

DetECCIÓN del maltrato psicológico/emocional y trato infantilizador en residencias de mayores

(Artículo ganador de la XVIIª edición del Premio Científico, modalidad Investigación en Trabajo Social)

Trabajo de Investigación curso de Doctorado¹ realizado por:

Araceli García Escudero

Trabajadora social en el Centro de Rehabilitación Bio Psico Social “Museo” del departamento de salud
Valencia-La Fe

Directora: Dra. Dña. SACRAMENTO PINAZO HERNÁNDIS

Tradición Babilónica

Ley 202: Si un hombre golpea en la mejilla a otro hombre mayor que él, le darán en público 60 azotes de vergajo de buey. Código de Hammurabi

Tradición Judía

Delante de una persona canosa te levantarás y honrarás al anciano. Levítico 19:32

Tradición Islámica

Tu Señor ha ordenado... y que seáis benévolos con vuestros padres. Si uno de ellos o ambos llegan a la vejez, no seáis insolentes con ellos y ni siquiera les digáis: ¡Uf! Y háblales con dulzura y respeto. Trátales con humildad y clemencia... Corán, 17:23-24

Tradición Cristiana

No reprendas al anciano, sino exhortale como a padre; a los más jóvenes, como a hermanos; a las ancianas, como a madres; a las jovencitas, como a hermanas, con toda pureza. 1ª Timoteo 5:1-2

Resumen

Introducción. El aumento de la esperanza de vida y del número de personas mayores y muy mayores con dependencia, conlleva un aumento de residentes en instituciones. En estudios sobre el maltrato psicológico institucional se habla de formas de manifestarse, consecuencias y percepción que tienen quienes lo sufren. (Kemper 2003, Williams, 2009 y en España Rubio, 2005 y Tabueña, 2006). Este estudio analiza en ese ámbito el maltrato psicológico. **Objetivos.** Analizar estadísticamente las conductas de maltrato psicológico que se producen en las residencias, entendiendo éste como: rechazo, gritos, habla inadecuada, pérdida del derecho a la intimidad, u ostracismo. **Método:** Un cuestionario creado *ad hoc* se pasó a una muestra de 40 trabajadores de distintas profesiones (psicología, trabajo social, enfermería, fisioterapia) empleados en residencias de mayores en la Comunidad Valenciana. Se les preguntaba sobre su perfil biográfico y profesional y tres preguntas abiertas, dos sobre modos de maltrato emocional/psicológico y trato infantilizador para identificar conductas y otra para identificar los profesionales con más presencia de tales conductas y además 46 ítems sobre modos de maltrato, divididos por ámbitos donde se producía, con comentarios opcionales. La metodología es mixta; con análisis descriptivos, y análisis cualitativos codificando los comentarios. **Resultados:** Las conductas de maltrato psicológico observadas con

.....
¹ Directora: Dra. Dña. SACRAMENTO PINAZO HERNÁNDIS

más frecuencia se dan en el área del habla y comunicación: uso de diminutivos (85%), ostracismo (77.5%), habla infantil (72.5%), y conductas impacientes (65%). Siguen el área de intimidad y autodeterminación, riñéndoles delante de otros (59%), se les moviliza sin indicar dónde van (54%), no se les permite decidir qué hacer (47.5%). De las 46 conductas posibles, la media: 15 conductas observadas (máx: 42; min: 2). **Conclusiones.** Los resultados constatan la presencia de conductas inadecuadas de maltrato psicológico/emocional en las residencias. En futuros estudios sería necesario obtener respuestas de todos los perfiles profesionales de trabajadores en el ámbito residencial con el fin de elaborar manuales de buenas prácticas para cada perfil profesional.

Palabras claves

Maltrato psicológico, maltrato institucional, edadismo, infantilización.

Abstract

Introduction. The increase of life expectancy and the number of old people and very old people with dependency, entails an increase of residents in institutions. In institutional psychological abuse studies, the ways it manifests itself in are spoken about, its consequences and the perception of those who suffer. (Kemper 2003, Williams, 2009, and in Spain Rubio, 2005 and Tabueña, 2006). This study analyses the psychological abuse in this field. **Objectives.** Statistically analyze the psychological abuse conduct produced in residences, understanding this as: rejection, shouting, inadequate speaking, loss of privacy or ostracism. **Method:** A questionnaire created ad hoc was passed amongst a sample of 40 workers of different professions (psychology, social work, nursing, and physiotherapy), employed in nursing homes in the Valencian Community. They were asked about their biological and professional profile and three open questions, two about the different types of emotional/psychological abuse and being treated as a child to identify conducts, and another one to identify those professionals with a higher presence in these conducts, as well as 46 items about different types of abuse, divided by fields in which it is produced, with optional comments. The methodology is mixed; with a descriptive analysis, and qualitative analysis codifying the comments. **Results:** the highest observed psychological abuse conducts are those which occur in the area of speech and communication: use of diminutives (85%), ostracisms (77.5%), baby talk (72.5%), and impatient conducts (65%). These are followed by intimacy and auto determination, telling them off in front of others (59%), they are mobilized without being told where they are going (54%), they cannot chose what to do (47.5%). Among the 46 possible conducts the average: 15 observed conducts (max: 42; min: 2). **Conclusions.** The results establish a presence of inadequate psychological/emotional abuse in residences. In future studies securing answers to the different professional profiles would be necessary amongst the residency field to be able to elaborate good practice manuals for each professional profile.

Keywords

Psychological abuse, institutional abuse, aging, infantilization.

I. INTRODUCCIÓN

Como se puede ver en las citas que abren este trabajo, la preocupación por el maltrato a las personas mayores no es en absoluto exclusiva de nuestro tiempo. La necesidad de proteger a las personas mayores frente a posibles agresiones físicas o psicológicas ha llevado al edicto de normas legales o morales que definían esos hechos como punibles ante la justicia humana o divina y que ha perdurado durante siglos. Esta imagen de la vejez ampliamente asumida incluye la reprobación generalizada del maltrato a las personas mayores y la consideración de los mismos como colectivo más vulnerable por lo que hay que protegerlos como si fueran niños.

Este trabajo trata de averiguar cuál es el estado de la cuestión sobre el tema del maltrato a las personas mayores, tanto internacionalmente, como en España y también en el entorno de la Comunidad Valenciana. Veremos que la población está envejeciendo, y las consecuencias que tiene ese hecho para la sociedad, repasaremos los cambios sociales de las últimas décadas que inciden en las posibles respuestas a las nuevas necesidades de las personas mayores que son cada vez más longevas y numerosas. También repasaremos cuáles son los recursos sociales que dan respuesta a esas necesidades, y nos detendremos en el entorno residencial que es el que nos ocupa, para ver sus características y las de su personal. Después entraremos de lleno en el objeto de nuestro estudio, el maltrato, deteniéndonos en el maltrato psicológico y emocional y el trato infantilizador y veremos qué dicen al respecto las investigaciones actuales. Una vez situados, pasaremos a presentar esta investigación explicando su metodología, y los resultados que se han obtenido en la misma.

II. MARCO TEÓRICO

1. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS.

En el Dictamen del Comité de las Regiones Envejecimiento activo: Innovación - Salud inteligente - Mejores vidas 2012 se dice, basándose en el informe de EUROSTAT, de Estadísticas de Estructura y envejecimiento de la población, que previsiblemente antes de 2060 la población joven disminuirá en los 27 Estados miembros en un 9 % y la población en edad laboral (de entre 15 y 64 años) en un 15 %. Además, se calcula que el número de personas mayores experimentará un aumento de un 79 %. Estos datos se explicarían como resultado de fenómenos variados: los bajos niveles de fertilidad, el aumento de la esperanza de vida, la migración neta total, el envejecimiento de los nacidos durante el «baby boom» de después de la Segunda Guerra Mundial. Estas tendencias demográficas tienen un significativo impacto económico, social y presupuestario a escala tanto nacional como regional y local.

Laguna, Uris y Maciá (2009), hacen referencia a los siguientes factores: 1) Directos, como los avances científicos que han incrementado la esperanza de vida y la longevidad y 2) Indirectos, por el descenso de la natalidad reciente que se suma al aumento de la misma en el llamado “baby boom” que se produjo tras la segunda guerra Mundial en USA y Europa, y tras la posguerra española en los ‘60-’70 en España y que se jubilan entre los años 2010 y 2025.

Ya al analizar el caso español, también Teófilo Rodríguez (2011) abunda en que las causas del envejecimiento son el retrasado baby-boom español (cohortes nacidas entre 1957

y 1977) que inicia su entrada en edades de jubilación a partir de 2020, aumentando la proporción de mayores y sus demandas; la continuidad en bajas tasas de fecundidad (más elevadas que en la actualidad, pero no superiores a 1,6 hijos por mujer) y el aumento de la esperanza de vida en esa década hasta dos años adicionales para las personas de 65 y más.

La esperanza de vida es uno de los indicadores principales que reflejan consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país. Abellán y Ayala (2012) afirman que: Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 84,9 años, y los varones de 78,9 años. Se encuentran entre las más altas de la Unión Europea. La longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX. En 1900 la esperanza de vida era de 34,8 años, y ahora es de 82,0. El factor que más ha incidido es el descenso de la mortalidad infantil.

2. LOS CAMBIOS SOCIALES Y LA NECESIDAD DE CUIDADOS

Como dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) «Envejecer es un privilegio y un logro» Sin embargo hay consecuencias derivadas de ese logro, la creciente necesidad de provisión de cuidados en la vejez, que se considera una «nueva» necesidad social. Antes ya existían personas mayores que precisaban cuidados. En los años setenta el número de personas mayores de ochenta años era de apenas medio millón. Además, el modo de convivencia predominante por aquel entonces era el de la familia extensa: más del 70 por 100 de las personas mayores de sesenta y cinco años vivían con los hijos u otros familiares según el Informe GAUR de 1975.

Por otra parte, como las enfermedades y trastornos que producen dependencia se incrementan sobre todo a edades muy avanzadas y no eran numerosas las personas mayores que llegaban a ellas, existían relativamente pocas personas con gran necesidad de cuidados durante largos períodos de tiempo. Las que presentaban esta necesidad eran atendidas de forma «natural» en el contexto familiar, en el que existía la figura de la «madre de todos», esto es, la mujer cuyo rol consistía fundamentalmente en una plena dedicación personal y vital a la atención de su casa y al cuidado de todos los miembros de la familia. Para los casos de abandono o de carencia de familia, existían asilos y residencias.

Las transformaciones sociales derivadas de estos cambios: fenómeno del envejecimiento (en especial, crecimiento de los mayores de ochenta años), el incremento de las personas en situación de dependencia (por aumento de la prevalencia de enfermedades y trastornos que producen dependencia y que se asocia a la edad muy avanzada) y crisis del apoyo informal están originando que los países desarrollados se planteen cómo desarrollar sus sistemas de protección social para dar cobertura suficiente a la nueva necesidad social sobrevenida: la dependencia. (Defensor del Pueblo, 2000)

Según el Comunicado de la Comisión de las Comunidades Europeas, COM 2009, sobre los efectos del envejecimiento y en la misma línea de lo anterior se afirma que aunque el envejecimiento de la población es inevitable, sus consecuencias dependerán de las medidas que se adopten para hacer frente a los retos que plantea. El envejecimiento y la dependencia conllevan mayores cargas para la población activa, lo que pondrá en peligro la sostenibilidad del sistema de prestaciones que va a necesitar ser revisado. El envejecimiento demográfico afecta directamente a tres sistemas: jubilaciones, sanidad y atención social.

