su interés por saber en qué estado se encuentra su hijo. Lo ha hecho con la directora, con la trabajadora social y con la auxiliar.

En los últimos meses expresa con angustia que lo pasa muy mal sin saber nada de él, si vive en un lugar adecuado o en la calle, si puede satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y vestido, cómo es su estado de salud. Ha realizado varias demandas al centro para que hagamos las gestiones necesarias tendientes a saber cómo está su hijo.

Desde comienzos de año ha venido presentado cambios en su estado de ánimo, por la proximidad del vencimiento de las medidas de protección y porque su deseo es volver a encontrarse con su hijo. En el mes de febrero estuvo en Tarragona pasando su cumpleaños, pero en el fondo lo que hizo fue buscar a su hijo por las calles.

Debido a estas alteraciones, en el último control el psiquiatra le retocó la medicación para que esté más estable.

Ante la demanda permanente de los últimos días, acentuada por la intervención quirúrgica que le hicieron, se valoró que a la persona usuaria se le debía informar que su hijo se encuentra en una prisión. Ahora

dice que se siente más tranquila porque sabe que su hijo está controlado y atendido.

En la última conversación telefónica con la responsable de Atención a la Víctima de Tarragona se nos informa que las medidas de protección para nuestra usuaria se cumplen en el mes de octubre y no en marzo como ella nos ha dicho.

En comunicación realizada a Cottolengo se nos informa que su hijo envía cartas para su hermana y para su madre. La monja que las recibe, considera que debe tirarlas.

Conflicto y/o dudas:

- A la fecha de terminación de las medidas de protección hacia nuestra usuaria, debemos prestar el soporte que requiera para que visite a su hijo en la prisión o en un centro de rehabilitación?
- Cuando termine su condena y esté nuevamente en libertad, debemos facilitarle las visitas de su hijo en el apartamento que ocupa en les HH.TT.

Intentos de resolución previos:

Acciones previas

- Para tener más claridad en cuanto a los hechos y a la condena de su hijo, se solicitará al Juzgado Penal de Tarragona una copia de la sentencia. Ya se tiene el nº de la causa y el Juzgado que lo procesó.
- Se ha establecido contacto con un centro terapéutico de Tarragona donde ha estado ingresado el hijo de nuestra persona usuaria por su adicción. Sabemos que puede solicitar nuevamente plaza y las vías de acceso.

Seguimiento tras las medidas aconsejadas

En primer lugar se le informó a X que su hijo había escrito unas cartas dirigidas a ella pero que no se encontraban en nuestro poder. La usuaria expresa que le da mucha alegría saber que su hijo se ha interesado

por ella y que tal vez estará preocupado sin saber por qué no le ha contestado esas cartas

También se estableció comunicación con la Dirección de Cottolengo para que guardaran dichas cartas, pero la respuesta fue que no recordaban haber recibido correspondencia del hijo de X.

En agosto de 2015 se estableció comunicación con el Centro Penitenciario Brians para iniciar el contacto con el/la trabajador (a) social.

Después de muchos intentos (por vacaciones y otras circunstancias) logramos localizar a la trabajadora social quien nos informó que la persona no se encontraba allí, sino en el Centro Penitenciario.

Posteriormente se realizó el contacto con dicho centro penitenciario donde nos informaron que el interno se encontraba en una unidad psiquiátrica hospitalaria, por ello, nos derivan a la trabajadora social de dicho servicio.

El día 23 de septiembre se estableció comunicación telefónica con la trabajadora social de este servicio quien nos informa que la situación del interno es muy compleja, más allá del consumo de los tóxicos, ya que hay comportamientos conflictivos en el módulo ordinario. Por ello, lo han trasladado al módulo psiquiátrico, donde le han ajustado la medicación, trabajan para que mejore su funcionamiento y pueda estar en el módulo ordinario. Nos confirman que la medida de protección a favor de la madre cesa el 24 de octubre, pero siempre deben esperar a que desde el Juzgado lo comuniquen de manera expresa. Nos informa que cada actuación que se realice con un interno-paciente es registrada en su expediente y todos los profesionales tienen acceso a ella.

Unos días después, la trabajadora social del servicio de psiquiatría con quien se hizo la anterior gestión, se comunicó con HH.TT para informarnos que el interno estaba enterado del interés de la madre por saber de él y por visitarlo cuando se termine la orden de alejamiento. Él ha reaccionado de manera muy positiva, ha expresado que quiere encontrarse con su madre.

A primeros de noviembre el hijo de nuestra persona usuaria está en módulo ordinario, porque ya había mejorado los aspectos que lo lleva-

ron a dicha Unidad. Nos informan sus médicos de que está en condiciones adecuadas para estar en el módulo ordinario y para recibir las visitas de su madre.

Verifica que ya han recibido la comunicación del Juzgado con el cese de la medida de alejamiento en favor de X con la trabajadora social de la prisión se coordinan las gestiones necesarias para concretar la primera visita de su madre.

Me reúno con la persona usuaria para que tome la decisión del día que quiere visitar a su hijo y proceder a realizar la solicitud escrita. Está muy ilusionada, preocupada por el futuro de su hijo cuando salga de prisión y un poco asustada por el encuentro con su hijo después de tantos años.

Acta del Comité. Resolución caso 5

Fecha 20/IV/2015

Asistentes:

Montse Vehils

Javier Sánchez Caro

Isabel Crespo

Salomé Martín

Iluminada Martínez

Juan Antón

Salvador Cardona

Emma Real

Verónica Ortega

M^a José Perruca

Jesús Llorente

Por razones humanitarias nos parece importante informar a la señora y al hijo de que existen unas cartas que nos e pueden entregar por orden del juez, pero si informar de que existen.

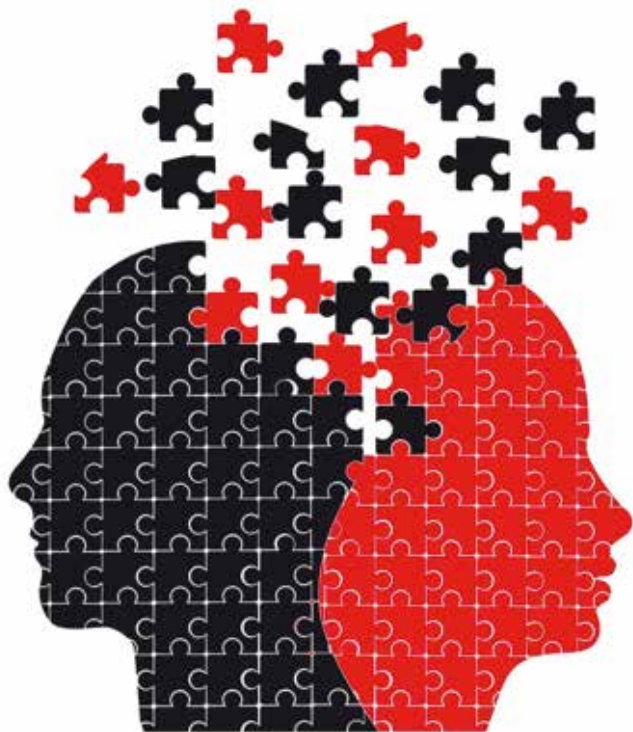
Faltan datos importantes en el caso como edades de los implicados.

Medidas aconsejadas

Desde octubre, fecha en la que se termina la orden de alejamiento es esencial conocer la situación mental del hijo y de la madre, para ello se aconseja solicitar un informe al psiquiatra de la cárcel a través de los servicios sociales de la cárcel y al psicólogo del centro y psiquiatra de la madre, para conocer situación de ambos.

Con estos datos se puede plantear, si la madre puede visitar al hijo o es necesario hacer vivitas tuteladas, etc.

Una vez aclarada la situación y posibles medidas, es importante trabajar con la madre ese posible encuentro.



Descripción Situación:

Desde noviembre del año 2013 la familia de una persona usuaria ha querido que su familiar asista a las colonias de Navidad, Semana Santa y/o verano.

Los familiares de referencia son sus dos hermanos, uno de ellos es el tutor legal. Cada hermano ha conformado su propia familia.

Se ha detectado que el interés de la familia no es que la persona usuaria potencie su autonomía y su autodeterminación, se favorezcan habilidades, competencias y valores como la solidaridad, la responsabilidad, la cooperación, adquiera pautas de convivencia social o asuma otros roles sociales que le permitan su desarrollo personal.

Los hermanos y sus parejas lo que necesitan es que en época de vacaciones la persona usuaria participe en colonias porque ellos tienen muchas dificultades para organizarse y pasar estos días con su hermano. Igualmente se percibe que la esposa de su tutor es muy intolerante con nuestra persona usuaria y tiene una actitud poco favorable hacia él.

