

Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial

Infantilization in institutional care for elderly people

Sacramento PINAZO-HERNANDIS

Profesora titular de Psicología Social.

Directora del Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

sacramento.pinazo@uv.es

RESUMEN

Tras un repaso del estado de la cuestión sobre el tema del maltrato a las personas mayores, tanto en estudios internacionales como en los realizados en España, nos detendremos en el maltrato psicológico y emocional, en el abandono emocional y el trato infantilizador en los centros residenciales para personas mayores. Insistiremos en el *elderspeak*, ahondando en las consecuencias que tiene para la persona mayor este tipo de comunicación basada en los estereotipos negativos hacia la persona mayor. Finalizaremos con una propuesta formativa de cambio de actitudes para la mejora del trato llevada a cabo en la Comunidad Valenciana.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, maltrato emocional/psicológico, abandono emocional, infantilización, elderspeak, residencias, programa formativo, cambio de actitudes.

ABSTRACT

Based on a literature review of the state-of-the-art of elder abuse in international scientific journals and research being done in Spain, we hold on psychological and emotional abuse, emotional abandonment, and elderspeak in elderly nursing homes. We focus on *elderspeak*, increasing knowledge about elderly's consequences of this communication as a function of stereotyping. The paper concludes with a training program's proposal centered in professionals' attitudes change in Valencian Community.

KEY WORDS

Older persons, emotional abuse, psychological abuse, patronizing speech, elderspeak, nursing homes, training program, attitudes change

1. INTRODUCCIÓN

Por iniciativa de la *Red Internacional para la prevención del abuso a los mayores* (INPEA¹), se proclamó en 2006 el día 15 de junio como *Día Internacional de la toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez*, entendiendo –según la definición del INPEA– “*los malos tratos a las personas mayores como 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*”. La red INPEA se plantea como objetivos generales: concienciar a la sociedad, promover la capacitación de los profesionales en la detección de abusos, tratamientos y prevención, defender a los mayores frente al maltrato, estimular la investigación sobre sus causas, consecuencias, grado de incidencia, así como su tratamiento y prevención.

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. 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*:- centros de día, residencias, hospitales.

Al igual que otras formas de abuso, el maltrato a las personas mayores es un problema complejo y es relativamente fácil para la gente tener ideas erróneas sobre él. Muchas personas al escuchar hablar del “maltrato a las personas mayores” piensa únicamente en aquellos que viven en residencias o en personas que viven solas y nunca reciben visitas.

Existen distintas formas de maltrato, desde las más evidentes como la violencia física hasta aquellas más sutiles en las que subyace la discriminación por la edad (conocida con el nombre de *edadismo*, *viejismo* o *ageism*²). Por otro lado, existe mucha mayor conciencia

¹ Red Internacional para la Prevención del Abuso y el Maltrato a las Personas Mayores (www.inpea.net). A esta Red están asociados entre otros la OMS, la Asociación Internacional de Gerontología, los Panteras Grises, *Help Age internacional*, *International Longevity Center*, entre otros.

² *Ageism* –*edadismo* o *viejismo*-, término acuñado por Butler (1968). Se refiere a la discriminación asociada a la edad. El edadismo afecta a distintos ámbitos de la

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 el maltrato a la persona mayor, lo que hace que su detección y manejo sea aún más complicado, y también su conceptualización y evaluación.

Siguiendo el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* de la OMS (2002), el maltrato a las personas mayores es uno de los importantes problemas de salud pública de nuestro tiempo. En el futuro, la situación será aún más alarmante dado que la población mundial está envejeciendo y con ello aumentarán las personas en situación de fragilidad. Algunos autores como Cooper, Selwood y Livingston (2008) estiman en un 6% el número de personas mayores que son víctimas de maltrato, algunas viviendo solas, otras en familia y otras en residencias. La dependencia, además, se halla directamente relacionada con el maltrato. Otros (Pérez-Rojo, Izal, Montorio, Regato y Espinosa, 2013), hablan de una prevalencia del 12.1% (13.1% según datos de Servicios Sociales y 10.1% de Atención Primaria).

Un hito en la investigación sobre el maltrato en España fue la *Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado* que se celebró en Almería en 1995 (Kessel, Marín, Maturana, Págeo y Larrión, 1996). Allí se acordó la definición de maltrato a la persona mayor como (cit. en Tabueña, 2006): *"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 donde suceda"*.

sociedad: empleo, jubilación, servicios de la salud, educación... El *Tratado de la Unión Europea* establece que la protección contra la discriminación por motivos de nacionalidad, género, origen racial o étnico, religión o creencia, discapacidad, edad u orientación sexual es un derecho fundamental de la ciudadanía de la Unión Europea. La *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* (artículo 21.1) "prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de (...) edad". La Directiva Marco 2000/78/EC prohíbe la discriminación por motivo de edad en el entorno laboral. La *Convención Europea de Derechos Humanos* (artículo 14 y Protocolo 12) prohíben la discriminación por "sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación". La violación de estos preceptos por los Estados que han ratificado dichos tratados puede ser denunciada ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (Fuente: www.wikipedia.es)

Pese a que el interés internacional por la investigación entorno al maltrato a las personas mayores aparece en los años 70, y en el año 90 se crea un Centro Nacional sobre Maltrato a los Ancianos en USA, es a partir de la aparición de revistas especializadas, como el *Journal of Elder Abuse and Neglect*, en 1996, y de estudios como los de Pillemer y Finkelhor (1988) en Boston; Podnieks (1992) en Canada; Ogg y Bennet (1992) en Reino Unido; Comijs, H.C., Pot, Smit y Jonker (1998) en Amsterdam; y el realizado por *Administration for Children and Families and the Administration on Aging, National Center on Elder Abuse*, 1998 en USA, cuando empiezan a conocerse más los datos reales de maltrato hacia las personas mayores. Es a finales de los 90, cuando se publican algunas obras –ahora ya “clásicos” en el tema- como las de Bennett y Kingston (1993); Biggs, Phillipson y Kingston (1995); Bennett, Kingston y Penhale (1997). La APA - *American Psychological Association*- edita en 2012 un documento sobre el maltrato a los ancianos.

La Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores de 2002 fue una llamada de atención de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para fomentar la reflexión y toma de conciencia a nivel mundial. Define el maltrato como “*la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.*”

En España, son los trabajos de Marín, Delgado, Aguilar, Sánchez, Gil y Villanueva (1990); Kessel et al., (1996); Bazo (2001, 2003), Sánchez del Corral y Sancho (2004); Iborra (2008) -desde el *Centro Reina Sofía de Estudios para la Violencia*- o de Pérez-Rojo (2004, 2007); Sancho (2007) –desde el *IMSERSO, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología* y el *Observatorio de Personas Mayores*-; y Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Penhale (2008), Pérez-Rojo, Izal, Montorio, Regato y Espinosa (2013), por citar solo algunos, los que han ido aportando evidencias sobre el tema en nuestro país.

El *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* adoptado en abril de 2002 (Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Naciones Unidas)³, reconoce claramente la importan-

³ El Plan de Acción se centra en tres ámbitos prioritarios: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable, sirve de base para la formulación de políticas y apunta a los gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otras partes interesadas las posibilidades de reorientar la manera en que sus sociedades per-



cia de prevenir y reducir el maltrato a las personas mayores, y lo vincula a los Derechos Humanos Universales. La prevención del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece es un asunto de todos.