Los cambios que se vienen produciendo en los modos de vida, y en concreto la crisis

en el modelo familiar hasta ahora conocido, va a significar un importante aumento de los servicios sociales y sanitarios. La crisis del sistema de apoyo informal es una tendencia de futuro indudable por lo que la atención a los mayores va a suponer un verdadero reto para la sociedad. El sector sociosanitario es cada vez más voluminoso moviendo cada vez más productos y servicios, se habla incluso de las “cabezas grises”, o los “silver services” o “silver business”. Además se ha creado la “Silver Economy Network of European Regions” (Véase la página web en: http://www.silvereconomy-europe.org/network/about_en.htm)

Se trata de un sector que resulta estratégico y en el que se concentra la posibilidad de desarrollar actividades que ponen en conexión de una lado, intereses sociales relacionados con la salud y la autonomía personal y de otro la creación de riqueza, promoviendo el desarrollo de actividades empresariales con alto contenido tecnológico y valor añadido, como ofrecer una mayor calidad percibida a través de la adopción de buenas prácticas. (Laguna, Uris y Maciá 2009)

Considerando las políticas actuales, se prevé que el gasto público en cuidados de larga duración aumente un 1,25% del PIB de aquí a 2060 debido a que las personas de edad muy avanzada (superior a 80 años) constituirán la categoría de edad que aumentará más rápidamente en el futuro. Una vez más, los factores demográficos no serán los únicos factores. Actualmente, el cuidado de las personas de edad dependientes lo realizan en gran medida sus familiares. La modificación de las estructuras familiares, la mayor tasa de actividad de las mujeres y la creciente movilidad geográfica podrían reducir la disponibilidad de esta asistencia de carácter informal. Para los países que tienen sistemas de asistencia menos desarrollados, el aumento previsto del gasto público en cuidados de larga duración podría subestimar las futuras presiones que dicho aumento provocaría sobre la hacienda pública.

La crisis financiera y la recesión económica están llevando a un rápido deterioro de los positivos avances realizados por los Estados miembros de la UE en los últimos años. La crisis agrava los efectos económicos del envejecimiento demográfico sobre los sistemas de pensiones, si bien las repercusiones dependerán considerablemente de la intensidad y duración de la recesión. (COM 2009).

La realidad de este grupo etario respecto a la necesidad de cuidados que presenta por sus niveles de dependencia encuentra respuesta en un porcentaje muy alto en la familia. Pero a pesar de lo dicho, como ya hemos visto más arriba, cada vez con mayor frecuencia esas necesidades de atención y cuidados tendrán que resolverse en un ámbito institucional por los mencionados cambios sociales que se han ido sucediendo en las últimas décadas.

3. EL CUIDADO INSTITUCIONAL

Cuando el cuidado sale del mundo privado de la familia y entra en el ámbito de lo público, aparecen tensiones en la compleja combinación de competencias técnico-profesionales, habilidades relacionales, destrezas afectivas y orientaciones éticas. (Tobio, Agulló, Gómez, y Martín 2010).

Puesto que este estudio se centra en personas mayores que residen en Residencias de personas mayores vamos a revisar los datos sobre esta población que se recogen en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de dependencia (EDAD) del 2008 que ha investigado por primera vez los centros residenciales de personas mayores, los específicos de personas con discapacidad y los hospitales geriátricos y psiquiátricos de

larga estancia.

La Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008) es la tercera de una serie de estadísticas que comenzó en 1986 con la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM 1986) y continuó con la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS 1999). La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM 1986) supuso el primer acercamiento estadístico al ámbito de la discapacidad en nuestro país. Sin embargo, esta encuesta fue objeto de muy pocas explotaciones aplicadas, lo que impidió el adecuado aprovechamiento de la información recogida (Jiménez Lara y Huete García, 2010).

Respecto a la población que se estudió en ambas encuestas, se realizó la identificación a través de una batería de preguntas que exploraban si alguna de las personas residentes en el hogar en el que se realizaba la encuesta tenía alguna discapacidad.

La Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008), es la principal fuente de datos sobre discapacidad en la actualidad y ofrece información sobre personas con discapacidad que residen tanto en domicilios familiares (hogares) como en centros, con una muestra que alcanza 260.000 personas en 96.000 viviendas diferentes y 800 centros, con 11.100 personas.

Según los resultados de la encuesta EDAD, de las 269.400 personas que residen en este tipo de centros el 92,7% del total afirman tener alguna discapacidad. En cuanto a la distribución por sexo tenemos que 93.700 son hombres y 175.700 son mujeres.

Este colectivo de personas que residen en centros residenciales y que afirman tener una discapacidad está formado, fundamentalmente, por personas mayores (el 82,6% tiene 65 o más años, y entre éstos tres de cada cuatro son mayores de 80 años).

Según los datos revisados más arriba sobre personas que residen en centros y afirman tener una discapacidad, el tipo de centro que predomina son las residencias de mayores, en las que viven 216.400 personas con alguna discapacidad (63.000 hombres y 153.400 mujeres). Le siguen los centros para personas con discapacidad, donde residen 36.000 personas (22.600 hombres y 13.400 mujeres) y los hospitales de larga estancia, donde permanecen ingresados 17.100 personas (8.100 hombres y 9.000 mujeres).

Según el Informe del Portal Mayores sobre “Evaluación de costes y financiación de las residencias de mayores. El sector no lucrativo en la Comunidad Valenciana”, el sector de las residencias en nuestro país está afrontando una situación compleja debido principalmente a dos factores: la modificación de las circunstancias económicas, políticas y sociales y la transformación del sistema de servicios sociales en nuestro país está pasando de un sistema de atención asistencial (hasta el año 2007) a un sistema de atención universal de las personas mayores y con dependencia. Desde 2012, los grados de reconocimiento de situación de dependencia, I, II, Y III, ya no se subdividen en niveles y la concesión de prestaciones estará sometida a un mayor control sobre los niveles de renta de los solicitantes.

Estos acontecimientos ocasionan que la oferta de servicios de atención a las personas mayores tenga que ir reformándose conforme avanza el desarrollo de la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia y también en función de las presiones de la demanda de servicios.

Otro dato señalado en el Informe antes citado, del Portal Mayores, es el que hace refe-

rencia a la edad de los residentes. Han comprobado, por la información del IMSERSO, que la edad media de los usuarios de las residencias en la Comunidad Valenciana ha ido aumentando. Ha pasado a ser de 80 años de media en 2006 a ser de 84 años en 2008. Por tanto se está produciendo también un envejecimiento de la población atendida en las residencias. Respecto a la población censada como residentes en centros residenciales los datos más actuales hacen referencia a la Encuesta EDAD. (Tortosa, Fuenmayor y Granell, 2011)

4. PROFESIONALES DEL SECTOR SOCIOSANITARIO

En cuanto al personal que atiende a las personas mayores en instituciones, Ariño (2008) se hace eco de la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, que afirma que para abordar esos cuidados los profesionales deben acceder a la formación y entrenamiento en habilidades de comunicación adecuados. Para ello los sistemas de salud deben crear las condiciones de formación y entrenamiento específico y dentro de las organizaciones para que se produzca una relación-comunicación con los usuarios más simétrica.

En el Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España (IMSERSO 2011), se proponen una serie de medidas que servirían de impulso a la coordinación sociosanitaria, que incluyen propuestas de innovación asistencias que pasan por la necesaria reflexión sobre algunos aspectos sobre los profesionales que están íntimamente relacionados con lo anterior y con la formación y gestión de los profesionales. Se habla de la gestión del cambio que si bien es necesario, es importante que se aborde tácticamente, con formación, decisión y respeto, a pesar de la lógica resistencia al mismo que cualquier modificación en los modelos de actuación habituales despierta en las organizaciones. Además, nos dice que hay que definir los perfiles y categorías profesionales. Un sistema de cuidados continuados, debe basarse principalmente, en una red de excelentes profesionales formados en el arte y la ciencia de cuidar.

Deben incrementarse los profesionales con especial dedicación al mundo del cuidado (enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, auxiliares y cuidadores) así como el papel de agentes de salud para la promoción de la salud y la autonomía personal.

Debe clarificarse la gran variedad de títulos de formación y capacitación profesional para prestar cuidados personales en el domicilio. Muchos procesos podrán requerir la reorientación en el rol que han ido adoptando históricamente determinados perfiles profesionales, para una mayor eficiencia del sistema.

Y señala la formación específica para la mejora de las competencias y las habilidades afirmando que habrán de promoverse la formación en habilidades sociales para el trabajo en equipo y el liderazgo orientado a la coordinación, el enfoque paliativo en el alivio del sufrimiento en los diferentes los niveles asistenciales y categorías profesionales, la valoración neuropsicológica del paciente con déficit cognitivo, las habilidades necesarias para empoderar al paciente en su propio autocuidado y el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. IMSERSO (2011)

Yanguas (2007) en su libro Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer, al hablar del objetivo de la atención dice que en general se trata de potenciar y facilitar el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor y que si el deterioro de sus capacidades es tan grave que se produce una pérdida de independencia y autonomía, el objetivo será atender a la persona mayor con las máximas garantías de respeto y dignidad

debidos.

Los objetivos específicos respecto a los profesionales de las residencias deben ser: Favorecer la formación continua de los profesionales del equipo. Establecer un programa de cuidados para los cuidadores profesionales, con el fin de rebajar el estrés. Motivarlos señalando cómo las buenas prácticas influyen mejorando la calidad de vida del enfermo y de los trabajadores.

Fomentar la investigación relacionada con los diferentes programas que se llevan a cabo en las residencias.

Hay aspectos muy relacionados con la motivación y con las condiciones de trabajo que influyen en la salud laboral de los trabajadores. A ese respecto Ferreras, Díaz, Oltra y García en su estudio sobre salud laboral de este sector: *Manual para la prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia* (2007) dice que el perfil de los profesionales en el sector de estos centros es muy variado, aunque fundamentalmente podemos distinguir las siguientes áreas: sanitaria (médico, enfermero, fisioterapeuta, auxiliar/gerocultor, etc.); psicosocial (trabajador social, psicólogo, TASOC, etc.) y servicios (limpieza, cocina, administración, etc.). Todos estos profesionales, dentro de las características de su especialidad y salvando las diferencias en las tareas, tienen unas características comunes: Trabajar con un mismo colectivo, personas mayores, muchas de las cuales presentan una dependencia física y psicológica elevada y realizar su trabajo en unos espacios que no están diseñados con criterios ergonómicos de uso que tengan en cuenta las características de los usuarios y trabajadores conjuntamente. Esta falta de criterios ergonómicos condiciona el desempeño adecuado, cómodo y saludable de las tareas por parte de los profesionales involucrados.

Estos hechos hacen que resulte esencial articular un plan de formación mediante el cual los trabajadores y sus responsables sean capaces de identificar los principales riesgos ergonómicos y psicosociales existentes en sus puestos de trabajo y disponer de conocimientos y recursos para poder eliminar o reducir el impacto de estos riesgos.

Los riesgos psicosociales en centros de atención a personas en situación de dependencia son un problema importante, ya que se presentan con frecuencia y prácticamente en todos los puestos de trabajo. Aunque no es posible generalizar, algunos de los factores de riesgo detectadas en muchos de los profesionales son los siguientes:

- Trato continuado con personas, a menudo con características que dificultan su interacción con los cuidadores (cambios de humor, demencia, agresividad, limitaciones físicas, etc.).