Desde aquél momento (2013) a la persona usuaria se le ha propuesto la participación en las colonias que se han ido presentando. Se le realiza la motivación tanto por su educadora de referencia como por un miembro del equipo técnico, se le da la información de los destinos y de las diversas actividades que puede realizar. Nuestra persona usuaria se toma un tiempo para pensarlo y finalmente decide que no quiere ir.

A nuestra persona usuaria lo que gusta y le hace sentir bien es pasar estos días con su familia.

Conflicto

En el último PIAI la familia ha planteado con mucha fuerza que la persona usuaria “tiene” que ir a colonias en Navidad y cada vez que sus hermanos tienen la oportunidad le refuerzan el hecho de que en esta época irá de colonias.

Se están afectando los principios éticos de:

Autonomía: Porque nuestra persona usuaria tiene la capacidad de decidir si quiere ir o no a las colonias.

Beneficencia: Es nuestra obligación promover sus legítimos intereses. Si estas actividades de ocio no le resultan interesantes y gratificantes, y por el contrario, le van a generar una descompensación emocional o conductual no debemos permitir la presión que ejerce la familia para que vaya a colonias.

No maleficencia: Consecuencia de la anterior. Debemos intervenir para que la familia se abstenga de obligar a nuestra persona usuaria para que asista a colonias. Debemos anticipar los problemas o daños que esta decisión puede generar, como ya se ha expuesto: una descompensación.

- Contexto
- Intentos de resolución previos

A nuestra persona usuaria se le ha planteado la asistencia a diversos recursos comunitarios relacionados con sus intereses ocupacionales, aficiones, actividades de ocio y no le interesa.

La Educadora de referencia ha realizado una intervención personalizada con diferentes técnicas que faciliten su comprensión, para que nuestra persona usuaria esté muy bien informada y tome la decisión que crea conveniente.

Dudas que es plantean

- ¿Cómo plantearle a su tutor legal que nuestra persona usuaria no debe ir a colonias en contra de su voluntad?
- ¿Es pertinente continuar realizando la motivación para que nuestra persona usuaria cambie de opinión?
- ¿Es correcto aceptar que nuestra persona usuaria irá de colonias porque es la decisión de su familia?
- ¿Es necesario realizar una intervención profesional para que los

hermanos de nuestra persona usuaria y sus respectivas parejas despierten más conciencia y sensibilidad frente a las necesidades emocionales de su hermano y comprendan que se siente más satisfecho, seguro y más querido cuando está con su familia?.

Temporalidad

La situación se empezó a presentar hace 11 meses. Se acentúa en época de vacaciones cuando los hermanos tienen dificultades para planificar sus actividades teniendo en cuenta nuestra persona usuaria. Y ha cobrado más fuerza desde el último PIAI.

Acta del Comité. Resolución caso 6

Fecha 20/IV/2015

Asistentes:

Montse Vehils

Javier Sánchez Caro

Isabel Crespo

Salomé Martín

Iluminada Martínez

Juan Antón

Salvador Cardona

Emma Real

Verónica Ortega

M^a José Perruca

Jesús Llorente

El tutor se ha modificado en el último año, debido a la necesidad de cuidar a la madre durante un tiempo, actualmente ha fallecido la madre.

Se ha hablado con la familia y no se ha conseguido que la familia acepte el evitar las colonias en la época de navidad.

Los hermanos se reunieron con el usuario y al final ha ido de colonias en Navidad, volvió satisfecho.

Medidas aconsejadas

Trabajar con la familia la aceptación de llevarse en algún momento al usuario a su casa, evitando el que siempre acuda a colonias, ya que se considera fundamental el que exista una relación y también por lo importante que es para la vida del usuario.

Cataluña Abril 2015

Descripción situación:

X, mujer de 83 años de edad, con un deterioro cognitivo leve-moderado, pero que no está incapacitada legalmente, sufrió un ICTUS el pasado mes de diciembre, dejándole secuelas a nivel físico en el lado derecho del cuerpo, impidiendo que pueda caminar por sí sola y necesitando una silla de ruedas para los desplazamientos y soporte para las transferencias.

Antes del ICTUS era independiente en el movimiento, precisando supervisión por sus demandas constantes de irse a casa (no siendo posible ya que la casa se vendió hace años).

Desde que sufrió el ICTUS, estas demandas siguen siendo las mismas y debido a que no se acuerda de su pérdida de movilidad, intenta levantarse de la silla y se cae al no tener fuerza para mantenerse en pie.

Desde el mes de enero ha sufrido 12 caídas provocándole contusiones en el cuerpo sin llegar a fractura o fisura.

La familia viene cada día a visitar a la señora X y se les va informando si se produce cualquier incidencia con ella. Están muy preocupadas con el tema de las caídas y nos han sugerido en varias ocasiones que desde la residencia “tenemos que hacer algo”.

Ante esta preocupación, tanto el médico y enfermera, como las fisio-

rapeutas y auxiliares del centro, les han dado toda la información acerca de las medidas preventivas que se han ido tomando (y que detallamos luego).

Las hijas muestran su cooperación, pero desde la última caída pidieron hablar con la enfermera que refiere lo siguiente: Recibe la visita de su familia, al verme me dicen: "¿qué se va a hacer con mi madre?" Me preguntan "¿Por qué no se ata?". Intento explicar el problema de las contenciones, comento que el tema es más complicado de lo que parece, y que debe ser la última opción. Le digo que se están mirando otras alternativas".

Se les ha explicado los beneficios de no utilizar ningún tipo de contención, así como de los inconvenientes tanto físicos como emocionales de utilizarlas, informando de cuál es la política del centro a este respecto (minimizar el uso de contenciones), e insistiendo y documentando el uso de otras medidas alternativas que favorecerán la prevención de estos episodios de caída.



Conflicto y/o dudas

Conflicto entre las demandas de la familia de utilizar contenciones para evitar las caídas y la política del centro de utilizar medidas alternativas.

Discrepancia entre diferentes miembros del equipo de profesionales que trabajan en la residencia respecto al uso de contenciones.

Intentos de resolución previos

Acciones previas

- Mayor supervisión de persona usuaria.
- Extremar acompañamiento en las horas de mayor riesgo de caída, que son después de las comidas. (Detectadas según los registros y coincidentes con menor personal supervisando los espacios comunes).
- Paseos fuera de la residencia como mínimo una vez al día.
- Recordatorios verbales continuos, para indicarle que si quiere realizar cualquier desplazamiento, avise al personal.
- Utilización de la silla de ruedas exclusivamente para los desplazamientos, ya que ella se muestra más cómoda y tranquila descansando en la butaca.
- Utilización de sábana de sujeción por la noche después de caerse dos noches seguidas. Se utilizó durante dos semanas, registrando el personal de noche cada media hora cómo se encontraba nuestra persona usuaria.

Pasado este tiempo, y durante una semana más, se valoró su utilización sólo en los momentos de agitación y después de haber intentado otras acciones (levantarse, cambiar de espacio, hablar con la auxiliar de noche, etc.). Pasado este tiempo sin incidencias, se le retiró.

- Valoración y revisión de las medidas preventivas semanalmente en reuniones interdisciplinares.
- Reuniones con el médico de la residencia y revisión constante de la medicación de la persona usuaria. Planificación de un PIAI extraordinario el 24 de abril con la familia para pactar plan de actuación.

Acta del Comité. Resolución caso 7

Fecha 10/IV/2015

Asistentes:

Laura Rafecas

Montse Vehils

Javier Sánchez Caro

Isabel Crespo

Salomé Martín

Iluminada Martínez

Juan Antón

Salvador Cardona

Emma Real

Verónica Ortega

M^a José Perruca

Jesús Llorente

Juan García

Se consensua que el trabajo y las medidas tomadas por el equipo del centro y por el Grupo de Reflexión Ética han sido adecuadas y progresivas, se ha realizado un buen trabajo.

El tema de las contenciones en los servicios sociosanitarios es muy importante, pero cada caso tiene sus peculiaridades.

Puntos a tener en cuenta siempre ante una situación de decisión de aplicar contenciones terapéuticas:

- **Terminología:** Las sujeciones, contenciones son siempre terapéuticas, por lo que se usará esa denominación, siendo parte del tratamiento integral de la persona.