Encontramos referencias al tema del maltrato en diferentes lugares del antecitado Plan (2002: 15 y ss), en las Recomendaciones para la adopción de medidas:

“Cuestión 1. (21) Objetivo 1. a) Asegurar el pleno goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales promoviendo la aplicación de los convenios y convenciones de derechos humanos y otros instrumentos de derechos humanos, particularmente en la lucha contra todas las formas de discriminación; g) Las personas de edad deben recibir un trato justo y digno, independientemente de la existencia de discapacidad u otras circunstancias, y ser valoradas independientemente de su contribución económica; h) Tener en cuenta las necesidades de las personas de edad y respetar el derecho a vivir dignamente en todas las etapas de la vida; (74) Objetivo 1. f) Mejorar el acceso de las personas de edad a la atención primaria de salud y tomar medidas para eliminar la discriminación en la atención de salud por razones de edad y otras formas de discriminación; (86) Objetivo 1. g) Crear servicios y establecimientos que ofrezcan seguridad y tratamiento y que promuevan la dignidad personal para atender las necesidades de las personas de edad que sufren trastornos mentales; Cuestión 3: Abandono, maltrato y violencia. (110). Objetivo 1: Eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia contra las personas de edad. Medidas: a) Sensibilizar a los profesionales y educar al público en general, valiéndose de los medios de difusión y campañas de concienciación, sobre la cuestión de los abusos contra las personas de edad y sus diversas características y causas; b) Abolir los ritos de viudez que atentan contra la salud y el bienestar de las mujeres; c) Promulgar leyes y establecer medidas legales para eliminar los abusos contra las personas de edad; d) Eliminar las prácticas nocivas tradicionales que afectan a las personas de edad; e) Promover la cooperación entre el gobierno y la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, para hacer frente al maltrato de las personas de edad, entre otras cosas, desarrollando iniciativas comunitarias; f) Reducir al mínimo los riesgos que entrañan para las mujeres de edad todas las formas de abandono, maltrato y violencia, creando en el público mayor conciencia de esos fenómenos y protegiéndolas de ellos, especialmente en situaciones de emergencia; g) Alentar a que se sigan investigando las causas, naturaleza, magnitud, gravedad y consecuencias de todas las formas de violencia contra las mujeres y los hombres de edad y dar amplia difusión a las conclusiones de las investigaciones y estudios.”

ciben a los ciudadanos de edad, se relacionan con ellos y los atienden.

Al hablar de tipos de maltrato a las personas mayores, los expertos diferencian cinco tipos en diferentes ámbitos -familiar, institucional y estructural o social- (Burgess, Brown, Bell, Ledray, Faan y Poarch, 2005; *National Center on Elder Abuse*, 1996; Lachs y Pillemer, 1995):

1. *Maltrato físico*: es la utilización de la fuerza física que puede ocasionar heridas corporales, dolor físico y deterioro en la salud (por ejemplo, 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. *Maltrato 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, la infantilización en el trato, falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder, falta de respeto a su intimidad).
3. *Abuso sexual*: se produce cuando hay un contacto sexual con una persona anciana sin tener su consentimiento.
4. *Explotación financiera o abuso económico*: se trata de la utilización abusiva o ilegal de los bienes e inmuebles propiedad de la persona mayor (y también ventas fraudulentas y engañosas, estafas coyunturales o manipulación de documentos).
5. *La negligencia o abandono*: es el rechazo o la omisión de proporcionar a la persona mayor la cobertura de sus necesidades de una vida plena. Por ejemplo, falta de dedicación adecuada para potenciar la mayor autonomía posible y retrasar lo más posible los procesos de dependencia, o no atender suficientemente o no hacer caso a su estado anímico, sus sentimientos de soledad o su desvalimiento psíquico, Utilización indebida de medios de contención/inmovilización, utilización innecesaria de pañales, no cambiar los absorbentes con la frecuencia necesaria, no vigilar y controlar la ingesta de alimentación o hidratación adecuada, no vigilar la toma de medicación prescrita o no prestar la atención adecuada para retrasar el deterioro en su estado psíquico.

Como hemos visto, al hablar de tipos de maltrato se habla del maltrato verbal, emocional o psicológico, y puede ir desde el ostracismo, ignorando a la persona hasta la intimidación induciendo temor y miedo paralizante. Cuando un miembro de la familia, un cuidador o cualquier otra persona tiene un comportamiento que causa miedo, angustia, o dolor emocional o estrés, esa conducta es una conducta de maltrato. El maltrato verbal o emocional puede incluir gritos, insultos, habla soez, pero también comentarios irrespetuosos. Maltrato psicológico implica cualquier tipo de comportamiento coercitivo, intimidatorio o amenazante fundamentado en una asimetría de poder entre el familiar o cuidador y la persona mayor. Puede incluir también tratar a la persona mayor como un niño, infantilizándolo y aislándolo

(por la fuerza, atemorizándolo o manipulándolo) de la familia o amigos y de sus actividades cotidianas.

En 2008 y durante tres meses, la campaña contra el maltrato a los mayores *Ponte en su piel*⁴ promovida por *InfoElder* invitó a profesionales, empresas, instituciones y personas a participar en la elaboración conjunta de un decálogo contra el maltrato. En total, la campaña recibió 5.000 visitas y 922 votaciones. Queremos destacar aquí que el decálogo comienza con estas dos primeras medidas: "1. *Dignidad. tratar con respeto* -que recibió 722 votos-. 2. *Inclusión social. Evitar aislamiento y soledad* -que recibió 716 votos-." Vemos pues, la importancia del respeto. Siguiendo a Sennet (2003), *¿Cómo tratar a los demás con respeto cuando el contacto con ellos se produce en circunstancias tan desiguales?* La falta de respeto es lo que impide que los individuos se otorguen reconocimiento, que consideren su respectiva presencia con dignidad recíproca y se traten de forma integral y autónoma. El respeto tiene que ver, pues, con la forma en que se ve y se trata al otro.

Según la APA (2012), son algunos de los signos de alarma del maltrato o abuso Verbal/Emocional/Psicológico: falta de comunicación o falta de respuesta, miedo irracional o sospechoso, ausencia de interés por los contactos sociales, conducta evasiva o aislada, cambios de comportamiento inexplicables o no característicos de la persona en cuestión, cambios repentinos de conducta, ansiedad, depresión, impotencia o indefensión, indecisión para hablar abiertamente, poco comunicativo, falta de contacto visual, agitación. Y las consecuencias del maltrato: mayor aislamiento, indefensión aprendida, depresión, miedo, culpa, vergüenza...

Algunos de los factores de riesgo del maltrato en las personas mayores que son citados por todos los autores son:

- *Edadismo*. Los profesionales de la medicina, los equipos encargados del cuidado, los políticos, los investigadores y la sociedad en general pueden incrementar el riesgo de maltrato al mantener estereotipos negativos hacia la vejez. El edadismo puede contribuir también a una disminución de la autoestima y autoeficacia, lo cual a su vez incrementa la vulnerabilidad al maltrato y reduce las posibilidades de encontrar apoyo.