- Relaciones, en ocasiones conflictivas, con los familiares de los pacientes. Son frecuentes las situaciones en las que los profesionales han de estar justificando continuamente todas las acciones que realizan.

- Exposición continuada con situaciones relacionadas con la enfermedad y la muerte, con el consiguiente desgaste emocional que puede conllevar.

- Ritmos de trabajo elevados con situaciones de picos de trabajo, interrupciones e imprevistos, dificultad para programar las tareas, etc.

- Trabajo a turnos y trabajo nocturno.

- Los puestos de trabajo en estos centros están ocupados mayoritariamente por mujeres, las cuales además de la carga propia de su puesto de trabajo, suelen tener la responsabilidad de llevar a cabo la mayor parte de las tareas de sus casas. Esto se conoce como doble presencia. En numerosas ocasiones las mujeres han de cuidar a familiares mayores o personas con discapacidad con lo cual se agudiza la dificultad para separar los problemas laborales de los personales.

En el manual se hace mención al *Burnout* o *síndrome de estar quemado* por el trabajo, y dice que es una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios.

También Ramona Rubio habla del síndrome de estar quemado en esos profesionales y recomienda la formación para sensibilizar y para que conozcan los factores que pueden influir en la aparición del maltrato. Habla de capacitar a los profesionales en habilidades sociales y de comunicación, entrenar en la utilización de prácticas positivas de asistencia, control de emociones y sentimientos negativos y manejos de situaciones conflictivas lo que les permitirá prevenir situaciones de maltrato, abuso o abandono y mejorar su calidad de vida y aumentar su bienestar. (Rubio, 2005)

El manual antes citado dice que tienen un riesgo alto relacionado con el estrés y burnout los responsables en tareas de dirección, supervisión y coordinación de servicios generales, psicólogo, trabajador social, enfermero y fisioterapeuta. Para combatir esos efectos del estrés tendría que realizarse un buen entrenamiento en habilidades sociales. Es muy importante adquirir técnicas que permitan interactuar con los usuarios sin que ello suponga una implicación excesiva o un desgaste emocional.

Otros autores abundan en lo mismo afirmando que las consecuencias que el estrés laboral tiene para los usuarios de los servicios sociales que estamos estudiando son la desatención en algunos casos importante, inseguridad, baja calidad de la atención, la irritabilidad y la agresividad con que son tratados al prestarles el servicio. (Peiró, Zurriaga, y González-Romá, 2002)

5. EL MALTRATO: DEFINICIÓN Y TIPOS

Según Isabel Borges (2008), en el documento, *Envejecimiento saludable: Ejemplos de buenas prácticas. Recomendaciones. Medidas a adoptar*, los malos tratos a las personas mayores son un problema universal y que se manifiesta en varias formas: violencia de tipo físico, psicológico o emocional, sexual, financiera, o cualquier tipo de negligencia ya sea intencionada o no. Los malos tratos pueden producirse en cualquier entorno, familiar, institucional o social. La violencia hacia los mayores paulatinamente está saliendo a la luz en toda Europa. El 1er Día contra los malos tratos a las personas mayores, el 15 de junio de 2006, iniciativa de la Red Internacional para la prevención de los malos tratos a las personas mayores fue un primer paso para que este problema se fuera reconociendo. Dicha Red Internacional se creó a raíz del Congreso Mundial de Gerontología de Adelaide (Australia) en 1997 apoyado por comités nacionales ya existentes en EEUU y el Reino Unido.

Como afirma esta misma autora más adelante en el mismo Boletín: “Todo el entorno so-

cial de las personas mayores debe poder ofrecer oportunidades de participación” (Borges 2008:35)

Siguiendo la definición del INPEA² *Los malos tratos a las personas mayores son aquellos actos, únicos, reiterativos, o por omisión, que se produzcan en cualquier relación sobre la base de una expectativa de confianza por parte de la persona mayor, que le ocasionen dolor o sufrimiento.*

Desde el ámbito sanitario, y concretamente desde la geriatría también preocupa este problema, los doctores Sánchez y Cruz (2010), dicen que el maltrato puede darse por acción o por omisión, siendo las formas más frecuentes el maltrato físico, psíquico, la negligencia (que incluye el abandono), el abuso (económico, sexual) y la violación de los derechos de la persona. Como vemos, existen muy distintas formas de maltrato, además de la violencia física, desde las más evidentes a aquellas en que subyace la discriminación por la edad (conocida como *ageísmo, edadismo o viejismo*). Por otro lado, existe mucha mayor conciencia social de la importancia de prevenir y detectar la violencia hacia otros colectivos, como las mujeres y los niños, y todavía no se ha dado la relevancia que tiene al maltrato del mayor, lo que hace su detección y manejo aún más complicados. El maltrato no sólo se produce en el medio familiar sino que existe incluso en ámbitos concebidos para su protección (denominándose en este caso *maltrato institucional*).

En la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre la persona mayor maltratada se acordó la definición de maltrato a la persona mayor como: *“Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatado objetivamente, o percibido subjetivamente con independencia de la intencionalidad o no y del medio dónde suceda”*. (Tabueña 2006)

En las últimas dos o tres décadas se han empezado a describir y clasificar los malos tratos a los mayores, a definir los factores de riesgo de la víctima y del maltratador, a delinear cuales son factores de riesgo o indicadores de sospecha, y a elaborar mecanismos educativos, sanitarios, legales y sociales para prevenirlos y afrontarlos. (Sánchez y Cruz 2010)

Siguiendo a Tabueña, podemos hablar de ocho tipos de maltrato que pueden padecer las personas mayores en los diferentes ámbitos, familiar, institucional y estructural o social; los tipos tienen un carácter genérico pero no son excluyentes:

1.- **Abuso físico:** es la utilización de la fuerza física que puede ocasionar heridas corporales, dolor físico y deterioro en la salud: uso inadecuado de fármacos, alimentación forzada, confinamientos y restricciones mediante medidas no adecuadas, castigo físico de cualquier tipo y privación de alimentos sólidos y líquidos.

2.- **Abuso psicológico:** consiste en ocasionar dolor, angustia, pánico o terror mediante actos verbales o no verbales, como las amenazas, la humillación, los insultos, la instigación y la intimidación y pueden ser sumamente graves.

3.- **Abuso sexual:** se produce cuando hay un contacto sexual con una persona anciana sin tener su consentimiento, los atentados contra el pudor como los tocamientos y la pornografía, la violación, la sodomía, el desnudo forzado, la fotografía sexual explícita.

.....
² Red internacional para la Prevención del Abuso a los Mayores cuyo sitio en Internet es www.inpea.net. Esta organización ha colaborado con la Organización Mundial de la Salud.

4.- **Explotación financiera o abuso económico:** se trata de la utilización abusiva o ilegal de los bienes e inmuebles propiedad de la persona mayor.

5.- **La negligencia:** es un comportamiento nocivo, intencionado o no, por parte de una persona que está obligada a cuidar a la persona anciana. Según el National Center of Elder Abuse se entiende por negligencia, el rechazo o la omisión de proporcionar a la persona anciana la cobertura de las necesidades de la vida, como el agua, los alimentos, el vestir, la vivienda, la higiene personal, la medicación, la seguridad personal y los otros bienes esenciales. Puede ser activa o pasiva: la activa es la falta de cuidados necesarios por parte del cuidador de forma consciente; la pasiva se centra en el olvido y el abandono.

6.- **La autonegligencia:** es el comportamiento de una persona mayor que amenaza la propia vida o su salud. Existe un debate abierto en si debe ser o no considerado maltrato en cuanto no existe una persona que lo ocasione.

7.- **Abandono:** se considera abandono cuando una persona, que está encargada de prestar cuidados y atención a una persona mayor o de asegurar su atención física, la abandona, es la claudicación total.

8.- **La vulneración de los derechos:** incluye los derechos elementales que no están contemplados en el resto de tipologías puesto que en todos los tipos de malos tratos a las personas mayores se da implícitamente una vulneración de derechos. Consiste en la agresión, privación o no reconocimiento de los derechos fundamentales como: dignidad y respeto; intimidad y confidencialidad; participación; libertad de elección y derecho a ser cuidado

En España no abundan los estudios sobre índices de maltrato a mayores lo que estaría justificado según dice Ramona Rubio porque no hay suficiente conciencia sobre el maltrato a los ancianos y por carecer de programas de formación e información específicos para los profesionales. Basándose en estudios que se han realizado en Estados Unidos los datos que se han obtenido apuntan a que el maltrato se incrementa conforme aumenta la edad y en concreto dice que la negligencia es de 5,9% y el maltrato psicológico del 9,5% en la franja de edad de 65 a 69 años, y pasa a 24,1% y 14,1% respectivamente entre los 70 y 74, y alcanzan 15,9%, y 24,3% de 75 a 79 años. Por último, los datos para los mayores de 80 llegan hasta 51,8% en maltrato por negligencia y 41,3% para el psicológico. En cuanto al maltrato institucional Kayser-Jones en 1995 encontró que las principales categorías de maltrato en residencias eran: la infantilización en el trato, la despersonalización en la provisión de servicios, la deshumanización, la privación de intimidad y la victimización. (Rubio, 2005)

Kingston cree que hay que tener en cuenta dos aspectos que se dan, dos circunstancias en las instituciones donde se produce el maltrato. Uno sería la ausencia o silenciamiento de las consideraciones de orden moral al tratar a los residentes como si estuvieran insertos en una cadena de producción, y otro aspecto sería que los trabajadores sometidos a condiciones de trabajo inhumanas pierden totalmente la empatía hacia los usuarios. (Kingston, 2005)

A este respecto O'Loughlin distingue entre prácticas abusivas y conductas abusivas y hace mención a que hay que saber distinguir cuando una práctica dudosa se convierte en maltrato y las situaciones en que la negligencia se debe a una falta de recursos y no de cuidados. Se trataría de una forma de maltrato encubierto, pues a veces se proporcionan los cuidados personales con muchas prisas y de forma desconsiderada. (O'Loughlin, 2005)

6. EL MALTRATO PSICOLÓGICO EMOCIONAL. EL TRATO INFANTILIZADOR

En las últimas décadas, en nuestras sociedades, se ha afirmado el derecho a la salud e incluso el derecho al control del propio cuerpo, y en gran parte ello ha sido debido a movimientos de emancipación en diferentes frentes (por ejemplo, en el terreno sexual), pero en todo lo relacionado con las personas de edad avanzada, en el campo de la enfermedad y especialmente en lo relacionado con la etapa final de la vida, todavía queda mucho camino por recorrer para eliminar prejuicios, prácticas y estructuras de discriminación. (Ariño, 2008)

En consonancia con lo anterior también se menciona en Bárcena, Iglesias, Galán, y Abejón. (2009, 46): *“Las culturas generan e intentan legitimar (...) determinadas imágenes sobre las personas, que no son más que constructos que se interiorizan como modelos estables, o incluso como estereotipos, a pesar de la fluidez y complejidad que caracteriza la vida de los seres humanos. Con la edad se produce el llamado fenómeno de la invisibilidad (San Román, 1990). En ese sentido decía Goethe que la vejez es el proceso de desaparecer gradualmente de la vista. Este fenómeno implica el progresivo desinterés que la gente más joven va sintiendo por lo que puede aportar y significar la persona adulta que envejece, cualquiera que sea la situación en que se encuentre”*.