- **Respeto a la Dignidad:** La aplicación de estas medidas podría llegar a producir un trato degradante. Siempre que sea imprescindible su uso terapéutico, debemos respetar la libertad e integridad de las personas.
- **Principio de Congruencia:** Si adoptamos la medida es porque debe ser eficaz.
- **Principio de subsidiariedad:** Es lo último que deberíamos hacer. Antes debemos pensar en otras alternativas menos restrictivas.
- **Principio de Temporalidad:** Solo por el tiempo estrictamente necesario. Esto implica estar siempre analizando, repasando, las consecuencias de estas medidas. Tener protocolos de revisión periódica, cada 3 horas es lo máximo considerado adecuado en la literatura.
- **Principio de idoneidad:** Dentro de las medidas eficaces, usar siempre la más idónea que sea menos restrictiva.
- **Principio del cuidado:** Durante todo el tiempo de uso de la medida, se deben realizar cuidados de la misma y de la persona pautados y registrados.
- **Principio de documentación:** Registrar, en el historial clínico. Lo ideal es incluir todas las incidencias en un registro para saber la eficacia de cada medida y su análisis.
- **Principio de Fiscalización:** Debe haber un control, auditoría de la utilización correcta de estas medidas, y de si se deben utilizar o no, aleatoria y varias veces al año.
- Debe haber prescripción facultativa, siempre. Las únicas excepciones que deben producirse es en caso de urgencia, hablamos de ESTADO DE NECESIDAD JUSTIFICANTE, esto es para evitar un mal mayor.
- Es imprescindible informar a la persona afectada, adaptando esa información a su capacidad cognitiva, repetirlo si es necesario, aprovechar los mejores momentos, si la cognición es fluctuante, pero en ningún caso obviar a la persona afectada. También por supuesto informar a la familia.

- Sería posible y deseable informar, al ingreso de la persona usuaria en el centro, antes de que aparezca un conflicto, de la política del centro en el uso de restricciones terapéuticas tanto físicas, como químicas, formar e informar a la familia. Si en el momento del ingreso es difícil, se puede introducir en otro momento del plan de acogida.
- Puede haber distintas interpretaciones sobre si los enfermeros pueden tomar decisiones sobre determinadas sujeciones. Así se comentó el caso de Navarra. En Eulen, los enfermeros pueden tomar estas decisiones en casos de urgencia, en las que no esté presente el médico, y deben ser ratificadas por un médico en cuanto sea posible.
- Cuando hay un conflicto entre familia y centro, en el cual no se considera correcta o se sospecha maleficencia, es cuando se debe poner en conocimiento del ministerio fiscal.

Propuesta de actuación

- Tras analizar los datos y realizar preguntas que clarifican la información, añadimos que la persona tienen un nivel cognitivo fluctuante, y que olvida su paresia.
- A pesar de las medidas que se han tomado, la persona sigue presentando caídas, menos frecuentes y acotadas a algunos momentos del día, pero no ha desaparecido el riesgo de una lesión grave consecuencia de las mismas.
- Informar a la persona afectada, adecuando esa información a su nivel cognitivo, aprovechando los momentos de mayor lucidez. Explicar en qué consisten estas medidas y pedir su opinión sobre estas, de forma reiterada si es necesario aunque se le olvide, esta opinión es muy importante.
- Buscar la colaboración de la familia. Ante la merma de capacitación de la persona usuaria se debe contar con la familia, como representante legal, que a su vez debe actuar en beneficio del paciente.

- Se concluye que ante el riesgo existente de accidente, es importante pactar con la familia. En la situación ideal, y puesto que son 8 hijas, a través del representante de la misma, para facilitar la comunicación.
- Se debe plantear que vamos a continuar con las medidas progresivas que hemos ido tomando para evitar las caídas y que hasta ahora no han dado un resultado definitivo, pero que evitan una contención física terapéutica. Ante lo cual puede ocurrir:
 - » Que la familia asuma por escrito y con total claridad el riesgo.
 - » Que la familia no asuma ese riesgo, ante lo cual se propondrá usar una medida de contención terapéutica solo en los momentos identificados con riesgo, pero no el resto del día, es decir en este momento cuando usa silla de ruedas, pero no el resto del día.
 - » Qué tipo de contención utilizar.

La menos restrictiva, así se debe analizar, donde, como y cuando se producen las caídas, para tomar la mejor medida de contención, teniendo en cuenta los siguientes principios:

- Solo por el tiempo estrictamente necesario.
- Protocolo y registros de revisión de la misma.
- Revisión de la necesidad de dicha medida.
- Informar a la familia de los riesgos del uso de sujeciones terapéuticas y firma del consentimiento informado.

Cataluña Abril 2015

Descripción situación

Datos personales:

X, varón de 82 años que viene de lunes a viernes de 09:30 a 18h a nuestro Centro de día.

Convive con su mujer e hijo. Convivencia compleja. Tiene otra hija con quien la relación también es compleja y varía según el momento y situación.

Capacidad cognitiva preservada con unas puntuaciones 28 y 30 de MEC y de Pfeiffer 7 y 10 aciertos (de 10). Hemiplejía izquierda por AVC. Utiliza silla de ruedas eléctrica y se desplaza de manera autónoma por la casa.

Siempre ha utilizado el humor para rebajar tensión en las conversaciones, pero también utiliza el humor verde para el mismo fin o para descolocarte. A nivel general la imagen que proyecta es de “viejo verde” sin mala intención, no obstante nosotros preferimos describirlo como una persona que es muy desinhibida a nivel de seducción con piropos y halagos fuera de tono.

Y, mujer de 63 años que viene de lunes a domingo al Centro de Día en jornada completa y con transporte subvencionado por el ayuntamiento.

Ingreso por riesgo social, convive en casa con su hija, su yerno y su hermano, de los que recibe maltrato, por lo que servicios sociales denuncia su situación pero ella no quiere nada malo para sus familiares y se está tramitando que la puedan poner la primera en lista de espera de Residencia, para poder sacarla de esa situación.

Incapacitada legalmente y su hija es la tutora legal.

Capacidad cognitiva limitada por demencia senil y trastorno depresivo. Con puntuación de 9 de MEC (deterioro cognitivo grave) y de Pfeiffer 1 acierto sobre 10.

Es una persona independiente a nivel funcional aunque necesita supervisión para determinadas actividades de la vida diaria, como podría ser la higiene personal después de ir al baño. Y heterónoma ya que muestra dificultad en la toma de decisiones.

Situación:

La semana pasada nuestro usuario solicita si puede bajar a la cafetería con la usuaria para invitarla a un café. Se acuerda con él que puede hacerlo, pero que antes de bajar ha de avisar a la gerocultora de Centro de día para que avise a Recepción de que la usuaria puede estar allí.

El pasado viernes 10/04/15 el Sr. baja sin avisar junto con la usuaria y al volver a la primera planta (donde está ubicado el espacio de C de D que está compartido con los residentes) se produce un incidente con la usuaria y se evidencia una alta dependencia de ella hacia él. Ella no para de reclamar su atención y no para de sentarse en el suelo y hacer pataleta como si se tirara al suelo, diciendo que él le ha dicho que la quiere y ahora la deja sola.

La Psicóloga y Trabajadora Social hablan con él:

Pedimos al Sr. X tener una conversación con él, ya que ha bajado a cafetería con la usuaria sin previo aviso a nadie del personal.

En el momento que solicitamos que el Sr. Y entre en la sala de manualidades para mantener la conversación de manera privada, la usuaria se aferra a la silla de ruedas del Sr. y refiere que ella quiere ir con él, porque está enamorada, que él le ha dicho que la quiere y que ella también lo quiere a él. Conseguimos convencerla para que nos deje hablar con él a solas, la acompañamos a la sala para que esté tranquila, pero al momento vemos como sale para buscarlo otra vez. El no muestra ningún tipo de preocupación ni hace ningún comentario hacia nosotras o hacia la Sra Y.

Una vez ya a solas con el Sr. X le pedimos que por qué nos ha mentado diciendo que había pedido permiso a la persona de recepción para bajar con la usuaria cuando no era verdad, él nos dice que se ha confundido que le ha pedido permiso a una de la gerocultoras, le pedimos el nombre y nos dice que es una persona nueva que no sabe cómo se llama. Le explicamos la importancia que tiene informar al personal del centro que baja con esta persona, y que además era un pacto que se había establecido días antes en el que él estaba de acuerdo. Nos pide disculpas respecto a este tema.

Él nos comenta que también ha podido ver como ella no está bien, y cree que se está obsesionando quizás un poco con él, decide en este momento poner distancia con ella, ya que ve en el estado de nervios en el que se encuentra hoy y la dependencia que tiene hacia él. Nos comenta que durante esta tarde no estará en la sala, que pasara la tarde en la cafetería del centro para que no lo vea, y como él no viene el fin

de semana quizás ya el lunes no se acordara de él.

Nosotras le recordamos que es una Sra. Y con la capacidad cognitiva alterada y que en la mayoría de ocasiones no es capaz de decidir sobre sus actos, él nos comenta que solo la invitaba a un cortado por pena, porque ella siempre dice que se encuentra muy sola y que nadie la quiere, pero que ya no le dirá nada más. Le volvemos a recordar de la importancia de avisar en todo momento al personal del centro delante de una incidencia con esta Sra. se muestra agradecido por la conversación y se dirige hacia la sala de centro de día.