⁴ Para información más detallada ver: Ponteensupiel.infoelder.com/decalogo-contra-el-maltrato-a-losmayores.html

- *Dependencia.* Cuando una persona mayor depende de otros para asistencia y apoyo emocional, social o físico, aumenta el riesgo de maltrato.
- *Deterioro cognitivo y discapacidad.* Enfermedades como la demencia tipo Alzheimer y el Parkinson pueden disminuir la posibilidad de que la persona cuide de sí misma, incrementar el aislamiento social y la dependencia y prevenir un acceso adecuado a los servicios de apoyo, con lo cual comienza una escalada de riesgo de experimentar maltrato.
- *Aislamiento Social.* Afecta a la salud física y mental, dado que es más difícil acceder a los servicios sociosanitarios cuando se está o se vive aislado.

Algunos autores como Bazo han hablado de factores de riesgo y han añadido la variable *género* (Bazo, 2003: 43): "*Sufrir dependencia en algunas actividades de la vida cotidiana puede conllevar descuido físico o psicológico, sin embargo, ser autónoma en actividades como el vestido, alimentación o movilidad puede conllevar maltrato psicoafectivo y abuso material en mayor proporción que entre quienes son dependientes. El género aparece en esos dos últimos tipos más importante que la dependencia. La negligencia en el cuidado físico que implica una falta de atención física, material, ocurre más entre quienes tienen dificultades o dependen de otras personas para vestirse, asearse, y alimentarse. La negligencia en el cuidado psicoafectivo que conlleva falta de cariño y detalles afectuosos parece darse más entre quienes son dependientes para su aseo personal, alimentarse y controlar los esfínteres. Ambos tipos de negligencia se relacionan. Pueden ser más descuidadas y desatendidas física y afectivamente las personas que dependen de otras para su cuidado personal, lo que implica el cuidado corporal. No puede olvidarse el significado simbólico del cuerpo ni su atractivo o repulsión en función de la edad o la enfermedad.*"

Si el maltrato se da más en mujeres y se da más en personas en situación de dependencia, podemos pensar que las situaciones de maltrato podrían aumentar en un futuro cercano dado que el grupo de personas de edad que crece más rápidamente es el de las personas más mayores (los que tienen 80 años de edad o más), pues en el año 2000 su número llegaba a 70 millones, y se proyecta que en los próximos 50 años esa cifra aumentará más de cinco veces, y que las mujeres de edad superan a los hombres de edad, y cada vez más a medida que la edad aumenta. La *Encuesta sobre Discapacidades,*



Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008), ofrece información sobre personas con discapacidad que residen tanto en domicilios familiares (hogares) como en centros; de las 269.400 personas que residen en centros (216.400 personas en residencias de mayores, 63.000 hombres y 153.400 mujeres) el 92.7% del total afirman tener alguna discapacidad, el 82.6% tiene 65 ó más años y tres de cada cuatro son mayores de 80 años. Además, se está produciendo también un envejecimiento de la población atendida en las residencias. Según el Informe *Evaluación de costes y financiación de las residencias de mayores. El sector no lucrativo en la Comunidad Valenciana*, la edad media de los usuarios de las residencias en la Comunidad Valenciana ha ido aumentando, de una media de 80 años en 2006, a una media de 84 años en 2008. En España hay un total de 344.310 usuarios en residencias, siendo 27.127 de la Comunidad Valenciana (Castellón: 3.059; Alicante: 8.573; Valencia: 15.495) (Base de datos de Residencias de Portal Mayores, 2011).

Para la APA (2012), actualmente las personas mayores son más visibles, más activas y más independientes que con anterioridad. Viven durante mucho más tiempo y se encuentran, por lo general, con mejor salud, pero mientras la población mayor crece, el problema del maltrato sigue estando oculto. Cada año, un número (estimado) cercano a cuatro millones de americanos mayores son víctimas del maltrato físico, psicológico o de otras formas de abuso o negligencia. Estos datos no muestran la realidad al completo, pues por cada caso de maltrato a personas mayores que ha sido conocido por las autoridades competentes, los expertos estiman unos 23 casos no detectados.

Estas reflexiones de la APA, conjuntamente con la literatura revisada, nos llevaron a plantearnos trabajar el tema del maltrato emocional o abandono emocional a las personas mayores en contexto institucional. Comprendimos entonces que, de todos los tipos de maltrato, el maltrato emocional o psicológico es el más difícil de detectar y de denunciar.

2. INVESTIGACIONES EN CONTEXTO INSTITUCIONAL SOBRE MALTRATO

Las personas mayores en centros residenciales se encuentran en una situación de mayor riesgo de maltrato como resultado de su po-

sible fragilidad física y mental, su dependencia y su aislamiento. No hay muchas investigaciones sobre la prevalencia del maltrato en el contexto institucional por la misma naturaleza oculta del maltrato unido a la dificultad de su identificación. En algunos países se han realizado investigaciones que llegan a la conclusión de que entre el 11% y el 91% de los profesionales en las residencias han observado incidentes de maltrato físico, psicológico o negligencia llevado a cabo por otros profesionales y entre el 2% y el 87% admite haber realizado estas conductas (Pillemer y Moore, 1989, en USA; Saveman, Astrom, Bucht y Norberg, 1999, en Suecia; Goergen, 2001, en Alemania; Malmedal, Ingebritsen y Saveman, 2008, en Noruega). No hemos encontrado ningún dato referido a investigaciones de este tipo realizadas en España, si bien Tabueña (2006) habla del silencio de los cuidadores: *"Cuando los profesionales de cualquier categoría laboral, que ejercen su actividad en una institución dedicada a personas mayores perciben algún tipo de maltrato, por ejemplo, problemas de desnutrición, de abuso en la contención física o farmacológica, de infantilización u otro tipo de trato inadecuado, raros son aquellos que toman el riesgo de enfrentarse ante quien corresponda la responsabilidad del centro (los cuidadores o dirección). Muchos profesionales cierran los ojos para no ver 'historias'. Lo que cuenta es que el servicio continúe y que no existan quejas ni de los residentes ni de las familias. Lo que importa es la apariencia, aquello que se ve. El suelo debe estar limpio y brillante, las mesas bien puestas y las camas bien hechas. Poco importa si para obtener todo esto el personal ha realizado el cuidado y limpieza íntima en un tiempo récord, nadie lo sabrá. Los residentes no dirán nada porque no podrán o por temor a represalias. Una institución bien arreglada no garantiza que en ella se viva con calidad y percibiendo un buen trato."* (Tabueña, 2006: 286).

Pillemer y Moore (1990) en relación al maltrato institucional a personas de edad, concluye que el 36% del personal de enfermería había sido testigo de un incidente de maltrato físico, el 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico, el 81% había observado algún incidente de maltrato psicológico y el 40% había maltratado verbalmente a un residente en los doce meses anteriores.

En resumen, las investigaciones sobre el maltrato a personas mayores en contexto institucional son pocas y en el caso de España ni siquiera tenemos datos de su prevalencia. Menos aún cuando se trata de maltrato emocional o psicológico, tan difícil de demostrar, tan difícil de detectar.