Y ese fenómeno de la invisibilidad podría explicar los estereotipos que según Palmore (1990) son el sustrato de la discriminación por razón de edad: la visión exagerada de unas pocas características, rasgos inventados o sin base real, y que no reflejan la tendencia compartida por la mayoría, no facilitan la observación de la variabilidad interindividual, las características positivas se omiten o no son suficientemente detalladas, etc.

Herrera y Ribera-Casado (2005) en una comunicación del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores que llevaba por lema *Discriminación por edad*, pusieron el acento en la discriminación a la que se ve sometida la persona mayor en el ámbito de la atención médica. Dentro de los muchos aspectos en donde se produce la discriminación y a los que podía referirse, apuntaron los tres campos siguientes:

1. **Trasplantes de órganos:** donde los mayores de 65 años quedan excluidos de ser receptores, y, en cambio, son los principales donantes.
2. **Prescripción farmacológica:** en la que los mayores de 75 años necesitan un informe especial para recibir determinados medicamentos, exigencia que se hace únicamente por motivo de su edad.
3. **Terminología médica:** donde se emplea una semántica inadecuada y en ocasiones despectiva como demencia senil que puede llevar a ridículas discriminaciones, por el uso del adjetivo senil como un añadido a diversos procesos. Se trata de la utilización viciada de un calificativo que da lugar a diagnósticos equívocos e incorrectos como los de “cardiopatía senil”, “Demencia senil” y tantos otros parecidos.

Isabel Iborra (2005) al explicar los tipos de maltrato a los mayores, al referirse al maltrato emocional pone como ejemplos, el rechazo, los insultos, aterrorizar, gritar, aislar, humillar, culpabilizar, intimidar, amenazar, ignorar, o privarles de sentimientos de amor, seguridad o afecto. Entre las consecuencias de este tipo de maltrato, nombra la depresión, ansiedad, indefensión, trastornos del sueño, pérdida de apetito, miedo, confusión y tristeza (Iborra, 2005). A estos ejemplos Ann O’Loughlin, añade el uso abusivo del lenguaje (palabrotas, insultos, críticas constantes, o mentiras), amenazas de castigo, falta de comunicación, aislamiento social encerrando o inmovilizando, hablar en tono desagradable. Y

entre los efectos añade desmoralización, desamparo, desesperación, falta de participación en actividades, vergüenza, llanto fácil y frecuente, paranoia inexplicable, y evitación de los contactos con otros. (O' Loughlin, 2005)

Como señala Losada, las personas mayores tienden a adoptar la imagen dominante en la sociedad y a comportarse de acuerdo con esta imagen. La infravaloración de las capacidades físicas y mentales de los mayores puede favorecer una prematura pérdida de independencia, una mayor discapacidad, mayores índices de depresión y una mortalidad anticipada. Es decir, que la imagen negativa que la sociedad (incluidos los mayores) tiene de las personas mayores fomenta la dependencia real y la reducción del sentimiento de autoeficacia y autodeterminación de los mayores. Y, a su vez, la manifestación de ese sentimiento retroalimenta la imagen negativa. Se trata de un círculo vicioso que los profesionales del sector sociosanitario debemos intentar extinguir o disminuir o al menos no contribuir a mantenerlo. (Losada, 2004)

Otra manifestación de actitudes edadistas, si se examinan las pautas de comunicación que se utilizan en las residencias o en los centros para mayores, es el uso de la denominada "habla infantilizadora" o "elderspeak" por parte de los profesionales (Ryan et al., 1995).

Respecto a esa forma de hablar dice Losada (citando a Ryan et al., 1986):

"Hablar a las personas mayores como si fueran niños o tratarles de una forma paternalista puede (...) favorecer de una manera evidentemente inconsciente el refuerzo de comportamientos o actitudes dependientes y fomentar el aislamiento y/o la depresión de las personas, contribuyendo a la común espiral de declive en el estado físico, cognitivo y funcional de las personas mayores que viven en residencias" (Ryan et al., 1986, citado en Losada 2004:8)

El *elderspeak* es una acomodación de las necesidades comunicativas de los mayores según las perciben los jóvenes (Pinazo, 2008) que implica: alteraciones en la paralingüística (entonación exagerada, voz cantarina), modificaciones en las estructuras gramaticales (habla más lenta), uso de vocabulario limitado, simplificar la complejidad de las frases, uso de repeticiones y clarificaciones no requeridas), utilización de pronombres colectivos para referirse a un solo individuo, uso de diminutivos (inapropiadamente íntimos), ninguneo y uso de preguntas que encierran en sí mismas la respuesta.

En este sentido también Simpson (2002) ya constataba que había investigadores del campo de la Gerontología han documentado que el habla edadista o *elderspeak* puede disminuir la confianza de una persona mayor respecto a sus habilidades. Además, dice el autor que algunos aspectos del habla edadista sí compensan los cambios naturales en las habilidades cognoscitivas de nuestros mayores. Pero la mayoría de las veces, el mensaje resulta confuso y aunque su propósito sea ser útil puede resultar incluso perjudicial hablarles de este modo porque las personas mayores lo consideran condescendiente.

El mismo autor hace referencia a investigadores de otras universidades tales como O'Conner y Rigby, (1996) que han documentado que muchas personas mayores consideran el habla edadista como "de superioridad" y "fría".

En cuanto a si es perjudicial este modo de hablar, dice que presupone que la persona mayor no es competente. También señala que hay investigadores que apoyan la idea de que el habla edadista afecta a la evaluación que la persona mayor hace de sus propias habilidades. Esta forma de comunicación podría reforzarlos estereotipos negativos sobre los mayores y el envejecimiento y bajar la autoestima de las personas mayores. El habla

edadista en la mayoría de ocasiones disminuye la posibilidad de comprensión de lo que se dice como en los siguientes casos que pueden servir de ejemplo: una entonación exagerada puede resultar confusa, una afirmación que suene como una pregunta, -una forma de hablar extremadamente lenta afecta la habilidad de focalizar la atención en lo esencial del mensaje y la posible retención de la información.

En un artículo de Williams, Kemper, y Hummert (2003) se cita un estudio que realizaron en residencias de personas mayores para reducir el elderspeak. Los autores comprobaron que la utilización del habla edadista por parte del personal, involuntariamente, podría reforzar la dependencia y generar aislamiento y depresión en los residentes, contribuyendo a una espiral de declive del estado físico, cognitivo y funcional, común en las personas mayores institucionalizadas. Por otra parte, confirmaron el poder de la comunicación puesto que los residentes respondían a los cuidados y vivían más tiempo cuando se implicaban en una relación interpersonal con los empleados de la residencia.

El habla edadista puede, por lo tanto, crear un ciclo de retroalimentación negativa para las personas mayores que puede derivar en una disminución de la autoestima, depresión, retraimiento y en la asunción de conductas de dependencia congruentes con el estereotipo de “anciano frágil”. Los autores concluyeron que el hecho de disminuir el habla edadista supone una mejora en la comunicación, pudiendo contribuir también a la mejora de los niveles cognitivos y funcionales de los residentes y a una mayor satisfacción con la vida en una residencia de personas mayores, lo que se traduce en mayores niveles de bienestar para las personas mayores y una mayor satisfacción con la vida. (Williams, Kemper, y Hummert, 2003)

Williams, Herman, Gajewski y Wilson (2009) realizaron un estudio basado en las investigaciones previas que prueban que el habla edadista se percibe como condescendiente, y puede crear entorpecimientos en la comunicación y problemas de comportamiento en personas mayores cognitivamente sanas. Las intervenciones para mejorar aspectos de la comunicación del personal de enfermería han logrado reducir problemas de conducta en el cuidado de la demencia. Las investigaciones previas habían corroborado que la reducción de del habla edadista por parte del personal se tradujo en una mejora en la comunicación, que se consideró menos condescendiente y menos autoritaria. Para conseguir reducir los comportamientos disruptivos en los cuidados a las personas con demencia, es necesario utilizar estrategias de comunicación que hayan sido probadas y que estén basadas en la evidencia.

Por ejemplo, Kemper y Harden (1999) confirmaron que las personas mayores cognitivamente sanos tienen percepciones negativas respecto al habla edadista. Las personas mayores que escuchaban las instrucciones para realizar una determinada tarea (enunciada mediante habla edadista) valoraron que la comunicación era condescendiente, degradante, y derivaba en una dificultosa comprensión de las instrucciones. Las personas mayores que recibieron instrucciones utilizando el habla edadista no fueron más precisos en la tarea solicitada que los que recibieron instrucciones normales. Aunque el habla edadista pueda tener como objetivo el fomento de una comunicación eficaz y una demostración de afecto, la investigación demuestra que no logra cumplir con estos objetivos.

Los mensajes implícitos del habla edadista pueden ser particularmente amenazantes para el mantenimiento del auto-concepto y la personalidad, fundamental para el bienestar de las personas. El habla edadista puede entrar en conflicto con el concepto positivo de sí

mismos que las personas mayores con demencia luchan por mantener. El habla edadista también puede enfrentarlos a su propio yo, a su imagen ante los demás, construida y mantenida mediante las interacciones con otras personas.

Los autores de la investigación antes citada hacen referencia a otros estudios (Burgio et al., 2001, McCallion et al. 1999, Sloane et al. 1995, Feldt, et al 1992 y Ripich 1994) que han determinado una relación entre los problemas de comportamiento y la comunicación. Éstos también demuestran, que el estilo comunicativo que el personal de enfermería mantiene con las personas mayores provoca problemas de comportamiento en los residentes. Un estudio (Talicero et al. 2002) de las características de los residentes y de las tácticas de control de sus comportamientos reveló que una comunicación deficitaria era el principal indicador de la agresión física y verbal. Así mismo, en otras investigaciones previas han comprobado que las “resistencia al cuidado” (RTC “*resistiveness to care* ausencia de cooperación, oposiciónismo, o rebeldía) se concentra sobre todo en las actividades intensivas de cuidado personal, como puede ser la hora del baño, y el hecho de que el personal asistente incrementa el uso del habla edadista en estos momentos.

La probabilidad de la conducta de oposición o resistencia respecto a un cuidado determinado según estos autores, era significativamente mayor cuando se utilizaba habla edadista en la comunicación, que cuando se emplea una expresión normal o incluso el silencio. Si un residente se encuentra en una situación en la que el profesional de enfermería (enfermero/a, auxiliar geriátrico, gerocultor/a...) emplea habla edadista, la probabilidad de que el residente muestre oposición o resistencia a ésta, es mayor que bajo cualquier otra condición de comunicación. El silencio demostró crear mayores probabilidades de resistencia al cuidado que un habla normal, pero menores probabilidades que un habla edadista.

Este estudio sugiere que las personas mayores de la residencia son significativamente más propensos a mostrar problemas de conducta cuando el personal de enfermería utiliza comunicación edadista en contraste con un discurso adulto y normal. La reducción del uso del habla edadista por parte del personal de enfermería podría satisfacer mejor las necesidades de las personas con demencia, reducir las conductas de insubordinación, y así mejorar los cuidados hacia ellas. Dicha rebeldía a ser cuidado causa interrupciones en la atención de enfermería, aumentando los costos de la atención en un 30%. (Williams, Herman, Gajewski y Wilson, 2009)

III. METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado con una metodología mixta cualitativa y cuantitativa. La combinación de ambas metodologías, cuantitativa y cualitativa, se ha diseñado fundamentalmente con el fin de obtener la mayor cantidad de información posible sobre el maltrato psicológico/emocional y el trato infantilizador observado por los profesionales cualificados de las residencias analizadas. A dichos profesionales les impartió una sesión formativa de dos horas de duración la Dra. Pinazo Hernandis en la que les explicó una serie de aspectos en relación con el maltrato psicológico/emocional y sobre el trato infantilizador a los mayores. El guion de la misma era el siguiente:

- Buen trato al mayor
- ¿Qué son los prejuicios?