Aprovechamos para preguntarle cómo está la situación en su casa, nos comenta que todo está todo bien, también le recordamos que a finales de mes toca la reunión de PIAI y que piense si quiere que llamamos a alguna persona de su familia o prefiere venir solo, nos comenta que lo hablara en su casa y que nos dirá alguna cosa.

Una vez salimos de la sala de manualidades vemos como la usuaria estaba esperándolo y le comenta “que rápido has cambiado de mujer, ya no me quieres” refiriéndose a una de nosotras, en este momento ella se tira al suelo y empieza a llorar repitiendo continuamente que nadie la quiere, el Sr. X se queda mirándola y no dice nada.

Después de la reunión, una gerocultora de la planta les comenta que una de las personas de limpieza los había visto dándose un beso. La trabajadora de limpieza explica que el viernes a media mañana vió como la Sra. Y se acercó al Sr. X que estaba en el pasillo y le dio un beso y él se lo devolvió. La trabajadora le dijo que lo que había pasado no estaba bien, que él está casado y que la usuaria no está bien y no entiende bien las cosas. El Sr. le da la razón y ella se lo dice a la gerocultora para que lo comunique y se vigile la situación. Otro gerocultor les dice que el Sr. le ha dicho que le ha tocado “la figa” (genitales femeninos) como si fuera un gran logro.

Inmediatamente se comunica a dirección y se decide tratar el tema el lunes en la reunión de equipo interdisciplinar. El lunes se decide hablar con el Sr. X el martes por la mañana para que nos de su explicación y en base a lo que diga decidir la mejor actuación.

Conflicto:

Dudas de si no volverá a hacerlo: por la falta de culpa y arrepentimiento por parte del Sr. RRP pese a que él diga que no lo volverá a hacer. A esto se suma la falta de confianza debido al abuso de mentiras que ha utilizado con diferentes profesionales de la casa en esta situación y anteriormente.

Hasta qué punto considerar al Sr. X como un factor de riesgo para el bienestar del resto de las personas de la casa con características similares a la Sra.Y (la mayoría de personas tienen algún tipo de deterioro cognitivo).

Como transmitir la situación a ambas familias sin generar exceso de alarma y en mayor medida en el caso de la usuaria ya que vive en riesgo social.

En el caso de la familia de nuestra usuaria si realmente vale pena in-

formar a la familia ya que la tutora sabemos que no sabrá gestionar la situación y su hermano puede encontrar en esto otra excusa de maltrato psicológico.

Comunicar o no comunicar cómo se ha manejado la situación al resto de familiares de la residencia y del centro de día.

Contexto:

La usuaria recibe maltrato psicológico por parte de su hermano y su hija lo encubre. Servicios Sociales denuncia la situación y los Mossos d'Esquadra están realizando un seguimiento. Servicios sociales intentó que ella interpusiera denuncia a su hermano pero ella no quiso.

Su hija (tutora legal) está catalogada como persona en riesgo de exclusión social ya que no encuentra trabajo y servicios sociales le realiza alto seguimiento para intentar ayudarla. Se la considera negligente en el cuidado de su madre ya que no va vestida adecuadamente, se la ve dejada.

La Sra. reclama mucha atención y pide constantemente que los que están a su alrededor le digan que la quieren ya que en su casa no se lo dicen, por contra, recibe mensajes descalificativos como: eres una guarra, te meas encima, no vales para nada...

Hace muy poco tiempo que la usuaria viene al Centro de Día, desde el 27/02/15.

Nuestro usuario vive en un piso estrecho donde su familia no puede utilizar la grúa de propiedad que tiene y le han de realizar todas las transferencias a pulso. A finales del año 2014 ya había generado una situación en la que movilizó a todo el equipo dada la gravedad aparente del caso, en la cual se destaparon paulatinamente una sucesión de mentiras y tergiversaciones.

Durante los meses de octubre y noviembre de 2014 traslada a dirección, trabajadora social y psicóloga tres versiones sobre un mismo suceso. A la trabajadora social le comenta que la situación en su casa está muy complicada, ha vuelto a vivir con ellos su hijo que ha roto con su pareja y esto hace que esté de un humor extraño y que se enfade con más facilidad.

Comenta que nota como si el tener que movilizarlo le molestara y lo hace muy brusco, incluso demasiado brusco. A dirección más adelante le realiza más o menos los mismos comentarios, pero remarcando la brusquedad y que cuando lo tiene que poner en la cama le hace daño y le deja marcas y que últimamente está bebiendo más alcohol. Ambas trabajadoras le preguntan de diversa manera si él se siente agredido con el trato de su hijo, pero no deja claro en ningún momento que su hijo le pegara, incluso lo defiende.

Llega a comentar que su hijo ha perdido el trabajo y económicamente está mal, hasta que llega a decir que su hijo saca dinero de su cuenta. Finalmente a la psicóloga directamente le comenta que su hijo le maltrata y le expresa que le pega.

Dada la gravedad de la información en reunión de equipo interdisciplinar se decide contactar primero con su hija, ya que es la que está más pendiente de las cosas del centro de día. A través de esta reunión nos damos cuenta de la complejidad de la dinámica familiar, esta hija es muy sufridora y siempre está para cuando las cosas se complican y en anteriores situaciones han provocado altibajos en su propia familia con su marido e hijos.

Nos comenta que las versiones de su padre en varias ocasiones le han provocado consecuencias a nivel emocional y físico, llegando a somatizar. Ella solicita que la mantengamos informada, pero que tratemos el tema del maltrato físico directamente con su hermano y su madre. Hablamos con el Sr. RRP y le explicamos que se realizará una reunión con su hijo y su mujer para hablar del maltrato junto con la trabajadora social, la psicóloga y dirección.

El día de la reunión explicamos a los familiares de nuestro usuario el motivo por el que los hemos citado y a lo largo de esa reunión se va evidenciando que todo lo dicho por el Sr. se trata de una versión de la realidad y él mismo lo reconoce. Su hijo reconoce que lo moviliza como puede y le explicamos que hay otras maneras de hacerlo para que su padre no sienta dolor y no le ocasione hematomas.

Le ofrecemos la posibilidad de que la fisioterapeuta se lo explique de forma práctica y él lo agradece y antes de marchar la fisioterapeuta

se lo explica y demuestra. Su hijo niega que le haya pegado y en ese momento el Sr. cambia su versión y niega haber dicho nada como eso y las profesionales presentes le recordamos todo lo hablado con cada una. Finalmente expresa que lo que él ha explicado puede haberse mal interpretado, pero admite que sí ha dicho todas esas cosas. Pero está seguro que su hijo nunca le haría daño a propósito.

En esta reunión se le explica que con estas situaciones es muy importante ser sincero ya que son situaciones graves a las que se tiene que informar a servicios sociales y puede tener graves consecuencias para todos los implicados.

Se le pide que por favor, a partir de este momento sea franco y nos explique las dificultades que tiene para poder ayudarle mejor. En lo referente a las aportaciones de su mujer, se evidencia que su hijo no le ha quitado dinero, sino que ellos se lo han dado voluntariamente. La reunión se finaliza diciendo a la familia que pueden contar con el soporte del personal del centro para cualquier tipo de orientación. Y a nuestro usuario se le pide que sea sincero y nos explique las cosas tal como son.

Intentos previos de resolución:

El pasado martes 14/04/15 se habla con el Sr. X para que pueda explicar el porqué de su comportamiento y se le cita en una sala junto con la trabajadora social, la psicóloga y la directora.

La directora empieza la reunión contextualizando al usuario el motivo por el que se le ha citado. Se le transmite que lo sucedido es lo suficientemente importante y serio como para tener que hablar nuevamente con él las tres.

Se describe lo acontecido de forma muy gráfica y transparente para que pueda argumentar sobre cómo él lo ha vivido y pueda dar su versión. Asimismo, se le verbaliza literalmente la información que nos había llegado por parte del personal trabajador de la casa, donde expresan que han visto que el Sr. X besa en la boca a la Sra. Y y le toca sus zonas íntimas. La trabajadora social pregunta directamente si es verdad lo que nos ha llegado.

El usuario afirma todo de manera rotunda y sin reacción emocional. Por otro lado preguntamos si él es consciente que la Sra. no tiene plenas capacidades cognitivas como para poder elegir libremente este tipo de decisiones. El usuario vuelve a afirmar que sí es consciente y que sabe que “no está bien”. Dada la información que recibimos por parte de él intentamos profundizar en los motivos que le llevaron a actuar de esta manera, describiéndolo él como “actitudes de niño que entenderemos cuando seamos mayores”.