3. EL MALTRATO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO. EL INFANTILIZADOR Y EL USO DE HABLA INFANTIL O ELDERSPEAK

Para Iborra (2005) el maltrato emocional es el rechazo, los insultos, aterrorizar, gritar, aislar, humillar, culpabilizar, intimidar, amenazar, ignorar, o privar al otro 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. A estos ejemplos podemos añadir los citados por O'Loughlin (2005), en relación al uso abusivo del lenguaje (palabras altisonantes, insultos, críticas constantes, o mentiras), amenazas de castigo, falta de comunicación, aislamiento social encerrando o inmovilizando, hablar en tono desagradable, cuyos efectos son: la desmoralización, el desamparo, la desesperación, la falta de participación en actividades, la vergüenza, el llanto fácil y frecuente, la paranoia inexplicable, y la evitación del contacto con otros. Algunos autores diferencian entre maltrato emocional y abandono emocional. El *maltrato emocional* conlleva una acción que perdura en el tiempo (críticas, desprecio, insultos, amenazas), mientras que el *abandono emocional* alude a la persistencia de una omisión (carencia de afecto, incomunicación, hostilidad, rechazo, abandono, falta de cuidados, indiferencia por parte de los profesionales del cuidado a las señales de demanda de atención o pasar mucho tiempo solo sin supervisión ni atención).

A menudo, las personas cambiamos el estilo de comunicación que utilizamos al hablar con otros. Por ejemplo, con los niños se suele *acomodar* el habla para hacerla más entendible sobre todo cuando son muy pequeños –“guau guau” en lugar de perro-. Sin embargo, hay personas que también acomodan su estilo de habla al dirigirse a personas mayores, simplemente por la edad que tienen (Giles y Gasiorek, 2011) apoyados en la idea de que los mayores tendrán más dificultades para entender lo que se les dice y serán menos competentes y más dependientes (Ryan, Giles, Bartolucci y Henwood, 1986). Este tipo de habla se conoce como “patrón de habla” (*patronizing speech*) y refleja un modo de comunicarse que se usa frecuentemente con personas con discapacidad y/o estigmatizadas y está basado en un estereotipo negativo de las mismas.

La *teoría de la Acomodación del Habla* (descrita por Howard Giles en los 70), ha sido ampliamente utilizada en investigaciones desde

la sociolingüística (Ryan, Hamilton y See, 1994; Edwards y Noller 1993; Ryan, Bourhis, y Knops, 1991). La acomodación puede funcionar de dos maneras: por *convergencia* (los individuos se adaptan al comportamiento comunicativo del interlocutor en términos de rasgos lingüísticos, prosódicos y gestuales, con el objetivo de reducir sus diferencias) y por *divergencia* (los individuos pretenden acentuar las diferencias tanto lingüísticas como no verbales con los otros y se puede dar por un alejamiento en el contenido de la información o por el uso acentuado de una pronunciación estereotipada). Esta teoría propone que las personas modifican aspectos de su habla en respuesta a las evaluaciones que tienen de su interlocutor, y que estas evaluaciones a menudo están basadas en estereotipos. En consecuencia, el patrón de habla que uno usa en la comunicación da muestra de la evaluación que hace sobre la competencia del otro y su estatus social y funcional. Por ello, el habla puede tomarse como un marcador de la actitud de un hablante con respecto a otro. El habla utilizada por los profesionales de las residencias al dirigirse a los residentes es un indicador de sus actitudes hacia ellos. A veces, se produce una comunicación exagerada que se manifiesta por (Edwards y Noller, 1993): el uso de un vocabulario muy simplificado, acompañado de voz aguda incluso estridente y habla lenta, con excesivo énfasis en ciertas palabras y un uso muy elevado de imperativos, preguntas y repeticiones, utilización del nombre del residente, un diminutivo o términos excesivamente cariñosos como "cielo", "encanto", "cariño", "bonito"... la mayor parte de ellos usados en el habla infantil o *baby talk* (Proctor, Morse y Khonsari, 1996; Ashburn y Gordon, 1981; Caporael, 1981).

Es difícil medir en términos absolutos la dimensión de acomodación de habla por parte de los profesionales en las residencias, dado que puede variar de un lugar a otro, de una residencia a otra o de una persona a otra. Lo bien cierto es que esta "sobre-acomodación del habla" utilizando "una manera de hablar forzada" se produce muy frecuentemente en las residencias de personas mayores y tiene muchos efectos negativos en la persona mayor.

Hallberg, Holst, Nordmark y Edberg (1995) examinaron la comunicación verbal y la cooperación entre profesionales y residentes con problemas de salud mental y encontraron un patrón de falta de respeto de los profesionales manifestado por la manera de hablar entre ellas, por ejemplo, excluyéndoles de las conversaciones o ninguneándolos cuando estaban realizando tareas de cuidado.

Para Brown y Draper (2003) esta sobre-acomodación implica el

uso de un lenguaje infantil, falta de respeto, brusquedad, desinterés e incluso ignorar a la persona mayor mientras está hablando. Sin embargo, a menudo se argumenta que estas formas modificadas de habla son apropiadas porque son beneficiosas para el control de las conductas de las personas mayores en algunos casos (por ejemplo ante comportamientos problemáticos o repetitivos).

El habla *edadista*, habla *infantilizadora* o *elderspeak* es una forma de maltrato emocional manifestada en la comunicación (Ryan, Hummert y Boich, 1995), y se caracteriza por: "*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, Giles, Bartolucci, y Henwood, 1986).

El *elderspeak* es una acomodación de las necesidades comunicativas de las personas mayores, según opinan los profesionales (Pinazo, 2008) e implica: alteraciones en la paralingüística (ritmo, tono, volumen) -entonación exagerada, voz cantarina, habla más lenta, volumen más alto-; modificaciones en las estructuras gramaticales -simplificación de la longitud y complejidad de las frases-; uso de vocabulario limitado y simple; uso de repeticiones y clarificaciones no requeridas; utilización de pronombres colectivos para referirse a un solo individuo; uso de diminutivos -inapropiadamente íntimos- o tuteo sin permiso para ello; ninguneo; y uso de preguntas que encierran en sí mismas la respuesta.

Para Harwood, Giles, Fox, Ryan y Williams (1993) el habla edadista o *elderspeak* puede disminuir la confianza de una persona mayor respecto a sus habilidades al afectar a la evaluación que la persona mayor hace de las mismas. Esta forma de comunicación podría reforzar los estereotipos negativos sobre los mayores y el envejecimiento y disminuir la autoestima de éstas. El habla edadista en la mayoría de ocasiones disminuye la posibilidad de comprensión de lo que se dice. Por ejemplo: una entonación exagerada puede resultar confusa; una afirmación que suene como una pregunta por la paralingüística que le acompaña, difícil de entender; una forma de hablar extremadamente lenta afecta la habilidad de focalizar la atención en lo esencial del mensaje y la retención posterior de la información.

Williams, Kemper, y Hummert (2003) realizaron un estudio en residencias de personas mayores para reducir el *elderspeak* y comprobaron que la utilización del habla edadista por parte de los profesionales -incluso de manera involuntaria-, 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. Los autores confirmaron el poder de la comunicación puesto que los residentes respondían a los cuidados y vivían más tiempo cuando se implicaban en una relación comunicativa con los profesionales que les atendían. El habla edadista puede, por 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", a modo de profecía autocumplida. Los autores observaron que el mero hecho de disminuir el habla edadista supuso una mejora en la comunicación, y contribuyó a la mejora de los niveles cognitivos y funcionales de los residentes y a una mayor satisfacción con la vida, lo que se tradujo en mayores niveles de bienestar para las personas mayores y una mayor satisfacción con la vida.