- ¿Cómo se forman los prejuicios?
- Evaluación de los propios prejuicios
- El interaccionismo simbólico
- Factores asociados a la discriminación
- El maltrato y sus tipos
- El trato infantilizador. El habla infantilizadora: Ejemplos

Tras la sesión les pasó un cuestionario que contenía tres preguntas abiertas y 46 ítems sobre conductas de maltrato que debían responder con “sí” o “no” según se hubiera observado en su centro ese tipo de conducta. A cada uno de los ítems se le podían añadir comentarios si se deseaba. Esos cuarenta y seis ítems respondían a posibles conductas y éstas estaban agrupadas según los ámbitos en que se producían: comunicación y habla, momento de comer, habitación, baño... Este trabajo se realiza con los datos que ha cedido para realizar la presente investigación la Dra. Pinazo Hernandez y que se han extraído de los 40 cuestionarios que fueron cumplimentados tras la sesión que les impartió. Para el tratamiento estadístico de los datos se han utilizado los programas informáticos Excel 2010, y SPSS v. 15.

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1. Objetivos

Los objetivos que pretende alcanzar este trabajo son los que a continuación se exponen:

Objetivo principal: Identificar si se dan situaciones de maltrato psicológico o emocional en las residencias estudiadas a través del registro pormenorizado de la observación de esas conductas por personal de diversas categorías de los grupos profesionales A, B y C.

Este objetivo puede subdividirse en los siguientes:

1. Conocer la frecuencia de cada una de las conductas observadas.
2. Conocer la distribución pormenorizada de las diferentes conductas observadas, que hemos considerado como variables dependientes, de forma individual y también agrupada por ámbitos.
3. Comprobar si las características de los profesionales tanto las demográficas como las laborales, influyen en la detección del maltrato realizando las oportunas pruebas estadísticas.
4. Cuantificar los datos cualitativos recogidos de los comentarios escritos y de las respuestas a las tres preguntas abiertas y ver la distribución de los mismos en base a los ítems del cuestionario
5. Describir los argumentos que dan los profesionales como justificación a esas conductas

1.2. Hipótesis.

En cuanto a las hipótesis de este estudio y una vez revisada la literatura sobre el maltrato a los mayores y más concretamente del que ocurre en el ámbito institucional cabe

formular algunas hipótesis que se espera confirmar, a saber:

- H1. El personal que más presenta conductas y modos de maltrato psicológico/emocional son los auxiliares o gerocultores.
- H2. Las razones argumentadas que provocan esas conductas observadas están relacionadas principalmente con estar más expuestos a factores estresantes y estar menos cualificados.
- H3. Se da por hecho que las rutinas del trabajo y la sobrecarga no permiten tener en cuenta los gustos o necesidades específicas de las personas institucionalizadas.
- H4. Las personas mayores sanas tienen percepciones negativas respecto al habla edadista y la consideran condescendiente y degradante.

1.3. Aspectos éticos

En cuanto a los aspectos éticos hay que decir que este trabajo de investigación basada en el pase de cuestionarios ha garantizado la confidencialidad a los profesionales que han contestado así como la de la empresa que propició la realización del estudio. Esta garantía se debe a que se trata de cuestionarios anónimos que solo recogen datos demográficos como edad, género, titulación, y algunos datos relativos al puesto de trabajo que no identifican a los trabajadores que han colaborado y que los datos recogidos se tratarán de forma anónima y agregada.

2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

La selección de la muestra ha sido efectuada por la empresa que permitió la realización del estudio. Se trata de cuarenta profesionales de siete centros diferentes del mismo grupo empresarial, tres de ellos de la provincia de Castellón y cuatro de Valencia. Los seleccionados son trabajadores de los grupos A, B y C³ que asistieron a uno de los centros residenciales del grupo en Valencia donde se les impartió la formación y se les pasó el cuestionario.

3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Para llevar a cabo la recogida de información se pidió permiso a los responsables del grupo empresarial al que se le solicitó permiso para recoger los datos entre los trabajadores que asistieran a las sesiones formativas. Los datos se recogen en un cuestionario, la cumplimentación del mismo fue de carácter voluntario y se les explicó que los datos recogidos en el mismo servirían para la realización de un estudio sobre el maltrato en el ámbito de las residencias en las que trabajaban. Se les dio las gracias de antemano por su participación en el mismo.

4. VARIABLES E INSTRUMENTOS

En cuanto al análisis de los datos obtenidos, primero se explicará el cuestionario (instrumento de recogida de datos cuantitativos y respuestas abiertas con datos cualitativos). Se explicarán las diferentes variables con sus respectivos valores y la codificación de los mis-

.....
³ Clasificación de personal recogida en: Resolución de 25 de abril de 2012, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el VI Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal.

mos. Y a continuación se explicará cómo se han analizado los datos cualitativos recogidos en ese mismo cuestionario.

4.1. CUESTIONARIO

Para analizar los objetivos planteados y comprobar las hipótesis propuestas en este estudio, se confeccionó un cuestionario que incluía variables independientes sobre los sujetos que han contestado y otras dependientes sobre los distintos modos de maltrato emocional/psicológico y sobre quienes actúan de esos modos en su centro de trabajo, y el modo de actuación en el centro de trabajo, y que se relacionan a continuación:

1. Las características socio demográficas y laborales básicas siguientes: edad, género, titulación, cargo, tiempo de permanencia el ese cargo y años de dedicación a la atención de personas mayores.
2. Dos preguntas abiertas que recogían información sobre conductas de maltrato emocional y psicológico y edadismo donde tenían que enumerar las que se hubieran observado.
3. Una serie de 46 ítems sobre situaciones que se agrupan en función del ámbito en el que se pueden presentar.
4. Una pregunta abierta en la que se pidió que contestaran sobre el tipo de profesional en el que se daban más estas conductas.

A continuación se detallan cada uno de estos especificando las variables medidas y los valores que cada una podía presentar para su análisis cuantitativo.

Variables independientes: sociodemográficas y laborales

Nº	CÓDIGO	Definición	Tipo	Valores
VARIABLES INDEPENDIENTES: SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES				
1	EDAD	Edad en años enteros	Cuantitativa continua	Años como números enteros
2	EDADR	Edad agrupada en rangos	Cualitativa ordinal	0 = dato perdido 1 = <30 años 2 = de 30 a 39 años 3 = de 40 a 49 años 4 = >49 años
3	SEXO	Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 1 = Hombre 2 = Mujer
4	TITUL	Titulación académica	Cualitativa nominal politómica	0 = dato perdido 1 = Psicología 2 = Fisioterapia 3 = DUE 4 = Trabajo Social 5 = Otras titulaciones universitarias 6 = Otras titulaciones no universitarias

5	CARGO	Puesto laboral que ocupa	Cualitativa nominal politómica	0 = dato perdido 1 = Director/a 2 = Psicólogo/a 3 = Fisioterapeuta 4 = Trabajador/a Social 5 = Supervisor/a o Coordinador/a Enfermería 6 = Técnico Animación Sociocultural TASOC 7 = Coordinador/a Auxiliares Enfermería 8 = Enfermera/o
6	TCARGO	Tiempo en el cargo en meses	Cuantitativa continua	Meses como números enteros
7	TCARGR	Tiempo en el cargo en años agrupado en rangos	Cualitativa ordinal	0 = dato perdido 1 = de 0 a 4 años 2 = de 5 a 9 años 3 = de 10 a 14 años 4 = de 15 a 19 años
8	AÑOS	Años de dedicación a la atención a personas mayores	Cuantitativa continua	Años como números enteros
9	AÑOSR	Años de dedicación agrupados en rangos	Cualitativa ordinal	0 = dato perdido 1 = de 0 a 4 años 2 = de 5 a 9 años 3 = de 10 a 14 años 4 = de 15 a 19 años

Trato infantilizador en el modo de comunicarse y hablar

Nº	CÓDIGO	Definición	Tipo	Valores
VARIABLES DEPENDIENTES				
A. Trato infantilizador en el modo de comunicarse y hablar				
10	ADIMIN	Dirigirse a la persona mayor con diminutivos	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
11	AGRITO	Hablar a la persona mayor gritándole, chillándole, incomodándole delante de otros	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
12	AINFAN	Hablar a la persona mayor como si fuese un niño pequeño	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
13	AREPET	Hablar a la persona mayor con brusquedad cuando repite lo mismo varias veces	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
14	APACIE	Hablar a la persona mayor perdiendo la paciencia y no esperando a que termine su explicación	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
15	AIGNOR	Hablar de la persona mayor como si no estuviera delante	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
16	ABDIAS	No dar los buenos días por la mañana a la persona mayor	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO

17	ASALUD	No saludar al encontrarse en cualquier lugar de la residencia a la persona mayor	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
18	ABROMA	Hacer comentarios jocosos o bromas sobre los mayores delante o detrás de ellos	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO

Trato infantilizador en el modo de comunicarse y hablar

Nº	CÓDIGO	Definición	Tipo	Valores
B. Trato infantilizador en el comedor				
19	BBABER	Poner el babero cuando no es necesario	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
20	BTRITU	Dar comida triturada sin necesidad	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
21	BBOCA	Dar de comer llevando la comida a la boca de la persona mayor	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
22	BGUSTO	No tener en cuenta los gustos de cada uno respecto a la comida	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
23	BAJENA	Permitir que personas ajenas al centro deambulen por él y observen a los residentes en cualquier actividad	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
24	BANTES	Poner babero antes de la comida y fuera comedor	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
25	BLIMPI	No ayudar a quien lo pide a limpiarse manchas de comida	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO

Trato infantilizador en la habitación

Nº	CÓDIGO	Definición	Tipo	Valores
C. Trato infantilizador en la habitación				
26	CLLAMA	Entrar en la habitación sin llamar	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
27	CINTIM	No se respeta la intimidad de la persona mayor en su entorno	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
28	CENTRA	Los profesionales entran en las habitaciones sin tener en cuenta los ritmos de sueño/vigilia o la relación afectiva-sexual que pueda existir	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO

29	COBJET	No se lleva cuidado con no romper ni cambiar de sitio los objetos personales	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
30	CABRIR	Se abre el armario, cajones, bolso, sin pedir permiso previamente	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
31	CROPA	No hay preocupación por mantener en orden, aseada y limpia la ropa	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
32	CLLEVA	No se pregunta a la persona mayor que ropa desea llevar	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
33	CGUSTO	No se respetan los gustos de la persona mayor a la hora de elegir las prendas	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
34	CMESIT	Se usa la mesita de noche para acumular objetos usados por los auxiliares	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
35	CBARAN	Se usan las barandillas como medio protector o de sujeción y no como promotor de autonomía	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
36	CPONER	Se ponen las barandillas inmediatamente sin considerar necesidad o contar con opinión usuario	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO

Trato infantilizador en el momento del baño

Nº	CÓDIGO	Definición	Tipo	Valores
D. Trato infantilizador en el momento del baño				
37	DPUERT	Se deja la puerta abierta mientras se realiza la higiene de la persona mayor	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
38	DTAPAR	Se desnuda a la persona mayor completamente y sin taparle	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
39	DMIRAR	Se deja a la persona mayor expuesta a las miradas de cualquier profesional que entre	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
40	DDESTA	Se le destapa brusca y rápidamente	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
41	DPUDOR	No se tiene en cuenta el pudor que cada persona pueda tener	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
42	DUSOS	No se respetan las costumbres y usos respecto al aseo de cada cual	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO

43	DPAÑAL	Se le pone pañal (siendo continente) por comodidad, para no acompañar al baño	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
44	DOLOR	Se muestra de forma patente el asco por el olor o se regaña por el olor de la habitación o el cuerpo	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO

Trato infantilizador sobre la intimidad, autodeterminación y autonomía

Nº	CÓDIGO	Definición	Tipo	Valores
E. Trato infantilizador sobre la intimidad, autodeterminación y autonomía				
45	EREÑIR	Se regaña a la persona mayor delante de otros	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
46	EEXPLI	No se le permite explicar o detallar el porqué de una acción determinada	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
47	EPERMI	No se le permite hacer todo lo que pueda por sí mismo, esperando pacientemente a que lo haga a su ritmo	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
48	ECOMEN	Se hacen comentarios con profesionales o residentes acerca de circunstancias personales / familiares sin permiso	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
49	ELLEVA	No se le explica a dónde va y el motivo al llevarlo con la silla de ruedas	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO

Trato infantilizador en las conversaciones con la familia

Nº	CÓDIGO	Definición	Tipo	Valores
F. Trato infantilizador en las conversaciones con las familias				
50	FCONVE	Se excluye a la persona mayor en conversaciones con la familia	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
51	FNINGU	Se ningunea a la persona mayor	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
52	FOSTRA	Hay una manifestación de ostracismo (dejar aparte, marginar, excluir) hacia la persona mayor	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO

Trato infantilizador sobre la intimidad, autodeterminación y autonomía

Nº	CÓDIGO	Definición	Tipo	Valores
G. Trato infantilizador en la toma de decisiones que le afecten				
53	GAPETE	No se le pregunta acerca de lo que le apetece hacer en cada momento	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
54	GDONDE	No se le pregunta acerca de dónde quiere estar	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO
55	GGUSTO	No se tienen en cuenta los gustos de la persona mayor	Cualitativa nominal dicotómica	0 = dato perdido 2 = SI 1 = NO

En cuanto a los datos cualitativos recogidos en el cuestionario, tanto en las preguntas abiertas como en los espacios para destinados a los comentarios que podían aportar se ha realizado una codificación que se explica a continuación.

Cada unidad de respuesta se ha codificado como una un comentario independiente. A cada una de esas unidades se le ha asignado un código de cinco dígitos, cada uno de los cuales hace referencia a los aspectos que se han codificado de la forma siguiente:

Codificación de comentarios por nº de dígito

1er dígito	El primer dígito hace referencia al ámbito al que hace referencia la conducta observada: Comunicación, habitación, comedor, baño según los ítems específicos del cuestionario.
2º dígito	El segundo dígito era el que indicaba la profesión.
3º dígito	Se refiere a la frecuencia o cantidad de observaciones de ese modo de tratar.
4º dígito	Se refiere a la presencia de justificación según responsabilicen al usuario, trabajador, empresa, familia o sociedad.
5º dígito	Motivo que argumentan para presentar esa conducta

De ese modo cuando se codifica sabemos qué conducta se está refiriendo, con qué frecuencia la observa y a que atribuye esa forma de conducta. Por ejemplo un comentario o respuesta con el código “01223” querría decir que el modo corresponde al personal auxiliar, que se observa con mucha frecuencia y que atribuye a la empresa como responsable del mismo por sobrecarga de trabajo.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS REALIZADOS

Los análisis estadísticos se realizaron con el SPSS v.15.0 y se utilizó también la hoja de cálculo Excel 2010 de Microsoft Office, fueron los siguientes:

Se realizaron análisis descriptivos para: establecer el perfil sociodemográfico y laboral de las personas que contestaron los cuestionarios y para describir las características del maltrato emocional/psicológico que habían observado en sus centros de trabajo.

Además para comprobar si las características de los profesionales que contestaron los

cuestionarios tanto las demográficas como las laborales, influyen en la detección del maltrato se utilizó la prueba estadística de regresión logística binaria y tablas de contingencia con Chi Cuadrado.

Por otra parte una vez codificada la información cualitativa esta se agrupó atendiendo a los tipos de maltrato a las que hacían referencia, y a la frecuencia del suceso y a las causas a las que se atribuían para poder cuantificar toda esa información. Con lo que las operaciones realizadas con estos datos han sido únicamente la ordenación de los códigos y los sumatorios de los mismos.

IV. RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

1.1. Características sociodemográficas y laborales de la muestra

EDAD: Los 40 sujetos se distribuyen entre los 26 y los 55 años de edad, con una media de aproximadamente 35 años, siendo 34 la edad que más se repite.

GÉNERO: La muestra se distribuye desigualmente respecto al sexo, siendo más de las tres cuartas partes de los sujetos mujeres

1.2. Características relacionadas con el puesto de trabajo y la formación

TITULACIÓN: Las principales titulaciones académicas de los sujetos de la muestra son las de Licenciatura en Psicología, Diplomatura en Fisioterapia, Diplomatura en Enfermería (DUE) y Diplomatura en Trabajo Social.

En la categoría “Otras titulaciones universitarias” quedan incluidas una Licenciatura en Derecho, una Diplomatura en Criminología, dos Licenciaturas en Pedagogía, una Diplomatura en Educación Social y tres titulaciones universitarias sin especificar.

En la categoría “Otras titulaciones no universitarias” quedan incluidas cuatro Técnicos en Animación Sociocultural y un Auxiliar de Enfermería

CARGO: Respecto al cargo o puesto laboral ocupado actualmente, los sujetos se distribuyen en las siguientes categorías: Director/a de Residencia; Psicólogo/a; Fisioterapeuta; Trabajador/a Social; Supervisor/a o Coordinador/a de Enfermería; Técnico en Animación Sociocultural (TASOC); Coordinador/a de Auxiliares de Enfermería; y Enfermero/a.

TIEMPO EN EL CARGO: En la variable “Tiempo en el cargo” los datos vienen expresados en meses, ya que algunos sujetos lo especificaron así en los cuestionarios. La muestra se distribuye entre un mes de permanencia en el cargo y 180 meses (15 años), con una media de aproximadamente 42 meses (3 años y medio)

En la distribución de permanencia en el cargo por rangos de tiempo, ya convertido en años, vemos que la mayoría de los sujetos (algo más del 70 %) se encuentra en el rango “de 0 a 4 años”.

AÑOS DE DEDICACIÓN A LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES:

La distribución de la muestra respecto al “tiempo de dedicación a la atención a personas mayores” se encuentra entre los 1 y 19 años, con una media de casi 7 años de dedicación. Casi la mitad de la muestra (algo más del 47 %) se encuentra en el rango “de 5 a 9 años”. La

gran mayoría (más del 80 %) está en la suma de los dos primeros rangos, es decir, de 0 a 9 años de dedicación.

Por tanto el **perfil** de los sujetos que han contestado el cuestionario sería el siguiente: mujer, de entre 30 y 39 años, con una titulación de licenciatura universitaria, y que ocupa el cargo desde hace menos de 4 años y en el ámbito de la atención a las personas mayores lleva entre 5 y 9 años.

2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

2.1. Aspectos generales respecto a los modos de manifestar el trato infantilizador

Respecto a las preguntas abiertas sobre modos de manifestarse el maltrato emocional/ psicológico y el trato infantilizador que abrían el cuestionario se ha encontrado que En las respuestas a la primera pregunta abierta sobre los ejemplos de la sesión formativa que se han identificado hay 91 respuestas, de las que 62 se sitúan en el ámbito del habla y la comunicación. Y respecto a las respuestas de la pregunta número dos sobre los modos más habituales que han observado de trato infantilizador y maltrato psicológico/ emocional, se han contabilizado 98 respuestas, que en su mayoría no se indica frecuencia ni posible causa y que mayoritariamente, en 65 comentarios, tienen lugar en el ámbito de la comunicación y habla

2.2. Aspectos específicos:

2.2.1. Sobre el modo de comunicarse y hablar

Los datos se distribuyen entre las 6 y las 34 conductas observadas, con una media de algo más de 20, lo que supone más del 51 % total.

Las conductas infantilizadoras **más observadas** son:

- “Dirigirse a la persona mayor con diminutivos”: 85 %
- “Hablar de la persona mayor como si no estuviera delante”: 77,5 %
- “Hablar a la persona mayor como si fuese un niño pequeño”: 72,5 %
- “Hablar a la persona mayor con brusquedad cuando repite lo mismo varias veces”: 65 %
- “Hablarles perdiendo la paciencia y no esperando a que termine su explicación”: 65 %

Por el contrario, las conductas infantilizadoras **menos observadas** son:

- “No dar los buenos días por la mañana a la persona mayor”: 15 %
- “No saludar al encontrarse en cualquier lugar de la residencia a la persona mayor”: 15 %
- “Hacer comentarios jocosos o bromas sobre los mayores delante o detrás de ellos”: 25,64 %

Respecto a los 51 comentarios que se han registrado sobre modos relativos a comunicación y habla, más de la mitad se reparten entre los 16 que hacen referencia al trato como a niños, con entonación infantil, o el uso de diminutivos, y 11 que hacen referencia a conductas de impacientarse con ellos o meterles prisa. Destaca también que entre las causas que justificarían estas conductas la más destacada es el deterioro cognitivo del usuario que se comenta en 9 casos.

2.2.2. Sobre el momento de la comida

Los datos se distribuyen entre las 3 y las 27 conductas observadas, con una media de 12, lo que supone un 30,88 del total.

Las conductas infantilizadoras **más observadas** son:

- “Dar de comer llevando la comida a la boca de la persona mayor”: 69,23 %
- “Poner el babero cuando no es necesario”: 48,72 %

Por el contrario, las conductas infantilizadoras **menos observadas** son:

- “Poner el babero antes de la comida y fuera del comedor”: 7,69 %
- “Dar comida triturada sin necesidad”: 12,82 %
- “No ayudar a quien lo pide a limpiarse las manchas de comida”: 15,79 %
- “Permitir que personas ajenas al centro deambulen por él y observen a los residentes en cualquier actividad”: 28,21 %
- “No tener en cuenta los gustos de cada uno respecto a la comida”: 33,33 %

De los 21 comentarios sobre las conductas en el momento de la comida, hay que destacar que en un tercio de los casos se indica que no se puede dar la comida según los gustos personales por cuestiones de sobrecarga de trabajo, y de los 6 que hablan del uso de baberos la mitad lo justifica por que el usuario lo demanda.

2.2.3. En la habitación

Los datos se distribuyen entre las 2 y 18 conductas observadas, con una media de 9,45 que supone un 27,15 % del total.