Tanto dirección, como trabajadora social como la psicóloga intentamos rescatar algún tipo de arrepentimiento ante la situación. No obstante, tenemos que redirigir la reunión continuamente ya que, encontramos por parte de él comentarios en tono de humor para desviar la atención, cambios de tema y una verbalización de perdón que llega fría y poco creíble. Llegó a argumentar que lo que le llevó a actuar de esta manera fue el consumo de café.

Reiterativamente le preguntamos si ve la gravedad de lo ocurrido y su reacción y sus respuestas se reducen a que le estamos ayudando a darse cuenta de que está mal y se limita a decir que no lo volverá a hacer y a desviar la importancia de lo sucedido sólo hacia el hecho de bajar a la cafetería con la usuaria sin avisar.

Por otro lado, se le afirma que nos ha vuelto a mentir, ya que en la reunión que tuvo el pasado viernes con la trabajadora social y la psicóloga no admitió que no había avisado a nadie y en esta reunión expresa que se lo dijo a una gerocultora que ese día tenía fiesta. Y a su vez, en esa misma reunión ocultó que se había besado con la Sra. y se limitó a decir que él había notado que ella estaba más dependiente de él y que estaba con ella porque le daba pena. Dado el histórico de mentiras en esta casa del usuario y teniendo en cuenta las que se estaban evidenciando en ese momento, se le informa que ha generado desconfianza por parte nuestra.

Se cierra la reunión pidiendo al Sr.X que reflexione sobre todo lo hablado. Las tres profesionales salimos de la reunión con la sensación de que el usuario no ha conectado con la gravedad del caso y sin muestra de arrepentimiento sincero.

Se reúne al personal de la casa para que sea conocedor de la situación y que sepan que se está realizando consulta a ERESS para pedir orientación en cómo manejar la situación. También para recordar la confidencialidad de la información que manejamos y pedir discreción para que no comenten la situación por los pasillos y que lo hagan en lugares a puerta cerrada.

Dudas concretas:

Como catalogar la gravedad de este tipo de abuso y si es suficiente como para solicitar que se le retire la plaza en centro de día.

Temporalidad:

Desde el pasado viernes 10/04/15 y se habla con el usuario el martes 14/04/15.

Seguimiento del caso tras la consulta

De manera urgente para no continuar con la misma situación, se cambiaron de piso por no poder tener contacto. La Sra. Y subió al 2º donde se ha adaptado muy bien.

El Sr. X continúa con conducta seductora con todo el mundo incluido el personal, pero no se ha vuelto a sobrepasar.

En este caso se ha de ir haciendo supervisión continua de esta persona usuaria para no encontrarnos en situaciones límite como la que vivimos.

Acta resolución caso 8. Abril 2015

Fecha 20/IV/2015

Asistentes:

Montse Vehils

Javier Sánchez Caro

Isabel Crespo

Salomé Martín

Iluminada Martínez

Juan Antón

Salvador Cardona

Emma Real

Verónica Ortega

M^a José Perruca

Jesús Llorente

Se plantea el que existe una historia de “mentiras” en una persona con antecedentes de ACVA (Accidente cerebral vascular) por lo que puede existir una secuela que le convierta en un fabulador.

El posible abuso sexual, no parece totalmente objetivo, por lo que se decide pensar en presunción de inocencia y no solicita a la administración el cambio de centro, que sería lo que se consideraría adecuado en el caso de no existir la historia clínica del paciente y dudas razonable sobre los hechos.

Medidas propuestas

Se propone realizar una evaluación psiquiátrica/neurológica del usuario ante los síntomas de falta de emoción y la fabulación.

Protección a la persona usuaria, se considera lo principal y ante las dudas, se recomienda vigilancia a ambas personas, para objetivar hechos.

Si en algún momento se objetiva que el varón es consciente de lo realizado, se recomienda petición urgente de traslado de centro.

Además es importante informar:

A la familia de la usuaria, adaptando la información a la situación familiar

A la familia del usuario, para explicar petición de informe médico, posibles secuelas, etc.

A Servicios Sociales de los incidentes y medidas tomadas. Averiguar si el fiscal está informado de toda la situación y si no lo estuviera, hacerlo

Por otro lado sería importante saber si antes de la llegada de la usuaria al centro ha habido situaciones similares con otras usuarias.

Madrid - Mayo 2015

Descripción de la situación y antecedentes

Usuari@ de 89 años con diagnósticos de HTA, EPOC, OBESIDAD, DIABETES MELLITUS TIPO II, OLIARTROSIS, sin deterioro cognitivo, con pauta medica de dieta hipo sódica hipocalórica, en el centro de día se maneja con dieta pautada más manejo de postre por su patología diabética.

Figuras implicadas

DUE, Trabajadora Social, equipo de auxiliares.

Exposición del conflicto ético

Usuari@ no reconoce su diagnóstico de diabetes mellitus y cada vez que se sirven los postres y observa que su postres es diferente a los de otros usuarios se enfada y amenaza con ir donde su médico de cabecera para que nos envíe una nota y efectivamente así es (anexo escáner de notas medicas); pero su médico siempre reitera que tiene diagnosticado DIABETES MELITUS manejada con antilucemiantes orales.

Intentos de resolución previos:

1. Dialogo con la persona implicada para que intente razonar sobre su patología.
2. Conversación telefónica con el médico de cabecera donde en ese momento estuvo de acuerdo con el manejo del centro de día.
3. Informe escrito enviado a su médico de cabecera sobre la situación repetitiva en el comedor sin respuesta alguna.

Acta resolución caso 9. Junio 2015

Fecha 29/06/2015

Asistentes:

Salvador Cardona

M^a José Perruca

Iluminada Martínez

Emma Real

Laura Rafecas

Verónica Trancón

Montserrat Vehils

Jesús Llorente

Juan García

Albino Navarro

Javier Sánchez Caro

Salomé Martín

Juan Antón

Según se desprende del mismo caso, ya hay acuerdo de permitir una mayor permisividad en la alimentación siempre que la salud lo permita, medida que le parece correcta al Comité.

País Vasco Junio 2015

Descripción situación y antecedentes

Sra. X Mujer de 88 años de edad.

Es usuaria de un centro de día que nosotros gestionamos desde julio de 2009. Es la usuaria más antigua, desde el 2/8/2008, en el centro y

conoce perfectamente a las auxiliares, y el funcionamiento del mismo. Con buena adaptación y referente para el resto de los usuarios, por esta condición de más antigua dentro del centro. Acude de lunes a viernes.

A partir del 2010, es usuaria de otro centro de día los fines de semana y festivos.

AREA SOCIAL/FAMILIAR

Nuestra persona usuaria tiene dos hijos, varones. Vive con uno de ellos, en el mismo caserío, aunque dentro del caserío han hecho una adaptación en la que vive nuestra usuaria, que cuenta con todos los recursos, cocina, baño y habitación para ella.

Con accesos independientes aunque comunicados por el interior. Dentro de la casa vive uno de los hijos con la nuera, la madre de ésta y dos hijas del matrimonio. El otro hijo vive fuera de la casa, ya que fue expulsado del domicilio familiar por el hermano que actualmente convive con la usuaria.

La relación con la unidad de convivencia no es buena, con el hijo se llega a entender, pero el elemento más discordante es la relación con la nuera. A parte, el hecho de que la nuera haya llevado a vivir con ellos a madre de ésta (por cuestiones de salud) no ha sido recibido con buenos ojos por parte de la usuaria porque la casa es suya y nadie le consulta la decisión. Además coincide en el tiempo con la obra que se hace en el domicilio para dejarle a ella a parte de la vida familiar.

Con el otro hijo la forma que tiene de relacionarse con él es con la complicidad del centro, es decir, la usuaria llama a su hijo desde el centro, hecho que nunca se le ha denegado, y el hijo suele venir a verla, para lo cual, el hijo viene hasta el centro, nosotros metemos a nuestra usuaria al coche y se la lleva fuera del pueblo para poder estar con ella tranquilamente.

Luego la devuelve al centro. El hijo no sale del coche dentro del pueblo para que nadie sepa que ha ido, para que no se entere el otro hijo. La usuaria nos pidió que por favor no dijéramos nada a su otro hijo ni de las llamadas telefónicas ni de las salidas, y así lo hacemos.

AREA FUNCIONAL/COGNITIVA

La persona usuaria presenta una situación cognitiva estable, sin presencia de deterioro y conservando intactas todas las funciones mentales:

No muestra déficit a nivel atencional. Se encuentra perfectamente orientada en las tres esferas (tiempo, espacio y persona). Adecuado funcionamiento de la memoria (inmediata, reciente y remota), pensamiento abstracto, cálculo, lenguaje, funciones ejecutivas y praxias (ideomotriz y constructiva grafica). Capacidad de juicio y razonamiento totalmente preservada.