Williams, Herman, Gajewski y Wilson (2009) observaron que el habla edadista se percibe como condescendiente, y puede generar dificultades en la comunicación y problemas de comportamiento en personas mayores cognitivamente sanas. Las intervenciones para mejorar aspectos de la comunicación de los profesionales en las residencias han logrado reducir problemas de conducta en el cuidado de la demencia. La reducción del habla edadista por parte de los profesionales se traduce en una mejora en la comunicación, un habla menos paternalista, menos autoritaria, más cercana y más igualitaria.

Kemper y Harden (1999) confirmaron que las personas mayores cognitivamente sanas tenían 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 difícil comprensión de las instrucciones. Las personas mayores que recibieron instrucciones realizadas con habla edadista no fueron más precisos en la tarea solicitada que los que recibieron instrucciones con una habla normal -la que se usa con cualquier otro adulto-. Aunque los profesionales digan que el habla edadista tiene como objetivo el fomento de una comunicación mejor y



más eficaz y sirve para demostrar mejor el afecto, lo cierto es que la investigación ha demostrado que no logra cumplir estos objetivos.

Los mensajes implícitos del habla edadista pueden ser particularmente amenazantes para el mantenimiento del autoconcepto y la autoeficacia, aspectos fundamentales para el bienestar de las personas. El habla edadista puede entrar en conflicto con el concepto positivo de sí mismos que las personas mayores luchan por mantener, frente a una sociedad que los etiqueta con estereotipos negativos ("retirado", "no productivo", "dependiente de otros",...). El habla edadista también puede enfrentarlos a su propio yo, a su imagen ante los demás, imagen que se construye y mantiene a través de las interacciones con otras personas.

Otros estudios (Burgio, Corcoran, Lichstein, Nichols, Czaja, Gallagher-Thompson, Bourgeois, Stevens, Ory y Schulz, 2001; McCallion, Toseland, Lacey y Banks, 1999; Feldt y Ryden, 1992 y Ripich 1994) han mostrado relación entre este tipo de comunicación y problemas de comportamiento; el estilo comunicativo que los profesionales de las residencias mantienen con las personas mayores, si es inadecuado, puede provocar problemas de comportamiento en los residentes, incluso puede ser el principal elicitador de la agresión física y verbal (Talicero, Evans y Strumpf, 2002). En otras investigaciones se comprobó que la resistencia al cuidado⁵ se concentra sobre todo en las actividades más centradas en el cuidado personal, como son la hora del baño y el hecho de que los profesionales incrementen el uso del habla edadista en dichos momentos. La probabilidad de que se produzca una conducta de oposición o resistencia a un cuidado determinado era significativamente mayor cuando se utilizaba habla edadista en la comunicación, que cuando se empleaba una expresión normal o incluso el silencio. Si un residente se encontraba en una situación en la que los profesionales empleaban habla edadista, la probabilidad de que el residente mostrase oposición o resistencia a ésta, era 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 son más propensos a mostrar problemas de conducta cuando los profesionales utilizan comunicación edadista en contraste a cuando mantienen un discurso adulto y normal.

⁵ Resistencia al cuidado o ausencia de cooperación, oposicionismo o rebeldía.

La reducción del uso del habla edadista por parte de los profesionales podría satisfacer mejor las necesidades de las personas con demencia, reducir las conductas problemáticas así como mejorar los cuidados hacia ellas. En el entorno institucional se deben ofrecer actividades sociales, culturales y garantizar la autodeterminación y la libertad de elección. El horario de las comidas, la elección de los alimentos, el tipo de actividades ofrecidas, etc., son decisiones que afectan en gran medida a los residentes. Se vive mejor cuando se brinda la posibilidad de expresar opinión y preferencias. Además, en la medida en que se haga partícipes a los residentes de la toma de decisiones respecto a los servicios que les son destinados, incluidas su constitución, gestión y evaluación, mejorará su manera de percibirse en el contexto institucional y consigo mismos.

4. INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL MALTRATO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO

Para Caballero (2000), los tipos de maltrato que más se producen en las residencias de adultos mayores son: *infantilización* (tratar al paciente como si fuera un niño); *despersonalización* (proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares de cada residente); *deshumanización* (no sólo ignorar a la persona mayor sino no permitirle intimidad ni darle opciones de responsabilizarse de su propia vida); *victimización* (ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales). La misma autora cita algunos ejemplos de maltrato institucional invisible, que debieran ser identificados, como no suministrar adecuadamente los medicamentos, no proporcionar condiciones ambientales adecuadas, comentarios inadecuados o hirientes, no permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad), restricciones o contenciones físicas⁶,

⁶ Sobre la contención física que se utiliza para reducir las caídas, evitar vicios posturales o prevenir lesiones, puede ser un abuso o amenaza a la libertad de deambulación. Desde CEOMA se ha puesto en marcha hace diez años el programa Desatar al Anciano y al enfermo de Alzheimer, con el fin de erradicar las sujeciones (cinturones, barreras en las camas...) en las residencias. Como dice en su propia página web: "*Desatar tiene como objetivo establecer unas nuevas pautas de cuidado que garanticen una atención libre de sujeciones físicas y químicas. Las sujeciones que se utilizan por conveniencia de terceros o por disciplina son claras formas de maltrato. Las personas sometidas a algún tipo de sujeción se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. Las sujeciones*



no tener en cuenta las barreras arquitectónicas, no proporcionar lecturas, distracciones, actividades, e incluso la falta de un plan adecuado de cuidados.

En sus estudios sobre maltrato institucional Kayser-Jones (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.

Como ya hemos dicho antes, existen muchas barreras que dificultan la detección del maltrato entre los profesionales que trabajan con personas mayores institucionalizadas (Reay y Browne, 2002; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002): falta de concienciación sobre el tema, falta de conocimiento general sobre qué es y qué no es maltrato (prevalencia, señales de alerta, aspectos legales), desconocimiento de pautas de actuación, nihilismo, no querer intervenir en una situación en la que están implicados compañeros de trabajo por miedo a las represalias, falta de tiempo, edadismo (que podría conducir a que determinados signos de maltrato fueran asociados al envejecimiento), carencia de protocolos para evaluar e incluso falta de recursos o actuaciones que respondan a las situaciones de maltrato.

Hammel-Lauzon y Lauzon (2012) encontraron ocho factores por los cuales los profesionales de residencias no informan de las situaciones de maltrato de las que son testigos: miedo a las represalias, no saber qué hacer, ambigüedad de rol, sentirse solas y sin ayuda frente al maltrato, creencia de que la organización a la que pertenecen no va a dar valor a sus informes ni va a realizar ninguna acción correctiva. Sin embargo, ser testigo de abuso y no decirlo provoca estrés e incomodidad por lo que finalmente muchos de los profesionales optan por resolver su disonancia cognitiva desensibilizándose para reducir su disconfort.