Las conductas infantilizadoras **más observadas** son:

- “Entrar en la habitación sin llamar”: 51,51 %
- “Se abre el armario, cajones, bolso, sin pedir permiso previamente”: 50 %
- “Los profesionales entran en las habitaciones sin tener en cuenta los ritmos de sueño/vigilia o la relación afectiva-sexual que pueda existir”: 38,88 %
- “Se usan las barandillas como medio protector o de sujeción y no como promotor de la autonomía”: 38,71 %

Por el contrario, las conductas infantilizadoras **menos observadas** son:

- “No hay preocupación por mantener en orden, aseada y limpia la ropa”: 5,55 %
- “Se ponen las barandillas inmediatamente sin considerar su necesidad o contar con la opinión del usuario”: 8,82 %
- “No se lleva cuidado con no romper ni cambiar de sitio los objetos personales”: 17,14 %
- “No se respetan los gustos de la persona mayor para elegir las prendas”: 20 %
- “Se usa la mesita de noche para acumular objetos usados por auxiliares”: 22,22 %
- “No se respeta la intimidad de la persona mayor en su entorno”: 22,86 %
- “No se pregunta a la persona mayor qué ropa desea llevar”: 25 %

Respecto a los comentarios escritos en lo relativo a conductas que se dan en la habitación, se recogen 38 comentarios, de los que casi un tercio hacen referencia al uso cada vez menor de las barandillas en la cama y 11 se refieren a la revisión de armarios que parece estar regulado por normas de la residencia.

2.2.4. En el momento del baño

Los datos se distribuyen entre las 3 y las 18 conductas observadas, con una media de 11,75 que supone un 31,97 % del total.

Las conductas infantilizadoras **más observadas** son:

- “Se deja a la persona mayor expuesta a las miradas de cualquier profesional que entre”: 50 %
- “Se deja la puerta abierta mientras se realiza la higiene de la persona mayor”: 46,15 %
- “No se tiene en cuenta el pudor que cada persona pueda tener”: 42,11 %
- “Se desnuda a la persona mayor completamente y sin taparle”: 41,18 %
- “No se respetan las costumbres y usos respecto al aseo de cada cual”: 36,84 %

Por el contrario, las conductas infantilizadoras **menos observadas** son:

- “Se le pone pañal (siendo continente) por comodidad o para no acompañar al baño”: 8,11 %
- “Se muestra de forma patente el asco por el olor o se regaña por el olor de la habitación o el cuerpo”: 12,82 %
- “Se le destapa brusca y rápidamente”: 20 %

En cuanto a las conductas observadas en el momento del baño, que se han comentado en los cuestionarios, hemos encontrado 15, de las que 13 no indican nada sobre la cantidad de veces que se observa y de ellas dan una justificación 10, de las que 5 son motivadas por el trabajador y 5 por la empresa.

2.2.5. Sobre intimidación, autodeterminación y autonomía.

Los datos se distribuyen entre las 8 y 23 conductas observadas, con una media de 16,60 que supone un 42,56 % del total.

Las conductas infantilizadoras **más observadas** son:

- “Se regaña a la persona mayor delante de otros”: 58,97 %
- “No se le explica a dónde va y el motivo de llevarlo con la silla de ruedas”: 53,85 %
- “No se le permite hacer todo lo que pueda por sí mismo, esperando pacientemente a que lo haga a su ritmo”: 47,50 %

Por el contrario, las conductas infantilizadoras **menos observadas** son:

- “No se le permite explicar o detallar el porqué de una acción determinada”: 20,51 %
- “Se hacen comentarios con profesionales o residentes acerca de circunstancias personales / familiares sin permiso”: 31,58 %

En lo referente a las conductas que tienen que ver con la intimidación y la autodeterminación se han escrito 25 comentarios, el 13 de ellos no se indican datos relativos a la frecuencia

de esa conducta y en 12 se dice que se da en algunas/ pocas ocasiones. Los 6 que justifican esas conductas las atribuyen a las rutinas establecidas en los trabajos.

2.2.6. En las conversaciones con la familia

Los datos se distribuyen entre las 8 y las 19 conductas observadas, con una media de 13, lo que supone un 33,62 % del total.

Las conductas infantilizadoras **más observadas** son:

- “Se excluye a la persona mayor en conversaciones con la familia”: 50 %

Por el contrario, las conductas infantilizadoras **menos observadas** son:

- “Hay una manifestación de ostracismo (dejar aparte, marginar, excluir) hacia la persona mayor”: 20 %

- “Se ningunea a la persona mayor”: 31,58 %

De los 10 comentarios escritos en esta sección del cuestionario como puede apreciarse, 9 hacen referencia a excluir a los residentes de la conversación y atribuyen ese comportamiento al deterioro cognitivo del usuario 2 profesionales, otro lo atribuye a que el usuario presente demencia, y otros 2 explican que se debe a peticiones por parte de las familias.

2.2.7. En la toma de decisiones que le afecten

Los datos se distribuyen entre las 4 y las 11 conductas observadas, con una media de 6,66 que supone un 16,81 % del total.

Las conductas infantilizadoras **más observadas** son:

- “No se le pregunta acerca de lo que le apetece hacer en cada momento”: 28,21 %

Por el contrario, las conductas infantilizadoras **menos observadas** son:

- “No se le pregunta acerca de dónde quiere estar”: 10 %

- “No se tienen en cuenta los gustos de la persona mayor”: 12,50 %

Entre los comentarios escritos de este grupo de conductas podemos ver que de un total de 7, hay 6 que se refieren a la posibilidad de tomar decisiones siempre y cuando no contradigan normas u horarios del centro residencial.

2.2.8. Pregunta sobre el tipo de profesionales que manifiestan más estos modos.

En la totalidad de los casos, se responde que el personal auxiliar/ gerocultor, o de atención directa, en 26 de las respuestas se refieren a esa categoría profesional únicamente, y en otras que también la incluyen se distribuyen como puede verse, entre 7 que responden que todos los profesionales, 4 que dicen que todos pero más el colectivo de auxiliares, y los restantes que nombran también a enfermería o al personal de limpieza y comedor. En 30 de los 40 cuestionarios no se hace referencia al porqué de la respuesta y en 33 casos tampoco se hace referencia a la frecuencia de esas conductas.

2.2.9. Total de las variables: conductas infantilizadoras observadas

Sobre el total de las variables, vemos que los datos se distribuyen entre las 2 y las 34 conductas observadas por cada una, con una media de 13,20 que supone un 34,95 % del total. Respecto a los grupos de variables, aquellos en los que se observan más conductas infantilizadoras son el Grupo A: Comunicación (51,12 %) y el Grupo E: Intimidad, Autodeter-

minación y Autonomía (42,56 %)

Tras estos, hay cuatro grupos intermedios como son el Grupo F: Conversación con las Familias (33,62 %); el Grupo B: Comida (30,88 %); el Grupo D: Baño (31,97 %) y el Grupo C: Habitación (27,15 %) El grupo en el que se observan menos conductas infantilizadoras es el Grupo G: Toma de Decisiones (16,81 %)

2.2.10. Total de los sujetos: conductas infantilizadoras observadas

Respecto a la puntuación por sujetos, estas se distribuyen entre las 2 conductas observadas en el sujeto que puntúa más bajo (solo un 4,35 % de las conductas), y las 43 conductas observadas en el sujeto que puntúa más alto (un 93,48 % de las conductas), siendo la media de 15,18 conductas (un 34,72 %). Se observan 4 sujetos muy por encima de la media, con puntuaciones de 43, 42, 35 y 35 respectivamente, y otros cuatro sujetos muy por debajo, con puntuaciones de 2, 4, 5 y 5 respectivamente.

V. DISCUSIÓN.

Respecto a las cuestiones que se planteaban al realizar este estudio, una de ellas era la detección de maltrato psicológico y emocional y trato infantilizador en el entorno de las residencias para personas mayores estudiadas.

Se ha corroborado que los profesionales que han asistido a la sesión formativa han identificado muchas de las conductas que manifiestan este tipo de maltrato en sus centros de trabajo. Este dato se apoya en los resultados obtenidos, que se han revisado más arriba, un total de 34,95% de las respuestas han sido afirmativas frente al 64,05% de respuestas negativas. Estos datos a priori podrían parecer excesivos, pero según la literatura científica consultada, carecemos de estudios previos que puedan servir para permitir contrastarlos con otros de similares características. Por otra parte, y tal como se ha visto en el marco teórico este tipo de conductas no están consideradas por la población en general como maltrato de una forma generalizada.

Otro de los objetivos planteados era conocer la distribución de las diferentes conductas de maltrato observadas según el modo de manifestarse y el ámbito en el que se enmarcaba ese modo de maltrato y también respecto a la cantidad de observaciones o a la frecuencia de estas conductas observadas en el caso de que se hiciera referencia en los comentarios escritos. De los 355 comentarios escritos 300 no hacían referencia a la cantidad o frecuencia de presentación, y de los 55 que sí la indicaban sólo 10 indicaban que era muy frecuente.

En cuanto a la distribución por modos que se han visto ampliamente en el apartado de resultados cabe señalar que la mayoría de las conductas que se han identificado se corresponden con los modos en la comunicación y el habla que son las que más se presentan con un 51,12 % de respuestas afirmativas obtenidas. A continuación, en cuanto al porcentaje de conductas observadas se ha obtenido un 42,56% en el ámbito de la intimidad, autodeterminación y autonomía y con cifras parecidas entre sí tenemos las conductas en el ámbito de las conversaciones con las familias que han contestado afirmativamente en un 33,62% de los modos observados, en el momento del baño, con un 31,97% y con un 30,88% para las conductas que tienen relación con la toma de decisiones del usuario.

Otro de los objetivos propuestos era la codificación de los datos de tipo cualitativo con el fin de poder trabajar con ellos de forma que se pudieran tratar como los datos cuantita-

tivos del cuestionario. Este objetivo se ha alcanzado de tal forma que en cada uno de los apartados en que se divide la exposición de resultados se analizan tanto los datos cuantitativos obtenidos de las respuestas afirmativas o negativas del cuestionario, como los comentarios ya cuantificados que habían sido codificados previamente según la misma clasificación que se había seguido con las ítems de respuesta cerrada del cuestionario.

Otra utilidad que se pretendía obtener de los datos cualitativos era la de identificar los posibles argumentos que los profesionales daban para justificar esos modos de conducta, y para conseguirlo se han codificado dichos argumentos de tal forma que se ha podido trabajar con ellos como si se tratara de datos cuantitativos. Así se han obtenido 355 comentarios escrito de los que 245 no indican ninguna justificación y 110 hacen referencia a motivos que se derivan de las características del usuarios, de la empresa, del trabajador que se comporta de ese modo, de las familias del usuario y por último las que se deben a las normas o costumbres de la sociedad en general.

Respecto de las hipótesis que se pretendía corroborar hemos visto que la hipótesis H1 que decía: “el personal que más presenta conductas y modos de maltrato psicológico/emocional son los auxiliares o gerocultores”, queda ampliamente confirmada al contestar la totalidad de los sujetos que las auxiliares son el tipo de profesionales que más manifiestan ese modo de maltrato aunque hay que matizar que también observan a otros profesionales que presentan esas conductas además del personal auxiliar.

La hipótesis H2, que era: “las razones argumentadas que provocan esas conductas observadas están relacionadas principalmente con estar más expuestos a factores estresantes y estar menos cualificados”. Hemos visto que las razones que se han obtenido de la literatura revisada para que este colectivo sea el que mayoritariamente presenta esos modos de maltrato, se ha confirmado que se trata de personal que tiene menos cualificación pues solo se necesita tener un título básico de formación profesional de rama sanitaria para trabajar como auxiliar. Y en cuanto a la mayor exposición a factores estresantes, por lo que han contestado en el cuestionario parece que según los comentarios escritos, en 15 de ellos se argumenta que las conductas se deben a las prisas y en 11 de ellos se dice explícitamente que se debe a la sobrecarga de trabajo.