Evolución

La evolución de la usuaria en el centro ha estado plagada de situaciones en las que hemos tenido que debatir ampliamente sobre el derecho de la propia usuaria a la toma de decisiones, no porque desde el centro se dudara de su capacidad, sino porque esa toma de decisión, no ha sido bien vista por la familia, y siempre ha tenido represalias para la usuaria en el domicilio, que luego traía al centro.

Entre ellas:

- La decisión de ir al médico ella sola, sin decir nada a la familia. En alguna ocasión ha demandado el poder ir al médico. Nosotros siempre le hemos comentado a la familia, esta necesidad. En cambio desde la familia se apuesta por la automedicación, y sobre todo por no llevarla, porque dice que la usuaria les lía a todos, y luego hay que llevarla a hacerle pruebas, y demás, y no están dispuestos. Esto ha llevado a que en alguna ocasión, le han mandado al centro con medicación no prescrita, que no sabemos si debemos administrar o no (aunque sea un simple jarabe), porque no tenemos hoja de tratamiento activo. Cuando tenemos dudas, llamamos a la familia, con la consecuente respuesta que es, que “estamos probando a ver qué le va bien”.
- Si ella decide que quiere salir a dar paseos fuera del centro, de hora y media, en los que aprovecha para hacer gestiones (bancos, médicos, farmacia) que desde luego la familia no

aprueba, porque “pagamos para que la tengáis controlada”. Ella firma su consentimiento informado.

- Si decide que quiere ir a la peluquería: la usuaria dice que le comenta al hijo y que le dice que no vaya a la peluquería. Ella quiere ir, y cuando se baja de la furgoneta del centro de día, ella misma va a la peluquería. Cuando por la tarde llega a casa y ven que ha estado, la familia llama al centro para pedir explicaciones de “por qué se le deja ir sin su consentimiento”.

En 2010 comienza los fines de semana en otro centro de día. La Sra X no quiere ir al centro porque le gusta dormir, y solamente puede hacerlo dos días de la semana. La familia se impone, y dice que si o si tiene que empezar a ir, “porque los fines de semana no les deja tranquilos, no para en casa, quiere ir a la huerta y un día tendremos un susto”. La Sra X habla con la familia para ver si es posible que vaya uno de los dos días y el otro pueda dormir, pero la respuesta es tajante. No le gusta ese centro de día, hay mucha gente, y no le tratan bien. La comida no está buena. Se trata de un centro de 25 personas, frente a 7 del nuestro. Cuando se ha hablado con la familia del tema, lo que nos dice que “es normal que no quiera ir, porque no tiene a quien comerle la cabeza como nos la tiene comida a nosotros”.

Además de esto, se han producido dos episodios en los que hay sospecha de malos tratos físicos por parte de la familia hacia la usuaria.

El primero fue en septiembre del año 2014. La usuaria llega al centro con marcas evidentes (tenemos fotos y un video donde la usuaria relata los hechos, para lo que se pide autorización a la usuaria para tenerlos). La versión de la usuaria es que está en la huerta por la tarde el sábado, después de llegar del centro y coge la escoba con la intención de barrer la parte de fuera de la casa. Aparece la nuera, y le riñe porque le va a pisar al perro, la persona usuaria dice que no se ha dado ni cuenta, pero que sin mediar más palabra, la nuera coge la escoba y le pega en las piernas, como consecuencia se cae al suelo. Ante los gritos sale el hijo que es quien para la situación, y la nieta que le grita que pare a su madre. Ella lo cuenta muy muy afectada, a pesar de haber pasado día y medio. En cuanto es comunicado por las auxiliares, vamos al centro, y lo ponemos en conocimiento de la trabajadora social. Se muestra

en estado de shock, no es capaz de relatar con claridad los hechos y mucho menos de tomar decisiones.

No quiere que le vea un médico para que certifique las lesiones, y ante el ofrecimiento de activación del protocolo de malos tratos de Diputación no quiere saber nada.

Ante el hecho, desde el centro estamos con ella todos los días, se le ofrecen alternativas de cuidado, pero ella solo muestra miedo, que tiene que volver a su casa, porque no va a permitir que “la otra” (se refiere a la nuera y a su madre) se salgan con la suya y se queden con todo. La trabajadora social habla con la familia, queda con el hijo. Mantienen una conversación de más de hora y media. En ella se relatan unos hechos que nada tienen que ver con la realidad relatada por la usuaria (esto es algo que nos suele pasar con frecuencia, y es que normalmente la versión de cualquiera de los hechos que suceden con la usuaria, no tiene nada que ver la versión de la familia con la de la propia usuaria).

El hijo refiere que la nuera no estaba en casa el sábado por la tarde, que nada de lo que cuenta es cierto, solamente que estaba con la escoba limpiando, se tropezó con la escoba entre las piernas (“ya sabe que es muy torpe”), y se cayó. El hijo nos insta a dejar de darle tanto protagonismo, que nos tiene totalmente engañados, que a ver si él es el que tiene que denunciar por maltrato de su madre hacia él, y que dejemos de molestar. Refiere que su madre donde tiene que estar es en una residencia. La trabajadora social informa que contra su voluntad no va a poder hacer nada, y que eso no es viable si ella no quiere.

El segundo caso de sospecha de malos ha sucedido hace un par de semanas. El martes 26 de mayo llega al centro, descompuesta, llorando y repitiendo “que me saquen de esa casa por favor”. El caso es que esa mañana, se levantó y comenzó ella a asearse como cada mañana. La usuaria se cayó en el centro la semana anterior y tenía una férula puesta. Como nadie acudía a ayudarle como cada mañana, ella tomó la iniciativa de prepararse porque la furgoneta del centro de día iba a ir a buscarla. En un momento entró la nuera y comenzó a increparla, chillarle, porque le tienen dicho que no haga ella nada. Le sacó de mala manera la ropa que ella tenía puesta, la arrojó a ella contra la cama de muy malas formas, y la usuaria se golpeó el brazo y la mejilla contra la

mesilla. Le vistió de malas maneras. Ante los gritos apareció su hijo en la habitación y continuaron los gritos. Incluso su hijo había fabricado una tabla para que tuviera la pierna estirada cuando estuviera sentada, para que tuviera en alto la pierna, y cogió la tabla y la rompió en el pasillo con mucha violencia.

Cuando la usuaria llega al centro, ella solo pide que por favor la saquen de allí, que no quiere volver a casa. Se ponen en contacto conmigo y con la trabajadora social, que acudimos de inmediato al centro. La usuaria verbaliza de nuevo la misma versión, aunque ni la trabajadora social ni yo vemos signos de violencia, golpes, rojeces o moratones (cosa que en el anterior episodio eran evidentes). La usuaria se tranquiliza, se le explican las alternativas que hay de apoyo, le trasladamos que la decisión es suya de su cuidado, pero está llena de miedo y así lo verbaliza, está paralizada por el miedo, y no quiere hacer nada. Volverá a su casa y seguirá sufriendo, que es su condición.

Comentamos con ella, la posibilidad de hablar con el otro hijo para que esté al corriente de la situación que vive (ya que hasta el momento no le ha transmitido nada a él), pero ella no quiere ni que hablemos con él, ni siquiera ella contarle lo sucedido “porque le daría un tremendo disgusto”.

Dada esta situación, en coordinación con servicios sociales, quedamos en que la metodología de trabajo debe ser constante, que note nuestra presencia y la red de apoyo, para que en el momento que ocurra otra crisis, sea más fácil la toma de decisión, ya que en el momento de crisis tenemos claro que no podemos trabajar nada con ella.

Consultas al Comité

- ¿Dónde limitamos la capacidad de toma de decisión de la persona usuaria (médicos, salidas, automedicación)?
- ¿Debemos informar al hijo que no vive con ella o respetar su decisión de no contar nada?
- ¿Debemos mantener ocultas las llamadas de teléfono y las visitas del otro hijo? ¿Y si pasa algo mientras está fuera? ¿Y si el otro hijo se entera? ¿Cómo podemos protegernos sabiendo que estamos haciendo las cosas bien?

- ¿Debemos informar al hijo con el que vive de todas y cada una de las actuaciones en el centro o no?.
- ¿Cómo actuar ante una situación de maltrato de este tipo?
¿Debemos ser solamente la red que soporte los momentos de crisis o nuestro papel tiene que ir más allá?.