Esto llevó a los autores antecitados a pensar en la necesidad de:
a) integrar las consideraciones éticas acerca del cuidado para ayudar

son -por tanto- una forma de trato inadecuado que afecta a personas especialmente vulnerables. El uso de sujeciones se opone a los principales objetivos de los cuidados prolongados, es decir, lograr el máximo grado de independencia, capacidad funcional y calidad de vida, posibles". Para más información ver: www.ceoma.org

a resolver los dilemas a los que se enfrentan (seguridad y protección de los residentes *versus* seguridad y protección de su puesto de trabajo, por ejemplo); ayudar a los profesionales a afrontar convenientemente las situaciones de las que son testigos; desarrollar políticas de *tolerancia cero* en toda la organización dedicada al cuidado de personas mayores, para evitar el aislamiento de aquellos profesionales más sensibles que se atreven a denunciar los casos de maltrato que presencian; desarrollar mejores políticas organizacionales que venzan la violencia sistemática, aquella que proviene de la misma organización (horarios rígidos en las actividades de los centros – horario de levantar/acostar, horario de comidas, tipos y horario de actividades-, horarios rígidos de trabajo para los profesionales, alta rotación de personal, baja cualificación de muchos profesionales que atienden a personas mayores en las residencias, estrés laboral, sobrecarga de tareas, sueldos bajos, atención centrada en el servicio o en la organización). Ya en 1961 Erving Goffman habló de las consecuencias de la institucionalización en su conocida obra *Internados (Asylums)*. Para Goffman las *instituciones totales* son lugares de residencia y de trabajo en donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un considerable periodo de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. Los *internos* son los que viven dentro de la institución, aislados del resto de la sociedad. El personal está orientado a la “vigilancia”, a que las normas y reglas –que él denomina *ceremonias*- se cumplan, a que el *status quo* funcione, a que los internos hagan lo que se les ha dicho que deben hacer. La relación siempre es jerárquica y hasta el profesional de menor rango puede “ordenar” a los internos qué deben/pueden hacer. Las residencias dedicadas al cuidado de personas mayores han mejorado mucho en los últimos años y se tiende actualmente hacia un modelo de atención centrada en la persona que, seguramente ayuda a que muchas de estas situaciones dejen de producirse.

Con el fin de reducir el maltrato en las instituciones se han realizado diferentes intervenciones, y todas ellas han demostrado ser eficaces (por ejemplo, Désy y Prohaska, 2008; Goodridge, Johnston y Thomson, 1997; Hsieh, Wang, Yen y Liu, 2009; Pillemer y Hudson, 1993; Richardson, Kitchen y Livingston, 2002, 2004; Uva y Guttman, 1996; Vinton, 1993). Las intervenciones educativas llevadas a cabo con diferentes métodos (intervención individual, en clase, en formato conferencia o con grupo de apoyo) han tenido una duración de 1 a 8 horas. Tras la intervención, Désy y Prohaska, (2008) encontraron un aumento de los conocimientos sobre el maltrato y un mayor uso de

las herramientas de ayuda; Goodridge et al. (1997) encontraron una mejora en la práctica profesional y Pillemer y Hudson (1993) una disminución de los informes de conductas de maltrato.

Por ejemplo, el trabajo de Pillemer y Hudson (1993) de desarrollo e implementación de un programa educativo de prevención del maltrato para profesionales en residencias de personas mayores, consta de ocho módulos, incluye un vídeo, resolución de problemas, rol playing y grupo de apoyo (Hudson, 1992). Tras la intervención, vieron cómo se habían reducido el número de conflictos con los residentes y también las quejas por agresiones. Otra intervención educativa llevada a cabo en residencias en Hawai consistió en un video, un libro y un programa interactivo sobre el maltrato. La evaluación pre-post mostró una mejora en la satisfacción con el trabajo (Braun, Suzuki, Cusick y Howard-Carhart, 1997).

5. UN PROGRAMA FORMATIVO DE PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO

271

Tras la revisión del concepto de maltrato emocional y psicológico, de los instrumentos de medida y de las intervenciones realizadas, nos propusimos poner en marcha un programa formativo dirigido a *la Promoción del Buen Trato a las personas mayores en residencias*. Se trata de un programa de formación de formadores que pretende desarrollar sensibilización hacia el buen trato. La formación fue dirigida a 40 profesionales en activo que trabajan en diferentes residencias de la Comunidad Valenciana, con titulaciones académicas como Psicología, Fisioterapia, Enfermería (DUE), Trabajo Social, Pedagogía, Educación Social, y Animación Sociocultural. Con respecto al cargo/puesto laboral que ocupan: 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, con una permanencia en el cargo de 1 a 180 meses (media de 42 meses, 3 años y medio). Y en relación al tiempo que llevan trabajando en la atención a personas mayores, la media es de unos 7 años de dedicación (entre 1 y 19 años).

El programa formativo consta de tres partes:

- ✓ Una primera parte de sensibilización hacia el maltrato emocional/psicológico a las personas mayores haciendo especial hincapié en la infantilización en los cuidados.
 - *Sesión primera.* Los temas tratados fueron los siguientes: qué es maltrato a la persona mayor; qué son y cómo se forman los prejuicios; autoevaluación de los propios prejuicios hacia la vejez y el envejecimiento; factores asociados a la discriminación por edad; el interaccionismo simbólico; el trato infantilizador y el habla infantilizadora. Se finalizó la sesión hablando del buen trato. Esta sesión de cambio de actitudes se dio de modo expositivo durante 4 horas, con algún ejercicio de reflexión individual y grupal, para mantener la atención y promover la implicación de los participantes.
- ✓ Una segunda parte de formación de formadores. Consistió en dos sesiones (sesiones segunda y tercera).
 - La *sesión segunda*, de 4 horas de duración, en donde se repasaron conceptos explicados en la primera sesión y se ahondó en lo que significa la infantilización en los cuidados, qué es el trato infantilizador en el modo de comunicarse (utilizar diminutivos, gritar, chillar, reñir e incomodar delante de otros, hablar como si fuese un niño, con brusquedad, perdiendo la paciencia y no dejando tiempo para que termine sus frases, hablar del otro como si no estuviese delante -ninguneo, ostracismo, marginación, exclusión-). Gran parte de la sesión se dedicó al trabajo en equipo. Se realizaron análisis de casos, y se reflexionó sobre algunos videos proyectados que ejemplificaban lo visto en las sesiones. Cada grupo preparó un rol playing con una situación cotidiana de infantilización. A lo largo de toda la sesión se habló de la mejora del trato a las personas mayores, insistiendo en la promoción de la toma de decisiones por parte de los mayores en las residencias, el mantenimiento de la autonomía e independencia en la medida de lo posible y el reconocimiento como individuos con derechos. Se insistió también en la necesidad de establecer una comunicación efectiva, que escuche y utilice no solamente el lenguaje verbal sino también el no verbal.

- La *sesión tercera* tuvo también una duración de 4 horas. En ella se explicó detalladamente el material que podrían utilizar en las sesiones a impartir en sus centros. Se les dio una copia a cada participante y se repasaron los contenidos temáticos, se les mostraron las diapositivas y los videos a utilizar, y cómo debería ser el desarrollo de cada sesión de la que serían responsables.
- ✓ Una tercera parte –aún en proceso en el momento de terminar de redactar este artículo- en donde los formadores están dando formación a los auxiliares en la propia residencia.
- *Sesión cuarta.* Esta formación tiene una duración de 4 horas y se ofrece en fragmentos de 1 hora, atendiendo a la disponibilidad de las auxiliares y teniendo en cuenta sus turnos de trabajo. Se realiza siempre en un cambio de turno y se pide al profesional que se quede una hora más de manera voluntaria para recibir esta formación.