Por otra parte la hipótesis H3 dice que: “se da por hecho que las rutinas del trabajo y la sobrecarga no permiten tener en cuenta los gustos o necesidades específicas de las personas institucionalizadas”, queda también confirmada puesto que como hemos visto en los resultados de los cuestionarios.

Y por último, tal como se creía en la hipótesis H4, que “las personas mayores sanas tienen percepciones negativas respecto al habla edadista y la consideran condescendiente y degradante”, por las afirmaciones de todos los autores que hemos revisado, la percepción de las personas mayores ante este tipo de habla edadista es muy negativa y la consideran condescendiente y degradante.

La relación entre las características demográficas y laborales de los sujetos estudiados y su mayor o menor sensibilidad para la detección de las conductas de maltrato psicológico/emocional no se ha podido establecer, puesto que se hizo una prueba estadística de regresión logística binaria y se comprobó que al cruzar los datos de las variables independientes con cada una de las conductas tomadas como variables dependientes los datos que se han obtenido en los modelos no incluyen ninguna de las variables independientes puesto que

no eran significativas. Después se realizaron también tablas de contingencia con Chi Cuadrado de Pearsons pero la significación asintótica obtenida tenía valores tan superiores a $\alpha = .005$ que se descartó que hubiera una relación entre las características del sujeto y su capacidad o sensibilidad en la detección de las conductas estudiadas.

VI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS INNOVADORAS

La finalidad básica de esta investigación era la detección de maltrato psicológico/emocional y de trato infantilizador en las residencias estudiadas a través de una muestra de profesionales de las mismas. Los resultados obtenidos permitirán conocer cuáles son los ámbitos donde se dan más este tipo de modos de maltrato para poder orientar la formación laboral continua en el trabajo y la sensibilización necesaria, para erradicarlo, o al menos disminuir su presencia en el entorno de las residencias de personas mayores. Por otra parte la información obtenida puede tener utilidad para poder mejorar las habilidades sociales que se enseñan en los cursos de formación profesional. Los datos que hemos encontrado sobre las conductas a erradicar pueden orientarnos para elaborar Manuales de buenas prácticas en el futuro.

De otra parte, este estudio puede resultar de utilidad cuando hagamos evaluaciones de calidad en los distintos centros residenciales dedicados a personas mayores y a otros colectivos adultos, puesto que se pueden tomar como indicadores muchos de los ítems revisados en este estudio.

VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Haber pasado los cuestionarios únicamente a trabajadores/as sociales, fisioterapeutas, enfermeros/as y psicólogos/as. Posteriores análisis deberían pasar los cuestionarios al colectivo de auxiliares geriátricos puesto que son los que la literatura científica señala como los profesionales con más presencia de conductas edadistas.

Otra limitación es que apenas se ha obtenido información sobre la frecuencia de las conductas observadas por lo que no se puede saber la cantidad de veces que dichas conductas se producen. Para poder recoger esa información sería más adecuado utilizar un instrumento con una escala de respuestas tipo Likert.

Una última limitación es el haber pasado el cuestionario tras la sesión formativa por lo que no podemos saber cuál era la sensibilidad y la conciencia sobre el maltrato psicológico y emocional de los profesionales antes de asistir a la sesión formativa.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abellán García, A.; Ayala García, A. (2012). “Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 131. [Fecha de publicación: 1/06/2012]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>
- Abramavičius, A. (2012) Dictamen del Comité de las Regiones: Envejecimiento activo: Innovación - Salud inteligente - Mejores vidas. *Diario Oficial de la Unión Europea* C 225/47 (2012/C 225/05)
- Ariño Villarroya, A. (2008). Autonomía personal en la edad avanzada Caja Mediterráneo, Obra Social. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=57338>
- Bárcena, C.; Iglesias, J.A.; Galán, M.I. y Abella, V. (2009). Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. *Revista Enfermería C y L*, 1 (1), 46-52.
- Borges I. (2008). El envejecimiento saludable. *Boletín Sobre el Envejecimiento: Perfiles y Tendencias*, nº (37) 22-50, 2008, pp. 64. Biblioteca: R.1605/ Archivo. <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm37.pdf>
- Burgio L, Corcoran M, Lichstein KL, Nichols L, Czaja S, Gallagher-Thompson D, et al.(2001) Judging outcomes in psychosocial interventions for dementia caregivers: The problem of treatment implementation. *The Gerontologist*, 41: 481–489.
- COM Comisión Europea (2009). Abordar los efectos del envejecimiento de la población de la UE (Informe de 2009 sobre el envejecimiento demográfico). Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0180:FIN:ES:PDF>
- Comisión Europea. Dir. Gral. Empleo Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. (2008) ¿Qué puede hacer la unión europea para proteger la dignidad de las personas mayores e impedir que sean víctimas de malos tratos? *Boletín Sobre El Envejecimiento: Perfiles y Tendencias*, (37), 53-62.
- Defensor del pueblo. (2000) La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la sociedad española de geriatría y gerontología y de la asociación multidisciplinaria de gerontología. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/defensor-atencion-01.pdf>
- Equipo Portal Mayores (2011). “Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de noviembre de 2011”. Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 128. [Fecha de publicación: 17/11/2011]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-estadisticasresidencias2011.pdf>
- Feldt, K. S., y Ryden, M. B. (1992). Aggressive behavior: Educating nursing assistants. *Journal of Gerontological Nursing*
- Ferreras Remesal, A., Díaz Pineda, J.A., Oltra Pastor, A., García Molina, C.V.2007. *Salud Laboral. Manual para la prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia*. Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV)

- García Férrez, J. (2003). "Bioética y Personas Mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 4. [Fecha de publicación: 31-03-2003]
- Herrera Abián M., y Ribera Casado, J.M., (2005). VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores Comunicación: Discriminación por la edad (Etaísmo) en la práctica médica. Madrid
- Iborra Marmolejo, I. (2005). *Violencia contra personas mayores* (1ª ed.). Barcelona: Ariel.
- INE. "Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD)". *Notas de Prensa*, 4 de noviembre de 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np2008.htm>
- INE. Boletín Mensual de Estadística. Octubre 2012 Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/bme/bmepdf.htm>
- Jiménez Lara, A., y Huete García, A. (2010). Estadísticas y otros registros sobre discapacidad en España. *Política y Sociedad*, 47(1), 165-174 Disponible en: <http://www.intersocial.es/publicaciones/item/154-estad%C3%ADsticas-y-otros-registros-sobre-discapacidad-en-espa%C3%B1a.html>
- Kemper, S. y Harden, T. (1999) Experimentally Disentangling What's Beneficial About Elderspeak From What's Not. *Psychology and aging*. 14, 4, 656-670,
- Kingston, P. (2005). Una perspectiva histórica del maltrato institucional de personas mayores. *Violencia contra personas mayores* (1st ed., pp. 133-168) Ariel.
- Laguna Pérez, A., Uris Sellés, J., Maciá Soler, L. (2009) Población mayor: atención socio-sanitaria y estrategias de futuro. Universidad de Alicante, Documento de trabajo del Instituto Interuniversitario de Economía Internacional (IEI), DT 2009-06 <http://iei.ua.es>
- Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del perjuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid, *Portal Mayores*, *Informes Portal Mayores*, nº14.
- McCallion, P., Toseland, R. W., Lacey, D., y Banks, S. (1999). Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*, 39(5), 546-558.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (MSPSI); Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2011. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Madrid http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/doc_interes/lb_coorsociosanitaria/index.htm
- O'Connor, B.P., Rigby, H. (1996) Perceptions of baby talk, frequency of receiving baby talk, and self-esteem among community and nursing home residents. *Psychology and aging*. 11, 1, 147
- O'Loughlin, A. (2005). Detección del maltrato de mayores: Indicadores. *Violencia contra personas mayores* (1st ed., pp. 169-200) Ariel.
- Organización Mundial de la Salud. Red Internacional para la Prevención del Maltrato Al Anciano. Ginebra, Suiza. (2002). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. [Missing voices. Views of older persons on elder abuse] *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(6), 319-331.

- Palmore, E. (1990). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer
- Peiró, J. M., Zurriaga, R., y González-Romá, V. (2002). Análisis y diagnóstico de las situaciones y experiencias de estrés colectivo en las unidades de trabajo y en las organizaciones de servicios sociales. *Revista Del Instituto Nacional De Seguridad e Higiene En El Trabajo*, 20, 11-21.
- Pinazo, S. (2007-2008). ¿Qué es el elderspeak? Material de asignatura Interacción social y comunicación del Máster de Atención Sociosanitaria a la Dependencia curso 2007-2008.
- Ripich, D. N. (1994) Functional communication with AD patients: A caregiver training program. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8 Suppl 3, 95-109
- Rubio Herrera, R., y Muñoz, T. J. (2000). Los malos tratos en personas mayores: Un reto a superar en el tercer milenio. *Geriatrka*, 16(7), 36-51.
- Rubio Herrera, R. (2005). Concepto, tipos, incidencia y factores de riesgo del maltrato institucional de personas mayores. *Violencia contra personas mayores* (1st ed., pp. 113-132) Ariel.
- Ryan, E.B.; Giles, H.; Bartolucci, R.Y. y Henwood, K. (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language and Communication*, 6, 1-24.
- Sánchez, C. C., y Cruz Jentoft, A. J. (2010). Los malos tratos a las personas mayores. *Calidad y Riesgo*, (11), 46-57.
- Simpson, J. (2002). Elderspeak—Is it helpful or just baby talk? Retrieved August, 11, 2011.
- Tabueña, C.M., Quintana, I, Mas, I. y Moya, J. (2005) *II Congrés de Professionals i Entitats de Gerontologia i Geriatria de Catalunya*. Els maltractaments a la gent gran. Del debat al repte. Barcelona
- Tabueña Lafarga, C. M. (2006). Los malos tratos y vejez: Un enfoque psicosocial. [Ill treatment and ageing: a psychosocial approach] *Intervención Psicosocial.Revista Sobre Igualdad y Calidad De Vida*, 15(3), 275-292.
- Teófilo Rodríguez, J., González Cabezas, A.N., Díaz Veiga, P., y Rodríguez Rodríguez, V. (2011) Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES 2011 *Perfiles y tendencias*. *Boletín sobre el envejecimiento*, nº 50, 44. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/publicaciones_periodicas/boletin_envejecimiento/index.htm
- Tobío, C., Agulló, M.S.; Gómez, M.V. y Martín, M.T.; (2010) El cuidado de las personas Un reto para el siglo XXI. Barcelona: Fundación La Caixa
- Tortosa Chulia, M. A., Fuenmayor Fernández, A., Granell Pérez, R. (2011). “Evaluación de costes y financiación de las residencias de mayores. El sector no lucrativo en la Comunidad Valenciana”. Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 129. [Fecha de publicación: 20/12/2011]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/tortosa-evaluacion-01.pdf>>
- Vv. Aa., (1975). Informe GAUR: La situación de los ancianos en España, Madrid, Confederación Española de Cajas de Ahorros.
- Williams, K., Kemper, S., y Hummert, M. L. (2003). Improving nursing home communica-

tion: An intervention to reduce elderspeak. *The Gerontologist*, 43(2), 242-247.

Williams, K. N., Herman, R., Gajewski, B., y Wilson, K. (2009). Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(1), 11-20

Yanguas, J. J. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. IMSERSO.