Acta resolución caso 10. Junio 2015

Fecha: 29/06/2015

Asistentes:

Salvador Cardona

M^a José Perruca

Iluminada Martínez

Emma Real

Laura Rafecas

Verónica Trancón

Montserrat Vehils

Jesús Llorente

Juan García

Albino Navarro

Javier Sánchez Caro

Salomé Martín

Juan Antón

Como conclusiones

Se debió activar de modo obligatorio el protocolo de malos tratos, cuando era evidente (septiembre de 2014), a pesar que ella mostrase su oposición.

Ante la situación creada se proponen las siguientes opciones:

1. Se trata de una persona con total capacidad de actuación, independientemente de las opiniones de su familia.
2. Ante la persistencia de esta situación de acoso tanto física (confirmada en la primera ocasión), como psicológica, se propone hablar con los servicios sociales correspondientes para activar el protocolo de malos tratos.

Desde mayo a aquí, la usuaria ha sufrido varias caídas, lo que ha afectado a su autonomía. Esto ha supuesto para ella una merma terrible, acompañado por una agresividad hacia el grupo, que lo hace insostenible.

Hemos cambiado el objetivo del PAI, y nuestro mayor objetivo ahora es que no agrede al grupo, y que no afecte al funcionamiento diario.

Hemos estado con la familia en varias ocasiones, y se le ha cambiado el tratamiento, para usar contención terapéutica.

En cuanto al tema del posible trato inadecuado, orientamos todas nuestras acciones a explicarle a la usuaria que si no denunciaba ella, teníamos obligación de denunciar nosotros, la siguiente vez que se vieran sospechas. Dicho episodio, no se ha producido, así que de momento, tenemos suficiente con la intervención que estamos haciendo.

Cataluña Octubre 2015

El señor X de 89 años de edad, ingresa en la residencia en febrero del 2010, procedente de un centro de baja exigencia, y anteriormente en otra residencia en la que estuvo ingresado 8 años.

Es un hombre que siempre ha estado institucionalizado, desde que era niño, él y sus dos hermanos estuvieron en centro de acogida. Trabajó en granjas de Cataluña y después en Barcelona durante unos 20 años, hasta que le despidieron por su adicción al alcohol.

Estuvo viviendo en la calle durante muchos años, de ahí su escasa capacidad para adaptarse a las normas y tener una buena convivencia con el resto de compañeros del centro.

Situación:

Desde que ingresó, ha presentado problemas conductuales, tanto con los compañeros como con las trabajadoras de la residencia, insultando y agrediendo ocasionalmente a personas y/o mobiliario del centro.

Solía pasar los días fuera de la residencia, en un parque que se encuentra bajando la calle, pero desde que tuvo una caída y un dolor en las rodillas que le hicieron estar en silla de ruedas y con caminador un tiempo, casi no ha salido más.

En el parque, con sus dos euros de asignación diarios (a condición de que se duche por la mañana) compraba un tetrabrik de vino o un litro de cerveza y se lo bebía y pasaba allí el día.

Ahora, las pocas veces que ha bajado, por su condición física, no ha podido volver a subir, teniéndole que ir a buscar con una silla de ruedas las trabajadoras del centro para subirle. Se mostraba muy irrespetuoso y exigiendo que le fueran a buscar.

Hace un mes también se produjo una agresión a dos compañeros de residencia, lanzándole un cuchillo a un señor y una cuchara a otra señora.

Desde su ingreso se han ido consiguiendo temporadas de más tranquilidad y estabilidad del señor X, pero en esta última época, por el síndrome de abstinencia al alcohol que presenta, la situación se ha ido agravando.

En el día a día no puede coger el ascensor para bajar o subir a otras plantas con más gente, ya que les grita e insulta.

Estando en la planta baja con los compañeros de residencia, son constantes las faltas de respeto a otros compañeros y gritos a las trabajadoras cuando se le reprende esta actitud.

En varias ocasiones no ha reaparecido en la residencia en un día entero, y ha vuelto con alguna úlcera en la piel por humedad. A la hora de hacerle las curas se niega, insulta y se pone agresivo con el personal auxiliar.

Desafía continuamente las indicaciones de las trabajadoras y se salta los límites, faltando al respeto constantemente.

En las ocasiones que se ha quedado toda la noche en una plaza que hay cerca del centro, cuando alguna trabajadora se lo encuentra, les exige que se le vaya a buscar. Este último mes de agosto se ha quedado dos noches fuera del centro (se llamó a mossos de esquadra y finalmente lo fuimos a buscar ya que nos indicaron donde se encontraba).

- Se niega a realizar las duchas con agresiones verbales a los trabajadores del centro.
- Se niega a realizar las curas pautadas por enfermería con agresiones verbales.
- Se niega a realizar los cambios de absorbente, va orinado y defecado, no se deja cambiar la ropa, creando un malestar generalizado con el resto de personas residentes porque no se puede estar a su lado del mal olor que desprende.
- Entra en conflicto en el comedor con sus compañeros de mesa insultando y lanzando platos, cuchillos, cucharas y todo lo que tenga a mano.
- Conflictos a la hora de coger el ascensor ya que no quiere que nadie suba con él, ni nadie quiere subir con él, pero él busca cualquier discusión.
- Discusiones a todas horas en la sala de estar porque él quiere su sillón por más que se le diga que aquí no hay sillón de nadie que son todos compartidos.
- No respeta horarios de higienes ni de comedor.

Conflicto:

Las trabajadoras están muy cansadas de la actitud del señor X, y comentan que no entra dentro de sus funciones el salir a buscarle, cuando el señor es perfectamente consciente de que no va a poder volver, y les trata como sirvientes.

Tenemos conflicto con el tema del alcohol, ya que el comportamiento ha empeorado por el síndrome de abstinencia, ya que cuando sale de la residencia, lo hace para poder beber, aun sabiendo el riesgo que

corre (caídas, no poder subir...). La no maleficencia a otras personas residentes, que se ven obligadas día tras día, a sufrir los insultos, gritos y malas formas del sr. X.

El principio de autonomía del señor X. con respecto a su decisión de beber alcohol/El principio de beneficencia a nivel de salud por la adicción que presenta.

Deliberación del caso por parte del ERES Catalunya

Nota: Para complementar la información del caso, asiste al ERESS la gerocultora de referencia del usuario. Tres personas del ERESS conocen directamente al residente.

Partimos de que desde el recurso, se percibe como última opción la derivación a otro recuso, ya que este señor ya viene derivado de otra residencia. A partir de aquí la opción de pedir a la administración el traslado se contempla coma la última opción.

Sería necesario que hubiera traspaso de información y coordinación con el ayuntamiento, ya que el servicio es de esta administración y la persona usuaria ya viene derivada de otros centros. Es importante conocer su paso por otros recursos, así como que la administración esté informada. Desde el centro se ha ido informando de las conductas disruptivas del señor M.P.N., siempre a título informativo sin llegar a pedir intervención externa.

Posible valoración por parte de otro tipo de recurso más especializado en temas de adicciones o en salud mental. La opción de alguna otra valoración no podría dar más información de cómo tratar el caso, con más herramientas, aunque hasta la fecha ha rechazado todo tipo de soporte en este aspecto, creemos que podría ser diferente, dada su situación de disminución de consumo en la última temporada debido a que prácticamente no sale del centro.

Se deberá hacer un esfuerzo para escuchar activamente al usuario, no en un momento de enfado por parte de él, sino en algún momento de tranquilidad. Hablarán con él su gerocultora de referencia y también dirección, que son las personas con las que parece que tiene más vín-

culo. Se intentará ver qué es lo que le apetecería a él y, a la vez, intentar pactar algunas pautas de comportamiento por parte del usuario.

También se le consultará sobre las personas que prefiere que le den soporte en las duchas e higienes, e intentar que sean siempre esas personas las que le ayuden.

Se intentará, previo consenso con todo el equipo, y teniendo en cuenta de forma global la organización del centro, marcarle unos espacios y rutinas que minimicen el impacto de su actuación al resto de personas usuarias. Esas podrían ser, una habitación individual para él, comer en un espacio diferente al resto de residentes, modificar algunos de sus horarios para que, en momentos críticos que le causan estrés, no se cruce con muchas personas.

Será necesario hacer un trabajo con todo el equipo para llegar a acuerdos de que se le puede ofrecer al usuario, así como de pautas de actuación ante sus crisis, y para dar soporte al hecho de sentirse amenazado por sus conductas.

Acta resolución caso 11

FECHA : 05/10/2015

Asistentes a la reunión:

Salvador Cardona

Isabel Crespo

M^a José Perruca

Iluminada Martínez

Emma Real

Laura Rafecas

Verónica Trancón

Montserrat Vehils

Jesús Llorente

Juan García

Albino Navarro

Javier Sánchez Caro

Juan Anton

Este caso deriva del síndrome de abstinencia. Es el problema de fondo.