Sólo la mitad de los participantes son responsables de la formación a auxiliares, aquellos con titulaciones de Psicología, Trabajo Social y en puestos de coordinación/supervisión. Además de la formación, en los tablones y paredes de las diferentes residencias se han puesto carteles hablando del buen trato con mensajes cortos y claros sobre cómo desean ser tratadas las personas mayores⁷. Al inicio del programa formativo en *Buen trato* se pasó un cuestionario a los participantes en donde se les preguntaba si habían sido testigos de situaciones de infantilización en el trato y cuáles. Al finalizar la formación se realizará de nuevo una evaluación para poder evaluar el impacto de las acciones formativas.

Hay que alabar la buena disposición de la empresa por creer en la necesidad de mejorar sus prácticas de cuidado y detectar los puntos débiles. Sin la creencia por parte de la institución de la necesidad

⁷ Los carteles son copias de los utilizados en la Campaña por el Buen Trato a las personas mayores desarrollada en 2012 por el País Vasco: *No dejes que ocurra*. Algunas de las frases fueron: "Negar la autonomía de las personas mayores también es mal trato". "Infantilizar a las personas mayores también es mal trato". "A Juan toda la vida le han hablado de usted. Es ahora, con 85 años, cuando todos han empezado a llamarle Juanito". La Campaña utilizó diversos soportes para tratar de alcanzar el más amplio segmento de target posible: desde spots de televisión y cuñas de radio, a una campaña en prensa digital, marquesinas, carteles y folletos. (Para más información ver: www.nodejesqueocurra.com).



de mejorar hacia unos cuidados más dignos, esta actividad formativa no se habría podido realizar.

6. CONCLUSIONES

A lo largo del artículo hemos podido ver la dificultad del tema del maltrato emocional. Si la detección y erradicación del maltrato físico es un tema difícil, más aún lo es en el caso del maltrato psicológico y emocional. Dirigirse a las personas mayores con un trato infantilizador es algo que se da con mucha frecuencia en las residencias; y esto ocurre a menudo incluso con la mejor de las intenciones. Tratar con cariño y respeto, promoviendo la autonomía y centrándose en las capacidades de cada cual es un acto de validación, manifestado por un alto grado de empatía y un intento de comprender el marco referencial de una persona, con independencia de su situación. Algunas pautas de comunicación centradas en el respeto de la persona mayor y alejadas de la infantilización y el maltrato son (siguiendo a Naomi Feil, 1993): centrarse en el individuo con quien se comunica; aumentar la confianza a través de la empatía, reducir la ansiedad y restaurar la dignidad; usar palabras agradables para crear un clima de confianza; parafrasear el discurso; recordar el pasado; mantener contacto visual cercano; usar un tono bajo, voz clara y cariñosa; observar y comparar movimientos y emociones para establecer relaciones verbales y no verbales; mantener contacto físico, si es posible.

Tabueña (2006) al hablar de la prevención del maltrato decía que: *"Nos encontramos ante una tarea, la de la detección del maltrato, difícil, a menudo complicada por la negación que suelen hacer tanto la persona mayor como también la persona que comete los malos tratos. Detectar los malos tratos depende también de la concienciación, del conocimiento y de la comprensión tanto social o colectiva como individual que se tiene del problema. Estas premisas determinan aquello que puede ser considerado como maltrato a una persona mayor, aquello que se reconoce y por tanto, clasificado según unos criterios hallados en la literatura existente y aceptados por los expertos. A pesar de ser reconocido como un problema de salud de primer orden (OMS, 2002) y que afecta a muchas personas en el mundo, en cifras absolutas y relativas, la detección es compleja, de tal manera que se considera que por cada caso detectado y documentado hay cinco que no salen a la luz."*

Indudablemente, la mayor parte de las situaciones de maltrato emocional no tienen maldad en su origen. Es posible que muchos profesionales creen en el potencial que tiene utilizar este tipo de habla, para acercarse a la persona mayor y ofrecer unos cuidados más cálidos, como dicen Brown y Draper (2003). Por esta razón es más necesario implementar programas formativos: para cambiar las actitudes hacia el cuidado, desterrar estereotipos y falsas creencias, provocar una toma de conciencia y una sensibilización hacia el tema del maltrato. Es necesario un cambio y los gerontólogos encargados de gestionar la formación debemos ser los primeros implicados en que el cambio sea posible.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administration for Children and Families and the Administration on Aging, National Center on Elder Abuse, 1998

APA (2012), Elder abuse and Neglect: In search of Solutions. [Recuperado en <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.pdf>]

ASHBURN G. y GORDON A. (1981) Features of a simplified register in speech to elderly conversationalists. *International Journal of Psycholinguistics*, 8, 7-31.

BAZO, MT (2003). Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 11, 35-46.

BAZO, M.T. (2001). Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 36 (1), 8-14.

BENNETT, G. y KINGSTON, P. (1993). *Elder Abuse: Concepts, Theories and Interventions*. Londres: Chapman and Hall.

BENNETT, G., KINGSTON, P. y PENHALE, B. (1997). *The Dimensions of Elder Abuse: Perspectives for Practitioners*. Londres: Macmillan.

- BIGGS, S., PHILLIPSON, CH., y KINGSTON, P. (1995). *Elder Abuse in Perspective*. Buckingham: Open University Press.
- BRAUN, K.L., SUZUKI, K.M., CUSICK, C.E. y HOWARD-CARHART, K. (1997). Developing and testing training materials on elder abuse and neglect for nurse aides. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9(1), 1-15.
- BROWN, A. y DRAPER, P. (2003). Accommodative speech and terms of endearment: elements of a language mode often experienced by older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 15-21.
- BURGESS, AW., BROWN, K., BELL, K., LEDRAY, LE., FAAN, SA. y POARCH, JC (2005). Sexual abuse of older adults. *American Journal of Nursing*, 105 (10), 66-71.
- BURGIO L, CORCORAN M, LICHSTEIN KL, NICHOLS L, CZAJA S, GALLAGHER-THOMPSON D, BOURGEOIS, M., STEVENS, A., ORY, M y SCHULZ, R. (2001). Judging outcomes in psychosocial interventions for dementia caregivers: The problem of treatment implementation. *The Gerontologist*, 41, 481-489.
- CABALLERO, J. (2000). Consideraciones sobre maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, Vol. 10 (3), 177-188.
- CAPORAEI L.R. (1981) The paralanguage of caregiving: baby talk to the institutionalised aged. The field study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 876-884.
- COMIJS, H.C., POT, A.M., SMIT, H.H. y JONKER, C. (1998). Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society* 46, 885-888.
- COOPER, C., SELWOOD, A. y LIVINGSTON, G. (2008). The prevalence of Elder abuse and neglect. A systematic review. *Age and Ageing*, 37, 151-160.
- Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores de 2002.* [Recuperado en http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf]

DÉSY, P.M. y PROHASKA, T.R. (2008). The Geriatric Emergency Nurs-

ing Education (GENE) course: An evaluation. *Journal of Emergency Nursing*, 34, 396–402.

Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD). [Recuperado en: <http://www.ine.es/prensa/np2008.htm>]

EDWARDS H. y NOLLER P. (1993) Perceptions of over accommodation used by nurses in communication with the elderly. *Journal of Language and Social Psychology*, 12, 207-223.

FELDT, K. S., y RYDEN, M. B. (1992). Aggressive behavior: Educating nursing assistants. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (5), 3-12.

GILES, H. y GASIOREK, J. (2011). Intergenerational communication practices. (233-248) En: K.W. Schaie y S.L. Willis (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, 7th. Ed. San Diego, CA: Academic Press.

GOERGEN, T. (2001). Stress, conflict, elder abuse, and neglect in German nursing homes: a pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13, 1-26.

GOFFMAN, E. (1961). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

GOODRIDGE, D., JOHNSTON, P. y THOMSON, M. (1997). Impact of a nursing assistant training program on job performance, attitudes, and relationships with residents. *Educational Gerontology*, 23, 37–51.

HALLBERG I.R., HOLST G., NORDMARK A. y EDBERG A. (1995) Co-operation during morning care between nurses and severely demented institutionalised patients. *Clinical Nursing Research*, 4, 8–104.

HAMMEL-LAUZON, G. y LAUZON, S. (2012). Nurse's failure to report Elder abuse in long-term care: An exploratory study. 107-126. En: D. Holmes, T. Rudge y A. Perron (eds.) *(Re)Thinking violence in health-care settings. A Critical Approach*. Surrey: Ashgate.

HARWOOD, J., GILES, H., FOX, S., RYAN, E. B., y WILLIAMS, A . (1993). Patronizing young and elderly adults. Response strate-

gies in a community setting. *Journal of Applied Communication Research*, 21, 211-226.

HENDERSON, D., BUCHANAN, JA. y FISHER, JE. (2002). Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: PA. Schewe (ed), *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span*. Washington: American Psychological Association.

HSIEH, H.F., WANG, J.J., YEN, M. y LIU, T.T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 14, 377-386.

HUDSON, B. (1992). Ensuring an abuse-free environment: A learning program for nursing home staff. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4(4), 25-36.

IBORRA, I. (2005). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona: Ariel.

IBORRA, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Generalitat Valenciana.

KAYSER-JONES, JS. (1996). Mealtime in nursing homes: The importance of individualized care. *Journal of Gerontological Nursing* 22(3), 26-31.

KEMPER, S. y HARDEN, T. (1999). Experimentally Disentangling What's Beneficial About Elderspeak From What's Not. *Psychology and aging*. 14, 4, 656-670.

KESSEL, H., MARÍN, N., MATURANA N., CASTAÑEDA, L., PAGEO, M. M. y LARRIÓN, J. L. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 31, 367-372.

LACHS, MS. y PILLEMER, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 332 (7), 437-443.

MALMEDAL, W, INGEBRITSEN, O. y SAVEMAN, BI (2008). Inadequate care in Norwegian nursing homes as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 231-242.

MARÍN, N., DELGADO, M., AGUILAR, J. L., SÁNCHEZ, C., GIL, B. y VILLANUEVA, E. (1990). Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 25 (supl.) 66.

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.

NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (1998). *National Elder Abuse Incidence Study: Final Report*. Washington, DC: American Public Human Services Association in collaboration with Westat, Inc.

O'LOUGHLIN, A. (2005). Detección del maltrato de mayores: Indicadores. *Violencia contra personas mayores* (169-200) Ariel.

OGG, J. y BENNETT, G.C.J. (1992). Elder abuse in Britain. *British Medical Journal* 305, 998-999.

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. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(6), 319-331.

PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (2002) [Recuperado en http://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf]

PÉREZ-ROJO, G. (2004). *Dificultades para definir el maltrato a personas mayores*. Madrid: Portal Mayores. IMSERSO. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pez-dificultades-01.pdf>

PEREZ-ROJO, G. (2007). Maltrato hacia personas mayores en al ámbito comunitario. *Boletín sobre envejecimiento*, 31. Madrid: IMSERSO.

PÉREZ, G., IZAL, M., MONTORIO, I. y PENHALE, B. (2008). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 17-21.

- PÉREZ-ROJO, G., IZAL, M., MONTORIO, I., REGATO, P. y ESPINOSA, J.M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clínica* (in press)
- PILLEMER, K. y FINKELHOR, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist* 28, 51-57.
- PILLEMER, K. y HUDSON, B. (1993). A model abuse prevention program for nursing assistants. *The Gerontologist*, 33, 128-131.
- PILLEMER, K. y MOORE, D. (1990). Highlights from a study abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, Vol. 2, 5-29.
- PILLEMER, K. y MOORE, DW. (1989), Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *Gerontologist*, 29, 314-320.
- PINAZO, S. (2008). *¿Qué es elderspeak?* Universidad de Valencia. Mimeo.
- PODNIIEKS, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 41(1/2), 5-58.
- PROCTOR A., MORSE J.M. y KHONSARI E.S. (1996). Sounds of comfort in the trauma centre: how nurses talk to patients in pain. *Social Science and Medicine*, 42, 1669-1680.
- REAY, A.M. y BROWNE, KD. (2002), The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence*, 17 (4), 416-431.
- RICHARDSON, B., KITCHEN, G. y LIVINGSTON, G. (2004). What staff know about elder abuse in dementia and the effect of training. *Dementia*, 3, 377-384.
- RIPICH, D. N. (1994). Functional communication with AD patients: A caregiver training program. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8 Suppl 3, 95-109.
- RYAN, E.B., BOURHIS, R.Y. y KNOPS, U. (1991). Evaluative Percep-

tions of Patronizing Speech Addressed to Elders. *Psychology and Aging*, 6 (3), 442-450.

- RYAN E.B., HAMILTON J.M. y SEE S.K. (1994). Patronising the old: how do younger and older adults respond to baby talk in the nursing home? *International Journal of Ageing and Human Development*, 39, 21-32.
- 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.
- RYAN, E. B., HUMMERT, M. L., y BOICH, L. (1995). Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. *Journal of Language and Social Psychology*, 14, 144-166.
- SÁNCHEZ DEL CORRAL, F. y SANCHO CASTIELLO, T. (coord.), (2004). *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- SANCHO, T. (coord.) (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. IMSERSO, SEGG y OMS. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Serie Documentos.
- SAVEMAN, BI, ASTROM, S., BUCHT, G. y NORBERG, A. (1999). Elder abuse in residential settings in Sweeden. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10, 43-60.
- SENNET, R. (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.
- TABUEÑA, M. (2006). Los malos tratos y la vejez. Un enfoque psico-social. *Intervención Psicosocial*, 15 (3), 275-292.
- TALICERO K., EVANS L. y STRUMPF N. (2002). Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 42, 169-177.

- UVA, J.L. y GUTTMAN, T. (1996). Elder abuse education in an emergency medicine residency program. *Academic Emergency Medicine*, 3, 817-819.
- VINTON, L. (1991). Abused older women: Battered women or abused elders? *Journal of Women and Aging*, 3(3), 5-19.
- 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
- WILLIAMS, K., KEMPER, S., y HUMMERT, M. L. (2003). Improving nursing home communication: An intervention to reduce elderspeak. *The Gerontologist*, 43(2), 242-247.