Como se expresa en la deliberación del caso en el propio ERESS, se están tomando una serie de medidas (escucha activa del usuario a través de su gerocultor de referencia y la dirección del centro, con los que tiene más vínculo, pactar alguna pauta de comportamiento, etc.), lo que junto con el propio temor del residente, dada su reducción de movilidad, que se han traducido en un mejor comportamiento ya que nos informan que lleva 1 mes sin beber ni salir.

Todas estas medidas, son tomadas para evitar tener que llegar a derivarlo a otro recurso.

Se plantea continuar afrontando la situación, y que sería muy interesan-

te requerir un seguimiento a los responsables del mismo, para que lo trasladen a este comité.

Levante Junio 2015

Descripción de la situación y antecedentes

J, de 53 años de edad, residente del centro desde 2012. Su ingreso se debió a un grave problema renal que ponía en serio peligro su vida, dado que aunque vivía de manera autónoma, no seguía las indicaciones médicas ni mostraba preocupación por su salud. El ingreso se propuso desde el hospital de referencia, para poder proporcionarle los cuidados necesarios para su enfermedad renal. Y se solicitó el correspondiente auto de internamiento involuntario. Recibe una prestación de alrededor de 1300€.

Está diagnosticado de esquizofrenia paranoide y se mantiene estable desde hace años. Destaca la sintomatología negativa, especialmente el abandono de hábitos y la dificultad para manejarse de manera autónoma. A su llegada al centro no mantenía contacto con su familia, y desde el centro se localizó a un hermano que vive en la provincia de Cádiz. Se ha intentado que este familiar visite a J. en el centro, pero manifestó no poder desplazarse por motivos económicos, solicitando que fuese J. quién se hiciese cargo de los gastos del desplazamiento y de su estancia en un hotel de la zona.

Aunque J. En principio estaba conforme, el contacto telefónico con su hermano es intermitente, dejando de mantener el contacto por temporadas, y siendo J. quien intenta no perder ese contacto, por lo que se pospuso la visita de su hermano. J. Ha mostrado en ocasiones su intención de ir a visitar a su hermano a Cádiz, y confía en marcharse pronto del centro y vivir de nuevo de manera independiente, mostrándose más decidido desde que comenzó el copago en los centros.

Al no conocer a su hermano ni el ambiente en el que se desarrollaría el permiso, desde el centro no se ha considerado conveniente el viaje. Hace alrededor de dos años su hermano le pidió a J. una cantidad de dinero para hacer frente a unos gastos. J. se mostró dispuesto a pres-

társelo, pero desde el centro se decidió esperar a la futura visita del hermano al centro antes de hacer el préstamo, visita que finalmente no se produjo. El pasado año volvió a pedirle una cantidad de dinero para hacer frente a unos gastos médicos, y J. se mostró dispuesto a prestárselo, a cambio de que se lo devolviese cuando mejorase su situación. Tras debatirlo en el equipo técnico del centro, hablar desde el centro con el hermano. Y ante la determinación de J., se produjo el préstamo (500€) del que se dejó constancia por escrito, expresando la voluntad de J. En dicho préstamo. Pasados unos meses, el hermano ha vuelto a pedir dinero prestado a J., 1.000€.

Desde el centro surge la duda de si permitir a J. que le preste el dinero, al no haber saldado la deuda anterior. J. se muestra dispuesto a darle el dinero, aunque no se lo pueda devolver. J. tiene en su cuenta corriente dinero de sobra para prestar o regalar ese dinero a su hermano, tiene un saldo de alrededor de 20.000€. Desde el punto de vista técnico, J. No está incapacitado ni presenta un deterioro cognitivo que le impida entender la magnitud de los hechos. Se ha intentado que tome un tiempo para recapacitar su decisión, pero no muestra dudas, su decisión de prestar o regalar este dinero es firme.

Desde el centro nos surge la duda de si sería conveniente trasladar esta información a la Conselleria de Bienestar Social y a la fiscalía, por si considerasen necesario establecer algún tipo de medida de control de estos hechos. Nos tememos que de ser así, desde fiscalía se inicie un proceso de incapacitación parcial (curatela) para gestionar su patrimonio desde la administración. J. está informado de esto, y no le importa que traslademos los hechos a quien corresponda, sigue con su intención de prestar dinero a un familiar directo.

Exposición del conflicto ético

No interferir en la decisión de J. O trasladar esta información a la fiscalía, por la consiguiente pérdida de autonomía que esto podría provocar. No sabemos si tenemos la autoridad para interferir en esta decisión de J., tratándose de una persona a la que consideramos capaz de entender los hechos. J. No ha dado otros motivos para promover desde el centro un proceso de incapacitación.

Intentos de resolución previos

En anteriores ocasiones se han puesto ciertas condiciones para este préstamo, y la última vez, cuando finalmente se produjo el préstamo, tanto él como su hermano las cumplieron, poniéndose su hermano en contacto con la dirección del centro para ratificar la información que J. Nos había dado. Se pactó con J. que no le volvería a prestar dinero si no se devolvía antes este préstamo, pero finalmente no ha sido así.

Acta de resolución caso 12. Fecha 28/06/2015

Como conclusiones

Hay acuerdo en que no es necesario informar a la fiscalía, esto podría provocar un desequilibrio en el residente.

Se entiende que esta es una situación normal, que se produce en la vida entre personas capaces. (El residente no está incapacitado). Es su hermano, y se trata de una cantidad no sustancial, para la vida normal del residente.

Lo importante es intentar avisarle, a través del personal responsable en el centro, para que esta situación no se convierta en un abuso.

Levante Noviembre 2015. Urgente

Descripción de la situación y antecedentes

Existe la posibilidad de que ingrese un nuevo usuario en el Centro Ocupacional para personas con discapacidad de La Comunidad Valenciana, en adelante CO, que es familiar directo, hermano, de una monitora ocupacional que ya está prestando sus servicios en el C.O.

Antecedentes

Nos remontamos al proceso de selección, donde surge de forma informal, espontánea e incluso anecdótica la discapacidad de su hermano, como aspecto positivo también a valorar de su experiencia y la ilusión de tener a su hermano en el Centro donde ella trabajase. Llega el expediente y dicha solicitud.

Ajenos al hecho, y valorando el ajuste del perfil, se presenta un informe de no idoneidad del usuario al C.O, aceptando Consellería los criterios determinados. El usuario no obtiene plaza. Mientras tanto, surge la posibilidad de contratar a un nuevo trabajador/a y se contrata a su hermana. Al cabo de un tiempo vuelve a remitirse de nuevo el expediente del usuario para una nueva valoración y aceptación "recomendada" de Consellería.

Figuras implicadas

La monitora ocupacional, el usuario hermano, los padres de ambos y el resto de usuarios del C.O., que pueden verse afectados si se prescinde de la trabajadora. Puede darse el caso de verse implicadas más figuras de forma indirecta (otra monitora, más familiares, etc), en función de las respuestas que se den.

Exposición del conflicto ético

Se reporta beneficio terapéutico al usuario con la intervención de la hermana como monitora ocupacional, o es contraproducente. Se incumple el código deontológico. Se vulnera los derechos del trabajador si se opta por la finalización de su contrato aún en período de prueba.

Intentos de resolución previos

Comunicado a la trabajadora la valoración de las circunstancias excepcionales que se dan en el caso de la asignación de plaza y que se valorará la situación.

ACTA REUNION EXTRAORDINARIA COMITÉ DE ETICA ASISTENCIAL 26/11/15

Asistentes:

- Albino Navarro
- Iluminada Martínez
- Verónica Ortega
- Salomé Martín
- M^a José Perruca (telefónica)

Se convoca una reunión urgente para analizar un caso que precisa respuesta antes de quince días y que ha llegado hace 24 horas al correo electrónico habilitado.

Tras analizar la situación del usuario, que no tiene el perfil adecuado para el recurso que se gestiona, tanto por las conductas disruptivas, como por la patologías basales, fugas previas, entre otros y puesto que los informes enviados a la Conselleria para que se busque un recurso más adecuado a las necesidades de la persona, no han evitado el ingreso en el centro ocupacional; se considera que lo más adecuado es hablar con la trabajadora, para ver cómo se siente ella ante la situación y si le supone algún conflicto personal el doble papel que va a tener que mantener en algunos momentos en su trabajo.

Analizar con ella ese doble papel y pedir que ante decisiones terapéuticas, programas de actuación, planes de intervención o realización de informes de su hermano, no intervenga en ningún momento y sean los otros profesionales del centro los que realicen esas labores.

Así mismo se le comentará la no adecuación de su hermano al centro y la alta probabilidad de que sea necesario realizar más informes para buscar un recurso más adecuado para su hermano. ■



902 355 366
www.eulen.com
sociosanitarios@eulen.com

